

UNIVERSITÉ DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE : Humanités & Langues – H&L

EQUIPE DE RECHERCHE : EE-1901 QualiPsy, Qualité de Vie et Santé Psychologique

Département de Psychologie

THÈSE présentée par :

Komlan Gnimavo HEGBE

soutenue le : **01 décembre 2021**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Tours**

Discipline / Spécialité : **Psychologie / Psychologie clinique**

**ETUDE DES CROYANCES ADDICTIVES, DE LA REGULATION
EMOTIONNELLE ET DES CARACTERISTIQUES DE PERSONNALITE
DANS L'ADDICTION SEXUELLE**

THÈSE dirigée par :

M. REVEILLERE Christian Professeur des Universités, Université de Tours
Mme BARRAULT Servane Maître de Conférences (HDR), Université de Tours

RAPPORTEURS :

M. ACIER Didier Professeur des Universités, Université de Nantes
Mme GRYNBERG Delphine Maître de Conférences (HDR), Université de Lille

JURY :

M. ACIER Didier Professeur des Universités, Université de Nantes
M. BALLON Nicolas Professeur des Universités, Université de Tours
Mme BARRAULT Servane Maître de Conférences (HDR), Université de Tours
Mme GRYNBERG Delphine Maître de Conférences (HDR), Université de Lille
M. REVEILLERE Christian Professeur des Universités, Université de Tours
Mme VARESCON Isabelle Professeur des Universités, Université de Paris (**Présidente**)

A la mémoire de Léon K. HEGBE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christian REVEILLERE

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'encadrer mon travail de thèse avec grande patience, de m'avoir guidé et soutenu depuis l'annonce du projet jusqu'à sa réalisation. Votre rigueur scientifique, votre érudition en psychopathologie et votre regard clinique très fin m'ont beaucoup aidé dans l'élaboration de cette thèse. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Servane BARRAULT

Je vous remercie de m'avoir honoré en acceptant de co-diriger ce travail de thèse. Servane, vous avez guidé mes premiers pas sur le terrain de la recherche scientifique et m'avez ouvert les portes du monde de la clinique en addictologie, et ce dès ma première année de Master à l'Université de Tours. Votre rigueur scientifique, votre finesse clinique et votre grande bienveillance m'ont aidé depuis l'élaboration du projet de thèse jusqu'à sa réalisation. Veuillez trouver ici, le témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites, en acceptant de juger ce travail de thèse. J'ai toujours été fasciné par votre regard clinique très fin, notamment lorsque j'ai eu la chance de travailler au sein de l'ELSA du CHRU de Tours. En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos attentes, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Isabelle VARESCON

Je suis très honoré que vous ayez accepté d'examiner ce travail de thèse. Votre expertise clinique très approfondie sur les conduites addictives ont toujours éclairé mes réflexions et travaux. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Didier ACIER

Vous me faites l'honneur d'être rapporteur pour ce travail de thèse. Je vous remercie d'avoir pris le temps de porter un regard clinique et critique sur ce dernier. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes et vous prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame Delphine GRYNBERG

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté d'être rapporteur pour ce travail de thèse et ayant pris le temps de l'expertiser. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes et vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je voudrais remercier Madame le Professeur Evelyne Fouquereau, Directrice de l'Unité de Recherche EE 1901 QualiPsy, pour son soutien, sa bienveillance et ses réflexions critiques ayant abouti à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Merci également à tous les membres et les collègues doctorants de QualiPsy qui ont contribué directement ou indirectement à l'amélioration et à la réalisation de ce travail.

Merci à vous chers collègues et amis, doctorants des laboratoires PAVEA et CERCA de l'Université de Tours pour vos soutiens et encouragements durant cette dernière année de thèse.

Je voudrais également remercier tous les membres de la Team-Recherche Addicto Tourangelle pour vos conseils et votre aide dans l'amélioration et la finalisation de ce travail. Merci particulièrement au Dr Paul Brunault, au Dr Aurélien Ribadier, au Dr Grégoire Baudin, au Dr Jérôme Bachellier, pour vos questionnements, réflexions critiques et cliniques qui m'ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Merci à tous les collègues enseignants, les secrétaires du département de psychologie de l'Université de Tours pour leurs encouragements et bienveillance durant cette dernière année de thèse.

Merci Sarah El Archi, pour ton soutien, ta bienveillance et ta grande disponibilité, mais aussi toutes les réflexions et collaborations partagées hors thèse ! Je te passe le flambeau.

A ma mère Victoria Tougnon,

Je ne cesserai de te témoigner ma reconnaissance pour tes nombreux sacrifices et ton soutien sans faille. Trouve encore ici le symbole de ma profonde gratitude.

A mon oncle, le Père Edmond Tougnon. Je te remercie de ton soutien depuis plusieurs années déjà. Veuille trouver dans cet achèvement, le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mes frères et sœurs. Je vous remercie infiniment de vos soutiens et encouragements, que vous avez toujours manifestés à mon égard de diverses manières, mais plus encore en cette dernière année de la finalisation de ma thèse!!

Merci beaucoup Marie-Françoise pour ta présence à mes côtés et ton soutien indéfectibles. Le bonheur de vous avoir, Jade-Andréa et toi à mes côtés m'ont permis de remonter la pente que peut comporter parfois la réalité d'une thèse sur articles. Vous m'avez aidé à tenir le cap et à arriver au bout de cette belle et riche aventure. Merci pour votre patience et vos nombreux sacrifices au profit de l'atteinte de l'objectif de cet achèvement.

Merci à ma belle-famille de votre soutien et de vos encouragements pendant la réalisation de ce travail de thèse.

Merci à Chloé Leleu, Celine Blin-Jaffres et Adeline They pour votre précieuse aide dans la phase de collecte des données de ma thèse.

A Colette et Etienne Metivier, à tous mes amis qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

Merci à Atsou Koffi Amedzeame, Marie et Gildas D'Almeida, Godwin Atitsogbe pour vos soutiens et encouragements.

Merci particulièrement Jules-Hervé Mout de tes encouragements et de ton aide, notamment tes dernières, ultimes et fidèles relectures précédant à chaque fois le dépôt des versions finales de mes travaux.

A tous les administrateurs et tous les participants des différents sites et forums sur lesquels notre questionnaire a pu être publié. Sans votre solidarité et grande bienveillance, ce travail n'aurait pas vu le jour. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

RESUME

L'addiction sexuelle est l'une des addictions comportementales pour lesquelles la validation des critères diagnostiques est largement discutée au sein de la communauté scientifique. Cela justifie l'intérêt sans cesse croissant de mener des études pouvant faciliter la compréhension clinique du trouble. Cette thèse s'inscrivant dans cette perspective, elle a donc pour objectif de contribuer à la connaissance de cette addiction à travers l'exploration des facteurs psychologiques et psychopathologiques qui lui sont associés. Elle s'articule autour de cinq études. La première, qui constituait une étude préliminaire avait permis de mettre en évidence la relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. La deuxième qui est une étude qualitative exploratoire, a permis d'explorer les modalités potentielles d'exposition précoce à la sexualité et les liens entre les croyances dysfonctionnelles addictives chez nos sujets présentant une addiction sexuelle. La troisième étude a porté sur la validation de la version francophone du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr) et montre que cet outil présente de bonnes qualités psychométriques et peut être utilisé dans l'évaluation de l'addiction sexuelle. La quatrième étude a mis en évidence que les personnes souffrant d'une addiction sexuelle ont plus de difficultés à réguler leurs émotions et présentent des niveaux d'impulsivité plus élevés que les personnes n'en présentant pas. Enfin la cinquième étude a mis en évidence le fait que certaines caractéristiques de personnalité (considérées selon une approche à la fois dimensionnelle et catégorielle) sont liées à l'addiction sexuelle. Ces différentes études ouvrent la voie à différentes réflexions et applications cliniques et offrent des perspectives de recherche, qui seront discutées dans cette thèse.

Mots-clés: Addiction sexuelle, Croyances, Schémas cognitifs, Régulation émotionnelle, Personnalité.

ABSTRACT

Sexual addiction is one of the behavioral addictions for which the validation of diagnostic criteria is widely discussed within the scientific community. This justifies the ever-increasing interest in conducting studies that can facilitate the clinical understanding of the disorder. From this perspective, this thesis aims to contribute to the knowledge of this addiction through the exploration of the psychological and psychopathological factors associated with it. It is based on five studies. The first, which was a preliminary study, highlighted the relationship between traumatic life events in childhood, borderline personality disorder and problematic cybersex behaviors. The second, which was an exploratory qualitative study, explored the potential modalities of early exposure to sexuality and the links between addictive dysfunctional beliefs in our subjects with sexual addiction. The third study focused on the validation of the French version of the Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr) and shows that this tool has very good psychometric qualities and can be used in the assessment of sexual addiction. The fourth study showed that people suffering from sexual addiction have more difficulty regulating their emotions and have higher levels of impulsivity than people without sexual addiction. Finally, the fifth study showed that certain personality characteristics (considered from both a dimensional and categorical approach) are related to sexual addiction. These different studies open the way to different reflections and clinical applications and offer research perspectives, which will be discussed in this thesis.

Keywords: Sexual addiction, Beliefs, Cognitive schemas, Emotional regulation, Personality.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME.....	6
ABSTRACT	7
LISTE DES TABLEAUX.....	12
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES ANNEXES	15
INTRODUCTION GENERALE.....	17
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	23
CHAPITRE 1 : ADDICTION SEXUELLE.....	24
1. APPROCHE CONCEPTUELLE DES CONDUITES ADDICTIVES	25
2. LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES.....	26
3. UNE ADDICTION COMPORTEMENTALE : L'ADDICTION SEXUELLE.....	27
3.1. Historique : l'addiction sexuelle, plusieurs terminologies pour un même trouble d'addiction comportementale ?	27
3.2. Critères cliniques de l'addiction sexuelle (Carnes, 1983; Goodman, 1992; Kafka, 2010)	30
3.3. Addiction sexuelle et classifications des troubles mentaux.....	33
3.4. Modèles généraux théorico-cliniques de l'addiction sexuelle.....	34
□ Modèles cycliques de l'addiction sexuelle.....	34
□ Approche psychodynamique de l'addiction sexuelle (McDougall, 2004; Estellon, 2014).....	39
□ Approche de Goodman (1998).....	39
3.5. Outils d'évaluation de l'addiction sexuelle	40
□ Les mesures d'auto-évaluation.....	41
□ Intérêts et limites des questionnaires d'auto-évaluation... ..	49
□ Les mesures d'hétéroévaluation.....	49
□ Intérêts et limites des échelles d'hétéroévaluation.....	51
3.6. Epidémiologie.....	51
3.7. Intérêts et limites du concept d'addiction sexuelle.....	53
□ Intérêts.....	53
□ Limites.....	54

CHAPITRE 2 : PSYCHOTRAUMATISMES INFANTILES, SCHEMAS COGNITIFS ET CROYANCES ADDICTIVES DANS L'ADDICTION SEXUELLE..... 56

1.PSYCHOTRAUMATISMES INFANTILES ET ADDICTIONS COMORTEMENTALES.....	57
1.1.Définition et caractéristiques cliniques d'un psychotraumatisme	57
1.2.Psychotraumatismes infantiles et addictions comportementales.....	58
2.SCHEMAS COGNITIFS ET CROYANCES ADDICTIVES	60
2.1.Définitions	60
2.1.1. Schémas cognitifs	60
2.1.2. Les croyances	60
2.2.Genèse et évolution : des schémas cognitifs aux croyances dysfonctionnelles.....	61
2.3.Modèle cognitif du traitement des informations (Beck et al., 1963).....	61
2.4.Les croyances addictives ASP (anticipatoires, soulageantes et permissives) (Beck et al., 1993).....	62
2.5. Le modèle ABC : Adversities, Beliefs, Consequences (Ellis,1977)	63
2.6.Croyances dysfonctionnelles et conduites addictives.....	65

CHAPITRE 3: IMPULSIVITE ET DYSREGULATION EMOTIONNELLE DANS L'ADDICTION SEXUELLE..... 66

1.IMPULSIVITE	67
1.1.Définitions	67
1.2.Modèles théoriques de l'impulsivité.....	68
1.2.1.Modèle de Dickman (1990).....	68
1.2.2.Modèle de Barrat et al. (1993).....	69
1.2.3.Approche multidimensionnelle de l'impulsivité : modèle UPPS.....	69
□Focus sur l'approche multidimensionnelle de l'impulsivité.....	71
1.3.Mesures de l'Impulsivité	72
1.3.1. Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS; Patton et al., 1995).....	72
1.3.2. Dickman Impulsivity Inventory (Dickman, 1990)	72
1.3.3. L'échelle UPPS (Whiteside & Lynam, 2001)	73
1.4.Impulsivité et addictions comportementales	74
2.REGULATION EMOTIONNELLE DANS L'ADDICTION SEXUELLE	75
2.1.Définition de la régulation émotionnelle	75
2.2. De la régulation émotionnelle à la perspective multidimensionnelle de la dysrégulation émotionnelle.....	77
2.3.Mesures de la dysrégulation émotionnelle	78
2.3.1.L'échelle Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).....	78
2.3.2.L'échelle Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).....	79
2.4.Dysrégulation émotionnelle et addictions comportementales	79

CHAPITRE 4 : CARACTERISTIQUES DE PERSONNALITE DANS L'ADDICTION SEXUELLE..... 82

1.DEFINITIONS	84
2.APPROCHE CATEGORIELLE	84

3.APPROCHE DIMENSIONNELLE	85
4.COMBINAISON DES DEUX APPROCHES: NOUVELLES PROPOSITIONS DU DSM-V	86
5. PERSONNALITE ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	88
6.INTERETS ET LIMITES DE CES APPROCHES	91
 PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE NOS TRAVAUX.....	93
 PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE	98
 ETUDE PRELIMINAIRE (ETUDE 1): RELATION ENTRE LES EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES DE L'ENFANCE, LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET LES CONDUITES CYBERSEXUELLES PROBLEMATIQUES.....	99
Résumé de l'étude 1	101
 ETUDE 2 : EXPOSITION PRECOCE A LA SEXUALITE ET CROYANCES ADDICTIVES DANS L'ADDICTION SEXUELLE : UNE ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE	118
Résumé de l'étude 2	120
 ETUDE 3 : VALIDATION DE LA VERSION FRANÇAISE DU SEXUAL ADDICTION SCREENING TEST (SAST-Fr).....	140
Résumé de l'étude 3	142
 ETUDE 4 : ADDICTION SEXUELLE ET FACTEURS ASSOCIÉS : LE RÔLE DE LA DYSRÉGULATION EMOTIONNELLE, DE L'IMPULSIVITÉ, DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION.....	157
Résumé de l'étude 4	158
 ETUDE 5 : ADDICTION SEXUELLE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNALITÉ : PRISE EN COMPTE DES ASPECTS DIMENSIONNELS ET CATÉGORIELS	190
Résumé de l'étude 5	191
 PARTIE 3: DISCUSSION GENERALE, LIMITES ET PERSPECTIVES	219
 CHAPITRE 1 : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ISSUS DE NOS TRAVAUX ET DISCUSSION	221
1.EVALUATION ET PREVALENCE DE L'ADDICTION SEXUELLE	221
2.PSYCHOTRAUMATISME, CROYANCES DYSFUNCTIONNELLES ET ADDICTION SEXUELLE.....	222
3.PERSONNALITE ET ADDICTION SEXUELLE	229
4.DIMENSIONS DE PERSONNALITE, DYSREGULATION EMOTIONNELLE, ET IMPULSIVITE DANS L'ADDICTION SEXUELLE	235
 CHAPITRE 2 : LIMITES GENERALES	243
1.LIMITES RELATIVES A NOTRE POPULATION D'ETUDE ET A NOTRE PROCEDURE	243
2.LIMITES RELATIVES A NOS OUTILS DE MESURES.....	245

CHAPITRE 3 : INTERET ET PERSPECTIVES GENERALES	247
1.PERSPECTIVES CLINIQUES	247
2.PERSPECTIVES DE RECHERCHE	252
CONCLUSION	256
BIBLIOGRAPHIE	260
ANNEXES	281

LISTE DES TABLEAUX

ETUDE PRELIMINAIRE (ETUDE 1) : RELATION ENTRE LES EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES DE L'ENFANCE, LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET LES CONDUITES CYBERSEXUELLES PROBLEMATIQUES

Tableau 1. Prévalence des conduites cybersexuelles problématiques, du Trouble de Personnalité Borderline, des événements de vie traumatiques et des conduites cybersexuelles en fonction du genre.....	109
Tableau 2. Comparaison des prévalences du Trouble de Personnalité Borderline et des antécédents d'abus sexuels et physiques en fonction des groupes.....	110
Tableau 3. Antécédents d'abus physiques et sexuels en fonction de la présence du Trouble de Personnalité Borderline chez les sujets présentant des conduites cybersexuelles problématiques.....	110
Tableau 4. Corrélations entre les variables numériques.....	111

ETUDE 2 : EXPOSITION PRECOCE A LA SEXUALITE ET CROYANCES ADDICTIVES DANS L'ADDICTION SEXUELLE : UNE ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

Tableau 1. Statistiques descriptives.....	127
Tableau 2. Analyse textuelle.....	130

ETUDE 3 : ETUDE DE VALIDATION DE LA VERSION FRANÇAISE DU SAST-Fr

Tableau 1. Statistiques descriptives et saturations factorielles des items du SAST-Fr (modèle à un facteur).....	149
Tableau 2. Etude de corrélations des items du SAST-Fr avec les critères de Goodman et les variables numériques.....	151
Tableau 3. Correspondances entre les critères de l'addiction sexuelle de Goodman et le SAST-Fr.....	152

ETUDE 4 : ADDICTION SEXUELLE ET FACTEURS ASSOCIES : LE RÔLE DE LA
DYSRÉGULATION EMOTIONNELLE, DE L'IMPULSIVITÉ, DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA
DÉPRESSION

(SEXUAL ADDICTION AND ASSOCIATED FACTORS: THE ROLE OF
EMOTION DYSREGULATION, IMPULSIVITY, ANXIETY AND DEPRESSION)

Table 1. Descriptive statistics.....	167
Table 2. Comparison of scores of groups with and without sexual addiction (Mann-Whitney U test).....	169
Table 3. Comparison of mean scores (at SAST-Fr) of sexual addict subjects based on anxiety and depression (Mann-Whitney U test).....	170
Table 4. Simple correlation analysis.....	171
Table 5. Partial correlation analysis.....	172
Table 6. Analysis of the mediating effects of Anxiety and Depression on the relationship between Impulsivity and Sexual Addiction.....	174
Table 7. Analysis of the mediating effects of Anxiety and Depression on the relationship between Emotion Dysregulation and Sexual Addiction.....	175
Table 8. Analysis of the mediating effects of Emotion Dysregulation and Impulsivity on the relationship between Anxiety, Depression and Sexual Addiction.....	176
Table 9. Logistic regression analysis of factors contribution to Sexual Addiction scores	177

ETUDE 5 : ADDICTION SEXUELLE ET CARACTERISTIQUES DE PERSONNALITE :
PRISE EN COMPTE DES ASPECTS DIMENSIONNELS ET CATEGORIELS

(SEXUAL ADDICTION AND PERSONALITY FEATURES: TAKING BOTH
DIMENSIONAL AND CATEGORICAL ASPECTS INTO CONSIDERATION)

Table 1. Descriptive statistics.....	200
Table 2. BFI-10-Fr's mean score and prevalence of personality disorders in groups with and without sexual addiction.....	202
Table 3. Comparison of mean scores (at SAST-Fr) of sexual addict subjects with and without personality disorder (Mann-Whitney U-tests).....	203
Table 4. Spearman' s partial Correlation analysis between Personality disorders, dimensions of personality and sexual addiction.....	204
Table 5. Spearman's correlation analysis in group with sexual addiction	205
Table 6. Logistic regression analysis of personality factors contribution to sexual addiction score.....	206

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Système de l'addiction sexuelle selon Carnes (1989)	36
Figure 2 : Adaptation du cycle et de l'évolution de l'addiction sexuelle d'après Gold et Heffner (1998).....	38
Figure 3 : Illustration de la relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance de la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques.....	117
Figure 4 : Illustration du rôle de l'exposition précoce à la sexualité, des croyances addictives dans l'addiction sexuelle.....	139
Figure 5 : Diagramme des valeurs propres au SAST-Fr.....	148
Figure 6 : Courbe ROC (Receiver Operating Characteristics) du SAST-Fr.....	152
Figure 7 : Illustration de la relation entre la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité l'anxiété la dépression et l'addiction sexuelle.....	188
Figure 8 : Caractéristiques de la personnalité et addiction sexuelle.....	212
Figure 9 : Modèle général explicatif de l'addiction sexuelle	240

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. <i>Curriculum Vitae</i>	276
Annexe 2. <i>Critères diagnostiques du trouble lié à une substance autre (ou inconnue)</i>	281
Annexe 3. <i>Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique</i>	284
Annexe 4. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité paranoïaque</i>	288
Annexe 5. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité schizoïde</i>	289
Annexe 6. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité schizotypique</i>	290
Annexe 7. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale</i>	291
Annexe 8. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline</i>	292
Annexe 9. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité histrionique</i>	293
Annexe 10. <i>Critères diagnostique du trouble de la personnalité narcissique</i>	294
Annexe 11. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité évitante</i>	301
Annexe 12. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité dépendante</i>	302
Annexe 13. <i>Critères diagnostiques du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive</i>	303
Annexe 14. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité antisociale</i>	304
Annexe 15. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité évitante</i>	306
Annexe 16. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité borderline</i>	307
Annexe 17. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité narcissique</i>	309
Annexe 18. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité obsessionnelle - compulsive</i>	310
Annexe 19. <i>Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité schizotypique</i> .	311
Annexe 20. <i>Trouble de la personnalité spécifié par des traits</i>	312
Annexe 21. Tableau <i>de la moyenne, médiane et écart-type des scores au SAST-Fr, aux critères de Goodman (N= 398) (Etude 3)</i>	313
Annexe 22. Tableau <i>de la distribution des scores au SAST-Fr, aux critères de Goodman (N = 398) (Etude 3)</i>	314
Annexe 23. <i>Critères de l'addiction sexuelle de Goodman</i>	315

Annexe 24. <i>Version originale anglophone du Sexual Addiction Screening Test (SAST).....</i>	316
Annexe 25. <i>Sexual Addiction Screening Test- Français (SAST-Fr).....</i>	317
Annexe 26. Tableau <i>Number of subjects with more than one personality disorder (Etude 5)</i>	319
Annexe 27. Figure 1 <i>Prévalence des troubles de la personnalité dans les groupes des sujets avec et sans addiction sexuelle.....</i>	320
Annexe 28. Figure 2 <i>Nombre de troubles de personnalité par participants</i>	321
Annexe 29. <i>Programme de soin détaillé du groupe de restructuration cognitive</i>	322
Annexe 30. <i>Protocole de recherche incluant nos différents questionnaires</i>	323
Annexe 31. <i>Avis favorable du comité d'éthique</i>	363
Annexe 32. <i>Communication affichée au 14^e congrès International d'Addictologie de l'Albatros.....</i>	364
Annexe 33. <i>Communication affichée au 61^e congrès de la Société Française de Psychologie</i>	365

INTRODUCTION GENERALE

L'addiction sexuelle fait partie des addictions comportementales pour lesquelles il n'existe à l'heure actuelle pas de définition consensuelle au sein de la communauté scientifique. Cependant, depuis l'apparition de cette entité clinique dans la littérature scientifique et clinique, différents termes ont été utilisés pour la désigner parmi lesquels nous pouvons citer le donjuanisme, le satyriasis (la lubricité), la nymphomanie, la compulsion sexuelle, la dépendance sexuelle, le comportement hypersexuel et l'addiction sexuelle (Karila et al., 2014; Messier-Bellemare & Corneau, 2015; Rosenberg et al., 2014; Wéry et al., 2016). En conséquence, plusieurs critères sont proposés par divers auteurs. Ils prennent en compte la fréquence du comportement, les facteurs psychologiques et psychopathologiques de risque et de vulnérabilité, mais aussi et surtout la souffrance inhérente aux comportements.

Sur un plan terminologique, Carnes (1983) fut l'un des premiers à élaborer une liste de 10 critères de l'addiction sexuelle visant à identifier ce trouble. Il se résume en une perte de contrôle sur la pratique croissante de la sexualité associée à d'intenses changements émotionnels chez un individu. Ces changements émotionnels sont liés à l'activité sexuelle. Malgré les conséquences négatives, notamment psychiques, sociales, affectives, familiales, financières, ce dernier ne peut s'empêcher de s'engager dans ces comportements sexuels problématiques, ce qui entraîne une aliénation et une souffrance profonde de l'individu.

A la suite de Carnes, Goodman (1990 ; 1992) conceptualise l'addiction sexuelle à partir des critères généraux qu'il propose pour les addictions comportementales d'une part, et d'éléments issus de la définition de Carnes (1983) d'autre part. En adaptant ses critères généraux aux comportements sexuels, Goodman (1992) décrit l'addiction sexuelle comme une perte de contrôle croissante sur la pratique de la sexualité, une poursuite de ce comportement malgré les conséquences négatives que cela entraîne pour le sujet, parce que ce dernier est continuellement à la recherche du plaisir procuré par ce comportement.

En dépit des critiques sur les différents critères proposés par chacun des deux auteurs, leur définition du trouble stipule que ce dernier peut être inclus dans les troubles du spectre addictif. Ainsi, le comportement sexuel aurait cette double fonction : procurer du plaisir au sujet et aider ce dernier à échapper au mal-être interne.

D'un point de vue clinique, plusieurs pratiques sexuelles peuvent être concernées par l'addiction sexuelle. Elles regroupent des conduites pouvant s'effectuer aussi bien en ligne (visionnage excessif de photos ou de vidéos pornographiques, chats sexuels, cybersexe via des environnements virtuels) que hors ligne (compulsivité sexuelle, activités d'excitation solitaire, activités d'excitation avec un partenaire, activités sans excitation, rapports sexuels avec des

partenaires multiples; rapports sexuels fréquents avec le même partenaire) et sur lesquelles portent la perte de contrôle, mais surtout la souffrance verbalisée par les individus concernés. En effet, au cours de ma pratique de psychologue clinicien en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), j'ai pu me rendre compte concrètement de la réalité de la souffrance des personnes qui demandent de l'aide pour cette addiction. En effet, cette souffrance même si elle concerne les conséquences des comportements actuels (les conflits au sein du couple en raison des activités sexuelles fréquentes et parfois imposées à l'autre partenaire ne présentant pas d'addiction sexuelle, la vie secrète des sujets concernés par cette addiction, la perte d'intérêt dans les activités et loisirs autrefois source de plaisir, les conflits conjugaux qui résultent des comportements sexuels addictifs), elle porte aussi sur certains facteurs de vulnérabilité tels que les événements de vie traumatiques et les émotions négatives associées, la plupart du temps toujours présentes. Ceci organise le quotidien et le fonctionnement de ces individus, en proie à une baisse d'estime d'eux-mêmes et à des sentiments de culpabilité et de honte. Ces derniers, à un moment donné de leur vie vont faire l'expérience d'une ou des pratiques sexuelles susceptibles de combler un vide interne, soulager un affect négatif, réduire un état anxieux ou un mal-être. En raison du sentiment de « bien-être » provisoire et du plaisir recherchés dans la mise en œuvre de ces comportements, les sujets vont progressivement augmenter la fréquence de ces derniers et en perdre progressivement le contrôle. En effet, ils se retrouvent parfois dans une difficulté à trouver d'autres façons de réguler certains affects (le plus souvent négatifs) ou tout simplement pris dans l'« habitude » de se saisir de la solution la moins contraignante disponible: l'engagement dans le comportement sexuel problématique ou addictif. A ces difficultés s'ajoutent le dilemme de l'envie de demander de l'aide pour sortir de leur addiction et celle d'éviter les stigmatisations induites par les jugements et les confusions, assimilant l'addiction sexuelle aux troubles paraphiliques. En conséquence, ceci entrave les processus motivationnels pouvant être mobilisés pour une demande d'aide et d'accompagnement.

Dans toute cette dynamique, transparait le fait que la diversité des critères cliniques, la multitude des termes utilisés pour désigner le trouble, ainsi que les tabous et les aspects socio-culturels associés à la sexualité en général et l'addiction sexuelle en particulier, ne facilitent pas la réalisation de travaux scientifiques de grande envergure sur la question. En effet, sur le plan international, il peut être noté un manque d'études épidémiologiques estimant la prévalence de cette addiction. Les principales études qui existent estiment sa prévalence autour de 3% à 6% de la population générale (Coleman, 1992 ; Freimuth et al., 2008 ; Krueger & Kaplan, 2001 ;

Kuzma & Black, 2008). Cependant, en considérant des comportements plus spécifiques notamment les conduites cybersexuelles, la prévalence des troubles liés à l'addiction sexuelle est estimée entre 3% et 18,3% au sein d'échantillons représentatifs de la population générale (Beutel et al., 2017 ; Dickenson et al., 2018 ; Grubbs et al., 2020a ; Langström & Hanson, 2006)

Ainsi, il s'avère utile d'une part de mener des études pouvant contribuer à la connaissance de cette problématique et à la reconnaissance du trouble en tant que tel, et d'autre part de proposer des pistes pour mieux comprendre la souffrance de ceux qui présentent cette addiction, adapter le diagnostic, l'accueil et la prise en charge de ces derniers. Dans cette perspective, le présent travail de thèse s'inscrit dans les études exploratoires sur l'addiction sexuelle et vise à fournir des éléments cliniques utiles à la compréhension de cette pathologie.

En effet, cette thèse sur articles s'inscrit dans la continuité de mon travail de recherche en Master de Psychologie sur la relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. Cette étude avait mis en évidence que les sujets présentant un trouble de personnalité borderline et qui avaient vécu des traumatismes dans l'enfance, en particulier des abus sexuels seraient susceptibles de développer des conduites cybersexuelles problématiques (incluant addictions cybersexuelles et risque d'addictions cybersexuelles) (Barrault et al., 2016). Les résultats de cette étude constituent l'étape préliminaire de la présente thèse, parce qu'elle a soulevé plusieurs questions sur l'implication d'événements de vie traumatiques, les facteurs de personnalité, les difficultés de régulation des émotions, l'impulsivité, les vulnérabilités cognitivo-émotionnelles, mais aussi les affects anxiodépressifs dans la survenue et le maintien de l'addiction sexuelle. Ceci confirme l'idée selon laquelle les conduites addictives en général et l'addiction sexuelle en particulier constitue un trouble complexe et hétérogène, qui résulterait de l'interaction de multiples facteurs de risque psychologiques, psychopathologiques et environnementaux. Ainsi l'addiction sexuelle pourrait très bien être décrite par une approche biopsychosociale. Ces questions sont explorées dans notre travail, dans les premier, deuxième, troisième et quatrième chapitre de notre cadre théorique.

D'abord, en prenant en compte les définitions proposées dans la littérature, il est suggéré que l'addiction sexuelle devrait inclure les comportements sexuels dans leur globalité (comportements sexuels en ligne et hors ligne) (Carnes, 1991 ; Goodman, 1998 ; Kafka, 2010). Cela justifie l'importance d'approfondir les questionnements soulevés dans la discussion de notre étude préliminaire, en considérant dans la présente recherche l'addiction sexuelle dans sa globalité. La première partie consacrée à l'addiction sexuelle introduit donc le concept à travers

sa description, une présentation de ses critères cliniques, les modèles théoriques proposés dans la littérature clinique et scientifique.

Ensuite, sur un plan théorique, en psychopathologie cognitive, Beck et al. (1993) définissent les croyances comme des schémas cognitifs ou des connaissances de base qui constituent la compréhension qu'a une personne d'elle-même, du monde et des autres. Certains schémas de bases se trouveraient modifiés à la suite d'événements de vie traumatiques. Ils constitueraient par ce biais, des schémas dysfonctionnels envahissants, illogiques, rigides comprenant des souvenirs, des cognitions, des émotions, concernant soi-même et ses relations aux autres. Sur un plan développemental, ces croyances élaborées au cours de l'enfance ou de l'adolescence s'enrichissent de façon significative tout au long de la vie du sujet (Lecigne & Tapia, 2016). Ces croyances pouvant concerner plusieurs domaines de la vie d'un individu, peuvent s'activer tout au long de la vie. Cependant, leur hyperactivation peut être à l'origine de comportements problématiques. Dans le domaine de la sexualité, de nombreuses études ont porté sur l'impact des expériences sexuelles précoces (notamment des abus sexuels) sur les comportements sexuels addictifs chez les individus concernés (Barrault et al., 2016 ; Carnes & Delmonico, 1996 ; Grubbs et al., 2020a; Labadie et al., 2018). Par ailleurs, plusieurs études ont porté sur les comportements sexuels des adolescents ayant été exposés précocement aux matériels sexuellement explicites (Harkness et al., 2015 ; N'Dri et al., 2015 ; Owens, 2012; Sussman, 2007). Cependant, à notre connaissance, peu d'études ont concerné les liens entre la confrontation précoce des sujets aux contenus sexuellement explicites et la souffrance d'addiction sexuelle à l'âge adulte. Par ailleurs, la littérature scientifique a suggéré des liens entre les schémas dysfonctionnels addictifs et les conduites addictives (Chabrol et al., 2001; Grebot et al., 2016; Hautekeete et al., 1999; Taquet, 2014 ; Varescon, 2017). En ce qui concerne l'addiction sexuelle, il n'existe pas à notre connaissance, d'études ayant pris en compte les croyances addictives dans l'étude de l'addiction sexuelle. Aussi nous posons-nous le questionnaire suivant: ces expériences précoces pouvant perturber les individus dans la construction de leurs schémas cognitifs ne seraient-elles pas à l'origine voire responsable de la persistance de la perte de contrôle croissante sur la pratique de la sexualité à l'âge adulte?

En outre, d'un point de vue clinique, les dimensions d'impulsivité, de la régulation émotionnelle mais aussi les événements de vie traumatiques précoces sont souvent retrouvés dans la plupart des addictions. La clinique des conduites addictives met en évidence une dysrégulation des émotions, qui rendrait difficile voire impossible l'émergence et/ou le traitement cognitif de ces dernières. Les sujets présentant une addiction auront alors tendance à externaliser leurs tensions

internes par des comportements problématiques (Mirabel-Sarron, 2012). Dans le cadre de l'addiction sexuelle, les résultats des travaux scientifiques semblent unanimes sur une forte prévalence d'abus sexuels (Barrault et al., 2016 ; Labadie et al., 2018 ; Perrera et al., 2009) et les conduites sexuelles sont utilisées de façon excessive pour réguler le stress et les émotions (Carvalho et al., 2015 ; Cashwell et al., 2016 ; Duriez, 2016). Ainsi, ces personnes agissent de façon impulsive pour retrouver un certain équilibre interne en réponse aux affects anxiodépressifs. En effet, les conduites addictives diminuent temporairement leurs affects négatifs (dont l'anxiété et la dépression) en leur procurant un sentiment éphémère de plaisir, mais aggrave paradoxalement leurs difficultés de fonctionnement psychique et social. Dans cette perspective, le troisième chapitre de notre partie théorique est consacré à la présentation et à la description des facteurs de régulation émotionnelle, les dimensions d'impulsivité et leurs liens avec l'addiction sexuelle.

Enfin, de nombreuses études ont mis en évidence des liens entre les troubles de la personnalité et les conduites addictives. En ce qui concerne l'addiction sexuelle, nous avons trouvé dans notre étude préliminaire, des liens significatifs entre le trouble de la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques (regroupant la dépendance cybersexuelle et le risque de dépendance cybersexuelle) (Barrault et al., 2016). Thibault (2006) avait mis en évidence que les troubles de la personnalité histrionique et obsessionnelle seraient plus fréquemment retrouvés chez les personnes présentant une addiction sexuelle. D'autres études ont suggéré une prévalence élevée des troubles de la personnalité des groupes B et C (Elmquist et al., 2016 ; Raymond et al., 2003) chez les sujets présentant cette addiction. Aucune étude n'ayant pris en compte les liens entre les caractéristiques de la personnalité (à la fois dans une perspective catégorielle et dimensionnelle) et l'addiction sexuelle, il est pertinent d'entreprendre une recherche qui permettra d'évaluer les facteurs et l'ensemble des troubles de personnalité dans l'addiction sexuelle, avec des outils valides et dont les modalités sont plus complètes et diversifiées.

Ainsi, cette thèse visait donc plusieurs objectifs :

Notre premier objectif était de valider la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). En effet, dans la littérature scientifique, la plupart des outils d'évaluation existants pour ce trouble sont élaborés et validés en langue anglophone. Il semble pourtant fondamental de développer un outil francophone pour appréhender cette addiction spécifique ainsi que les caractéristiques cliniques qui lui sont associées. À notre connaissance, aucune étude n'a fait

état de validation du SAST (outil de dépistage largement utilisé aussi bien en pratique clinique que dans le cadre des recherches) en population francophone.

Ensuite, en raison du rôle des facteurs de régulation émotionnelle et des dimensions d'impulsivité dans les conduites addictives en général et l'addiction sexuelle en particulier, il s'avérait pertinent d'étudier les liens entre régulation émotionnelle, dimensions d'impulsivité et affects anxiodépressifs et addiction sexuelle dans la présente étude.

Par ailleurs, en l'absence d'études ayant pris en compte les caractéristiques de personnalité en prenant en considération ses composantes normales et pathologiques (c'est-à-dire à la fois de façon dimensionnelle et catégorielle), notre troisième objectif était d'explorer les liens entre les caractéristiques de personnalité et l'addiction sexuelle.

Enfin, notre dernier objectif, était d'étudier le rôle des systèmes de croyances (notamment les croyances addictives) et les modalités d'exposition précoce à la sexualité chez les sujets présentant une addiction sexuelle, étant donné le peu d'étude ayant porté sur la question.

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons adopté une démarche méthodologique mixte incluant la passation de questionnaires scientifiquement validés et d'entretiens cliniques de recherche à nos participants. En effet, nous avons proposé à des personnes présentant des difficultés de contrôle de leurs conduites sexuelles (recrutées dans les groupes et forums de discussion sur les activités sexuelles et en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), un questionnaire sur leurs caractéristiques socio-démographiques, deux échelles de dépistage de l'addiction sexuelle (SAST-Fr, PEACCE). Cependant, en raison du processus de validation de l'outil PEACCE non achevé, nous n'avons finalement pas pris en compte dans nos analyses les données recueillies via cet outil. Par ailleurs, nous avons également proposé à nos participants, une échelle multidimensionnelle d'impulsivité (UPPS), une échelle de régulation émotionnelle (DERS-F), une échelle d'évaluation d'anxiété et de la dépression (HADs). En outre, les caractéristiques de personnalité ont été évaluées grâce au BFI 10-Fr (perspective dimensionnelle) et au PDQ-4+ (perspective catégorielle). Enfin dans une démarche qualitative, au moyen d'entretiens semi-structurés, nous avons étudié les croyances addictives et les modalités potentielles d'exposition précoce à la sexualité chez les sujets présentant une addiction sexuelle. Les résultats seront exposés dans les différentes études et discutés conjointement dans la partie discussion de cette thèse.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : ADDICTION SEXUELLE

1. APPROCHE CONCEPTUELLE DES CONDUITES ADDICTIVES

Étymologiquement, le terme d'addiction relève du latin *ad-dicere* qui signifie « dire à », au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage, si bien que l'esclave était *dictus ad*, « dit à » tel maître (Fernandez & Catteeuw, 2002 ; Reynaud, 2006). Au Moyen-âge, l'expression « être addicté » désignait un sujet débiteur qui ne pouvant payer sa dette, était condamné par une ordonnance d'un tribunal, à rembourser par son travail le créancier. Ceci suggère que le terme addiction désignerait étymologiquement, une forme de lien de soumission à quelqu'un. Par ailleurs, dès le XIV^{ème} siècle, le terme addiction désignait une relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. Progressivement, cet anglicisme a évolué pour se rapprocher de son sens actuel, désignant les dépendances et l'attachement des personnes toxicomanes à leurs drogues. Dans cette perspective, le terme addiction signifierait la relation de dépendance plus ou moins aliénante établie par un individu avec un ou des produits (tabac, alcool, héroïne, cannabis, cocaïne, etc. ou médicament) ou avec des pratiques et comportements (jeux, sport, achat, sexe, travail, etc.) (Lucet & Olié, 2020).

En France, le terme addiction serait venu par la psychanalyste McDougall qui en a introduit la première l'usage en 1978 à propos de « sexualité addictive », puis par Bergeret (1981) qui suggérait son emploi dans une perspective psychanalytique. La dépendance corporelle consisterait pour le sujet une tentative inconsciente de régler une dette (Valleur & Velea, 2002).

Par ailleurs, à partir des critères diagnostiques proposés par le DSM-III-R, portant sur la dépendance aux substances et sur le jeu pathologique, Goodman (1990) va théoriser le concept général d'addiction en le définissant comme un processus par lequel un comportement, susceptible de fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives (défaut de gestion). Cette proposition de définition offre une nouvelle approche de la conception d'addiction qui n'est plus centrée uniquement sur le produit mais sur le comportement de consommation.

Sur un plan clinique, à travers un ensemble de critères diagnostiques, les deux principales classifications internationales des troubles mentaux, notamment la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (dont la onzième version est en cours de validation) et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association (dont la cinquième version est la plus récente) permettent de cerner le concept d'addiction. En effet, le

DSM-V (American Psychological Association (APA), 2013], propose un modèle catégoriel permettant de cerner l'usage et les troubles liés à l'usage de substances, à travers un certain nombre de critères catégoriels (présence d'au moins deux sur onze critères se manifestant au cours d'une période de douze mois, avec une altération du fonctionnement (voir les critères du trouble lié à l'usage d'une substance en annexe 1). Cependant, cette nouvelle version du DSM propose également un modèle dimensionnel selon lequel, la sévérité du « trouble de l'usage » s'inscrirait sur continuum de comportements de consommation, appréhendé à travers la présence d'un certain nombre de symptômes. Ainsi, la gravité du trouble varierait du trouble léger (deux à trois critères), trouble modéré (quatre à cinq critères) au trouble sévère (au moins six critères). D'un autre côté, la CIM 11 distingue les notions d'usage, d'usage nocif et de dépendance. En effet, l'usage simple se réfère à la consommation non problématique d'une substance. Elle diffère donc de l'usage nocif et de la dépendance, qui sont caractérisés par des conséquences dommageables liés à la dépendance aux substances psychoactives et aux comportements de prises de risque.

2. LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Les addictions comportementales concernent la focalisation d'un individu sur un objet d'intérêt unique ou très prévalent, qui en raison de l'expérience qu'en fait ce dernier, devient un véritable besoin plus qu'un désir (Reynaud, 2006). Cette expérience devient pathologique lorsque les conséquences néfastes l'emportent sur le plaisir obtenu et que malgré cela, le sujet continue à perpétrer ce comportement. D'un point de vue conceptuel, Fenichel (1945) fut l'un des premiers auteurs à avoir abordé la question des addictions comportementales sous le terme toxicomanies sans drogues. En effet, selon cet auteur, à l'instar des dépendances aux drogues, certains actes compulsifs seraient une tentative de contrôle des sensations désagréables, de la culpabilité, des impulsions morbides et perverses.

Par ailleurs, afin d'explorer et de proposer des pistes de prise en charge de certains comportements, qui semblent partager des caractéristiques communes avec les addictions aux substances, Marks (1990) introduit la notion d'addictions comportementales. Ces caractéristiques portent sur l'envie répétée d'adopter un comportement connu pour être contre-productif, une tension croissante jusqu'à la réalisation et à l'achèvement du comportement, un relâchement rapide et temporaire de la tension à la fin du comportement. Parmi les comportements concernés, il évoquait les troubles obsessionnels compulsifs

(TOC), les dépenses compulsives (y compris les jeux d'argent), la boulimie, l'hypersexualité, la kleptomanie, voire la trichotillomanie, les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette.

Selon Varescon (2009), dans les addictions comportementales, l'objet de l'addiction est un objet commun sans toxicité apparente, utilisé par tous (achats, nourriture, jeux, ordinateurs) ou une activité qui concerne la majorité d'entre tous (travail, sport, sexualité). Elle propose donc de définir ces dernières comme « le résultat d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe ou une activité banale, mis à la disposition de tous, qui conduit à une expérience sur laquelle se développe une dépendance principalement psychologique en raison des effets plaisants qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit. Cette dépendance, qui se traduit par la répétition de la conduite, la perte de contrôle, la centration et le besoin, peut entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage » (Varescon, 2009, p. 12).

En outre, la définition psychosociale de l'addiction proposée par Peele (1985) permet de cerner le vécu des addictions comportementales par le biais des expériences vécues au-delà des comportements perpétrés. En effet, cet auteur considère l'addiction comme l'attachement d'une personne à une sensation, un objet ou une autre personne, cet attachement est tel qu'il réduit chez la personne l'appréhension et la capacité à prendre en compte les autres éléments de l'environnement, ou sa personne elle-même de telle façon que la personne devient de plus en plus dépendante de cette expérience et de cette source unique de gratifications. Il existe de nombreuses controverses au sujet des critères diagnostiques des troubles pouvant potentiellement être inclus parmi les addictions comportementales. Cependant, de nombreuses recherches empiriques et les expériences cliniques de nombreux praticiens permettent de citer un certain nombre de comportements pouvant être inclus dans cette catégorie nosographique. Il s'agit par exemple du jeu d'argent pathologique, la cyberdépendance, les achats pathologiques, le sport intensif, l'addiction aux jeux vidéo, le travail pathologique, les troubles des conduites alimentaires, l'addiction sexuelle.

3. UNE ADDICTION COMPORTEMENTALE : L'ADDICTION SEXUELLE

3.1. Historique : l'addiction sexuelle, plusieurs terminologies pour un même trouble d'addiction comportementale ?

L'addiction sexuelle appartient à la catégorie des addictions comportementales. Ce terme ne fait pas encore l'unanimité au sein de la communauté scientifique. En effet, plusieurs termes sont retrouvés dans la littérature pour désigner cette pathologie. Il s'agit par exemple de la

nymphomanie, du donjuanisme, du satyriasis, de la dépendance sexuelle, du comportement sexuel compulsif, du comportement hypersexuel, du trouble de l'hypersexualité ou encore de l'addiction sexuelle (Grubbs et al., 2020a ; Karila et al., 2014; Messier-Bellemare & Corneau, 2015; Rinehart & McCabe, 1997; Rosenberg et al., 2014; Wéry et al., 2016). L'addiction sexuelle regroupe plusieurs comportements et pratiques sexuelles. Ces derniers peuvent être catégorisés selon qu'ils se déroulent avec un ou des partenaires sexuels (drague compulsive et partenaires multiples, fixation compulsive sur un partenaire inaccessible, relations amoureuses compulsives multiples, la sexualité compulsive dans une relation, la fréquentation excessive ou le besoin irrésistible de fréquenter des clubs échangistes ou de strip-tease), sans partenaires sexuels (masturbation compulsive, voyeurisme, exhibitionnisme, séduction compulsive) et, selon les supports utilisés (utilisation compulsive d'Internet à des fins sexuelles, le sexe par téléphone, les fantasmes, les scénarios) (Coleman et al., 2003; Kafka, 2010; Karila et al., 2014a; Poudat & Lagadec, 2017; Wéry et al., 2016).

Les premières descriptions cliniques de cette pathologie pourraient être attribuées à Rush (1812). Dans son ouvrage « Medical inquiries and observations, upon the diseases of the mind », cet auteur relate plusieurs cas cliniques de comportements sexuels excessifs. Ces derniers étaient associés aux maladies du corps et de l'esprit (p. 347). Plus tard en 1886, Krafft-Ebing décrivait chez des patients, ce qu'il appela hyperesthésie sexuelle correspondant à un cas de désir sexuel anormalement accru, occupant toute la vie du sujet, ainsi que quelques cas de nymphomanie et de satyriasis. Cependant, ce n'est que vers 1970 que le concept d'addiction sexuelle est évoqué par Orford (1978). Cet auteur serait le premier à conceptualiser le comportement hétérosexuel excessif comme une addiction sexuelle. Sa description clinique se base sur l'analogie avec la dépendance à l'alcool et la problématique du jeu excessif. Ainsi, le comportement sexuel est décrit comme inapproprié, excessif et hors de contrôle par les sujets concernés et se trouve associé à des conséquences négatives pour les individus concernés.

Patrick Carnes (1983) a vulgarisé le concept d'addiction sexuelle grâce à son livre « Out of shadows ». Ce bestseller a le mérite d'avoir jeté les bases nouvelles de l'intérêt pour l'étude de cette addiction, la définition des critères diagnostiques et les aspects psychopathologiques qui y sont associés. La définition qu'il propose de l'addiction sexuelle peut être résumée en une perte de contrôle sur une pratique croissante de la sexualité, associée à des états émotionnels intenses et instables.

Plus tard dans les années 1990, à partir des critères généraux des conduites addictives, dans une perspective clinique et descriptive, Goodman (1992) définira l'addiction sexuelle comme un

comportement sexuel qui, pouvant fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour échapper à un malaise interne est employé dans un schéma caractérisé par 1) l'incapacité récurrente de contrôler le comportement sexuel et 2) la poursuite de ce comportement malgré des conséquences néfastes importantes.

Sur un plan fonctionnel, cette addiction se caractérise par la combinaison complexe d'un désir sexuel excessif exprimé par des fantasmes normophiliques, c'est-à-dire liés à des intérêts sexuels normaux (par opposition aux fantasmes paraphiliques), des impulsions et/ou des comportements sexuels associés à une capacité altérée à les contrôler (Kafka, 2010, Walters et al., 2011). Coleman et al. (2003) vont utiliser le terme de « comportement sexuel compulsif » pour caractériser le trouble. Il est défini comme l'expérience de pulsions, fantasmes et comportements sexuels normophiliques ou paraphiliques récurrents, intenses entraînant une détresse cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ces fantasmes et comportements sexuels ont pour fonction de réduire l'anxiété engendrée par l'obsession (liée aux fantasmes et pulsions sexuelles). Toutefois, Barth et Kinder (1987) nuancent cette conception, en suggérant que le qualificatif « compulsif » serait inapproprié, au regard de la définition proposée par le DSM-V pour les compulsions (APA, 2013). Ils considèrent que les comportements sexuels sont intrinsèquement agréables et soulageraient (de façon transitoire) les individus concernés par des émotions négatives, ce que l'on ne retrouve pas toujours dans les compulsions. Selon ces auteurs, ce trouble devrait donc être classé dans la catégorie des « troubles atypiques du contrôle des impulsions ». En effet, l'on observe chez les sujets présentant un comportement sexuel excessif, un échec de contrôle des impulsions liées aux activités sexuelles. Néanmoins, dans une conception plutôt intégrative, Mick et Hollander (2006) pensent que les comportements sexuels problématiques auraient des caractéristiques à la fois impulsives et compulsives. Cette proposition est d'autant plus justifiée que lorsque l'on considère les troubles addictifs (notamment trouble de l'usage de substances et le jeu pathologique) ces deux dimensions semblent présentes et élevées chez les sujets concernés (Leeman & Potenza, 2012). L'addiction sexuelle présentant des caractéristiques cliniques similaires, pouvant justifier son inclusion dans cette nosographie, la conceptualisation Mick et Hollander (2006) peut s'avérer pertinente. L'addiction sexuelle peut donc être perçue dans une perspective dimensionnelle (Böthe et al., 2019a) se situant sur un continuum allant de l'impulsivité à la compulsivité. La dimension impulsive pourrait être considérée comme étant à l'origine du cycle du comportement alors que la compulsion serait associée à son maintien, en raison de la fréquence et de l'impériosité des impulsions dues au défaut de contrôle.

3.2. Critères cliniques de l'addiction sexuelle (Carnes, 1983 ; Goodman, 1992 ; Kafka, 2010)

Carnes (1983) fut l'un des premiers à élaborer une liste de dix critères de l'addiction sexuelle pouvant permettre d'identifier ce trouble. Ils se résument comme suit :

- 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 exemple, 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.

Plus tard, Goodman (1992), en s'inspirant des critères de Carnes (1983) et à partir d'une adaptation des critères empiriques qu'il a proposés pour les conduites addictives, suggère un ensemble de critères diagnostiques de l'addiction sexuelle. Ils s'articulent comme suit :

- A. Echec répété à résister aux impulsions à s'engager dans un comportement sexuel,
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement sexuel,
- C. Plaisir ou soulagement pendant la durée du comportement sexuel,
- D. Au moins 5 symptômes parmi les manifestations suivantes :
 1. Être fréquemment préoccupé par le comportement sexuel ou sa préparation.
 2. L'intensité et la durée des épisodes sont plus importantes que souhaitées à l'origine.

3. Avoir répété des tentatives pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement sexuel.
4. Temps important consacré à la préparation, à l'entreprise ou à se remettre des effets de son comportement sexuel.
5. Survenue fréquente du comportement lorsque l'on doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
6. Des activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement sexuel.
7. Perpétuation du comportement sexuel, malgré la connaissance qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement sexuel pour obtenir ou atteindre l'état de satisfaction ou d'excitation désiré, ou diminuer l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Irritabilité ou agitation lors des tentatives de réduction ou d'arrêt du comportement sexuel.

E. Certains symptômes persistent depuis au moins un mois ou se sont répétés sur une longue période.

En 2010, Kafka propose à son tour un ensemble de critères du trouble qu'il nomme le trouble de l'hypersexualité et dans lequel on retrouve :

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

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

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

A3. Un engagement répété dans des fantaisies, 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 fantaisies, pulsions ou comportements sexuels.

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

B. Les fantaisies, 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 fantaisies, impulsions sexuelles ou comportements ne sont pas attribuables aux effets directs d'une substance (par exemple, un abus de drogue ou une médication).

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

La 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. Cependant ces critères proposés pour la cinquième version du DSM n'ont pas été retenus, faute de données empiriques suffisantes.

Ces différentes conceptualisations comportent quelques éléments communs et des spécificités que nous pouvons proposer dans la synthèse suivante.

D'abord, en ce qui concerne, les points communs, les critères proposés par ces trois auteurs se rejoignent sur la fonction auto-thérapeutique qu'occupe le comportement sexuel chez les sujets présentant le trouble désigné. En effet, ces derniers vont utiliser le comportement sexuel de façon problématique pour gérer les affects et états dysphoriques. Ensuite, l'incapacité à résister aux impulsions à réaliser le comportement, l'augmentation de la durée et l'intensité des épisodes illustrent la perte de contrôle dans l'engagement dans ces comportements sexuels. Enfin, nous pouvons relever la souffrance, et la présence des conséquences négatives qui n'empêchent pas le sujet de continuer à perpétuer les comportements sexuels problématiques. Ces éléments transversaux retrouvés dans chacune des propositions des auteurs sont caractéristiques d'un trouble du spectre addictif.

Cependant, de façon un peu plus spécifique et complète, les critères de Goodman mettent en exergue les symptômes de manque caractérisés par la tentative de réduction ou d'arrêt du comportement (Critère 9). Finalement, le dernier élément clinique à relever concerne la tolérance que l'on retrouve uniquement dans les critères 6 de Carnes et 8 de Goodman. En effet, cette tolérance est caractérisée par le fait que dans la progression du trouble, les individus vont augmenter la fréquence de leurs comportements sexuels pour atteindre un état de satisfaction désiré, parfois en prenant des risques. Ces deux dernières caractéristiques (tolérance et sevrage) ne sont pas clairement formulées dans les critères proposés par Kafka (2010) pour le trouble de l'hypersexualité. Ceci pourrait constituer le point de divergence principal entre les trois propositions.

3.3. Addiction sexuelle et classifications des troubles mentaux

La reconnaissance de la réalité clinique de l'addiction sexuelle justifie l'intérêt sans cesse grandissant des chercheurs et praticiens pour son intégration dans les classifications internationales des troubles mentaux. Les deux classifications internationales que sont la CIM (de l'OMS) et le DSM (de l'APA) s'intéressent évidemment à la question. Cependant, aucun de ces deux manuels n'a encore inclus les différents critères proposés. En effet, dans la classification américaine du DSM, le trouble de l'addiction sexuelle a été mentionné pour la première fois dans la version révisée du DSM-III (APA, 1987). Le concept de dépendance sexuelle non paraphilique y était défini comme une détresse liée à un modèle de conquêtes sexuelles répétées ou à d'autres formes de dépendance sexuelle non paraphilique, impliquant une succession de personnes qui n'existent que comme des objets à utiliser (p. 296). Ce concept y a disparu depuis le DSM-IV en raison d'un manque de données de recherches empiriques suffisantes d'une part, et l'absence de consensus validant le comportement sexuel comme une véritable addiction comportementale d'autre part (Wise & Schmidt, 1997 ; Kafka, 2010 ; Karila et al., 2014). Pour ces mêmes raisons, les critères proposés par Kafka (2010) n'ont pas été retenus dans la cinquième version du DSM. En revanche, la Classification Internationale des maladies de l'OMS incluait depuis la CIM-6 (WHO, 1948), des propositions diagnostiques pouvant faire référence à l'addiction sexuelle. On retrouve par exemple dans la CIM-6 et la CIM-7, le terme "sexualité pathologique" ; dans la CIM-8, le terme "déviation sexuelle non spécifiée" incluant la "sexualité pathologique non spécifiée" (WHO, 1965). Dans la CIM-9, publiée en 1975 et utilisée par la plupart des pays à l'exception des États-Unis, cette catégorie a été maintenue sous le nom de "déviation et troubles sexuels non spécifiés" (WHO, 1975). Dans sa dixième version, dans la catégorie dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une

maladie organique, on retrouve le diagnostic de l'activité sexuelle excessive qui se subdivise en lubricité (satyriasis) pour les hommes et nymphomanie pour les femmes (p. 173). On y trouve également la masturbation excessive dans les troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (p. 258). Récemment en 2018, le trouble du comportement sexuel compulsif dont les descriptions cliniques se rapprochent de l'addiction sexuelle, a été proposé pour être inclus plutôt dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions dans la CIM-11. En effet, il est caractérisé par une incapacité persistante à contrôler des impulsions ou des pulsions sexuelles intenses et répétitives, se traduisant par un comportement sexuel répétitif sur une période prolongée (par exemple, six mois ou plus) qui provoque une détresse ou une altération marquée du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants de fonctionnement. De plus, le comportement se manifesterait par un ou plusieurs des éléments cliniques suivants :

a) La pratique d'activités sexuelles répétitives devenue un élément central de la vie du sujet concerné au point que ce dernier néglige sa santé et sa vie personnelle ou d'autres centres d'intérêts, activités et responsabilités ;

b) L'individu fait de nombreux efforts, sans succès, pour contrôler ou réduire de manière significative son comportement sexuel répétitif ;

c) La personne continue à adopter le comportement sexuel répétitif malgré les conséquences néfastes (par exemple, conséquences professionnelles, impact négatif sur la santé)

d) La personne continue à adopter le comportement sexuel répétitif, même si elle n'en retire que peu ou pas de satisfaction.

3.4. Modèles généraux théorico-cliniques de l'addiction sexuelle

➤ Modèles cycliques de l'addiction sexuelle

- Cycle clinique de l'addiction sexuelle (Carnes, 1983 ; Reed & Blaine, 1988)

Carnes (1983 ; 2001) modélise le cycle clinique de l'addiction sexuelle comme constitué d'un système de croyances (*beliefs system*), des pensées dysfonctionnelles (*impaired thinking*), l'ingérabilité (*unmanageability*) et le cycle de l'addiction sexuelle (*addiction cycle*). Le système de croyances constitue le modèle qu'a un individu du monde et qui lui permet entre autres de

planifier, de prendre des décisions, d'interpréter les faits et gestes, les actions des autres, de résoudre des problèmes. Selon Carnes (2001), les croyances fondamentales des personnes présentant une addiction sexuelle ne sont souvent pas fondées sur la réalité. Leur système de croyances est constitué de certaines croyances fondamentales qui sont erronées ou inexacts et qui, par conséquent, font le lit de l'addiction. Tout d'abord, ces sujets semblent entretenir une mauvaise image d'elles-mêmes en raison de leurs conduites addictives. Ensuite, ils pensent que le sexe est leur besoin le plus important. L'addiction sexuelle comme tous les autres types d'addiction entraînant l'isolement des sujets, ces derniers estiment que le comportement sexuel est ce qui rend l'isolement supportable. Le système de croyances, c'est-à-dire l'ensemble des croyances erronées en interaction, donne lieu à une vision déformée de la réalité. C'est à partir de cette réalité déformée que la pensée dysfonctionne avec un certain nombre de mécanismes de défenses associés tels que le déni, le blâme des autres, la minimisation des comportements qui perpétuent la problématique addictive. Par exemple, les arguments, les excuses, les justifications sont très souvent retrouvées dans le discours des individus : « je suis surexcitée et je dois satisfaire mes besoins », « les hommes sont comme des animaux », « les hommes sont plus sexuels que les femmes », « c'est ma façon de me détendre ». Cependant, l'addiction plonge le sujet dans une seconde vie secrète qu'il est obligé de dissimuler à son entourage. Ainsi, se met en place une lutte permanente infructueuse pour concilier, gérer les deux vies. Cette situation engendre des conséquences négatives et crée l'ingérabilité. En effet, cette dernière est caractérisée par l'altération des processus mentaux expliquant une mauvaise capacité de résolution des problèmes dans plusieurs domaines de la vie des sujets. L'intensité de ces situations et le stress associés constitueront des facteurs susceptibles d'accroître cette ingérabilité et donc d'amplifier considérablement leur problématique addictive. Cela les bascule dans le système de l'addiction. Comme évoqué plus haut, le système de l'addiction sexuelle commence par un système de croyances contenant des hypothèses erronées, des mythes et des valeurs qui soutiennent une pensée dysfonctionnelle. Les processus de pensée qui en résultent isolent le cycle de l'addiction de la réalité.

Le cycle de l'addiction sexuelle (voir figure 1) se déroule en quatre étapes qui s'intensifient et s'amplifient à chaque répétition du comportement. Ces étapes sont les suivantes : l'obsession (*preoccupation*), la ritualisation (*ritualisazation*), le comportement sexuel compulsif (*sexual compulsivity*) et le désespoir (*despair*). A la première phase, celle d'obsession, en réponse à des difficultés existentielles, le sujet est totalement absorbé par des préoccupations sexuelles. Cet état engendre une volonté obsédante de stimulation. Le sujet met en place des routines

particulières pouvant le conduire au comportement sexuel précis. Il s'agit de la deuxième phase, celle de ritualisation, c'est-à-dire celle de l'exécution des rituels qui précède le comportement sexuel. La troisième phase est celle de la mise en œuvre du comportement sexuel compulsif. En effet, les sujets addicts sexuels sont incapables de contrôler ou d'arrêter leur comportement. La mise en œuvre du comportement sexuel proprement dit, est l'objectif final de la préoccupation et de la ritualisation. Cette phase entraîne un soulagement temporaire et provisoire. Enfin, une fois le comportement accompli, les sujets sont plongés dans un sentiment de désespoir et d'impuissance à contrôler leur conduite. La douleur que les sujets concernés ressentent à la fin du cycle peut être engourdie ou masquée par des préoccupations sexuelles qui réenclenchent le cycle de l'addiction. A la déception s'associe le sentiment d'échec de n'avoir pas tenu leurs résolutions d'arrêter le comportement et le désespoir de ne pouvoir jamais s'arrêter. De cette préoccupation découlent donc des répercussions psychologiques (des sentiments de culpabilité), physiques (maladies sexuellement transmissibles) et conjugales (relation conflictuelle au sein du couple). Chaque répétition s'ajoute aux expériences précédentes et consolide le schéma répétitif de l'addiction. En effet, cette répétition exige une énergie de plus en plus grande (stress) pour gérer les comportements d'addiction ainsi que les conséquences négatives qui en résultent. La perception du caractère dégradant, le sentiment de culpabilité et de honte associés amplifient et exacerbent les affects anxiodépressifs des sujets. Tous les autres systèmes de soutien, y compris les relations, le travail, les finances et la santé, deviennent ingérables. Les conséquences négatives de cette ingérabilité confirment les croyances erronées, selon lesquelles les sujets présentant l'addiction sexuelle seraient une mauvaise personne qui n'est pas aimable. À leur tour, les croyances revalidées permettent de déformer davantage la réalité.

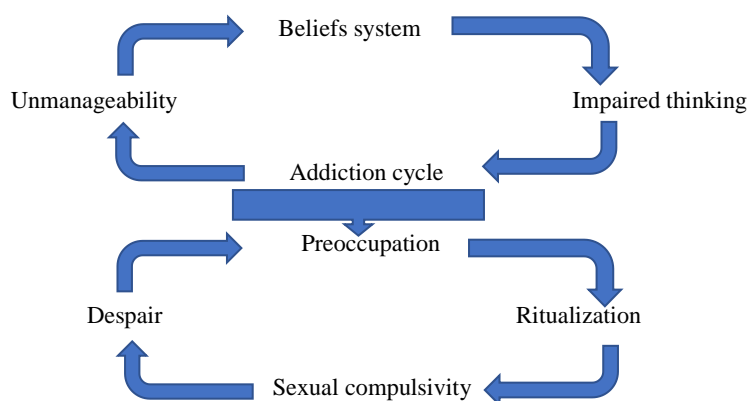


Figure 1 : Système de l'addiction sexuelle selon Carnes (1989)

- Cycle et progression de l'addiction sexuelle (Wolf, 1988 ; Gold & Heffner, 1998)

Wolf (1988) estime que le cycle de l'addiction sexuelle débute par une mauvaise image de soi due à la dépression et à l'insatisfaction de la vie. Ces facteurs amènent l'individu à s'isoler et à développer des fantasmes compensatoires d'évasion sexuelle qui, lorsqu'ils sont réalisés, contribuent à un sentiment temporaire de culpabilité, qui est ensuite nié. Le sujet prend alors la résolution que le comportement ne se reproduira pas. Or, l'image de soi se trouve affaiblie par l'auto-condamnation du sujet pour s'être engagé dans son comportement sexuel addictif. Ceci augmente l'anxiété qui à son tour, alimente la tentation d'un nouvel engagement dans un tel comportement.

Dans cette même perspective, Gold et Heffner (1998) proposent un cycle qui semble suivre approximativement le chemin suivant (voir figure 2) :

1. L'anxiété ou une autre détresse émotionnelle est temporairement soulagée par l'adoption d'un comportement d'addiction sexuelle. La raison pour laquelle l'anxiété est réduite peut varier, mais la réduction est le but ultime.
2. L'anxiété est temporairement réduite.
3. L'addiction sexuelle provoque davantage d'anxiété, de honte et de culpabilité, car cela crée pour la personne de nouvelles difficultés ou exacerbe les anciennes.
4. Les difficultés nouvelles et aggravées augmentent le besoin de réduire l'anxiété.
5. La pression exercée pour réduire l'anxiété accrue favorise un plus grand engagement dans les comportements sexuels addictifs.

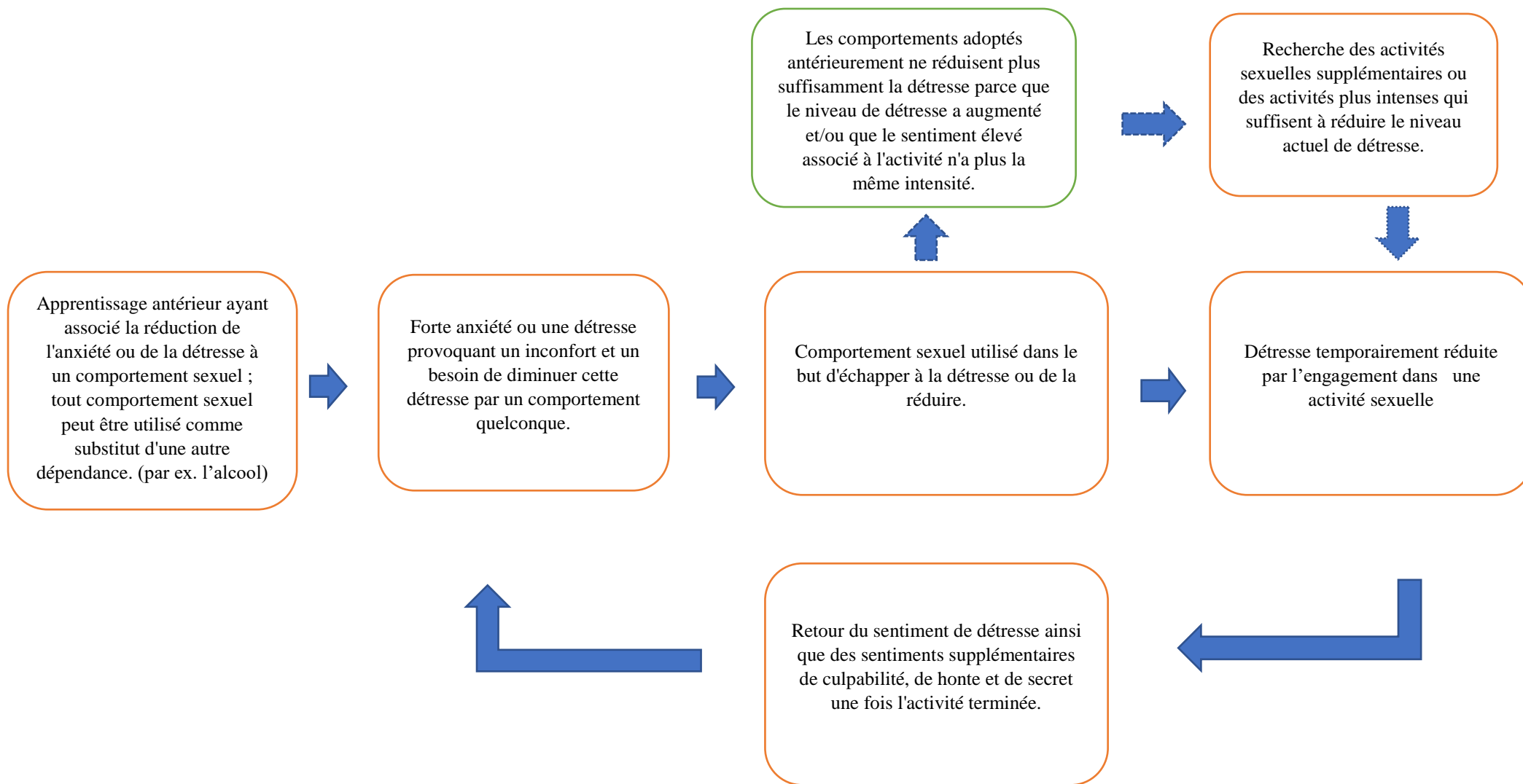


Figure 2 : Adaptation du cycle et de l'évolution de l'addiction sexuelle d'après Gold et Heffner (1998)

➤ Approche psychodynamique de l'addiction sexuelle (McDougall, 2004 ; Estellon, 2014)

McDougall (2004) suggère que l'addiction est en relation avec l'échec de constitution (ou de conservation) d'un objet interne, avec le recours à des objets externes partiels. Elle serait une réponse à une souffrance psychique du passé (remontant souvent à l'enfance). En effet, les sujets présentant une addiction sexuelle auraient précocement fait l'expérience d'effraction traumatique menaçant leur sentiment d'intégrité et d'identité. Les ressources et les mécanismes immédiats repérés sur le plan intrapsychique mais aussi dans l'environnement leur a permis d'ériger un système de protection, dont le rôle serait de prévenir le retour de leur précédent vécu traumatique ainsi que les affects et les émotions intenses qui y sont associés. Dans cette perspective, l'addiction comme conduite défensive permet au sujet de maintenir l'homéostasie psychique chaque fois que son équilibre économique est menacé soit sur le versant objectal, soit sur le versant narcissique. La sexualité serait donc souvent utilisée pour réparer des failles dans le sentiment d'identité ou fuir les états psychiques pénibles. Ces failles s'étendraient de l'angoisse de castration phallique œdipienne à des peurs de castration narcissique. Ainsi, la demande urgente de réparation narcissique l'emporterait sur les visées libidinales inhérentes aux comportements sexuels. Dans la réalisation du comportement sexuel, le sujet va privilégier voire substituer l'agir à l'élaboration psychique, notamment à chaque fois que l'équilibre psychique est perturbé par les situations stressantes. Il s'agit d'actes symptômes permettant d'externaliser ce qu'il est impossible d'élaborer sur le plan intrapsychique (Estellon, 2014). En effet, la recherche compulsive de sensations corporelles excitantes dans l'addiction sexuelle peut apparaître comme la manifestation symptomatique d'un autoérotisme blessé, en quête de restauration. Or cette restauration que procure l'acte symptôme n'est qu'éphémère.

➤ Approche de Goodman (1998)

Le modèle d'addiction sexuelle décrit par Goodman s'inspire de celui proposé par Orford (1978). En effet, ce dernier a établi un parallèle entre l'addiction sexuelle et la dépendance aux substances psychoactives. Goodman (1998) y relève un certain nombre de similitudes tels que: 1) l'évolution caractéristique (le trouble débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et suit une évolution chronique avec des rémissions et des exacerbations); 2) la caractéristique comportementale (le rétrécissement du répertoire comportemental, la poursuite du comportement malgré des conséquences néfastes); 3) les expériences subjectives de la condition (le sentiment de besoin, la préoccupation, l'excitation pendant l'activité préparatoire, les effets du comportement sur l'humeur, le sentiment de perte de contrôle); 4) le développement

progressif de la condition (l'envie, la perte de contrôle, le rétrécissement du répertoire comportemental et la nocivité des conséquences qui tendent tous à augmenter avec la durée de la condition); 5) l'expérience de la tolérance (au fur et à mesure que le comportement est répété, sa capacité à produire des effets renforçateurs tend à diminuer); 6) l'expérience du phénomène de sevrage (l'inconfort psychologique ou physique (ou les deux) lorsque le comportement est interrompu); 7) la tendance à la rechute (le retour à un comportement nocif après une période d'abstinence); 8) la relation entre le trouble et d'autres aspects de la vie des personnes concernées est affectée (la négligence d'autres domaines de la vie à mesure que le comportement devient prioritaire); et 9) les thèmes récurrents dans les relations des personnes concernées avec les autres et avec elles-mêmes comprennent la faible estime de soi, l'égoïsme, le déni, la rationalisation, les conflits et le contrôle. Le modèle théorique de l'addiction sexuelle de Goodman part du principe que le comportement sexuel addictif a pour fonction à la fois de produire du plaisir et de réduire les affects douloureux (Goodman, 2001), ce qui est retrouvé dans la plupart des addictions aux substances psychoactives. Ainsi, Goodman a tenté d'intégrer les conceptions biologiques et psychologiques du processus de dépendance dans son modèle. Il y fait intervenir une altération de la régulation des affects et de l'inhibition comportementale d'une part, et un système de motivation-récompense aberrant d'autre part. Selon cet auteur, les personnes vulnérables à un comportement sexuel incontrôlé seraient sujettes de manière chronique à des états d'affect négatif et à une instabilité affective. Le comportement sexuel addictif quant à lui serait motivé par des renforcements positifs et des renforcements négatifs. Ce dernier est censé produire la récompense ou des états euphoriques provoqués par la libération de la dopamine dans le cerveau (renforcement positif) ainsi qu'un renforcement négatif ou le soulagement d'états émotionnels dysphoriques indésirables (par exemple, la réduction de l'anxiété ou l'atténuation de la dépression). Les sujets présentant une addiction sexuelle vont privilégier les pulsions de renforcement aux conséquences à long terme de leurs comportements. Enfin, Goodman (2001) suggère que les conduites addictives partageraient des caractéristiques essentielles avec les comportements impulsifs et compulsifs et leurs processus sous-jacents. Ces derniers devraient être pris en compte dans les propositions thérapeutiques aux sujets concernés. Ce point de vue intègre les conceptualisations de Barth et Kinder (1987) et Mick & Hollander (2006) évoquées précédemment.

3.5. Outils d'évaluation de l'addiction sexuelle

La réalité clinique de l'addiction sexuelle est admise par les chercheurs et les praticiens même si les classifications statistiques ne semblent pas valider cette pathologie. Ainsi, divers auteurs

ont élaboré des outils spécifiques afin d'évaluer ce trouble. La plupart de ces outils sont élaborés et validés en anglais. Dans leur revue de la littérature, Karila et al. (2014) ont distingué 22 échelles et questionnaires d'évaluation de l'addiction sexuelle. Plus tôt, Womack et al. (2013) avaient identifié de leur recension des instruments de mesures, 32 outils d'évaluation du comportement hypersexuel. Cependant, ces derniers avaient considéré les outils et questionnaires selon qu'ils concernent des échelles d'entretiens cliniques (4 instruments), (b) des mesures d'auto-évaluation donnant un aperçu des symptômes associés au comportement hypersexuel (24 instruments), et (c) des mesures d'auto-évaluation qui se concentrent sur les conséquences associées au comportement hypersexuel (4 instruments). Dans tous les cas, la grande variété des outils existants peut être expliquée par l'absence de consensus sur la définition du trouble et ses critères diagnostiques. Cependant, pour la plupart des outils existants, les auteurs ont tendance à inclure des caractéristiques cliniques susceptibles d'aider à reconnaître le trouble et de le distinguer des autres types de comportement sexuel. Ainsi, les items des outils doivent permettre d'explorer trois éléments cliniques tels que les symptômes objectifs de l'addiction sexuelle, ses symptômes subjectifs et les conséquences négatives théoriquement associées à cette addiction (Hook et al., 2010). En premier lieu, les symptômes objectifs de l'addiction sexuelle concernent des phénomènes et comportements sexuels observables comme par exemple, le temps consacré à l'activité sexuelle ou le nombre d'orgasmes par semaine. Ensuite, les symptômes subjectifs de l'addiction sexuelle portent sur des symptômes ou des conditions perçus par l'individu tels que sa propre perspective de ses pensées, sentiments et comportements sexuels problématiques et sa capacité à les contrôler. Enfin, les conséquences négatives théoriquement associées à l'addiction sexuelle concernent par exemple les problèmes relationnels, professionnels ou de santé relatifs aux comportements d'addiction sexuelle. Dans le présent travail, nous regroupons les instruments selon qu'ils sont administrés en auto-évaluation ou hétéroévaluation (administré par un clinicien par exemple).

➤ Les mesures d'auto-évaluation

Nous présenterons un bref descriptif des outils à travers un résumé de leur base conceptuelle et leur structure ainsi que leurs principales caractéristiques psychométriques.

- Le SAST (Sexual Addiction Screening Test)

Carnes (1989) a élaboré le SAST, l'un des premiers outils de dépistage de l'addiction sexuelle. Cet outil fait référence à une conceptualisation addictologique du trouble. Il a été testé auprès

de différents groupes de sujets tels que les patients en psychothérapie, les étudiants, les délinquants sexuels, les anciens combattants, les hommes hétérosexuels. Il est largement utilisé dans les contextes de pratique clinique et de recherche. Concernant ses qualités psychométriques, il a été mis en évidence une bonne consistance interne des items du SAST (alpha de Cronbach allant de 0,85 à 0,95). Les items discriminent les sujets se décrivant eux-mêmes comme des addicts sexuels de ceux qui ne se considèrent pas présentant cette addiction. L'outil SAST a été validé dans plusieurs langues notamment en portugais (Silveira et al., 2000), en polonais (Gola et al., 2017) et en espagnol (Castro-Calvo et al., 2018). La version francophone du SAST a fait l'objet d'une validation dans le cadre de cette thèse (Hegbe et al., 2020). Cependant, si la consistance interne du SAST est satisfaisante et appropriée, les données sur sa validité peuvent être insuffisantes (Montgomery-Graham, 2017). Afin de combler ces limites, une version révisée du SAST (le SAST-R) a été élaborée par Carnes et al. (2010). Contrairement à la version originale, le SAST-R comporte 45 items dichotomiques visant à évaluer entre autres la préoccupation, la perte de contrôle, la perturbation des relations et de l'affect. Ses qualités psychométriques ont été testées auprès d'étudiants d'université, de membres du clergé, de patients hospitalisés et non pour une addiction sexuelle, des hommes homosexuels ainsi que des hommes et des femmes hétérosexuels. Cet outil présente une bonne consistance interne avec des alpha allant de 0,77 à 0,91.

- Le Sexual Addiction Scale (SAS) of the Disorders Screening Inventory (DSI)

Le Sexual Addiction Scale est une échelle en cinq points qui donne un score total d'addiction sexuelle. Elle est validée en anglais. Le modèle théorique de cette échelle définit l'addiction comme une relation adaptative avec une substance psychoactive, un comportement ou une expérience. Elle est caractérisée par cinq facteurs : la compulsion, la perte de contrôle, les conséquences, la réponse de codépendance et la dissimulation (Carter, 1989, cité par Hook et al., 2010). Les scores totaux vont de 0 à 20, les scores les plus élevés indiquant une plus forte probabilité que les sujets présentent une addiction sexuelle. Selon les créateurs de cet outil, les scores de 0 à 5 indiquent une faible probabilité d'addiction sexuelle, les scores de 6 à 11 indiquent une probabilité modérée d'addiction, et les scores de 12 à 20 indiquent une forte probabilité d'addiction. Les caractéristiques psychométriques de l'outil ont été mises en évidence auprès de sujets masculins reçus en psychothérapie. L'outil présentait une bonne consistance interne avec des alpha de Cronbach allant de 0,80 à 0,91.

- La Perceived Sexual Control Scale (PSCS)

L'échelle PSCS est une échelle de 20 items élaborée et validée en anglais par Exner et al. (1992). Elle mesure les problèmes d'autocontrôle sexuel, notamment la perception par un individu de son incapacité à contrôler son comportement sexuel (contrôle de la libido et contrôle de comportements à risque). Cet outil a été testé auprès d'étudiants et des hommes homosexuels. Les personnes interrogées se positionnent sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 1 (tout à fait d'accord) à 5 (pas du tout d'accord). Les scores les plus élevés indiquent une plus grande maîtrise perçue du comportement sexuel (c'est-à-dire une moindre dépendance sexuelle). La consistance interne (alpha de Cronbach) a été mesurée dans deux échantillons. Elle varie entre 0,85 et 0,88 (pour le score total) puis entre 0,81 et 0,82 (pour les sous-échelles).

- La Sexual Compulsivity Scale (SCS)

La Sexual Compulsivity Scale (SCS) élaborée et validée en anglais par Kalichman et al. (1994) est une échelle de 10 items permettant d'obtenir un score global d'addiction sexuelle. Dans le modèle théorique de référence, l'addiction sexuelle est définie comme un besoin répétitif, intrusif et non désiré d'accomplir des actes spécifiques, souvent de façon ritualisée ou routinière (Kalichman & Rompa, 1995). Il s'agit d'un construit psychologique hétérogène comprenant une préoccupation pour et une augmentation (en intensité et en fréquence) des fantasmes sexuels, des modèles de comportement et des désirs qui peuvent entraîner des problèmes dans la vie quotidienne (Kalichman & Cain, 2004). Il existe une validation de cette échelle en langues française (Vaillancourt-Morel et al., 2015) espagnole (Ballester-Arnal, 2013) et portugaise (Scanavino et al., 2016). Les répondants évaluent chaque item sur une échelle de type Likert en 4 points allant de 1 (pas du tout comme moi) à 4 (tout à fait comme moi). Les scores totaux vont de 10 à 40, les scores les plus élevés indiquant une plus grande dépendance sexuelle. Un score de 24 ou plus a été utilisé pour indiquer des problèmes d'addiction sexuelle. La consistance interne a été mesurée sur plus de 30 échantillons avec des alphas de Cronbach variant de 0,59 à 0,92.

- Le Sexual Dependency Inventory-Revised (SDI-R)

Le Sexual Dependency Inventory-Revised (SDI-R) élaboré par Delmonico et al. (1998), est une échelle de 179 items, validée en anglais et qui donne un score total à partir de 2 scores composites et 10 scores de sous-échelles. L'instrument mesure 10 catégories distinctes d'addiction sexuelle : fantasme, jeu de rôle séducteur, voyeurisme, exhibitionnisme, paiement

pour du sexe, échange de sexe, échange de douleur, sexe intrusif, sexe d'exploitation et sexe anonyme. Les personnes interrogées répondent à deux questions pour chaque item. Premièrement, ils indiquent la fréquence à laquelle ils sont confrontés à chaque pensée, comportement, sentiment ou fantasme. Les répondants évaluent chaque élément sur une échelle de type Likert à 6 points allant de 0 (jamais) à 5 (très souvent). Deuxièmement, ils indiquent la prégnance de chaque pensée, sentiment, comportement ou fantasme lié à la dépendance sexuelle. Les répondants évaluent chaque item sur une échelle de type Likert à 6 points allant de 0 (aucun pouvoir) à 5 (très grand pouvoir). Des scores plus élevés indiquent une addiction sexuelle plus forte. Le SDI-R a été évalué auprès des clients reçus en psychothérapie, des membres de communauté et des délinquants sexuels. Il a été testé auprès de sujets majoritairement hétérosexuels. Concernant les mesures de la fiabilité de l'échelle, la consistance interne (alpha de Cronbach) du score total est de 0,99 pour la puissance et la fréquence. Les alphas des sous-échelles individuelles étaient compris entre 0,90 et 0,99.

- Le Sex Addicts Anonymous Questionnaire (SAAQ)

Elaboré en anglais par Mercer (1998), le Sex Addicts Anonymous Questionnaire (SAAQ) est une échelle de 16 items, qui donne un score total mesurant la dépendance sexuelle. Les répondants évaluent chaque item sur une échelle de type Likert à 3 points allant de 0 (jamais) à 2 (souvent). Les scores totaux vont de 0 à 32, les scores les plus élevés indiquant une plus grande dépendance sexuelle. Cet outil a été testé auprès de patients en psychothérapie, de délinquants sexuels et d'étudiants. La majorité des participants étaient de sexe masculin. La cohérence interne et la stabilité temporelle du SAAQ ne sont pas rapportées dans la littérature.

- Le Garos Sexual Behavior Index (GSBI)

Le Garos Sexual Behavior Index (GSBI) élaboré par Garos et Stock (1998) est une échelle de 70 items en langue anglaise, destinée à mesurer les construits associées aux troubles de la fréquence et du contrôle sexuels (Garos & Stock, 1998). L'outil est constitué de 35 items principaux et de 35 items de masquage. Quatre facteurs sont mis en évidence dans le GSBI : a) la discordance, qui évalue la mesure dans laquelle une personne se sent en conflit par rapport à ses désirs sexuels, ainsi que la honte subséquente ressentie en agissant sur ces désirs ; b) l'obsession sexuelle, qui mesure le degré de préoccupation d'une personne par rapport au sexe et aux stimuli sexuels ; c) la permissivité, qui explore les valeurs générales concernant les questions sexuelles ; et d) la stimulation sexuelle, qui mesure à quel point une personne est à

l'aise avec ses sentiments de stimulation et d'excitation sexuelles. Les personnes sont interrogées sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 1 (tout à fait d'accord) à 5 (pas du tout d'accord). Les scores les plus bas de la sous-échelle indiquent une plus grande approbation de la discordance, de l'obsession sexuelle, de la permissivité et de la stimulation sexuelle. Le GSBI a été évalué auprès des clients reçus en psychothérapie, des membres de la communauté, des étudiants, des détenus et des délinquants sexuels. Les participants étaient de sexe masculins et féminins, majoritairement hétérosexuels. Concernant les qualités psychométriques de l'instrument, la consistance interne (alpha de Cronbach) pour les sous-échelles était de 0,82 pour la discordance, 0,72 pour l'obsession sexuelle, 0,70 pour la permissivité, et 0,80 pour la stimulation sexuelle.

- Le Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI)

Le Compulsive Sexual Behavior Inventory est une échelle de 28 items élaborée par Coleman et al. (2001). Cette échelle, dont la version originale est validée en anglais permet d'explorer trois facteurs associés à l'addiction sexuelle. Ces derniers sont : a) le contrôle (la capacité à contrôler le comportement sexuel) ; b) l'abus (les antécédents d'abus), et c) la violence (l'expérience de la violence sexuelle). Les personnes interrogées évaluent chaque item sur une échelle de type Likert en 5 points, allant de 1 (très souvent) à 5 (jamais). Les scores totaux vont de 28 à 140, les scores les plus élevés indiquant une plus faible dépendance sexuelle. Le CSBI a été testé chez des sujets reçus en psychothérapie, des membres de la communauté et des étudiants. Il a été évalué auprès d'hommes et de femmes hétérosexuels et d'hommes homosexuels. Il existe une validation en langue portugaise de cet outil (Scanavino et al., 2016). La consistance interne (alpha) a été mesurée dans cinq échantillons. Les alphas de Cronbach pour le score total varient de 0,67 à 0,87 tandis qu'ils vont de 0,88 à 0,96 pour les sous-échelles.

- La Sexual Symptom Assessment Scale (SSAS)

La Sexual Symptom Assessment Scale (SSAS) a été construite et validée en langue anglaise par Raymond et al. (2007). Il s'agit d'une échelle d'évaluation de l'addiction sexuelle en 12 items. Le modèle théorique de référence considère l'addiction sexuelle comme un syndrome clinique impliquant des pensées, des pulsions ou des activités sexuelles excessives qui provoquent une détresse ou une déficience significative. La SSAS mesure les symptômes subjectifs et objectifs de l'addiction sexuelle. Cette échelle a été testée auprès d'un échantillon

de sujets masculins suivis en psychothérapie. D'un point de vue psychométrique, l'alpha de Cronbach était de 0,92 pour cette échelle.

- La Cognitive and Behavioral Outcomes of Sexual Behavior Scale (CBOSB)

La Cognitive and Behavioral Outcomes of Sexual Behavior Scale a été élaborée par McBride et al. (2007). Cette échelle validée en langue anglaise est composée de deux sous-échelles qui mesurent les conséquences associées à l'addiction sexuelle. L'échelle des résultats cognitifs comporte 20 items et l'échelle des résultats comportementaux, 16 items. Les deux sous-échelles donnent un score total et six scores de sous-échelle. Les six facteurs sont (a) juridique/professionnel, (b) psychologique/spirituel, (c) social, (d) physique (douleur/blessure), (e) physique (maladie/grossesse), et (f) financier. Les individus interrogés sont invités à répondre à chaque item sur une échelle de type Likert à 4 points allant de 1 (jamais) à 4 (toujours). Les scores totaux vont de 20 à 80, les scores les plus élevés indiquant une plus grande inquiétude quant aux conséquences associées à la dépendance sexuelle. Les scores totaux vont de 0 à 16, les scores les plus élevés indiquant un plus grand nombre de conséquences associées à la dépendance sexuelle. La consistance interne (alpha) pour les scores totaux était de 0,89 pour l'échelle des résultats cognitifs et de 0,75 pour l'échelle des résultats comportementaux. Les coefficients alpha de Cronbach des sous-échelles de l'échelle des résultats cognitifs variaient de 0,75 à 0,95.

- La Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale (CSBCS)

La Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale (Muench et al., 2007) est une échelle de 21 items, validée en anglais et qui évalue les conséquences associées au comportement sexuel compulsif. Il existe deux versions de l'instrument, l'une qui évalue les conséquences au cours de la vie et l'autre qui évalue les conséquences survenues au cours des 90 derniers jours. Les sujets interrogés répondent à chaque item sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 0 (jamais) à 4 (toujours). Les scores totaux vont de 0 à 84, les scores les plus élevés indiquant davantage de conséquences associées à la dépendance sexuelle. La CSBCS a été évaluée sur un échantillon d'hommes homosexuels. Les répondants évaluent chaque item sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 0 (jamais) à 4 (toujours). Les scores totaux vont de 0 à 84, les scores les plus élevés indiquant davantage de conséquences associées à la dépendance sexuelle. Les qualités psychométriques de la CSBCS ont été testées sur un échantillon d'hommes

homosexuels et bisexuels de la communauté masculine. La consistance interne (alpha) pour le score total varie de 0,86 à 0,89 (Muench et al., 2007).

- L'Internet Sex Screening Test

L'Internet Sex Screening Test (Delmonico & Miller, 2003) est une échelle de 25 items dichotomiques qui permet d'obtenir un score total mesurant un comportement sexuel problématique en ligne, ainsi que cinq scores de sous-échelle. Les cinq facteurs de l'ISST sont : a) la compulsivité sexuelle en ligne, b) le comportement sexuel en ligne - social, c) comportement sexuel en ligne-isolé, d) les dépenses sexuelles en ligne, et e) l'intérêt pour le comportement sexuel en ligne. Les répondants sont invités à donner des réponses "oui" ou "non" à chaque item. Les réponses affirmatives sont additionnées pour obtenir un score total. Les scores totaux vont de 0 à 25, les scores les plus élevés indiquant une plus grande dépendance sexuelle. L'ISST a été testé sur des échantillons de membres de communauté. Il a été testé auprès des femmes et des hommes hétérosexuels ainsi que chez des hommes homosexuels. Cette échelle a été traduite et validée en langue espagnole par Arnal et al. (2010). La consistance interne (alpha de Cronbach) pour le score total varie de 0,78 à 0,88 (Chaney & Blalock, 2006 ; Arnal et al., 2010). Les coefficients alpha de Cronbach des sous-échelles varient de 0,51 à 0,86.

- Le Hypersexual Behavior Inventory (HBI)

Le Hypersexual Behavior Inventory est une échelle de 19 items développée et validée par Reid et al. (2011) en anglais, à partir des critères de l'addiction sexuelle proposés pour le DSM V. Ainsi, il peut être considéré comme athéorique. Sa structure à trois facteurs contient des sous-échelles mesurant l'adaptation (par exemple, l'utilisation du sexe pour éviter les humeurs négatives, s'apaiser et faire face au stress), le contrôle (l'incapacité à arrêter un comportement sexuel connu pour être nuisible à soi-même) et les conséquences (le fait de sacrifier ses projets et obligations pour le sexe). Cet outil a été testé sur les sujets hommes suivis en ambulatoire pour une addiction sexuelle. L'analyse de la fiabilité de l'échelle finale, calculée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, a révélé une fiabilité interne élevée pour l'échelle globale (0,95) et les sous-échelles (Contrôle = 0,94, Adaptation = 0,90, et Conséquences = 0,87). Cette échelle a été validée en langue hongroise et présentait une fiabilité interne allant d'acceptable à bonne pour les sous-échelles (Contrôle = 0,82, Adaptation = 0,86, et Conséquences = 0,75) et un indice d'ajustement comparatif (CFI) = 0,94 (Bóthe et al., 2019 b)

- La Hypersexual Behavior Consequences Scale (HBCS)

La Hypersexual Behavior Consequences Scale (Reid et al., 2012) est une échelle de 22 items élaborée et validée en langue anglaise. Elle est destinée à évaluer diverses conséquences rencontrées par les patients présentant une hypersexualité (tels que les problèmes relationnels, les difficultés financières, les pertes d'emploi, les maladies sexuellement transmissibles, la baisse de l'estime de soi et l'incapacité à respecter des engagements importants). Chaque conséquence est évaluée sur une échelle de cinq points allant de 1 = improbable à 5 = s'est produit plusieurs fois. Les scores les plus élevés reflètent une plus grande présence et fréquence des conséquences. L'échelle a été utilisée dans des collèges, des communautés et des échantillons de patients et a révélé une fiabilité interne globale élevée ($\alpha = 0,84$).

- Le PATHOS

Le PATHOS est un court instrument de 6 items dichotomiques élaboré et validé en anglais par Carnes (2012), à partir du SAST-R. Il permet 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 va de 0 à 6, et le score seuil est de 3. La consistance interne du questionnaire est bonne et les coefficients alpha de Cronbach pour le score total varient entre 0,92 et 0,94. La version francophone de cet outil est cours de validation (Karila et al., 2014).

- La Pornography Consumption Effect Scale (PCES)

La Pornography Consumption Effect Scale (Hald & Malamuth, 2008) est une échelle de 47 items validée en langue anglophone, qui vise à évaluer les effets positifs et négatifs de la consommation de la pornographie. Pour chaque item, les participants sont invités à indiquer dans quelles mesures ils constatent personnellement les divers effets de la consommation de la pornographie, sur une échelle de Likert à 7 points allant de 1 (pas du tout) à 7 (extrêmement dans une très large mesure). Les qualités psychométriques de cette échelle ont montré une excellente consistance interne (le coefficient alpha de Cronbach est de 0,91 pour la dimension effet positif et de 0,82 pour la dimension effet négatif).

➤ Intérêts et limites des questionnaires d'auto-évaluation

Les mesures d'auto-évaluation sont généralement rapides et faciles à utiliser dans la recherche et la pratique clinique. Les sujets décrivent aisément leur expérience sur leur comportement d'addiction sexuelle.

Cependant, le principal inconvénient demeure le phénomène de désirabilité sociale qui biaise les réponses des sujets en raison du caractère honteux et socialement dévalorisant de l'addiction sexuelle. De plus, il est possible que les sujets ne comprennent pas de façon correcte et exacte certains items. D'autres individus à l'inverse peuvent exagérer leurs symptômes parce que l'étiquette d'addiction sexuelle peut les décharger de la responsabilité de leurs actes. Ainsi, il peut parfois être nécessaire de recourir à des évaluations complémentaires, par le biais d'entretiens cliniques, afin d'approfondir les réponses données par les sujets aux différents items des échelles et questionnaires.

➤ Les mesures d'hétéroévaluation

- Le Diagnostic Interview for Sexual Compulsivity (DISC)

Le Diagnostic Interview for Sexual Compulsivity (Morgenstern et al., 2009) est un entretien semi-structuré qui évalue les symptômes de l'addiction sexuelle. Cette dernière y est définie comme une augmentation des fantasmes et des comportements sexuels en fréquence et en intensité, interférant avec les intérêts personnels, interpersonnels ou professionnels (Morgenstern et al., 2009). Le DISC est conçu et adapté à partir des sections portant sur l'abus de substances et les dépendances du SCID (Structured Clinical Interview for the DSM IV ; First et al., 1996). Il comporte six sections qui évaluent (a) la période concernée, (b) sept comportements problématiques, (c) les critères d'abus et de dépendance, (d) la présence de détresse ou d'interférence, (e) l'âge d'apparition, et (f) l'évolution du problème. Les cliniciens évaluent les items portant sur les critères d'abus et de dépendance sur une échelle de type Likert à 4 points allant de 0 (absent ou faux) à 3 (seuil ou vrai). Le DISC a été évalué sur un échantillon d'hommes homosexuels et bisexuels. La fiabilité inter-évaluateurs pour les sections du DISC varie de 0,66 à 0,99 (Morgenstern et al., 2009).

- La Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Compulsive Sexual Behavior (YBOCS-CSB)

La Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Compulsive Sexual Behavior (Morgenstern et al. 2004) est une échelle de langue anglaise de 10 items, administrée par un clinicien, qui permet d'obtenir un score total mesurant la dépendance sexuelle. Elle a été adaptée à partir de l'échelle Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. Les cliniciens évaluent chaque item sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 0 à 4. Les scores totaux vont de 0 à 40, les scores les plus élevés indiquant une plus grande dépendance sexuelle. La YBOCS-CSB a été testé auprès d'échantillons de membres de la communauté masculine gay et bisexuelle. La consistance interne (alpha de Cronbach) a été mesurée dans deux échantillons. Les alphas pour le score total étaient compris entre 0,80 et 0,91. La stabilité temporelle et la fiabilité inter-juges de l'échelle YBOCS-CSB n'ont pas été rapportées dans la littérature.

- Le Sexual Outlet Inventory (SOI)

Le Sexual Outlet Inventory (SOI ; Kafka, 1991 ; 1992 ; 1997) est une échelle à six items administrés par un clinicien. Cette échelle élaborée en langue anglophone, explore l'incidence et la fréquence des fantasmes, des pulsions et des activités sexuelles pendant une semaine donnée. Les comportements sexuels sont divisés en deux catégories : conventionnels et non conventionnels. Les comportements sexuels conventionnels font référence aux rapports sexuels dans le cadre d'une relation mutuellement consentie. Les comportements sexuels non conventionnels sont les paraphilies et les dépendances sexuelles non paraphiliques (par exemple, la masturbation compulsive, sexe anonyme). Les cliniciens évaluent le rendement sexuel total (c'est-à-dire la somme de tous les comportements sexuels menant à l'orgasme) des comportements sexuels conventionnels et non conventionnels au cours de la semaine écoulée. Les cliniciens enregistrent également le temps moyen passé par jour pour des fantasmes, des pulsions et des activités conventionnels et non conventionnels. Les hommes qui rapportent une production sexuelle totale hebdomadaire de sept ou plus pendant au moins 6 mois présenteraient un désir hypersexuel (Kafka, 1997). Le SOI a été évalué sur des échantillons de patients masculins suivis en psychothérapie. La consistance interne, la stabilité temporelle, et la fiabilité inter-juges pour le SOI n'ont pas été rapportées dans la littérature pour cette échelle.

- Intérêts et limites des échelles d'hétéroévaluation

A l'instar des questionnaires auto rapportés, les échelles d'évaluation clinique permettent également d'évaluer les symptômes de l'addiction sexuelle. Elles présentent un certain nombre d'avantages à savoir : une réduction des biais de désirabilité sociale en raison de la relation duelle entre l'évaluateur (le clinicien) et le sujet concerné. Par ailleurs, durant la passation, les cliniciens sont en mesure d'utiliser leur jugement clinique pour expliquer les items de l'échelle qui prêteraient à confusion aux participants. Cela permettra de recueillir avec plus de précision, les données auprès des sujets.

Cependant, une des difficultés majeures relatives à l'utilisation de ces échelles réside dans le temps de travail que ces évaluations peuvent nécessiter pour les évaluateurs. De plus, même si les biais de désirabilité peuvent être minimisés, il n'est pas impossible que les individus se sentent mal à l'aise dans ce face à face avec le clinicien, étant donné qu'ils sont invités à donner des informations sur leur vie intime et sexuelle.

En définitive, l'évaluation idéale devrait sans doute consister à privilégier autant que possible pour les recherches et pour la pratique clinique, l'association entre les mesures d'auto-évaluation et d'hétéroévaluation, afin de recueillir des données plus précises, avec moins de biais.

3.6. Epidémiologie

Sur le plan épidémiologique, il existe peu d'études de prévalence sur l'addiction sexuelle en population générale. Toutefois, quelques études actuelles estiment la prévalence moyenne de l'addiction sexuelle entre 3% et 6 % en population générale (Krueger & Kaplan, 2001 ; Freimuth et al, 2008 ; Kuzma & Black, 2008). Par ailleurs, Langström et Hanson (2006) dans leur étude réalisée auprès d'un échantillon suédois de 2450 participants issus de la population générale, avaient estimé que 12% des hommes et 6,8% des femmes présentent un trouble de l'hypersexualité. Nous pouvons également évoquer une des premières études épidémiologiques menée sur les comportements sexuels par Laumann et al. (1994) auprès d'un échantillon de 1320 sujets. Dans cette étude, les auteurs avaient trouvé que 7,6 % des hommes avaient des relations sexuelles avec un partenaire quatre fois ou plus par semaine pendant au moins un an, et que 1,2 % des hommes se sont masturbés plus d'une fois par jour au cours de l'année ayant précédant l'enquête. Cependant, même si cette étude était la première grande enquête américaine sur les comportements sexuels menée à partir d'un échantillon représentatif,

elle ne caractérisait pas le trouble de l'hypersexualité ou l'addiction sexuelle. En effet, Laumann et al. (1994) visait en premier lieu à prouver que la situation sociale des individus déterminait le choix de leur partenaire, le nombre de partenaires, le type de pratiques sexuelles. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment dans la définition de l'addiction sexuelle ou même le trouble de l'hypersexualité, au-delà de l'aspect quantitatif c'est-à-dire la fréquence du comportement sexuel, les aspects qualitatifs telle que la souffrance associée à la perte de contrôle des comportements sexuels doivent être pris en compte.

Récemment, Dickenson et al. (2018) dans leur étude ont estimé la prévalence du trouble du comportement sexuel compulsif (qui sera prochainement inclus dans la CIM-11) aux États-Unis en administrant le Compulsive Sexual Behavior Inventory-13 (CSBI-13) à un échantillon représentatif au niveau national (N= 2325). Les sujets avaient un âge moyen de 34 ans ($\pm 9,26$). Leur étude suggère que 10,3% des hommes et 7% des femmes se perçoivent comme rencontrant des difficultés à contrôler leurs sentiments, leurs pulsions et leurs comportements sexuels d'une manière qui provoque une détresse et/ou une altération de leur fonctionnement psychosocial. Par ailleurs, Bóthe et al. (2020) avaient estimé la prévalence du comportement sexuel compulsif au sein d'un échantillon probabiliste de 473 sujets, à 5,2 % chez les hommes et 3,3 % chez les femmes. Cependant, l'une des limites principales relatives à cette étude peut être attribuée à l'outil d'évaluation utilisée le CSBI. En effet, cet outil avait été développé avant la proposition des critères du trouble du comportement sexuel compulsif et pourrait ne pas comprendre tous les critères de ce trouble.

Par ailleurs, d'autres études ont estimé la prévalence de l'addiction sexuelle à partir des comportements plus spécifiques tels que l'usage problématique de la pornographie. En effet, Beutel et al. (2017) ont rapporté que 4,2 % de leur échantillon de 2 522 allemands de sexe masculin de plus de 14 ans avait une utilisation excessive de la pornographie sur Internet.

Grubbs et al. (2019) dans une étude réalisée auprès d'un échantillon de 2075 utilisateurs adultes d'internet, représentatif au niveau national, avaient trouvé que 11% des hommes et 3% des femmes avaient rapporté à minima « être addict à la pornographie ». Grubbs et al. (2020b) ont mené une autre étude visant à étudier l'interaction entre l'utilisation de la pornographie et la religiosité dans la prédiction de la dépendance autodéclarée à la pornographie. Ils avaient trouvé auprès d'un échantillon représentatif de 2519 sujets que 18,3% d'hommes et 4,7% de femmes ont rapporté au moins un certain accord avec l'affirmation « je crois que je suis dépendant de la pornographie ». Enfin, dans une étude auprès d'un échantillon représentatif de population

australienne, 4,4 % d'hommes et 1,2 % de femmes avaient rapporté leur accord à la proposition suivante : « vous avez le sentiment d'être dépendant de la pornographie ».

Toutes ces études semblent suggérer que la prévalence de l'addiction sexuelle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, le ratio serait de 5 hommes pour une femme. Cependant, ces conclusions peuvent être nuancées par le fait que peu d'études aient été menées spécifiquement auprès des femmes. Weinstein et al. (2015) ont trouvé que le trouble serait plus fréquent chez les femmes homosexuelles. Par ailleurs, étant donné le manque de définition diagnostique consensuelle de l'addiction sexuelle, les résultats de ces quelques études sont à interpréter avec prudence en fonction de la manière dont cette addiction est définie et des instruments d'évaluation utilisés. De plus, le tabou inhérent à la sexualité en général renforce l'isolement des personnes concernées d'une part, le sentiment de culpabilité et de honte rapporté par ces derniers, rendent difficile l'accès aux soins malgré leur souffrance d'autre part. Ceci complexifie la réalisation d'études épidémiologiques de grande envergure sur la question.

3.7. Intérêts et limites du concept d'addiction sexuelle

➤ Intérêts

Le terme d'addiction sexuelle continue de faire l'objet de débat et de controverse intenses parmi les professionnels de la santé mentale, les politiciens et les groupes religieux (Goldberg, 2004, p. 14 ; Grubbs et al., 2020b ; Karila et al., 2014 a). Les différentes définitions proposées dans la littérature scientifique illustrant les divergences sur la terminologie, semblent désigner tout de même une seule problématique clinique. Ainsi, une définition semble faire l'unanimité du moins en pratique clinique. Il s'agit de la conception addictologique du trouble, proposée par Goodman (1992). Cette définition semble très présente dans la littérature parce qu'elle est l'une des plus complètes. En pratique clinique, la conceptualisation du trouble proposée par Goodman suggère une possibilité de la mise en œuvre auprès des personnes présentant cette addiction spécifique, des mesures générales de prise en charge développées pour les autres conduites addictives. Cela stipule que le travail thérapeutique auprès de ces personnes pourrait se focaliser aussi bien sur les manifestations comportementales du trouble que sur ses processus sous-jacents.

Par ailleurs, l'intérêt de mener des études sur la question de l'addiction sexuelle devant déboucher sur la reconnaissance et le consensus autour du concept, s'inscrit dans la nécessité pour les professionnels de santé (notamment les spécialistes des conduites addictives) de

disposer de critères spécifiques communs et empiriquement fondés. En effet, il est courant dans la pratique clinique, de rencontrer des patients souffrant de cette addiction, qui franchissent dans une démarche personnelle les portes des CSAPA ou d'autres structures de soins. Ces derniers viennent demander de l'aide en raison des pensées et des comportements sexuels excessifs, source de souffrance aussi bien pour eux que pour leur entourage. D'un autre côté, ces personnes se retrouvent parfois en face de professionnels, qui s'interrogent toujours sur la façon d'aborder cette problématique, tant les divergences sur les questions diagnostiques et les critères définitoires sont nombreuses et diverses. L'intérêt de considérer l'addiction sexuelle dans ledit spectre nosographique pourrait donc faciliter le travail des cliniciens, en permettant à ces derniers de disposer d'une grille de référence commune et à minima conventionnelle sur la question. Cela contribuerait sans doute à une meilleure approche du trouble et aurait un impact sur les pratiques et les mesures de prise en charge thérapeutique à proposer aux personnes qui en souffrent.

➤ Limites

En proposant sa définition du concept et son modèle théorique de l'addiction sexuelle, Goodman (2001) a fait valoir qu'aucune forme de comportement sexuel ne constitue en soi une addiction sexuelle. En effet, selon lui la question de savoir si un modèle de comportement sexuel peut être défini comme tel n'est pas déterminée par le type de comportement, sa fréquence ou son acceptabilité sociale, mais par l'impact que ce modèle de comportement a sur la vie d'un individu. Cette nuance suppose, comme dans d'autres problématiques de santé, que la proposition du concept d'addiction sexuelle pose l'épineuse question du normal et du pathologique. En effet, ce n'est pas parce que l'individu ou le professionnel de santé mentale estiment que le niveau d'intérêt sexuel est problématique qu'il l'est forcément pour autant. En effet, à l'instar des autres comportements et activités de la vie quotidienne, il est tout à fait possible de décrire une certaine variabilité substantielle du comportement sexuel humain. Certaines personnes ont de nombreux partenaires sexuels, d'autres n'en ont qu'un seul, voire aucun, tout au long de leur vie. De même, certaines personnes adoptent fréquemment une variété de comportements sexuels, tandis que d'autres ne participent qu'à un seul type d'activité sexuelle et peut-être seulement de manière peu fréquente (Bogaert & Sadva, 2002). La norme fonctionnelle devrait donc être considérée dans l'abord du comportement sexuel qualifié d'addictif. En effet, notre regard et notre positionnement de psychologue clinicien nous amènent à considérer les descriptions cliniques des individus comme pathologiques lorsque ces derniers verbalisent une certaine souffrance. Cette souffrance peut être caractérisée par le fait

que les comportements sexuels répétitifs soient liés à des envies irréprouvables, que ces sujets soient assaillis par les pensées sexuelles, mais aussi et surtout lorsque ces dernières conditionnent leur mode de vie social, professionnel ou familial. En outre, une forte fréquence de comportement sexuel ne suffit pas pour diagnostiquer l'addiction sexuelle. Ce comportement doit persister malgré des conséquences néfastes telles que les grossesses non désirées, les graves manquements aux engagements de couple (divorces), les pertes financières excessives, la souffrance psychologique, la honte, la culpabilité et l'altération du statut professionnel/éducatif (Grubbs et al., 2020a ; Janssen et al., 2009). Enfin, en pratique clinique, les processus ou phénomènes de contrôle et du non-contrôle du comportement sexuel, évoqués dans les critères diagnostiques de l'addiction sexuelle pourraient être discutés et perçus non comme une dichotomie mais sur un continuum prenant en compte les valeurs et la culture du clinicien (Goodman, 1992 ; Orford, 1978), mais aussi celles des individus concernés. De plus, la perception qu'ont les individus (praticiens et patients) de la sexualité et des difficultés qui s'y rapportent est le plus souvent influencée par leur religiosité ou encore leur orientation sexuelle (Grubbs et al., 2020b ; Klein et al., 2019)

Par ailleurs, d'un point de vue sociologique, parler d'addiction sexuelle pourrait être considéré comme une tendance à une pathologisation excessive de ce comportement, notamment de la part de ceux qui estiment que l'on ne puisse pas évoquer une quelconque addiction en rapport avec la sexualité (Halpern, 2011 ; Kafka, 2014).

Enfin le concept d'addiction sexuelle peut susciter un questionnement purement moral et idéologique. En effet, les personnes adhérant à des opinions et idéologies conservatrices estimeraient que théoriser un modèle et proposer des critères diagnostiques de l'addiction sexuelle contribuerait à minimiser certains actes des sujets concernés et les absoudre de toute responsabilité. Les individus pourraient se cacher derrière leur trouble de conduites sexuelles pour échapper à la responsabilité des conséquences de ces dernières. A l'inverse, les personnes à l'extrême, libérales, pourraient craindre que le concept d'addiction sexuelle ne soit utilisé pour priver les individus de leur responsabilité personnelle et de leur liberté de choix, en définissant ces sujets comme des victimes qui doivent être sauvées (Goodman, 1992, Halpern, 2011 ; Ley, 2012 ; Moser, 2011). Cependant, reconnaître l'existence d'une psychopathologie, clarifier et comprendre ses caractéristiques cliniques ne signifierait pas justifier et cautionner les conséquences néfastes qui lui sont associées.

**CHAPITRE 2 : PSYCHOTRAUMATISMES INFANTILES, SCHEMAS COGNITIFS
ET CROYANCES ADDICTIVES DANS L'ADDICTION SEXUELLE**

1. PSYCHOTRAUMATISMES INFANTILES ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

1.1. Définition et caractéristiques cliniques d'un psychotraumatisme

Le mot « traumatisme », apparu à la fin du XIXe siècle, fut forgé à partir du grec trauma « blessure » pour caractériser une incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique, d'une image qui ne devrait pas s'y trouver. Il désignerait une rencontre de l'appareil psychique avec le réel de la mort ou le néant qui s'accompagne d'un vécu d'effroi, résultant d'une perception ou d'une sensation (Lébigot, 2021, p. 13). Le traumatisme psychique fait suite à la confrontation d'un individu avec un événement potentiellement traumatique, c'est-à-dire, caractérisé par la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles (APA, 2013, p. 350).

Selon Chahraoui (2014, pp. 12-13), un traumatisme psychique peut être caractérisé par plusieurs éléments cliniques tels que : le débordement des défenses psychologiques, la situation de violence psychique liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur, l'effroi, la rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un « corps étranger », le non-sens et l'absence de représentation et le traumatisme relationnel et logique.

Le débordement des défenses psychologiques fait référence au fait que le traumatisme psychique survient en réponse à un événement soudain, violent qui surprend l'individu. Par conséquent ce dernier est dans l'incapacité de réagir parce que n'ayant pu anticiper la violence de cet événement.

Ensuite *la situation de violence psychique est liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur*. En effet, le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a vécu un sentiment de menace vitale ou a été confronté à des visions d'horreur.

Par ailleurs, une caractéristique centrale d'un psychotraumatisme est représentée par la dimension *d'effroi*. Ce dernier renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychiques dans lequel se trouve l'individu lorsqu'il est confronté à la grande violence de l'événement traumatique.

En outre l'événement traumatique entraîne *la rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un « corps étranger »*. En effet, le traumatisme psychique se traduit comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation qui crée une désorganisation psychique durable et

facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps étranger » qui ne peut être assimilé, ne devant pas s'y retrouver.

Le non-sens et l'absence de représentation. Cette caractéristique renvoie au fait qu'en raison de la surprise et de la violence des événements traumatiques, les sujets traumatisés ne peuvent comprendre, traiter ni analyser ce dernier.

Enfin, *le traumatisme relationnel et logique* réfère aux aspects d'emprise et des interactions paradoxales de type « double lien » que peuvent comporter les événements traumatiques.

1.2. Psychotraumatismes infantiles et addictions comportementales

Les critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique (voir annexe 3) et les caractéristiques cliniques associées en faveur de ce trouble (APA, 2013), stipulent qu'à la suite d'événements traumatiques prolongés, répétés et sévères (par exemple, abus subis pendant l'enfance, torture), l'individu peut éprouver des difficultés à gérer ses émotions ou à maintenir des relations interpersonnelles stables, ou éprouver des symptômes dissociatifs (APA, 2013, p. 356). Ces descriptions cliniques suggèrent que les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels, physiques voire émotionnels dans l'enfance sont susceptibles de connaître des problèmes au niveau de leurs émotions et de certains de leurs comportements à l'âge adulte. C'est ainsi que les comportements d'addiction chez certains sujets adultes constituent le plus souvent une évolution des processus adaptatifs déclenchés par ces situations traumatogènes. En effet, à l'instar des addictions aux substances psychoactives, de nombreux travaux de la littérature scientifique ont rapporté des liens entre les traumatismes subis dans l'enfance et les addictions comportementales. Par exemple, Schimmenti et al. (2014) ont réalisé une étude auprès d'un échantillon de 310 étudiants âgés de 18-19 ans, dont le but était d'examiner la relation entre l'usage problématique d'internet et les attitudes d'attachement. Ils ont constaté que les abus sexuels sur les enfants augmentaient de plus de 7 fois les chances de souffrir de symptômes significatifs d'addiction à Internet. De leur côté, chez les joueurs pathologiques, Horak et al. (2021) ont mené une étude comparative incluant des joueurs pathologiques et un groupe contrôle (sujets ne présentant aucun trouble de l'Axe 1 du DSM IV). A travers une analyse de régression logistique, ces auteurs ont montré que la sévérité des traumatismes subis (abus physique, abus émotionnel, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique) était significativement plus élevée chez les joueurs pathologiques que chez les sujets du groupe contrôle. De plus, ces traumatismes étaient un facteur prédictif significatif du diagnostic du jeu pathologique. Dans leur étude, la négligence physique était le seul sous-type de traumatisme

susceptible d'augmenter significativement les chances de développer le trouble du jeu pathologique à l'âge adulte. Par ailleurs, des liens significatifs ont été également rapportés dans la littérature entre les abus psychologiques et sexuels en début de vie ainsi qu'à une réduction de la qualité de vie physique, psychologique, sociale et environnementale et l'addiction à l'alimentation (Imperatori et al., 2016 ; Nunes-Neto et al., 2017). Enfin, dans la littérature sur l'addiction sexuelle, une prévalence élevée d'événements de vie traumatiques a été rapportée chez les sujets présentant cette addiction (Barrault et al., 2016 ; Carnes, 1991, p.107; Giugliano, 2006 ; Meyer et al., 2017 ; Slavin et al., 2020 ; Smith et al., 2014 ; Vaillancourt et al., 2016). Par exemple, Carnes (1991) dans une étude ayant porté sur 233 hommes et 57 femmes, montre que 81 % des sujets qui présentaient une addiction sexuelle ont vécu un abus sexuel. Par ailleurs, dans une étude qualitative menée par Giugliano (2006) sur 14 hommes s'auto identifiant comme ayant un problème de comportement sexuel, 13 ont rapporté avoir vécu de la négligence parentale (par exemple, manque de soins, d'éducation, d'hygiène, de présence d'attention et de disponibilité); 9 personnes ont été victimes des abus sexuels et 10 ont subi l'inceste. Ferree (2003) dans sa recherche sur une population de femmes présentant une dépendance sexuelle indique que 78 % d'entre elles rapportent des abus sexuels durant l'enfance. Smith et al.(2014) dans leur étude auprès de 258 vétérans ont également trouvé, après ajustement des facteurs liés à l'enfance et à la santé mentale, que les personnes ayant des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance avaient trois fois plus de chances de présenter des comportements sexuels compulsifs comparées à celles qui n'avaient pas subi de tels traumatismes. Enfin, Vaillancourt et al. (2016) ont mené une étude auprès de 1033 sujets afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle les conséquences à l'âge adulte des abus sexuels de l'enfance varient selon le statut de la relation. Leurs résultats ont montré que la sévérité des abus sexuels dans l'enfance était associée à une compulsion sexuelle plus élevée chez les célibataires et à un évitement sexuel et une compulsion sexuelle plus élevés chez les personnes en cohabitation. Ces expériences traumatiques précoces engendreraient fréquemment un sentiment important de honte, une blessure dans l'estime et l'image de soi, que les sujets auront tendance à compenser ou à dissimuler à travers leurs conduites addictives (Adams, 2019).

2. SCHEMAS COGNITIFS ET CROYANCES ADDICTIVES

2.1. Définitions

2.1.1. Schémas cognitifs

D'un point de vue théorique, le concept de schéma cognitif peut s'inscrire dans les théories de la psychologie cognitive notamment celles de la mémoire (Bartlett, 1932) et du développement (Piaget, 1952). Dans cette perspective, les schémas font référence aux traces mnésiques qui sont créées et stockées en mémoire à long-terme, à chaque fois qu'un individu traverse un ou des événements ou fait certaines expériences (Bartlett, 1932). Ces traces mnésiques forment ainsi des structures cognitives inconscientes provenant de réactions et de ces expériences passées. Ces structures constituent un corpus de connaissance relativement cohérent et stable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes (Segal, 1988). Les schémas cognitifs peuvent être activés de manière consciente ou inconsciente selon les événements que le sujet rappelle ou des activités qu'il réalise au moment présent. Etant des structures cognitives permettant de filtrer, de coder, d'évaluer les stimuli, les schémas sont faits de croyances grâce auxquelles, un individu est en mesure d'interpréter le monde et ses relations avec les autres selon sa propre vision (Beck, 1964 ; Bernard, 2017). Ils seraient utiles pour faire face à des situations routinières et familières. D'un point de vue développemental, certains auteurs estiment que les schémas se mettent en place dans l'enfance (Platts et al., 2002). Cependant, en les considérant comme des souvenirs qui varient, d'autres auteurs estiment qu'ils peuvent se constituer à différents âges et s'activer en fonction des événements de vie (Hautekeete et al., 1999 ; James et al., 2004).

2.1.2. Les croyances

En psychopathologie cognitive, les croyances sont des processus cognitifs (des pensées, des connaissances) propres aux individus sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure. Sous-composantes subconscientes des schémas cognitifs, elles constituent des représentations verbales du schéma auquel une personne s'identifie fortement et qu'elle approuve (James et al., 2004). Selon Beck et al. (1993), elles sont relativement stables et durables, et ne sont pas facilement modifiables par l'expérience, une fois formées. Cependant, elles peuvent être amenées à la conscience par le biais de la réflexion ou de thérapies (James et al., 2004). Ainsi, tel l'insight, la prise de conscience de certains dysfonctionnements et processus

psychopathologiques associés à certaines croyances dysfonctionnelles permet des possibilités évolutives notamment leurs modifications.

2.2. Genèse et évolution : des schémas cognitifs aux croyances dysfonctionnelles

Beck (1976) a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se base sur des structures inconscientes stockées en mémoire à long terme que sont les schémas. Ces derniers peuvent se mettre en place dans l'enfance évoluer à différents âges et concerner plusieurs domaines de la vie d'un individu. Les informations contenues dans les schémas donnent lieu à des croyances. Ces croyances reflétant les schémas sont non conscientes, profondément ancrées en mémoire et correspondent à des règles de fonctionnement personnel qu'utilise l'individu afin d'interpréter une situation et activer ou inhiber un comportement. Ces schémas peuvent s'activer et s'enrichir de façon significative. Cependant, l'hyperactivation de ces schémas aboutit à des croyances dysfonctionnelles en raison de leurs caractères envahissants, rigides et invalidants (Grebout & Dardard, 2010). Ainsi ces schémas produisent des pensées automatiques, des croyances dysfonctionnelles susceptibles d'impacter les sentiments et les comportements et par conséquent de favoriser l'élaboration des schémas addictifs.

2.3. Modèle cognitif du traitement des informations (Beck et al., 1963)

Le modèle initial de Beck et al. (1963 ; 1979) portait sur les troubles émotionnels. Il suggérait que les émotions découlent des significations attribuées aux événements et que les perturbations émotionnelles résultent des significations déformées données aux événements par l'individu. L'interprétation d'un événement par un individu est réalisée par le biais de pensées automatiques, qui sont souvent en marge de la conscience et qui servent de médiateur entre un événement et la réponse affective (Beck & Greenberg, 1984). Ces pensées automatiques sont l'expression consciente de structures inconscientes que Beck nomme schémas cognitifs. Lorsque les schémas cognitifs sont activés, ils influencent directement la perception et l'interprétation qu'un individu peut faire des événements et expériences de sa vie quotidienne. A l'issue d'expériences de vie notamment négatives, se mettent en place des systèmes de croyances. Ces systèmes de croyances fonctionnent via des hypothèses dysfonctionnelles sur le monde, des interprétations de situations actuelles, des souvenirs d'expériences passées ou des croyances sur l'avenir. Ils sont donc à l'origine de l'activation des pensées automatiques négatives sur lesquelles l'individu a peu de contrôle. Selon Beck, ces pensées automatiques permettent également d'identifier le système de croyances sous-jacent d'un individu, qui

explique finalement la manière dont il attribue un sens aux événements. Ainsi, dans ce modèle, les troubles psychopathologiques tels que la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, seraient associées à des distorsions cognitives caractéristiques qu'il est possible de corriger via les psychothérapies cognitivo-comportementales.

Après avoir développé la théorie et la thérapie cognitive des troubles émotionnels notamment la dépression, Beck et al. (1993) se sont intéressés à leur adaptation voire l'élaboration de modèles cognitifs pour d'autres troubles psychopathologiques dont les conduites addictives.

2.4. Les croyances addictives ASP (anticipatoires, soulageantes et permissives) (Beck et al., 1993)

D'après le modèle cognitif de Beck et al. (1993), les schémas cognitifs dysfonctionnels peuvent contribuer au développement et au maintien des comportements problématiques. En effet, les situations à risque sont susceptibles d'induire une activation intense des schémas cognitifs. Ceci aboutit à des croyances dysfonctionnelles qui peuvent à leur tour entraîner l'émergence d'émotions et de comportements inadaptés telles que les conduites addictives. Le modèle initial des addictions élaboré par Beck et al. (1993) concernait les abus de substances. Ce modèle stipule que l'interaction de situations à risque avec les schémas dysfonctionnels d'un sujet présentant un trouble de l'usage de substances active des croyances spécifiques que Beck et al. (1993) subdivisent en trois catégories :

- Les croyances anticipatoires impliquant généralement une certaine attente notamment positive de la consommation de substances. Par exemple : « Ça va me déstresser de consommer »
- Les croyances soulageantes supposant que la consommation de substances fera disparaître un état inconfortable. Par exemple : « L'alcool m'aide à me détendre et me calmer »
- Les croyances permissives permettant de considérer l'usage de substance comme acceptable malgré les conséquences néfastes évidentes. Par exemple « J'ai passé une journée bien compliquée, donc je mérite de boire un verre ».

Ce modèle stipule que les schémas addictifs reposent sur des Schémas Centraux Dysfonctionnels (*Dysfunctional Core Beliefs*), inconscients et stockés en mémoire à long terme. La construction de ces schémas se fait par étapes. En effet, les schémas anticipatoires seraient les premières à se mettre en place avec des croyances prédictives de bien-être, d'attentes d'effets

positifs des substances psychoactives. Ensuite viendraient ceux soulageants caractérisés par des attentes de réduction d'un inconfort ou d'un état de mal-être physique et/ou psychologique associés à la substance. Ces derniers peuvent mener au craving. Les deux premiers schémas anticipatoires et soulageants sont activés par des stimuli à risque. Ils donnent lieu à des pensées automatiques, déclenchant de fortes envies de consommer. Les schémas permissifs vont être déclenchés en troisième lieu, une fois que l'envie de consommer se fait ressentir, autorisant l'individu à s'engager dans son comportement d'addiction. Il faut noter que l'activation des schémas anticipatoires comme soulageants peuvent déclencher les croyances permissives et le passage à l'acte. Toutefois, il est également possible que ces deux schémas soient activés et présents en même temps.

En définitive, le modèle cognitif des addictions de Beck et al. (1993) suggère que certains individus ont développé une vulnérabilité cognitive à l'abus de substances (difficultés et manque de motivation à contrôler leur comportement, impulsivité, recherche d'excitation et intolérance à la frustration et à l'ennui). Dans des circonstances particulières de fragilité et de situations à risque, des croyances spécifiques sont activées et augmentent la probabilité de consommation des substances. Ces situations peuvent être externes (par exemple, un contexte social d'accès facile aux produits) et internes (états émotionnels inconfortables tels que la dépression, l'anxiété ou l'ennui).

Si ce modèle a été élaboré initialement grâce à l'étude sur les addictions aux substances, ces principes pourraient s'appliquer également aux addictions comportementales, telle que l'addiction sexuelle.

2.5. Le modèle ABC : Adversities, Beliefs, Consequences (Ellis, 1977)

S'inscrivant dans le courant de la psychologie cognitivo-comportementale, le modèle d'Ellis (1977) accorde également une place centrale aux processus cognitifs de l'individu. Son approche stipule que lorsque les individus sont confrontés aux événements et situations d'adversités, sources de frustrations et de souffrances (A), ces derniers les interprètent en fonction de leurs systèmes de croyances et valeurs personnelles préinstallés cognitivement, généralement depuis l'enfance (B). Si ces systèmes de croyances sont de nature aidante (c'est-à-dire des croyances rationnelles), elles produiront des réponses (C) adéquates. En revanche, si elles sont nuisibles (c'est-à-dire des croyances irrationnelles), elles produiront des conséquences désastreuses. Ces composantes constituent des fonctions intégrées et interconnectées entre elles et s'influencent mutuellement. En effet, selon Ellis (1977), « penser

affecte ce que nous ressentons et la façon dont nous nous comportons, ce que nous ressentons affecte notre façon de penser et de nous comporter et nos comportements affectent nos émotions et notre façon de penser ».

Ainsi le modèle théorique d'Ellis se résume par la formule suivante : A (Adversités) * B (Croyances) = C (Conséquences).

Selon cet auteur, les individus ne se perturbent pas simplement sous l'influence d'événements ayant marqué leur enfance et plus tard par conditionnement, mais ils se perturbaient en grande partie eux-mêmes par leurs attitudes concernant ces événements. Dans cette perspective, il va proposer son modèle thérapeutique, la Psychothérapie Comportementale Emotivo-Rationnelle (PCER). Il se présente comme une forme de thérapie compréhensive, prenant en compte les trois aspects fondamentaux et essentiels des troubles humains. L'objectif de cette approche est d'atténuer ces derniers et d'aider les personnes qui en souffrent à s'épanouir et à vivre heureux. Ces trois aspects constituent les ABC de cette la PCER :

➤ Le format ABC de la PCER

A = *Adversities* : les événements, les adversités. Ils peuvent également concerner l'expérience réelle de la personne face à l'événement.

B = *Beliefs* : les systèmes de croyances "évaluatives" des individus. On peut distinguer :

- Les croyances rationnelles (adaptées) : de nature aidante, elles produisent des comportements adéquats.
- Les croyances irrationnelles (inappropriées) : elles empêchent d'atteindre les objectifs qu'on s'est fixé, créent des émotions extrêmes qui perdurent, provoquent la détresse et induisent les comportements qui nuisent à soi-même, aux autres et à sa vie en général. Ces croyances déforment la réalité (mauvaise interprétation de ce qui se passe et n'est pas étayée par les preuves disponibles). Enfin, elles comportent des façons illogiques de s'évaluer soi-même, d'évaluer les autres et d'évaluer le monde.

C = *Consequences* : les conséquences, les émotions et les comportements qui découlent de ces croyances évaluatives.

En résumé, les approches cognitives de Beck et al. (1967 ; 1993) et d'Ellis (1977) se basent sur les croyances notamment dysfonctionnelles et leur rôle dans les troubles psychopathologiques. Les deux modèles stipulent que ces croyances de base (croyances irrationnelles et distorsions cognitives) sont susceptibles d'être construites et apprises via les événements de vie et les

expériences, se développent et s'enrichissent tout au long de la vie des sujets. Lorsque les individus sont confrontés aux événements et situations d'adversités (angoisses, anxiété), sources de frustrations et de souffrances, ces derniers les interprètent en fonction de leurs systèmes de croyances et valeurs personnels préinstallés cognitivement. Ainsi, les problèmes (symptômes d'addiction sexuelle) sont alimentés par ces croyances de base, tandis que les problèmes et les événements de la vie courante sont sujets à les activer. Selon la nature de leurs systèmes de croyances, ils adopteront des comportements plus ou moins adaptés. Les addictions comportementales notamment sexuelles font partie de ces comportements problématiques.

2.6. Croyances dysfonctionnelles et conduites addictives

La littérature scientifique met en évidence la présence de croyances dysfonctionnelles de façon générales et celles addictives en particulier chez les personnes présentant des addictions. En effet, Tison et Hautekeete (1998) avaient montré que l'activation de schémas cognitifs dysfonctionnels induirait des croyances addictives guidant la consommation de drogues et que ces croyances différencieraient bien les sujets dépendants et les non dépendants. Par ailleurs, ce modèle sur les croyances addictives a été mis évidence chez les sujets présentant un trouble de l'usage lié à l'alcool (Hautekeete et al., 1999). D'autres études ont également confirmé notamment par analyse factorielle la validité de ce modèle et la suractivation des croyances addictives chez les sujets présentant une addiction au cannabis (Chabrol et al., 2001 ; Grebot et al., 2016). En ce qui concerne les addictions comportementales, l'effet des croyances addictives a été mis en évidence auprès de sujets présentant une addiction aux jeux vidéo (Taquet, 2014). Cependant, à notre connaissance, aucune étude impliquant ces croyances addictives n'a porté sur l'addiction sexuelle. Or ce modèle pourrait être adapté à d'autres conduites pathologiques répétitives (Graziani, 2008). Il peut donc être pertinent de le tester dans les autres types d'addiction, c'est-à-dire les addictions comportementales dont fait partie l'addiction sexuelle. En cohérence avec les modèles de Beck (1967 ; 1993) nous postulons que chez les sujets présentant une addiction sexuelle, ces pensées, cognitions et croyances dysfonctionnelles renforcent le développement de l'addiction sexuelle. De plus, en nous référant à Ellis (1977), il est tout à fait possible d'admettre que les émotions et affects associés aux comportements sexuels addictifs alimentent les croyances addictives tel un cercle vicieux.

**CHAPITRE 3 : IMPULSIVITE ET DYSREGULATION EMOTIONNELLE
DANS L'ADDICTION SEXUELLE**

1. IMPULSIVITE

1.1. Définitions

L'impulsivité est un concept très utilisé dans le langage courant et qui généralement revêt une connotation négative. Il est utilisé pour désigner les actions réalisées de façon rapide, spontanée et la plupart du temps irréfléchies. Malgré son usage courant, le concept reste tout de même complexe à cerner. Une des difficultés majeures concerne parfois l'imprécision de sa définition. Dans « le Grand dictionnaire de Psychologie Larousse », Bloch et al. (2011 ; p. 459) définissent ce concept comme une tendance aux actes soudains et incoercibles, échappant au contrôle de la volonté et se déroulant quasi automatiquement et inéluctablement lorsqu'ils ont été commencés. Cette définition qui semble très générale ne permet pas de cerner toute la complexité clinique que revêt ce concept ainsi que son rôle prépondérant dans la compréhension et le diagnostic de diverses formes de psychopathologie.

En dépit du manque de consensus sur la manière de rendre compte de l'hétérogénéité des manifestations de l'impulsivité, il peut être tout de même pertinent de s'intéresser aux propositions de sa définition s'inscrivant dans le cadre de la psychopathologie. Dans cette perspective, l'impulsivité est décrite comme un construit transnosographique. En elle est une dimension commune à de nombreux troubles psychopathologiques. Par conséquent, ses manifestations principales tels que le manque d'anticipation des conséquences, l'incapacité à résister aux impulsions à réaliser certains comportements problématiques ou à risque se retrouvent dans de nombreux troubles décrits dans le DSM-V (APA, 2013) tels que les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, les troubles liés à une substance et les troubles addictifs ou encore les troubles de la personnalité (borderline, antisociale, histrionique et narcissique). Les définitions de l'impulsivité varient selon les auteurs.

En effet, Dickman (1990) considère l'impulsivité comme un trait de personnalité, et la définit comme la tendance à moins réfléchir que la plupart des personnes de même capacité avant d'agir, et dont les conséquences semblent être généralement négatives. Il va proposer un modèle qui distingue une impulsivité fonctionnelle et une autre dysfonctionnelle (nous détaillerons son modèle dans la partie suivante).

De son côté, Barrat (1993) considère l'impulsivité comme une entité clinique multifactorielle, permettant de bien comprendre aussi bien le comportement normal que pathologique. Selon lui, les sujets ayant un haut niveau d'impulsivité auraient tendance à agir sans réflexion préalable

(manque de planification), sous l'impulsion du moment présent (impulsivité motrice), ou encore présenteraient des difficultés de concentration dans certaines situations exigeantes sur le plan cognitif (difficultés attentionnelles).

Whiteside & Lynam (2001) pour leur part définissent l'impulsivité comme un construit multidimensionnel constitué de traits de personnalité pouvant mener aux comportements afférents. Ces dimensions sont : l'urgence, le manque de Préméditation le manque de Persévérance et la recherche de Sensations. Nous détaillerons plus loin le modèle théorique (UPPS) que proposent ces auteurs.

Enfin, dans un travail synthétique de définition du concept d'impulsivité, prenant en compte les modèles biologiques, psychologiques et sociaux de l'impulsivité, Moeller et al. (2001) suggèrent trois éléments essentiels à y inclure : 1) une sensibilité réduite aux conséquences négatives du comportement ; 2) des réactions rapides et non planifiées aux stimuli avant le traitement complet de l'information ; et 3) un manque de considération pour les conséquences à long terme. Cette définition de l'impulsivité renverrait donc à une variété de comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, inappropriés et pouvant entraîner des conséquences indésirables (Evsenden, 1999).

De toutes ces définitions, plusieurs éléments ressortent pour caractériser l'impulsivité. D'abord, une prédisposition des personnes impulsives pour des réactions rapides et non planifiées à des stimuli internes ou externes sans considération aux conséquences négatives. Ensuite les sujets impulsifs présenteraient une incapacité à différer ou à contrôler un comportement, une action leurs pensées ou leurs émotions, une absence d'anticipation des conséquences d'une action et une incapacité à planifier les réactions, ainsi que la prise de risque excessif. L'impulsivité impliquerait un caractère urgent et incontrôlable. La définition proposée par Reynolds et al. (2006) peut être reprise ici. En effet, ces auteurs définissent l'impulsivité comme un construit multidimensionnel dont les manifestations peuvent inclure des déficits dans l'inhibition de comportements inappropriés, une intolérance aux attentes différées et une tendance à agir sans tenir compte des conséquences à long terme de l'action.

1.2. Modèles théoriques de l'impulsivité

1.2.1. Modèle de Dickman (1990)

Dickman (1990) distingue une impulsivité dysfonctionnelle et une autre fonctionnelle. L'impulsivité dysfonctionnelle est la tendance à agir avec moins de préméditation et de

réflexion que des individus à capacités égales. Ainsi les sujets impulsifs dysfonctionnels seraient négligents et inattentifs, ce qui amplifie les conséquences négatives de leur incapacité voire leur difficulté à planifier leur comportement. En revanche, l'impulsivité fonctionnelle, par contraste, est la tendance à agir avec relativement peu de réflexion malgré des conditions optimales. Cette dernière est plus associée à l'enthousiasme, l'esprit d'aventure, l'activité et la productivité. Ainsi, les impulsifs fonctionnels seraient plus susceptibles de trouver bénéfique ce trait de personnalité. Si cette définition a le mérite de considérer le concept dans une vision à la fois positive et négative (et non seulement comme une manifestation psychopathologique), elle peut sembler trop globale, dépendre de la situation dans laquelle se trouvent les individus et ne pas permettre d'appréhender distinctement les potentiels différents types d'impulsivité. En lien avec son modèle théorique, Dickman (1990) a proposé une échelle d'évaluation de l'impulsivité.

1.2.2 Modèle de Barrat et al. (1993)

Barrat et al. (1993) proposent une approche biopsychosociale de l'impulsivité. Selon ces auteurs, les comportements impulsifs résulteraient d'une combinaison de processus biologiques, cognitifs, comportementaux et des facteurs environnementaux. Considérée comme un trait de personnalité, l'impulsivité semble être un facteur déterminant dans la compréhension de la variabilité individuelle des performances cognitives et motrices. Selon leur modèle, l'impulsivité serait composée de trois dimensions : l'impulsivité motrice, l'impulsivité cognitive et l'absence de planification (Patton et al., 1995). La dimension cognitive renvoie à l'augmentation des difficultés de concentration dans certaines situations exigeantes sur le plan cognitif. En effet, les sujets concernés présentent une incapacité à mener à terme un ensemble de processus cognitifs impliqués dans la résolution d'une tâche, incluant le jugement et la prise de décision. L'impulsivité motrice renvoie à la tendance à agir sous l'impulsion du moment présent. Elle se caractérise par la difficulté pour l'individu de retenir le déclenchement des actions et des comportements. L'absence de planification renvoie à la propension à agir sans réflexion préalable. En cohérence avec ce modèle, ces auteurs ont développé un outil d'évaluation de l'impulsivité qui semble le plus largement utilisé actuellement (l'échelle BIS-11 ; Patton et al., 1995).

1.2.3. Approche multidimensionnelle de l'impulsivité : modèle UPPS

Le modèle multidimensionnel « UPPS » (Urgence, manque de Préméditation, manque de Persévérance et recherche de Sensations) est proposé par Whiteside & Lynam (2001). Ces

auteurs se sont basés sur le modèle de la personnalité en cinq facteurs (Costa & McCrae, 1992) des conceptions existantes sur l'impulsivité pour proposer leur approche sur le concept d'impulsivité. En effet, ce modèle identifie quatre facettes de l'impulsivité : l'Urgence (U), le manque de Persévérance (P), le manque de Préméditation et la recherche de Sensations. L'Urgence renvoie au fait d'agir précipitamment, au risque de regretter son action, et ce particulièrement lorsque l'individu est confronté à des émotions négatives. Les personnes concernées par un haut niveau d'Urgence s'engageraient dans des conduites impulsives pour réduire leurs émotions négatives. Cyders et Smith (2008) ont suggéré l'existence d'une urgence dite positive, définie comme la tendance à exprimer des réactions fortes et rapides dans un contexte d'émotions positives. Cette facette d'Urgence positive a été intégrée au questionnaire UPPS qui découle de ce modèle. L'acronyme UPPS a donc été modifié pour devenir UPPS-P. Le manque de Persévérance correspond à la difficulté à rester concentré sur une tâche pouvant être ennuyeuse, longue ou difficile. Les personnes ayant de bas niveaux de persévérance présenteraient des difficultés attentionnelles, une propension au vagabondage de pensées ainsi qu'une tendance à ne pas finaliser leurs projets (Billieux et al. 2014 ; Gay et al., 2011). Le manque de Préméditation concerne le fait de ne pas prendre en compte les conséquences d'une action avant de s'y engager. Les personnes qui présentent un bas niveau de préméditation auraient tendance à agir sans se soucier des conséquences de leurs comportements (Billieux et al., 2014). Enfin, la recherche de Sensations concerne la tendance à apprécier et à rechercher les activités excitantes ainsi que l'ouverture à de nouvelles expériences (Billieux & Van der Linden, 2010 ; Billieux et al., 2014 ; Whiteside & Lynam, 2001).

Parmi ces diverses approches théoriques d'impulsivité, celle multidimensionnelle permet d'éclairer sur la genèse et le maintien des troubles externalisés du comportements dont fait partie l'addiction sexuelle d'une part, et ceux internalisés qui sont parfois les causes ou les conséquences de cette dernière d'autre part. Dans cette perspective, Billieux et al. (2014) suggèrent que les dimensions de l'impulsivité sont des processus transdiagnostiques pouvant être impliqués dans le développement et le maintien de ces divers troubles. En effet, selon ces auteurs, l'interaction entre les déficits d'autocontrôle attribuables aux facettes U, P, P, et les aspects motivationnels opérationnalisés par la facette S, associée à un système motivationnel d'approche dominant, sont susceptibles d'engendrer des conduites externalisées (cas des conduites addictives ou agressives). Des conduites externalisées problématiques peuvent également résulter de l'interaction entre des déficits d'autocontrôle et des aspects motivationnels liés à un système d'évitement dominant. Dans ce cas, le comportement

externalisé est conceptualisé comme un renforcement négatif. Les conduites externalisées peuvent également promouvoir, de manière indirecte, des troubles internalisés. Ainsi, les conséquences négatives d'un comportement externalisé problématique (dans la sphère sociale, professionnelle ou personnelle) peuvent générer des affects négatifs ou plus généralement des symptômes dépressifs. La relation entre troubles externalisés et troubles internalisés s'établit par l'intermédiaire de processus et d'émotions contrefactuels (c'est-à-dire une analyse de ce qui s'est passé et de ce qui aurait pu se passer si on avait agi autrement, avec le vécu d'émotions de regret, de honte ou de culpabilité). La cooccurrence de troubles externalisés et internalisés (comorbidité), quant à elle, peut-être conceptualisée à la manière d'un cercle vicieux dans lequel la personne, en proie à des affects négatifs intenses, s'engage dans des conduites externalisées visant à réduire ses émotions négatives. Enfin, des mécanismes d'autocontrôle trop forts ou trop rigides, en interaction avec un système motivationnel d'évitement dominant, peuvent directement favoriser l'émergence de conduites internalisées.

En résumé, l'impulsivité est un construit multidimensionnel dont les manifestations cliniques sont nombreuses, observables dans de plusieurs entités nosographiques. Dans la littérature et même dans la pratique clinique, nous pouvons relever que l'abord de l'impulsivité porte le plus souvent sur ses manifestations comportementales dysfonctionnelles et de leurs conséquences inadaptées aussi bien pour les individus que pour leur entourage parfois. Ce qui amène parfois à ignorer la dimension fonctionnelle, c'est-à-dire les caractéristiques cliniques et adaptatives de cette entité clinique telle que proposée par Dickman (1990). Ceci pourrait justifier de la considérer sur un continuum en s'intéressant à l'approche multidimensionnelle de l'impulsivité.

➤ Focus sur l'approche multidimensionnelle de l'impulsivité

De nombreux auteurs ont mis en évidence des liens entre certaines dimensions de l'impulsivité et des états psychopathologiques, dont les addictions comportementales. Le modèle UPPS de l'impulsivité peut être considéré comme un modèle transversal et transthéorique du concept d'addiction. En effet, si certaines conceptions théoriques stipulent que les comportements addictifs résultent d'une perte de contrôle, d'autres suggèrent qu'ils sont plutôt la manifestation d'aspects motivationnels des individus (Calzada Ribalta, 2018 ; Kotera & Rhodes, 2019 ; Varescon, 2016). Ce modèle de l'impulsivité semble intégrer ces deux conceptions. En effet, il suggère que les comportements impulsifs sont influencés d'une part, par des processus exécutifs et décisionnels (Urgence, manque de Persévérance, manque de Préméditation) qui sous-tendent

l'activité du système de contrôle. D'autre part, ces comportements seraient caractérisés par des processus motivationnels et temporels (recherche de Sensations) qui conduiraient à une sensibilité accrue aux récompenses par l'hyperactivité du système automatique (Billieux et al., 2014). Ainsi, cette conceptualisation s'avère intéressante à considérer dans l'étude du lien entre impulsivité et addiction sexuelle. En effet, les résultats de la littérature suggèrent qu'une impulsivité plus élevée pourrait prédire ou contribuer de manière importante au développement et au maintien de l'addiction sexuelle (Böthe et al., 2019 ; Kafka, 2010 ; Miner et al., 2016 ; Nolet et al., 2017 ; Reid et al., 2011a ; 2015).

1.3. Mesures de l'Impulsivité

En cohérence avec les modèles théoriques décrits, plusieurs outils ont été élaborés pour évaluer l'impulsivité.

1.3.1. Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS ; Patton et al., 1995)

L'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-11 ; Patton et al., 1995) est un questionnaire d'auto-évaluation qui sert à mesurer les traits de personnalité et les aspects comportementaux de l'impulsivité. L'instrument comprend 30 items auxquels les participants doivent répondre sur une échelle de type Likert en 4 points (rarement/jamais, occasionnellement, souvent, presque toujours/toujours). Un score compris entre 52 et 71 indique un niveau d'impulsivité intermédiaire ou normal. Un score inférieur à 52 indique un faible niveau d'impulsivité (un individu trop contrôlé ou malhonnête), tandis qu'un score supérieur à 71 indique un niveau élevé d'impulsivité (Stanford et al., 2009). L'instrument a été traduit en français par Baylé et al. (2000). La consistance interne de l'instrument dans cette étude est bonne ($\alpha = 0,81$).

1.3.2. Dickman Impulsivity Inventory (Dickman, 1990)

Beaucoup moins utilisé en recherche, c'est un outil composé de 23 items sous forme d'auto-questionnaire divisé en deux sous-échelles. Elle suit la définition de l'impulsivité de Dickman et distingue l'impulsivité fonctionnelle de l'impulsivité dysfonctionnelle. Ainsi, cette échelle permettrait de distinguer : l'impulsivité- action grâce à la sous-échelle « Impulsivité motrice » et la moitié de la sous-échelle portant sur l'attention correspondant réellement à l'impulsivité cognitive. L'impulsivité-choix est repérée grâce à la sous-échelle « Défaut de planification » et l'autre moitié de la sous-échelle Attentionnelle portant sur le déficit attentionnel en lui-même. Dickman (1990) a rapporté des alphas de Cronbach de 0,83 et 0,86 respectivement pour les

échelles d'impulsivité fonctionnelle et dysfonctionnelle, et une corrélation inter-échelle de 0,22 (Dickman, 1990).

1.3.3. L'échelle UPPS (Whiteside & Lynam, 2001)

L'échelle UPPS a été développée par Whiteside & Lynam (2001). Elle a été validée en français par Van der Linden et al. (2006) et en allemand par (Schmidt et al., 2008). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 45 items mesurant quatre traits d'impulsivité : l'urgence, le manque de préméditation, le manque de persévérance et la recherche de sensations. Dans leur étude originale, Whiteside et Lynam (2001) ont effectué une analyse factorielle exploratoire sur un grand nombre d'items (provenant de plusieurs échelles d'impulsivité couramment utilisées). Ils ont ensuite combiné les 45 items ayant la saturation la plus élevée pour chaque facteur. Ainsi a été élaborée la version originale de l'échelle. Cependant, ces auteurs n'ont pas confirmé l'analyse factorielle de l'échelle UPPS finale en utilisant un nouvel échantillon de participants. Van der Linden et al. (2006) vont tenter de combler cette limite dans l'étude de validation de l'outil en langue francophone. Les items sont notés sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement d'accord) à 4 (fortement en désaccord). Des scores plus élevés à l'échelle correspondent à une plus grande impulsivité. Concernant les qualités psychométriques de l'outil, il est rapporté dans la littérature une consistance interne satisfaisante des quatre facettes de l'impulsivité, avec des alphas de Cronbach généralement supérieurs à 0,80 pour les différentes versions du questionnaire (anglaise, française et allemande) (Van der Linden et al., 2006 ; Billieux et al., 2014). Ceci justifie son utilisation dans cette recherche. Par ailleurs, les propriétés psychométriques de l'outil ont également été testées auprès des adolescents et ont révélé une consistance interne excellente ($\alpha \geq 80$) (D'Acremont & Van der Linden, 2005). Enfin, l'intégration de la dimension d'urgence positive (la propension à agir de manière irréfléchie face à un affect positif intense) dans le modèle a entraîné la modification de l'échelle qui se présente désormais sous le format UPPS-P. La version complète de l'échelle UPPS-P (UPPS ; Lynam et al., 2006) est composée de 59 items. Cette version a été traduite et validée en espagnol (Verdejo-García, 2010), en polonais (Poprawa, 2016), en italien (D'Orta et al., 2015). Il existe également une version courte de l'UPPS-P qui a été traduite et validée dans plusieurs langues notamment en arabe (Bteich, et al., 2017), en portugais brésilien (Sediyama et al., 2017), en français (Billieux et al., 2012), en espagnol (Candido et al., 2012), en italien (Fossati et al., 2016), en coréen (Lim & Lee, 2014), en allemand (Keye et al., 2009).

1.4. Impulsivité et addictions comportementales

Les dimensions d'impulsivité ont été décrites et mises en évidence dans de nombreux troubles psychiatriques (Moeller et al., 2001) et semblent jouer un rôle considérable dans la psychopathologie des conduites addictives. Dans le domaine des addictions comportementales, l'Urgence est la dimension la plus fréquemment retrouvée. Il a été démontré qu'elle joue un rôle dans le jeu pathologique, les achats compulsifs et dans les addictions à Internet (Billieux, et al., 2014). Une méta-analyse systématique menée par Lee et al. (2019) a montré que l'impulsivité est un processus fondamental sous-jacent aux comportements addictifs avec ou sans substances (notamment les addictions aux jeux d'argent et à internet). Dans cette même perspective, Mottram et Fleming (2009) avaient montré dans leur étude sur les prédicteurs de l'utilisation problématique d'internet auprès de 272 étudiants du premier cycle, que le manque de Persévérance était prédicteur de l'addiction à Internet. Par ailleurs, chez les joueurs de poker, l'impulsivité distinguerait les joueurs pathologiques des joueurs non pathologiques et jouerait un rôle fondamental dans l'installation et le maintien de pratiques excessives du jeu de poker (Barrault & Varescon, 2013 ; Barrault & Varescon, 2015). En outre, dans une étude comparative sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et psychologiques des joueurs en ligne et hors ligne en demande de soins, López-Torres et al. (2021) ont mis en évidence une relation significative entre la dimension manque de préméditation et le mode de jeu avec un niveau élevé du manque de Préméditation chez les joueurs en ligne. En ce qui concerne, les achats compulsifs, Billieux et al. (2008) avaient montré que ces derniers étaient positivement corrélés avec trois facettes de l'impulsivité (l'Urgence, le manque de Persévérance et le manque de Préméditation), et que l'Urgence était le seul facteur prédictif significatif des achats compulsifs. Plus spécifiquement, en ce qui concerne notre sujet d'étude, c'est -à dire l'addiction sexuelle, Miner et al. (2009) ont mené une étude préliminaire sur les aspects de l'impulsivité associés aux comportements sexuels problématiques. Seize sujets ont été inclus dans cette étude (huit ayant un comportement sexuel problématique et huit témoins non cliniques). Le groupe clinique présentait un niveau d'impulsivité significativement plus élevé que le groupe témoin. Une autre étude portant sur 203 participants masculins cherchant de l'aide pour des problèmes liés à un comportement hypersexuel a été menée par Reid et al. (2011). Ils ont constaté que des scores plus élevés à l'inventaire du comportement hypersexuel étaient significativement corrélés à une plus grande impulsivité. Par ailleurs, dans une étude menée auprès de 242 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Miner et al. (2016) ont comparé l'impulsivité entre les hommes hypersexuels et non hypersexuels. Ils ont observé que les premiers présentaient des

niveaux d'impulsivité non planifiée plus élevés que les seconds. Récemment, une étude de Bóthe et al. (2019) portant sur un vaste échantillon communautaire (n= 13 778) a également révélé que l'impulsivité était fortement associée à l'hypersexualité. En somme, en considérant cette perspective multidimensionnelle d'impulsivité d'une part et d'autre part, malgré l'hétérogénéité des études et la variabilité des dimensions d'impulsivité retrouvées d'une addiction à une autre, toutes ces études semblent relever des niveaux significativement élevés d'impulsivité chez les personnes présentant des addictions comportementales. L'impulsivité a été identifiée comme étant un facteur de risque ou un facteur dont les caractéristiques cliniques sont significativement associées aux conduites addictives. Ceci justifie la pertinence d'explorer son rôle dans l'addiction sexuelle dans le cadre de la présente étude.

2. REGULATION EMOTIONNELLE DANS L'ADDICTION SEXUELLE

2.1. Définition de la régulation émotionnelle

Le concept de régulation émotionnelle a été introduit en psychologie clinique à partir des études sur l'attachement et les mécanismes de défense. Il s'agit d'un processus psychologique par lequel un individu modifie de façon intentionnelle ou non ses émotions afin d'obtenir des conséquences souhaitées et de s'adapter aux exigences de son environnement (Aldao et al., 2010). Le regain d'intérêt pour ce processus est marqué par la proposition du modèle de Gross (1998a, 1998b), qui théorisa le décours temporel des processus de régulation émotionnelle. Gross définit la régulation émotionnelle comme le processus grâce auquel les individus influencent la nature de leurs émotions, quand et comment ils les ressentent et les expriment (Gross, 1998b, p. 1). Ce modèle stipule une conception multicomposante des émotions. Celle-ci suggère que les émotions surgiraient en réponse à des situations évaluées comme importantes pour l'organisme. Les émotions impliqueraient des changements d'ordre subjectif, comportemental, neurophysiologique, et seraient modulées grâce à des mécanismes psychologiques avec lesquels elles seraient en étroite interaction (Scherer, 2001). Le modèle de Gross (1999) postule l'existence de multiples processus de régulation intervenant à différents moments de la réponse émotionnelle. Cet auteur distingue cinq grandes familles de stratégies de régulation émotionnelle. Quatre d'entre elles interviennent avant la réponse émotionnelle : la sélection de la situation (capacité à éviter ou à rechercher une situation), la modification de la situation (capacité à modifier une situation pour agir sur son impact émotionnel), le redéploiement de l'attention (la façon dont les individus dirigent leur attention sur des éléments ou des pensées sans rapport avec la situation), le changement cognitif (consiste à réévaluer de

manière rationnelle l'impact de la situation). Enfin, la modulation de la réponse émotionnelle (consiste à influencer les tendances à réagir aux émotions dès qu'elles apparaissent). En somme la régulation des émotions consisterait à atténuer, inhiber ou accentuer un état émotionnel en fonction de sa valence (Gross et al., 2006 ; Larsen & Prizmic, 2004 ; Mayer & Stevens, 1994 ; Mulligan & Scherer, 2012).

De son côté Kopp (1989) définit la régulation des émotions comme l'ensemble des processus et des caractéristiques qui permettent de faire face à des niveaux élevés d'émotions positives et négatives, y compris la joie, le plaisir, la détresse, la colère, la peur et d'autres émotions. Cet auteur met en lumière trois principes clés dans son modèle sur lesquels se base la régulation des émotions :

- Le premier principe stipule que la régulation des émotions en soi, implique un système d'action ou un schéma comportemental (par exemple, la manipulation d'une partie du corps, des vocalisations ou des verbalisations, l'auto-distraktion, le jeu avec un objet, la retraite vers un autre endroit ou le retrait de soi de la scène) utilisé pour modifier ou réduire les niveaux d'excitation élevés qui sont associés à la détresse.
- Le deuxième principe considère la régulation des émotions comme adaptative, c'est-à-dire qu'elle peut être innervée par différents mécanismes de développement. Ceux-ci comprennent (mais ne s'y limitent pas) des programmes préadaptés, des processus cognitifs élémentaires qui impliquent des associations élémentaires apprises de cause à effet, et un traitement cognitif plus avancé qui implique la planification, l'organisation et le contrôle.
- Enfin, le dernier principe préconise la nécessité d'un soutien extérieur pour réguler leurs émotions (notamment les nourrissons et les jeunes enfants). Cela intègre la manière, le moment voire la situation, mais aussi le niveau de développement du sujet et des croyances des personnes qui s'occupent des individus.

Enfin, Thompson (1994) conçoit que la régulation des émotions consiste en des processus extrinsèques et intrinsèques responsables du contrôle, de l'évaluation et de la modification des réactions émotionnelles, en particulier de leurs caractéristiques intensives et temporelles, afin d'atteindre ses objectifs. Dans cette approche, cet auteur suggère que :

- La régulation des émotions peut impliquer le maintien et l'amélioration de l'excitation émotionnelle, ainsi que son inhibition ou sa maîtrise.

- Elle englobe non seulement les stratégies acquises de gestion des émotions, mais aussi la variété des influences externes au moyen desquelles les émotions sont régulées.
- Bien que la régulation des émotions affecte parfois l'émotion discrète ressentie par un individu (par exemple, l'excitation de la culpabilité ou de la honte plutôt que de la colère lorsqu'on est injustement accusé), elle affecte plus souvent les caractéristiques intensives et temporelles de cette émotion.
- La régulation des émotions doit être considérée de manière fonctionnelle, c'est-à-dire en fonction des objectifs du régulateur dans une situation particulière. Ces objectifs peuvent être divers et changeants. Ils vont bien au-delà du simple maintien d'une disposition positive chez soi ou chez autrui.

En résumé, ces définitions pourraient signifier que la régulation adaptative des émotions implique de surveiller et d'évaluer l'expérience émotionnelle en plus de la modifier, sans oublier l'importance de la conscience et de la compréhension des émotions. Elles suggèrent également que la régulation des émotions doit se dérouler dans un contexte spécifique, mais aussi la nécessité de prendre en compte les exigences de la situation et les objectifs de l'individu (Thompson, 1994 ; Thompson & Calkins, 1996). De ces études, l'on serait tenté de le considérer comme un processus à une dimension, impliquant le contrôle ou l'élimination d'émotions négatives, comme étant, soit fonctionnel, soit dysfonctionnel et non comme un processus multidimensionnel. Cependant, à partir de ces propositions mais surtout des limites et insuffisances que peuvent comporter ces modèles et définitions, Gratz et Roemer (2004) suggèrent que la régulation des émotions devrait inclure la capacité à réguler les réponses émotionnelles, mais aussi l'habileté à vivre un large éventail d'émotions, à en distinguer la nature et à accepter ces émotions plutôt qu'à tenter de les réprimer. Ils vont donc définir la régulation des émotions comme un processus comportant plusieurs aspects et n'impliquant pas seulement l'inhibition d'émotions négatives, mais aussi la capacité cognitive et comportementale de se servir du rôle adaptatif des émotions comme sources importantes d'information sur l'environnement.

2.2. De la régulation émotionnelle à la perspective multidimensionnelle de la dysrégulation émotionnelle

D'un point de vue théorique, il existe plusieurs stratégies et capacités de régulation des émotions que les individus peuvent utiliser pour assurer une qualité de vie optimale (Berking et al., 2008). Il s'agit notamment de stratégies adaptatives, qui facilitent l'équilibre et la stabilité.

Nous pouvons citer par exemple la réévaluation (qui consiste à générer des interprétations ou des perspectives bénignes ou positives d'une situation stressante afin de réduire le stress) et la résolution de problèmes (qui constituent des tentatives conscientes de changer une situation stressante ou de contenir ses conséquences) ou encore l'acceptation de ses émotions encouragée dans certaines thérapies de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (Aldao et al., 2010 ; Gross, 1998). En revanche, les stratégies inadaptées impliquent un échec ou un déficit de régulation (par exemple, évitement, suppression, rumination) et peuvent être considérées comme une dysrégulation émotionnelle (Aldao et al., 2010 ; Gross et al., 2006 ; Hayes et al., 1999 ; McMahon et al., 2018 ; Rehm & Staiger, 2018). Dans la perspective multidimensionnelle, la régulation des émotions implique (a) la conscience et la compréhension des émotions, (b) l'acceptation des émotions, (c) la capacité de contrôler les comportements impulsifs et de se comporter conformément aux objectifs souhaités lorsqu'on éprouve des émotions négatives, et (d) la capacité d'utiliser avec souplesse des stratégies de régulation des émotions adaptées à la situation pour moduler les réponses émotionnelles afin d'atteindre les objectifs et les buts individuels. Par conséquent, l'absence relative d'une ou de toutes ces capacités indiquerait la présence de difficultés dans la régulation des émotions, ou une dysrégulation des émotions. La dysrégulation émotionnelle serait donc définie comme la difficulté à : (a) prendre conscience de ses émotions et les comprendre, (b) accepter ses émotions, (c) inhiber les comportements impulsifs et adopter des comportements axés sur les objectifs, et (d) accéder à des stratégies adaptatives pour moduler les émotions difficiles (Buckholdt et al., 2015 ; Dan-Glauser & Scherer, 2012 ; Gratz & Roemer, 2004 ; Weiss et al., 2012).

2.3. Mesures de la dysrégulation émotionnelle

2.3.1. L'échelle Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

Le modèle de Gross (1998) a conduit à l'élaboration de l'échelle Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross & John 2003). La version française de l'échelle a été validée par Christophe et al. (2009). Cette échelle de dix items est une mesure d'auto-évaluation de deux stratégies distinctes de régulation des émotions : la réappréciation cognitive (RC) et la suppression expressive (SE). La version originale et la version française ont toutes deux de bonnes propriétés psychométriques (Gross & John 2003 ; Christophe et al. 2009), ce qui montre que l'ERQ est un outil fiable pour évaluer ces stratégies de régulation des émotions. L'analyse

factorielle et confirmatoire ont révélé une structure à deux facteurs : six items évaluent la réappréciation cognitive et 4 évaluent la suppression expressive.

2.3.2. L'échelle Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

En cohérence avec le modèle multidimensionnel de la dysrégulation émotionnelle, a été élaborée l'échelle DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) par Gratz et Roemer (2004). La traduction française (DERS-F) a été validée par Dan-Glauser et Scherer (2013). Ce questionnaire d'auto-évaluation de 36 items évalue les difficultés dans six dimensions de la régulation des émotions: La non-acceptation de sa réponse émotionnelle (N) ; la difficulté à adopter des comportements orientés vers un but dans des situations émotionnelles négatives (G) ; la difficulté à contrôler les impulsions dans des situations émotionnelles négatives (I) ; le manque de conscience émotionnelle (A) ; la difficulté à mettre en œuvre des stratégies de régulation des émotions dans des situations émotionnelles négatives (S) ; le manque de Clarté émotionnelle (C). Les items sont notés sur une échelle de type Likert, de (1) presque jamais à (5) presque toujours. Avec un phi de Tucker de 0,98, les deux versions de cette échelle sont congruentes (Dan-Glauser et al., 2013). La cohérence interne de la traduction a un alpha de Cronbach de 0,92, ce qui justifie son utilisation dans notre recherche.

2.4. Dysrégulation émotionnelle et addictions comportementales

La dysrégulation émotionnelle est couramment retrouvée dans les troubles psychopathologiques, et de nombreuses études ont suggéré des liens entre la dysrégulation émotionnelle et les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les comportements addictifs (Bradley et al., 2011 ; Dumont et al., 2016 ; Johnson, 2005 ; Mennin et al., 2007). Par exemple, les individus souffrant de troubles anxieux inhibent le partage social de leurs émotions, tandis que les personnes déprimées ont tendance à partager leurs émotions mais pas leur vécu émotionnel (Pasquier et al., 2008 ; Pasquier et al., 2009). Les conduites addictives ont été particulièrement décrites comme étant à la fois une tentative utilisée par les sujets pour faire face aux conséquences subjectives d'un fonctionnement autorégulateur déficient et une manifestation perceptible d'un fonctionnement autorégulateur déficient. Ainsi, leurs fonctions sont à la fois de produire du plaisir et de réduire les affects négatifs (Goodman, 1993 ; 2001). De plus, la difficulté de régulation des émotions de certains individus peut les amener à la suppression de leurs émotions et à l'incapacité de les traiter cognitivement, ce qui entraîne l'expression des tensions internes par des comportements inappropriés ou addictifs (Mirabel-

Sarron, 2012). De ce fait, dans la littérature scientifique, la dysrégulation des émotions est fortement associée aux troubles addictifs (Gearhardt et al., 2013 ; Jauregui et al., 2016 ; Kafka, 2010 ; Kafka, 2013 ; Mestre-Bach et al., 2019 ; Prefit et al., 2019) et est désormais intégrée comme une composante essentielle du traitement de ces derniers (Brunault & Ballon, 2021). En effet, dans l'addiction à l'alimentation, Gearhardt et al. (2013) avaient montré que l'hyperphagie boulimique était associée de manière significative à toutes les dimensions de la dysrégulation émotionnelle excepté le manque de conscience émotionnelle. Par ailleurs, dans leur étude sur l'association entre l'hyperphagie boulimique, la dysrégulation des émotions, l'impulsivité, la dépression et l'anxiété chez les candidats à la chirurgie bariatrique, Benzerouk et al. (2020) ont confirmé que les personnes présentant un risque d'hyperphagie boulimique étaient plus enclines à déclarer un accès limité aux stratégies de régulation des émotions. Ils ont également mis en évidence via des analyses multivariées, des liens significatifs entre les dimensions spécifiques de la dysrégulation émotionnelle et le trouble de l'hyperphagie boulimique, l'alimentation émotionnelle et l'alimentation externe. Cependant, dans le jeu pathologique, les résultats dans la littérature semblent plutôt hétérogènes (Marchica et al., 2019). En effet, certaines études n'ont pas rapporté de liens significatifs entre les stratégies de régulation émotionnelle et les jeux pathologiques chez les joueurs de poker (Barrault et al., 2017 ; Barrault et al., 2019). En revanche, d'autres études ont suggéré une association entre la dysrégulation émotionnelle et le jeu pathologique (Jauregui et al., 2016 ; Navas et al., 2016 ; Williams et al., 2011). Par exemple, dans une étude comparative entre joueurs pathologiques et non pathologiques, Jauregui et al. (2016), avaient mis en évidence des niveaux élevés et un rôle prédicteur des difficultés de régulation émotionnelle dans le jeu pathologique. Leur étude a rapporté des différences significatives entre les deux groupes de sujets à toutes les dimensions de dysrégulation émotionnelle. Cependant, seules les dimensions non-acceptation de la réponse émotionnelle et le manque de contrôle émotionnelle étaient significativement associées aux jeux pathologiques. Par conséquent, leurs résultats suggèrent que la pratique du jeu serait donc un moyen privilégié utilisé par ces sujets pour réguler des émotions négatives difficiles à contrôler et à accepter. En outre, des relations significatives entre la dysrégulation émotionnelle (notamment les dimensions non-acceptation, la difficulté à identifier ses propres émotions et le manque de conscience émotionnelle) et la dépendance à Internet (Hormes et al., 2014. Yu et al., 2013) d'une part et la dépendance aux smartphones (Hoffner & Lee, 2015) d'autre part ont été rapportées dans la littérature. En ce qui concerne particulièrement l'addiction sexuelle, Cashwell et al. (2016) ont identifié dans leur étude auprès de 337 étudiants, que les sujets se considérant comme des dépendants sexuels, avaient plus de difficultés que le groupe contrôle à

accepter leurs réponses émotionnelles, à adopter un comportement orienté vers un but et à accéder à des stratégies pour réguler leurs émotions. Parmi un échantillon de 235 étudiantes, Carvalho et al. (2015) ont constaté que les états émotionnels négatifs chroniques et la difficulté à identifier les émotions prédisaient significativement les comportements sexuels compulsifs. En outre, dans une étude sur la nature des émotions ressenties par 103 sujets présentant un comportement hypersexuel par rapport à 100 témoins non cliniques, Reid (2010) a constaté une plus grande expression des émotions négatives (par exemple, la culpabilité, la colère) et une plus faible expression des émotions positives (joie, intérêt, surprise) dans le groupe clinique. Dans une autre étude portant sur 510 sujets (18,4 % présentant un comportement hypersexuel), Walton et al. (2017) ont constaté qu'une dépression et une anxiété plus importantes étaient significativement corrélées à un comportement hypersexuel accru. Ces résultats suggèrent que le comportement sexuel problématique est adopté pour faire face à une détresse émotionnelle, ou pour réduire ou éviter des émotions négatives. Les résultats de toutes ces études confirment ceux des études antérieures montrant que les personnes souffrant d'addictions peuvent avoir de plus grandes difficultés à réguler leurs émotions. En effet, les comportements d'addiction sont adoptés par ces individus pour tenter d'échapper à leurs humeurs négatives ou de les minimiser et/ou pour tenter de soulager leur détresse émotionnelle (Schreiber et al., 2012). Ces résultats pourraient permettre de considérer la dysrégulation émotionnelle comme étant une entité transdiagnostique aux conduites addictives et qu'il serait intéressant de l'investiguer dans la présente étude.

**CHAPITRE 4 : CARACTERISTIQUES DE PERSONNALITE DANS
L'ADDICTION SEXUELLE**

DEFINITIONS

Le mot Personnalité vient du latin « persona » qui signifie étymologiquement « masque de théâtre ». Dans le langage courant, on peut relever parmi les sens qui lui sont habituellement attribués, celui d'un élément distinctif de l'humain ou encore un sens qualitatif positif qui fait qu'un individu peut avoir ou ne pas avoir de personnalité. Si le mot personnalité est une expression du langage courant, il est aussi un concept de la psychologie qui en a proposé une multitude de définitions et d'approche pour la cerner. Bloch et al. (2011, p. 678) dans « le Grand Dictionnaire de Psychologie Larousse » la définit comme l'ensemble des caractéristiques affectives, émotionnelles, dynamiques relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve

Allport (1937) dans son ouvrage avait recensé plus d'une cinquantaine de définitions du terme. Il va les résumer en stipulant que la personnalité représente l'organisation dynamique des systèmes psychologiques qui déterminent les comportements caractéristiques d'un individu et ses pensées.

Pour Eysenck (1950), la personnalité constitue l'organisation plus ou moins ferme et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique d'une personne. C'est ce qui détermine son adaptation à son milieu.

Une autre définition qui semble complète de la personnalité est celle que proposait Pichot (1965). Cet auteur considérait la personnalité comme l'intégration dynamique des aspects cognitifs, conatifs (c'est-à-dire pulsionnels et volitionnels) et affectifs ainsi que les aspects psychologiques et morphologiques d'un individu.

Ces définitions ont le mérite de recouvrir l'ensemble des dispositions qui singularisent et qui permettent de décrire et de distinguer les comportements d'un individu à l'autre, en énumérant les principales composantes de sa personnalité. Plusieurs modèles et approches théoriques ont été proposés pour étudier les caractéristiques de la personnalité (Guelfi & Hardy, 2013). En psychologie, il existe deux approches pour évaluer la personnalité : l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle. Dans la littérature scientifique sur les conduites addictives en général et les addictions comportementales en particulier, l'une et l'autre approche ont été utilisées afin d'étudier et de caractériser la relation pouvant exister entre ces entités nosographiques. Cependant, en ce qui concerne l'addiction sexuelle, aucune étude à notre connaissance n'a pris en compte conjointement les deux approches dans l'étude de cette

addiction, d'où la pertinence de s'intéresser aux liens entre ces caractéristiques de la personnalité et l'addiction sexuelle.

2. APPROCHE CATEGORIELLE

L'approche catégorielle caractérise toute démarche de classification. Il s'agit d'établir des catégories précises aux propriétés bien définies, visant à établir la présence ou l'absence d'une catégorie (Widakowich et al., 2013). Cette approche est celle privilégiée généralement dans les classifications internationales des troubles mentaux, notamment le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). En ce qui concerne la personnalité, l'approche catégorielle consiste à définir plusieurs types de personnalités pathologiques et à évaluer si une personne donnée présente ou non les caractéristiques de troubles appartenant à une catégorie donnée. Selon l'APA (2013), les troubles de la personnalité sont définis comme des modes durables de comportements rigides et d'expériences vécues, qui s'écartent de ce qui est attendu dans la culture de la personne. Ils apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, sont stables dans le temps et provoquent chez l'individu une souffrance et une altération de son fonctionnement. Le DSM-V (APA, 2013) est athéorique et repose sur un modèle critérisé qui décrit dix troubles de la personnalité répartis en trois groupes.

Le groupe A comprend les troubles paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. La personnalité paranoïaque est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes. Ensuite, la personnalité schizoïde est marquée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles. Enfin, la personnalité schizotypique est décrite par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.

Le groupe B regroupe les troubles antisociaux, borderline, histrioniques et narcissiques. En premier, la personnalité antisociale est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui. La personnalité borderline quant à elle, est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. La personnalité histrionique est marquée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention. Enfin, la personnalité narcissique est caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.

Le groupe C est constitué les troubles évitants, dépendants et obsessionnels compulsifs. La personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui. La personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge. La personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.

3. APPROCHE DIMENSIONNELLE

Contrairement à l'approche catégorielle, celle dimensionnelle consiste à décrire les dimensions de la personnalité sur un continuum d'intensité quantifiable, allant du normal au pathologique. De cette façon, la personnalité peut être définie comme l'organisation dynamique des systèmes psychophysiques qui déterminent le comportement et les pensées d'un individu (Allport, 1937). Cette approche fait donc référence aux traits de personnalité décrivant l'ensemble des états et des conduites stables selon lesquelles les personnes se perçoivent, entrent en relation avec les autres et agissent. Il s'agit d'une unité qui a été le plus fréquemment utilisée pour mesurer les différences individuelles (Plaisant et al., 2010 a). Ces traits sont considérés comme pathologiques uniquement lorsque ceux-ci sont rigides, inadaptés et qu'ils engendrent une souffrance subjective ou une altération du fonctionnement (Lilaz & Varescon, 2012). Parmi les modèles proposés dans cette approche dimensionnelle, celui à cinq facteurs, ou "Big Five", rencontre un large consensus pour l'évaluation dimensionnelle de la personnalité. Il est l'un des outils les plus utilisés pour évaluer la personnalité (Plaisant et al., 2010 b). La taxonomie des « Big Five » a une fonction intégrative, car elle peut présenter les différents systèmes descriptifs de la personnalité dans un cadre commun (John & Srivastava, 1999). C'est ce qui justifie son choix dans le cadre de cette thèse. En effet, il s'agit d'un modèle hiérarchique des traits de la personnalité humaine, avec cinq dimensions principales, chacune ayant plusieurs facettes. Ces traits et facettes sont des facteurs qui permettent aux individus de s'adapter à leur environnement et déterminent leurs attitudes, leurs aspirations personnelles, leurs styles émotionnels et de pensée. Ils influencent ainsi le comportement, le parcours de vie et les perceptions (cognitives et émotionnelles) que les individus ont d'eux-mêmes (Costa Jr et al., 2007 ; McCrae & Costa, 2006). Le modèle des Big Five évalue la personnalité à travers cinq grands facteurs abrégés par une lettre et issus de l'analyse des mots du quotidien utilisés pour se décrire ou décrire les autres (Plaisant et al., 2010b) :

- Le facteur E (Extraversion, Énergie et Enthousiasme), correspond à l'attrait pour les contacts sociaux et s'oppose à l'introversion. Il décrit une approche dynamique et active d'un sujet vers le monde social et matériel.
- Le facteur A (Agréabilité, Altruisme, Affection), permet de distinguer les sujets faisant preuve de bienveillance dans les relations interpersonnelles de ceux dont les relations sont plutôt caractérisées par la méfiance et la réserve, voire l'hostilité. Elle évoque une attitude prosociale et communautaire.
- Le facteur C (Conscience, Contrôle, Contrainte), renvoie à la motivation, l'organisation et la persévérance dans les conduites orientées vers un but. Il s'agit d'une dimension opposant les individus minutieux et persévérants, fortement impliqués dans leur travail à ceux plus insouciantes et moins assidus dans leurs activités.
- Le facteur N (émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité), est une dimension décrivant la propension à ressentir des affects négatifs et désagréables, et qui s'oppose à la stabilité émotionnelle.
- Le facteur O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit), correspond à la profondeur, l'originalité et la complexité de la vie mentale et expérientielle d'un individu. Il distingue les sujets caractérisés par la curiosité intellectuelle et l'ouverture d'esprit de ceux manquant de vivacité d'esprit ou d'originalité.

4. COMBINAISON DES DEUX APPROCHES : NOUVELLES PROPOSITIONS DU DSM-V

Comme évoqué précédemment, l'approche diagnostique du DSM s'inscrit dans une perspective catégorielle selon laquelle les troubles de la personnalité sont des syndromes cliniques qualitativement distincts. Cependant, la nature catégorielle des troubles de la personnalité a longtemps fait l'objet de critiques parce que s'avérant insuffisante pour aborder la complexité des caractéristiques de personnalité. En effet, la structure sous-jacente des symptômes de personnalité et des traits dysfonctionnels pourrait être mieux représentée par une approche dimensionnelle voire multidimensionnelle (Rolland & DeFruyt, 2013). Ainsi, dans la nouvelle version du DSM, une alternative dimensionnelle a été proposée où les troubles de la personnalité sont considérés comme des variantes mal adaptées de traits de personnalité. Les trois groupes de troubles de la personnalité peuvent être perçus comme des dimensions représentant des spectres de dysfonctionnement de la personnalité en continuité avec d'autres troubles mentaux. Dans cette approche, les troubles de la personnalité sont caractérisés par des altérations du fonctionnement de la personnalité et par des traits de personnalité pathologiques

(voir les annexes 14 -20). Plus précisément, les caractéristiques essentielles d'un trouble de la personnalité sont les suivantes :

A. Une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité

(soi/interpersonnel). Ce critère prend donc en compte quatre éléments dont deux concernent le fonctionnement de Soi (Identité/Autodétermination) et deux autres concernant le fonctionnement interpersonnel (Empathie/Intimité).

B. Au moins un trait pathologique de personnalité : dans ce modèle alternatif, cinq grands domaines sont pris en compte dans le repérage des traits pathologiques de personnalité : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme.

C. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales. Ce critère suggère que les sujets présentent un certain degré d'incapacité dans diverses activités importantes : sociales, professionnelles ou autres, ceci en dépit de leur confrontation à l'inefficacité de leur mode de fonctionnement.

D. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ceci suppose que les personnes présentant des troubles de personnalité peuvent conserver ou présenter un certain degré d'adaptabilité.

E. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.

F. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien grave).

G. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal.

Le modèle alternatif des troubles de la personnalité a retenu six troubles (trouble de la personnalité antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnelle compulsive et schizotypique) pour lesquels différents traits doivent être considérés. Outre les six troubles de la personnalité spécifiques, ce modèle propose également le diagnostic de trouble de la

personnalité spécifiée par des traits pour tous les autres cas impliquant une altération significative (au minimum moyenne) du fonctionnement de la personnalité dans au moins deux des quatre domaines (identité, autodétermination, empathie, intimité) associée à au moins un ou plusieurs domaines de traits pathologiques (affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition, psychoticisme) ou au moins l'une des 25 facettes spécifiques de ces domaines en considérant l'ensemble des domaines.

Ainsi, d'un point de vue formel, ces nouvelles propositions stipulent, à juste titre, un minimum de critères pour l'évaluation des caractéristiques de la personnalité. Néanmoins, elle prend en compte les insuffisances relevées dans les anciennes versions du DSM dans lesquelles on retrouve une approche catégorielle privilégiée. Ainsi, l'individu est considéré à minima dans sa globalité, et ses difficultés ne sont pas réduites dans des catégories définissant la présence ou l'absence de symptômes. Cette combinaison même si elle n'est pas exempte de critiques, peut s'avérer utile dans l'abord de diverses psychopathologies dont font partie les conduites addictives.

5. PERSONNALITE ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Nous pouvons retenir que la personnalité peut être considérée comme l'ensemble des éléments qui caractérisent le fonctionnement mental des individus, ses troubles sont susceptibles d'être des facteurs de risque pour les addictions et leur complexité clinique, aggravant leurs symptômes ou constituant des obstacles à la prise en charge (Barrault & Varescon, 2012 ; Barrault et al., 2016 ; Romo & Kern, 2013 ; Steel & Blaszczynski, 1998). De plus, il peut parfois être difficile de vérifier si ces troubles ne sont pas simplement le reflet du processus addictif lui-même, qui a un impact important sur le fonctionnement physique, psychologique et social de la personne (Franques et al., 2000). Cependant, de nombreuses recherches ayant porté sur les addictions comportementales ont rapporté des associations de ces dernières avec les troubles de la personnalité (Barrault & Varescon, 2012 ; Bernardi & Pallanti, 2009 ; Dalbudak et al., 2014 ; Elmquist et al., 2016 ; Laconi et al., 2017). En effet, Barrault et Varescon (2012) dans une étude visant à évaluer les troubles de la personnalité et la cyberdépendance chez des joueurs pathologiques en ligne, avaient montré que les sujets joueurs pathologiques répondaient aux critères diagnostiques pour au moins un trouble de la personnalité. Par ailleurs, la majorité des joueurs en ligne présentait des troubles de la personnalité du cluster C (les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle compulsive). Enfin, dans une perspective comparative, ces auteurs ont trouvé que les troubles de la personnalité diffèrent selon le média utilisé pour

jouer. En effet, chez les joueurs en ligne, les troubles de la personnalité les plus représentés sont ceux du cluster C, alors que chez les joueurs hors ligne, les troubles de la personnalité du cluster B étaient les plus représentés. Par ailleurs, en ce qui concerne l'addiction à internet, la littérature rapporte fréquemment une prévalence élevée du trouble de la personnalité borderline (Bernardi & Pallanti, 2009 ; Dalbudak et al., 2014). De plus, Laconi et al. (2017) ont montré que les troubles de la personnalité du Cluster B et C prédisaient distinctement chez les hommes et chez les femmes l'usage problématique d'internet. En outre, chez les sujets présentant une hyperphagie boulimique, les troubles de la personnalité évitante et obsessionnelle compulsive ont été décrits comme des facteurs de risque significatifs, pouvant augmenter la probabilité pour les sujets concernés de s'engager dans leur comportement problématique (Malik et al., 2014). En ce qui concerne spécifiquement l'addiction sexuelle, les études portant sur les relations entre les troubles de la personnalité et cette addiction ont produit des résultats mitigés. Par exemple, Black et al. (1997) ont constaté que les sujets ayant un comportement sexuel compulsif répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité, principalement les types histrionique, paranoïaque, obsessionnel-compulsif et passif-agressif. Une étude de Raymond et al. (2003) suggère respectivement une prévalence élevée des troubles de la personnalité des clusters C et B chez les sujets ayant un comportement sexuel compulsif. De plus, Thibaut (2006) a trouvé que les troubles de la personnalité les plus souvent associés à l'addiction sexuelle étaient les types obsessionnel et histrionique. Enfin, une forte prévalence du trouble de la personnalité borderline avait été décrite chez les personnes ayant des comportements cybersexuels problématiques (Elmquist et al., 2016 ; Barrault, 2016).

Dans la perspective dimensionnelle, le rôle des traits de personnalité a été également mis en évidence dans des études sur les addictions comportementales. En effet, dans une étude menée par Arpacı et Unver, (2020) sur le rôle modérateur du sexe dans la relation entre les traits de personnalité et la dépendance aux smartphones, les auteurs ont montré une relation positive et significative entre le névrosisme et l'addiction aux smartphones pour les femmes uniquement. En revanche, le caractère consciencieux était négativement lié à l'addiction au smartphone chez les femmes. En outre, ils avaient trouvé une relation négative significative entre l'agréabilité et la dépendance aux smartphones pour les deux sexes. Par ailleurs, dans le cadre d'une étude multicentrique sur la prévalence de l'addiction à internet chez les étudiants chinois en médecine, Shi et Du (2019) ont examiné les associations entre les cinq dimensions de la personnalité et l'addiction à internet. Ces auteurs ont montré que le caractère consciencieux et l'agréabilité étaient négativement associés à l'addiction à internet, conférant à ces dimensions, des facteurs

de protection contre l'addiction à internet. En revanche, ils ont trouvé des liens positifs entre le névrosisme et cette addiction. Ce dernier résultat suggère que ce trait constitue un facteur de risque de cette addiction. Par ailleurs, dans l'addiction à l'alimentation, Brunault et al. (2018) ont mené une étude visant à étudier l'association entre cette addiction, les dimensions de la personnalité, l'impulsivité et l'alexithymie chez les candidats à la chirurgie bariatrique. Ces auteurs ont mis en évidence que les sujets présentant une addiction à l'alimentation, contrairement à ceux n'en présentant avaient un niveau plus faible de caractère consciencieux, un niveau élevé de névrosisme et un niveau plus faible d'extraversion. Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée ni pour la dimension agréabilité ni celle ouverture. En se référant au modèle théorique de Allport (1937), ces auteurs suggèrent que certaines dimensions de personnalité pourraient augmenter le risque général de développer une addiction (en l'occurrence ici, le fort névrosisme et faible caractère consciencieux), tandis que des traits secondaires (i.e., niveau d'extraversion) pourraient augmenter le risque de développer une addiction en particulier. En effet, la faible extraversion trouvée chez les sujets présentant une addiction à l'alimentation semble plus spécifique à cette addiction. Enfin, plus spécifiquement à notre objet de recherche, notamment l'addiction sexuelle, certains traits de personnalité ont été décrits comme liés à des comportements d'addiction sexuelle. Par exemple, dans une étude sur la compulsivité et les traits de personnalité chez les étudiants masculins, Pinto et al. (2013) ont constaté que les dimensions du névrosisme et de l'agréabilité étaient les prédicteurs les plus forts du comportement sexuel compulsif. Dans un échantillon de 510 sujets, Walton et al. (2017) ont constaté que des niveaux élevés de névrosisme et d'extraversion prédisaient un comportement hypersexuel, et que les sujets présentant ce comportement avaient des niveaux significativement faibles d'Aggréabilité et de Conscience. Rettenberger et al. (2016) ont constaté que le comportement hypersexuel était associé à de faibles niveaux d'agréabilité, de conscience et d'extraversion, et à des niveaux élevés de névrosisme. Certaines études sur le comportement sexuel en ligne et les traits de personnalité adoptant une approche dimensionnelle ont également révélé des niveaux élevés d'extraversion et de névrosisme, et des niveaux faibles de Conscience et d'Aggréabilité (Beutel et al., 2017 ; Delevi & Weisskirch, 2013 ; Gámez-Guadix et al., 2017). Récemment, Liu et Zheng (2020) ont mené une étude auprès de 339 sujets recrutés via Internet et ont constaté que l'extraversion et l'ouverture étaient positivement associées à la consultation de matériel sexuellement explicite, à la recherche de partenaires sexuels, au cybersexe et au flirt en ligne, tandis que le névrosisme était négativement associé au cybersexe.

En résumé, la plupart des études ont fait état de niveaux élevés de névrosisme et de faibles niveaux d'agréabilité et de caractère consciencieux chez les personnes souffrant d'addiction sexuelle. Les résultats concernant les autres dimensions (extraversion et ouverture) diffèrent selon les études. Ces incohérences pourraient être dues aux types d'activités sexuelles privilégiées des sujets ou celles évaluées par les chercheurs d'une part, ou à la méthode de recrutement (par exemple, en ligne ou par contact personnel) d'autre part.

6. INTERETS ET LIMITES DE CES APPROCHES

L'approche catégorielle des troubles de la personnalité s'inscrit dans une perspective athéorique et propose de faciliter le travail des cliniciens en tant qu'outil conventionnel. Il servirait à faciliter la réflexion en termes de causalité, de repérage et de diagnostic des troubles de la personnalité. C'est une approche qui permet d'établir rapidement des diagnostics différentiels et guider les cliniciens vers les hypothèses sur l'évolution de la maladie voire les mesures thérapeutiques à envisager. Ainsi, elle permet un échange facile entre cliniciens et facilite la prise rapide de décisions thérapeutiques.

Cependant, comme le souligne De Fruyt et al. (2017), lorsque l'on considère l'approche catégorielle du DSM, l'on peut relever quelques insuffisances et limites. Premièrement, il n'est pas établi dans le DSM, un support empirique clair justifiant le nombre de critères retenus pour chaque catégorie. Ainsi, deux personnes peuvent recevoir le diagnostic d'un trouble de personnalité mais n'avoir qu'un ou quelques symptômes en commun. Ensuite, le système catégoriel actuel est décrit en termes de présence ou d'absence de trouble de la personnalité, ce qui limite voire exclut une description plus nuancée des caractéristiques de la personnalité. Par ailleurs, parmi les limites, l'on peut également noter de multiples cas atypiques ou encore les nombreuses comorbidités (troubles de personnalité et troubles anxiodépressifs par exemple) n'entrant parfois dans aucune catégorie et/ou demandant des ajustements des hypothèses diagnostiques soutenant le caractère parfois arbitraire des catégories existantes pour les troubles de la personnalité. Enfin, le diagnostic de « trouble de la personnalité non spécifié » est devenu le diagnostic de trouble de personnalité le plus fréquent, ce qui met en évidence les difficultés que le système catégoriel rencontre dans la description de des pathologies de la personnalité observées en pratique clinique (Rolland & DeFruyt, 2013).

En ce qui concerne l'approche dimensionnelle, elle semble combler les limites de l'approche catégorielle en permettant d'explorer et de délimiter les différences interindividuelles, qui singularisent les problématiques de chaque individu. Les troubles de la personnalité peuvent

être caractérisés sur une grille allant du normal au pathologique, pour un individu à un autre. Ainsi, cela permet une certaine flexibilité pour le clinicien en lui évitant des écueils liés à des hypothèses diagnostiques trop rapides parfois formulées de façon prématurée (Widakowich et al., 2013). Par ailleurs, à l'instar du modèle de traits du DSM-V qui est athéorique, celui dimensionnel à cinq facteurs est également descriptif et n'est pas attaché à une approche théorique particulière (par exemple, une approche psychodynamique ou humaniste). En effet, l'élaboration des dimensions qui constituent ce dernier a privilégié les éléments du langage commun, que la plupart des personnes utilisent pour se décrire et décrire les autres (de Fruyt et al., 2017). Ainsi, s'appuyer sur ces deux modèles pourrait faciliter l'échange et la communication entre un patient et son thérapeute dans le cadre d'une rencontre d'évaluation et/ou d'une relation thérapeutique. Cependant, une des limites de cette approche réside dans la pluralité des dimensions avec un manque de consensus sur leur nombre voire leur type, dans l'abord des troubles de personnalités. L'autre limite que l'on peut relever dans l'approche dimensionnelle réside dans l'imprécision des dimensions, complexifiant les descriptions cliniques et leur communication entre cliniciens. Néanmoins, l'approche catégorielle semble combler cette insuffisance.

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE NOS TRAVAUX

Notre travail de thèse avait pour objectif général de contribuer à la connaissance psychologique et psychopathologique et à la compréhension clinique de l'addiction sexuelle et d'ainsi fournir des pistes pour améliorer la prise en charge des personnes qui en souffrent. Ainsi, à travers les différents chapitres de notre partie théorique, nous avons conceptualisé et décrit les facteurs clés et d'intérêt de ce travail et fait l'état de la question sur notre problématique.

En effet, dans notre premier chapitre du cadre théorique, nous avons exploré quelques questions épistémologiques associées au concept d'addiction sexuelle. Actuellement, l'intérêt sans cesse croissant des recherches sur l'addiction sexuelle, les expériences cliniques des praticiens ou des professionnels de santé auprès des personnes qui souffrent de cette addiction ou encore les débats dans les milieux religieux et politiques amènent à admettre de plus en plus la réalité clinique de cette addiction. Cette dernière est essentiellement caractérisée par une perte de contrôle sur les pratiques et fantasmes sexuels et leur poursuite malgré les conséquences négatives et la souffrance que cela entraîne pour l'individu. Ceci justifie la présence de nombreux modèles et critères cliniques explicatifs proposés dans la littérature. Cependant, il s'agit d'un trouble dont les contours descriptifs cliniques font l'objet de débats et limitent parfois la réalisation de certaines études sur la question. Or, il peut être pertinent de s'intéresser aux facteurs et processus étiopathogéniques associés aux troubles, afin de mieux opérationnaliser les concepts et critères cliniques qui sont proposés dans la littérature. Cela faciliterait la réalisation d'études d'adaptation et de validation d'outils spécifiques d'évaluation de cette addiction dans des langues autres que l'anglais, mais aussi d'envisager des études épidémiologiques qui manquent actuellement. Dans le but de proposer justement un outil francophone d'évaluation de l'addiction sexuelle, nous avons réalisé notre troisième étude. Cette dernière a consisté à traduire la version originale (anglophone) du SAST en français, de l'adapter et d'analyser les qualités psychométriques de cette version francophone (Hegbe et al., 2020).

Dans le chapitre 2 de ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés au rôle des événements de vie traumatiques et des vulnérabilités cognitivo-émotionnelles. En effet, la littérature a mis en évidence le rôle des événements de vie traumatiques dans les conduites addictives en général et l'addiction sexuelle en particulier. L'exposition précoce à la sexualité que nous opérationnalisons dans cette thèse par l'exposition précoce aux contenus sexuels explicites et les abus sexuels pourraient jouer un rôle dans le développement voire le maintien des conduites addictives. Par ailleurs, ce chapitre a également porté sur les schémas cognitifs dysfonctionnels dont le rôle a été largement mis en évidence chez les sujets présentant une addiction sexuelle.

En résumé, l'exposition précoce à la sexualité peut faire partie de ces expériences potentiellement traumatiques, pouvant perturber l'équilibre psychique mais aussi entraîner la construction de schémas cognitifs dysfonctionnels chez les individus jeunes. L'hyperactivation de ces schémas aboutissent à des croyances dysfonctionnelles addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives). Cependant, à notre connaissance il n'existe pas d'études ayant porté sur les rôles de l'exposition précoce à la sexualité et des croyances addictives chez des sujets présentant une addiction sexuelle à l'âge adulte. D'où l'intérêt de s'intéresser à cette question dans cette thèse. C'est dans cette perspective que s'inscrivent nos études 1 (Barrault et al., 2016) et 2 (Hegbe et al., article soumis). En effet, la première étude préliminaire avait pour objectif d'étudier les relations entre les différents événements de vie traumatiques vécus dans l'enfance, la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques et de décrire les manifestations de la dépendance cybersexuelles. Plus spécifiquement, cette étude visait à décrire les événements de vie traumatiques étant survenus avant le début de ces conduites problématiques et ayant fragilisé les sujets dans la construction de leur personnalité. Enfin il s'agissait également d'estimer la relation entre les événements de vie significatifs et les conduites cybersexuelles problématiques chez les sujets et d'identifier le lien entre le Trouble de Personnalité Borderline et les conduites cybersexuelles problématiques chez les sujets. La deuxième étude avait pour objectif d'explorer, à travers des entretiens de recherche, les modalités d'expositions précoces à la sexualité et les croyances addictives auprès des individus adultes présentant une addiction sexuelle.

Par ailleurs, le chapitre trois nous a permis d'envisager, après la définition et la description des modèles théoriques, la pertinence de l'approche multidimensionnelle de l'impulsivité dans l'étude d'addiction sexuelle. En effet, le modèle UPPS de l'impulsivité peut être considéré comme un modèle transversal et transthéorique du concept d'addiction. En effet, à l'instar des descriptions cliniques des conduites addictives, le modèle multidimensionnel de l'impulsivité intègre des aspects liés au processus de contrôle et de prise de décisions (référence aux dimensions urgence, manque de préméditation, manque de persévérance) et d'autre part seraient la manifestation de processus motivationnels et tempéramentaux (recherche de sensations). Par ailleurs, ce chapitre a également permis de mettre en avant les facteurs de dysrégulation émotionnelle. En effet, les capacités d'adaptation d'un individu résident dans sa capacité à réguler ses impulsions, ses émotions et ses comportements. Par conséquent, une personne ayant une forte tendance à l'impulsivité et/ou des difficultés à réguler ses émotions serait plus susceptible de développer et/ou de maintenir des comportements à risque notamment

en réactions aux affects anxiodépressifs. Ainsi des liens ont pu être mis en évidence entre impulsivité et addiction sexuelle, d'une part, entre dysrégulation émotionnelle et cette addiction d'autre part. Cependant, aucune étude n'a pris en compte simultanément les deux facteurs dans l'étude de cette addiction d'une part, ni le rôle médiateur de ces facteurs dans la relation entre anxiété dépression et addiction sexuelle d'autre part. Afin, d'explorer ces questionnements, nous avons réalisé notre quatrième étude qui avait pour objectif de contribuer à la connaissance de l'addiction sexuelle en explorant ses facteurs associés (Hegbe et al., 2021). En effet, il s'agissait d'examiner le rôle des dimensions spécifiques de l'impulsivité, des facteurs et stratégies de régulation des émotions ainsi que des affects anxiodépressifs dans l'addiction sexuelle, avec un focus sur le rôle médiateur de ces derniers.

Enfin le chapitre quatre du cadre théorique nous a permis de décrire la personnalité à travers des aspects historiques mais aussi épistémologiques. Les deux approches les plus usitées en psychologie, en l'occurrence celles catégorielle et dimensionnelles ont été présentées. En effet, l'approche dimensionnelle définit plusieurs dimensions et traits de la personnalité sur un continuum allant du normal au pathologique. Le caractère pathologique de ces traits se caractérise par une certaine rigidité mais aussi la souffrance inhérente aux réactions et comportements, qui sont les manifestations de ces traits. En revanche, la perspective catégorielle définit plusieurs types de personnalités pathologiques qui constituent des facteurs de risques pour de nombreuses entités nosographiques dont les conduites addictives. Cependant, de la littérature ressort une hétérogénéité des études et de nombreuses divergences quant aux types de traits ou de trouble de la personnalité les plus significativement associés aux conduites addictives et l'addiction sexuelle en particulier. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a pris en compte simultanément les facteurs de personnalités dans une perspective à la fois dimensionnelle et catégorielle. D'où l'intérêt d'envisager l'étude de ces caractéristiques de personnalité auprès des sujets présentant une addiction sexuelle. Notre cinquième étude avait donc pour objectif l'étude des composantes normales et pathologiques de la personnalité (à la fois de façon dimensionnelle et catégorielle) chez les sujets présentant une addiction sexuelle (article soumis).

Tableau récapitulatif des études réalisées et des articles (publiés/soumis)

1. Etude 1 : Relation entre les événements de vie traumatique de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques
 - Barrault, S., **Hegbe, K. G.**, Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3), 65. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065> (**Article 1**)

2. Etude 2 : Exposition précoce à la sexualité et croyances addictives dans l'addiction sexuelle : une étude qualitative exploratoire
Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2022, accepté). Exposition précoce à la sexualité et croyances addictives dans l'addiction sexuelle : une étude qualitative exploratoire. *Psychotropes* (**Article 2**)

3. Etude 3 : Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr)
Hegbe, K. G., Courtois, R., Brunault, P., Réveillère, C., & Barrault, S. (2020).
Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test
(SAST- Fr). *L'Encephale*. doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011 (**Article 3**)

4. Etude 4 : Addiction sexuelle et facteurs associés : le rôle de la dysrégulation des émotions, de l'impulsivité, de l'anxiété et de la dépression.
Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors: The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-19.
<https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1952361> (**Article 4**)

5. Etude 5 : l'addiction sexuelle et les caractéristiques de la personnalité : prise en compte des aspects dimensionnels et catégoriels
Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021, submitted). Sexual Addiction and Personality Features: taking both Dimensional and Categorical aspects into consideration. *Archives of Sexual Behavior*. (**Article 5**)

PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE

ETUDE PRELIMINAIRE (ETUDE 1) : RELATION ENTRE LES EVENEMENTS DE VIE
TRAUMATIQUES DE L'ENFANCE, LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET LES
CONDUITES CYBERSEXUELLES PROBLEMATIQUES

Cette étude a fait l'objet d'un article publié dans la revue *Psychotropes* en 2016, que nous allons reprendre in extenso :

- Barrault, S., **Hegbe, K. G.**, Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3), 65. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont également fait l'objet d'une communication orale :

- Barrault, S. & **Hegbe, K.G.** (2016). « *L'addiction sexuelle en ligne* ». Journée d'études sur l'addiction sexuelle, 7 décembre 2016, Tours, France.

Ils ont également été présentés sous la forme d'une communication affichée dans un congrès international :

- Barrault, S., **Hegbe, K.G.**, Courtois, R., Brunault, P., Bachellier, J., Maugé, D., & Ballon, N. (2018, June). *Problematic cybersexual behaviours: the implication of borderline personality disorder and childhood trauma*. 80th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence (CPDD), San Diego, CA, US.

RELATION ENTRE LES EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES DE L'ENFANCE, LE
TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET LES CONDUITES CYBERSEXUELLES
PROBLEMATIQUES

Barrault, S.^{a,b,c}, Hegbe, K. G.^a, Bertsch, I.^{a,d}, & Courtois, R.^{a,d,e}.

- a. PRES Centre-Val de Loire Université, Qualipsy EE 1901, Université de Tours, France
- b. CHRU de Tours, CSAPA 37, 37044 Tours Cedex, France
- c. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100, Boulogne-Billancourt, France
- d. CHRU de Tours, CRIAVS Centre-Val-de-Loire, 37044 Tours cedex 9, France
- e. CHRU de Tours, clinique psychiatrique universitaire, 37044 Tours cedex 09, France

Résumé de l'étude 1

Introduction

L'addiction sexuelle, comprenant les conduites sexuelles en ligne (ou conduites cybersexuelles) excessives, constitue une réalité de santé mentale, malgré les difficultés conceptuelles et les questions diagnostiques qui y restent attachées. Parmi les facteurs étiologiques mis en évidence dans la littérature figurent les traumatismes de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et certains facteurs sociodémographiques.

Méthode

Cette étude a porté sur 235 sujets volontaires (dont 66 % de femmes, $n = 154$), âgés d'en moyenne 22.8 ans (± 6.2), recrutés via Internet. Les sujets ont répondu à un questionnaire de données sociodémographiques, le Test des Comportements Addictifs (TCA) adapté à la dépendance cybersexuelle, la sous-échelle du Personality Disorder Questionnaire 4 (PDQ-4 +) consacrée à l'évaluation du trouble de personnalité borderline et à 3 sous-échelles du Childhood Experience of Care and Abuse (CECA-Q) pour évaluer les traumatismes de l'enfance.

Résultats

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse selon laquelle les événements de vie traumatique et le trouble de personnalité borderline sont liés aux conduites cybersexuelles problématiques.

Discussion

Nos résultats soulignent les liens existants entre conduites cybersexuelles problématiques, trouble de personnalité borderline et événements de vie traumatiques. Ils ouvrent des perspectives de recherche et de questionnements cliniques.

Mots clés : Événement de vie traumatique, addiction, dépendance cybersexuelle, trouble de personnalité borderline

Abstract

Introduction

Problematic cybersexual behaviours, including addiction and addiction risk, are a mental health reality, despite conceptual difficulties and diagnostic questions related to them. The literature underlines etiological factors such as childhood trauma, borderline personality disorder and certain sociodemographic factors.

Methods

A survey was carried among 235 voluntary participants (66% women, n=154) recruited online, with an average age of 22.8 years (± 6.2). Participants completed a sociodemographic questionnaire – the Addictive Behaviours Test (TCA) – which is suitable for cybersexual addiction, a subscale of the Personality Disorder Questionnaire 4 (PDQ-4 +), evaluating borderline personality disorder, and three subscales of the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) Interview to assess childhood trauma.

Results

The results confirm our hypotheses that traumatic life events and borderline personality disorder are linked to problematic cybersexual behaviours.

Discussion

Our results underline the links between cybersexual addiction, borderline personality disorder and traumatic life events. They open up new avenues for research and clinical issues.

Keywords: Traumatic life event, addiction, cybersexual addiction, borderline personality disorder

Introduction

Les sociétés humaines en général et occidentales en particulier sont l'objet de mutations et d'évolution tant dans leur structure que dans leur fonctionnement, avec le développement de nouvelles technologies. Aussi ce développement influence-t-il considérablement les habitudes humaines sur le plan de la consommation de sorte que des objets externes, des activités banales mis à la disposition de tous tendent à devenir pour certains individus une source de dépendance, à l'instar des substances psychoactives réputées pour leurs caractéristiques addictogènes. On parle alors d'addictions comportementales ou addictions sans drogues. Cette dépendance se traduit par la répétition de la conduite, la perte de contrôle, la centration et le besoin, et peut entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage (Varescon, 2009). L'addiction sexuelle appartient à cette catégorie, regroupant également des conduites variées, telles que le jeu pathologique, la cyberdépendance ou les achats pathologiques. Carnes (1991) fut l'un des premiers à élaborer une liste de dix critères de la dépendance sexuelle pouvant permettre d'identifier ce trouble : (i) comportements sexuels non contrôlés, (ii) incapacité d'empêcher ou de stopper le comportement sexuel problématique, (iii) recherche incessante de conduites sexuelles à risques, (iv) efforts ou essais infructueux pour limiter le comportement sexuel, (v) utilisation du comportement sexuel comme stratégie d'adaptation principale (régulation des affects), (vi) présence d'un phénomène de tolérance (augmentation de la quantité de comportements sexuels pour atteindre un état de satisfaction désiré), (vii) présence de changements émotionnels importants associés à l'activité sexuelle, (viii) temps excessif consacré à la recherche et à la préparation des conduites sexuelles, (ix) temps excessif consacré aux expériences sexuelles et (x) impact négatif sur le plan social, physique ou psychologique.

La conceptualisation de Kafka (2010) met en évidence l'existence d'une grande variété de conduites sexuelles (masturbation, pornographie, comportement sexuel avec des adultes consentants, cybersexe, sexe téléphonique, clubs de striptease) 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, 1994 ; Coleman, 1992).

Avec l'évolution des nouvelles technologies, des nombreux comportements d'ordre sexuel sont pratiqués sur Internet. Plusieurs chercheurs ont élaboré des définitions ou des critères diagnostiques de la cyberdépendance (ou dépendance à Internet), sans toutefois spécifier les objets de cette dépendance, qui peuvent varier d'un individu à un autre ou d'une dépendance à une autre. Griffiths (2012) a distingué deux catégories de l'utilisation de la cybersexualité. Il s'agit de la consommation « passive » de la cybersexualité sans participation active (par exemple, le téléchargement et le visionnage de contenu sexuel en ligne) et la consommation « active » qui inclut l'interaction en ligne avec d'autres personnes en temps réel (participation synchrone à des forums de discussions ou de conversations audiovisuelles)

ou en différé (interaction asynchrone avec échange de contenu sexuel via des e-mails, textes, images ou vidéos). La dépendance cybersexuelle réfère donc à l'usage excessif de l'internet pour le cybersexe et la cyberpornographie. La dépendance cybersexuelle peut donc être considérée non seulement comme une forme de cyberdépendance (ayant pour objet l'activité sexuelle), mais comme l'intersection entre l'addiction à Internet et l'addiction au sexe (Codina, 2013). Cooper et al. (1999) proposent un modèle de la dépendance cybersexuelle : l'activité sexuelle en ligne concerne toute utilisation d'Internet impliquant la sexualité. Ces activités sexuelles en ligne peuvent être à l'origine de problèmes sexuels en ligne, c'est-à-dire les difficultés que les individus peuvent rencontrer quand ils s'engagent dans des activités sexuelles en ligne (par exemple, répercussions dans la vie quotidienne, perte de contrôle). La troisième composante de ce modèle est la compulsion sexuelle en ligne, conceptualisée comme un sous-type de problèmes sexuels en ligne, avec une composante compulsive, qui désigne un engagement problématique impliquant des conséquences négatives importantes dans la vie quotidienne et une souffrance psychologique de la personne ou de ses proches. Il s'agit d'un modèle qui propose de conceptualiser les activités cybersexuelles sur un continuum allant de la consommation « récréative » à la consommation problématique et compulsive. La consommation « récréative » semble être un comportement fréquent, pas nécessairement problématique. 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, si cette étude prend en compte le temps passé en ligne et l'impact négatif des comportements cybersexuels sur la vie de l'individu, elle n'a pas porté sur d'éventuels troubles psychologiques qui peuvent résulter des activités sexuelles en ligne ou encore les infections sexuellement transmissibles suite aux rencontres hors ligne des partenaires sexuels (Cooper et al., 2004).

Dans la littérature scientifique, de nombreux travaux ont rapporté des liens entre les traumatismes subis dans l'enfance et les conduites addictives. Ils ont montré des relations entre les abus physiques, sexuels de l'enfance, les symptômes de l'état de stress post-traumatiques (ESPT) et les abus de substance psychoactives (Reynolds et al., 2005 ; Sartor et al., 2010 ; Sullivan & Holt, 2008). Schimmenti et al. (2014) rapportent que sur les 310 étudiants ayant participé à leur recherche, les 78 du groupe présentant un problème de cyberdépendance affirmaient avoir davantage souffert d'expériences d'abus physiques et sexuels dans l'enfance. Par ailleurs, nombreuses sont les recherches qui soulignent le lien existant entre abus sexuel durant l'enfance et dépendance sexuelle à l'âge adulte. En effet, Carnes (1991) dans une étude portant sur 233 hommes et 57 femmes, montre que 81 % des sujets qui présentaient des dépendances sexuelles ont vécu un abus sexuel. Ferree (2003) à l'issue de sa recherche sur une population de femmes ayant une dépendance sexuelle constate que 78 % d'entre elles rapportent des abus sexuels durant l'enfance. Perera et al. (2009) trouvent, dans une population de 539 étudiants, que 78 % de ceux qui présentaient une addiction sexuelle avaient une histoire d'abus sexuel durant l'enfance

et ont grandi dans un environnement familial plus pauvre sur le plan interactionnel et relationnel. Ces expériences traumatiques précoces engendreraient fréquemment un sentiment important de honte, une blessure dans l'estime et l'image de soi, et une croyance profonde de ne pas avoir de valeur (Adams & Robinson, 2001 ; Carnes, 1994 ; Fossum & Mason, 1989 ; Kaufmann, 1989). Selon Dervaux et Laqueille (2016), les antécédents de troubles post-traumatiques constituent également un facteur de vulnérabilité au Trouble de Personnalité Borderline, caractérisé par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers (APA, 2000). La littérature met en évidence les liens entre la personnalité borderline et les troubles addictifs (Marceau, 1992). Chez des sujets dépendants à Internet, Bernardi et Pallanti (2009) rapportent des personnalités borderline, évitante et obsessionnelle-compulsive. En population générale, la prévalence du trouble de personnalité borderline (TPB) est estimée entre 0 et 3 % avec une moyenne à 1,45% (Torgersen, 2005). En population clinique, il est estimé à 10 % en soin ambulatoire et de 20 % dans les unités d'hospitalisation. Par ailleurs, 75 % des sujets présentant un TPB sont des femmes (Guelfi & Hardy, 2013).

Dans le DSM-5, la définition des troubles de personnalité prend en compte deux modèles : catégoriel et dimensionnel. En effet, si le point de vue catégoriel, reconnu comme privilégié par le DSM demeure inchangé en ce qui concerne les critères diagnostiques du TPB, le point de vue dimensionnel redéfinit le TPB. Ainsi, on distingue deux critères diagnostiques principaux du trouble selon le modèle dimensionnel : (i) l'altération du fonctionnement de la personnalité dans au moins 2 domaines parmi 4 (identité, autonomie, empathie, intimité) et (ii) la présence d'au moins 4 traits de personnalité pathologique parmi 7 (labilité émotionnelle, anxiété, peur de la séparation, dépressivité, impulsivité, prise de risques, hostilité), dont au moins 1 parmi les 3 derniers cités (Gras et al., 2014).

Les recherches axées sur les facteurs et troubles de personnalité en lien avec les addictions ont permis de montrer des corrélations significatives entre ces troubles et les conduites addictives. Concernant les dépendances sexuelles, ces recherches n'ont pas spécifiquement distingué les addictions sexuelles via Internet et sans Internet en lien avec les événements de vie traumatiques. D'autre part, si très peu d'études ont porté sur les liens entre addiction sexuelle et personnalité, Thibaut (2006) a montré que les troubles de personnalité les plus souvent associés chez des personnes présentant une addiction sexuelle sont les personnalités obsessionnelle-compulsive et histrionique. Ainsi, à notre connaissance, aucune étude n'a mis en relation les événements de vie traumatiques de l'enfance, la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. En effet, dans une revue et méta-analyse de la littérature, Codina (2013), se basant sur son expérience clinique auprès de sujets cyberdépendants sexuels à l'hôpital Marmottan, suggère que le nombre de patients identifiés comme ayant été victimes de maltraitances pourrait être sous-évalué et souligne le besoin de recherches évaluant les liens entre la cyberdépendance sexuelle et les expériences d'abus traumatiques.

L'objectif de la présente recherche est donc d'étudier les relations entre les différents événements de vie traumatiques vécus dans l'enfance, la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques, en vue de contribuer à la compréhension de l'étiologie des addictions sexuelles.

Méthode

Population et procédure

Notre échantillon est constitué de 235 sujets s'engageant régulièrement dans des activités sexuelles en ligne. On y distingue 81 hommes (34 %) et 154 femmes (65 %) âgés de 18 à 67 ans. La moyenne d'âge des participants est de 22.89 ans (± 6.52). [(Hommes = 21.80 (± 3.05) ; femmes = 23.46 (± 7.69)] ; 71 % sont célibataires. Les titulaires du Baccalauréat représentent environ 51 % de notre population qui est à dominante étudiante (83 %). Les sujets de l'échantillon passent en moyenne 28.36 heures en ligne par semaine [Hommes = 27.55 (± 20.30) ; Femmes = 29.9 (± 20.52)].

Les participants ont répondu à une annonce postée sur les réseaux sociaux et, avec l'accord des webmasters, sur des forums dédiés aux échanges sur les activités sexuelles en ligne. La passation du questionnaire a été faite en ligne. Toute personne âgée de 18 ans ou plus, s'engageant dans des activités sexuelles en ligne pouvait participer à l'étude. Cette recherche a été faite dans le respect des règles d'éthique et de déontologie. Le recrutement des participants a été fait en respectant l'anonymat et sur la base de volontariat. Ces derniers devaient lire la notice d'information et signer le formulaire de consentement libre et éclairé avant de commencer à répondre aux questionnaires. Ils ont été ainsi informés notamment des conditions générales de cette étude (modalités de leur participation et de traitement des données), de leur possibilité d'interrompre momentanément ou définitivement leur participation et de leur droit de suivi des résultats de cette étude

Outils

Pour cette recherche, nous avons utilisé un questionnaire incluant des données sociodémographiques ainsi que trois outils standardisés :

- **Le Test des Comportements Addictifs** (Vavassori et al., 2002) : Ce questionnaire de 23 items a été construit à partir des critères des addictions proposés par Goodman (1990). Cet outil permet d'évaluer l'addiction aussi bien à une substance psychoactive qu'à un comportement. Les items sont en effet élaborés sous forme de propositions qui peuvent être reformulées, complétées et adaptées en fonction de la conduite addictive étudiée. Ce test est constitué de deux parties : une échelle d'auto-évaluation pour la première passation et un entretien semi-structuré pour la seconde étape. Cette étude s'effectuant en ligne, nous n'avons pu conserver que la première partie, le questionnaire d'auto-évaluation. Le score total maximum est de 92, le score total

minimum est de 23. Les qualités psychométriques de cet outil apparaissent satisfaisantes : l'alpha de Cronbach est de .79 pour une population de 30 sujets et de .69 pour une population de 60 sujets. Grâce aux scores seuils fournis par les auteurs, les sujets ont été classés en deux groupes selon leur niveau de conduites addictives. Le groupe 1 est constitué de sujets présentant une dépendance cybersexuelle et ceux présentant un risque de dépendance cybersexuelle (scores les plus bas compris entre 23 et 69). Le groupe 2 ne présente pas de conduites cybersexuelles problématiques (scores compris entre 70 et 92).

- **Le Personality Diagnostic Questionnaire 4 + (PDQ4+)** (Bouvard et al., 2011 ; Hyler, et al., 1992): Ce questionnaire d'auto-évaluation comporte 99 items évaluant chaque critère spécifique des troubles de personnalité tels que décrits par le DSM. Le PDQ-4 + est constitué de plusieurs sous-échelles pouvant être utilisées distinctement dans une démarche clinique pour évaluer un trouble spécifique de personnalité. Ainsi, pour notre étude, nous avons utilisé la sous-échelle (9 items) consacrée au trouble de personnalité borderline. Pour le diagnostic de trouble de personnalité borderline, les sujets doivent obtenir un score d'au moins 5. Les qualités psychométriques de cet outil apparaissent satisfaisantes : la sensibilité au trouble de personnalité borderline est de 0,57 et le pouvoir prédictif de 0,50 (Bouvard et al., 2011).
- **Le Childhood Experience Care and Abuse (CECA-Q)** (Bifulco et al., 2005; Pham & Ducro, 2008) : ce questionnaire de 81 items permet d'explorer et d'évaluer plusieurs dimensions des relations familiales durant l'enfance en considérant les expériences précoces d'adversité jusqu'à l'âge de 17 ans. Chaque dimension de la CECA-Q présente une fidélité test-retest significative (> .70) ainsi qu'une consistance interne adéquate (> .80). Pour cette étude, nous avons sélectionné les modules concernant les abus sexuels et physiques dans l'enfance afin d'évaluer la présence et la sévérité des abus physiques et sexuels avant l'âge de 17 ans par une figure parentale ou un autre membre du foyer de vie de l'enfant. Les scores seuils utilisés sont ceux de la grille d'évaluation du CECA. Ceux-ci indiquent une meilleure prédiction de la sévérité des événements de vie traumatique subis. Un score supérieur ou égal à 1 signifie la présence d'un abus aussi bien physique que sexuel et de leur sévérité.

Analyse des données

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Statistica 12.7. Nous avons effectué une analyse descriptive pour estimer la prévalence des conduites cybersexuelles problématiques, des événements de vie traumatiques de l'enfance et du Trouble de Personnalité Borderline dans notre échantillon. Le test du Khi2 nous a permis d'étudier la relation d'indépendance entre les conduites cybersexuelles problématiques et les différentes variables de l'étude. Le test t de student a été utilisé pour comparer les scores des différents groupes de sujets. Enfin, nous avons effectué des analyses de corrélations de Bravais Pearson pour évaluer le lien entre les variables numériques de l'étude.

Résultats

Prévalence des conduites cybersexuelles problématiques

Parmi les 235 participants, 46 (19.5 %) présentent des conduites cybersexuelles problématiques (dont 16 femmes, soit 34 % de l'effectif du groupe 1). Le test du Khi2 montre que les sujets présentant des conduites cybersexuelles problématiques sont plus fréquemment des hommes (Khi2 = 23.9 ; $p > 0.0001$), célibataires (Khi2 = 9.8 ; $p = 0.04$), plus âgés que les sujets du groupe 2 ($t = 3.53$; $p < 0.001$). Il n'existe pas d'autres différences significatives entre les deux groupes en termes de données sociodémographiques. Le nombre d'heures passées en ligne par semaine ne distingue pas non plus les deux groupes : 31.48 (± 20.75) pour le groupe 1 versus 27.60 (± 20.26) pour le groupe 2.

Prévalence du trouble de personnalité borderline (TPB) et antécédents d'événements de vie traumatiques

Dans notre échantillon, 31.4 % ($n = 74$) des sujets présentent le Trouble de Personnalité Borderline, 11.4 % ont été victimes d'abus physiques et 25.9 % ont vécu des abus sexuels (voir tableau 1). Nos résultats montrent que, bien que le groupe 1 présente plus fréquemment des antécédents d'abus sexuels et physiques, ces différences ne sont pas significatives (voir tableau 2). En revanche, la prévalence du trouble de personnalité borderline est significativement plus élevée chez les sujets présentant des conduites cybersexuelles problématiques

Chez les participants présentant un TPB, ayant ou non des conduites cybersexuelles problématiques, 17.5 % présentent des antécédents d'abus physiques et 36.4 % des antécédents d'abus sexuels (voir tableau 3). La prévalence des conduites cybersexuelles problématiques est de 29.6 % chez les sujets victimes d'abus physiques (contre 18.2 % chez les sujets n'ayant pas été victimes d'abus physiques) et de 26.2 % chez les sujets victimes d'abus sexuels (17.2 % chez les sujets n'ayant pas été victimes d'abus sexuels). Chez les sujets du groupe 1 (conduites cybersexuelles problématiques), la fréquence des antécédents d'abus sexuels est la même chez les sujets présentant un TPB (35 %). En revanche, les sujets présentant un TPB sont plus nombreux à rapporter avoir subi des abus physiques (25 %) que les sujets ne présentant pas un TPB (11 %).

Tableau 1. Prévalence des conduites cybersexuelles problématiques, du Trouble de Personnalité Borderline, des événements de vie traumatiques et des conduites cybersexuelles en fonction du genre

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total N (%)
Échantillon total	81 (34.46)	154 (65.53)	235 (100)
Dépendance cybersexuelle			
Groupe 1	30 (12.76)	16 (6.81)	46 (19.57)
Groupe 2	51 (21.70)	138 (58.7)	189 (80.4)
TPB	24 (10.21)	50 (21.27)	74 (31.48)
Événements de vie traumatiques			
Abus physiques sévères	12 (5.10)	15 (6.38)	27 (11.48)
Abus physiques (Figure paternelle)	9 (33.33)	11 (40.74)	20 (74.07)
Abus physiques (Figure maternelle)	3 (11.11)	10 (37.04)	13 (48.15)
Abus sexuels	14 (5.98)	47 (20)	61 (25.96)

Groupe 1 : Conduites cybersexuelles problématiques ; Groupe 2 : Pas de difficultés de conduites cybersexuelles ; TPB = Trouble de personnalité borderline

Tableau 2. Comparaison des prévalences du Trouble de Personnalité Borderline et des antécédents d'abus sexuels et physiques en fonction des groupes

	Groupe 1 (n = 46)	Groupe 2 (n = 189)	Total (n = 235)		
	n (%)	n (%)	n(%)	Chi	p
Présence TPB	20 (43.5)	54 (28.5)	74 (31.4)	3.81	
Absence TPB	26 (46.5)	135 (71.4)	161 (68.6)		0.05*
Antécédents abus physiques	8 (17.3)	19 (10)	27 (11.4)	1.95	
Pas d'antécédents abus physiques	38 (82.7)	170 (90)	208 (88.6)		0.16
Antécédents d'abus sexuels	16 (34.7)	45 (23.8)	61 (25.9)	2.31	
Pas d'antécédents abus sexuels	30 (65.3)	144 (76.2)	174 (74.1)		0.12

Groupe 1 : Conduites cybersexuelles problématiques ; Groupe 2 : Pas de difficultés de conduites cybersexuelle ; TPB = Trouble de personnalité borderline ; * : $p < .05$

Tableau 3. Antécédents d'abus physiques et sexuels en fonction de la présence du Trouble de Personnalité Borderline chez les sujets présentant des conduites cybersexuelles problématiques

	TPB présent (n = 20)	TPB absent (n = 26)
	%	%
Abus physique	25 (n = 5)	11 (n = 3)
Absence abus physique	75 (n = 15)	88 (n = 23)
Abus sexuels	35 (n = 7)	35 (n = 9)
Absence abus sexuels	65 (n = 13)	65 (n = 17)

TPB = Trouble de Personnalité Borderline

Corrélations

L'analyse des corrélations (voir tableau 4) montre que les scores au TCA (conduites cybersexuelles problématiques) sont liés aux scores du module « personnalité borderline » du PDQ-4+ ($r = -0,22$; $p < .05$) et à l'âge des sujets ($r = -0,26$ $p < .05$).

Tableau 4. Corrélations entre les variables numériques

	PDQ4+	TCA	Temps passé	Âge
PDQ4+	1	-0,22*	0,05	-0,06
TCA		1	-0,09	-0,26*
Temps passé			1	-0,07
Âge				1

TCA : Test des Comportements addictifs ; PDQ-4 + : Personality Diagnostic Questionnaire 4 + = score au module personnalité borderline ; Temps passé : nombre moyen d'heures passées en ligne ; * : $p < 0,05$.

Discussion

Cette recherche vise à contribuer à la connaissance des sujets cyberdépendants sexuels, à travers l'évaluation du trouble de personnalité borderline et des antécédents d'événements de vie traumatiques. Dans notre échantillon, constitué de participants s'engageant régulièrement dans des pratiques sexuelles en ligne, la prévalence des conduites cybersexuelles excessives est de 19.5 %. Nos résultats montrent que les sujets présentant des conduites problématiques sont plus fréquemment des hommes célibataires. Ces résultats sont cohérents avec la littérature (Cordonnier, 2006 ; Shaughnessy et al., 2011).

Les événements de vie traumatiques que nous avons évalués dans cette étude sont les abus physiques (notamment les punitions corporelles par les figures parentales telles que les coups de poing, les coups de pieds, l'utilisation de bâtons voire de tout autre objet) et les abus sexuels (en termes d'expériences sexuelles troublantes non consenties avant l'âge de 17 ans, subies de la part d'une personne adulte représentant l'autorité). Ces événements pourraient avoir un rôle dans l'étiologie du trouble de personnalité borderline chez nos sujets. En effet, dans notre échantillon total, 36 % des sujets présentant un TPB ont subi des abus sexuels (17 % pour les abus physiques). Ces résultats sont cohérents avec la littérature, notamment avec les travaux d'Affifi et al. (2011), qui montrent que les traumatismes vécus dans l'enfance notamment les sévices, les carences et les dysfonctionnements familiaux jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie des troubles de la personnalité notamment ceux du cluster A et B (personnalités « bizarres » et « flamboyantes ») en population générale. Ils concordent aussi avec ceux de Dervaux et Laqueille (2016) pour qui les antécédents de troubles post-traumatiques constituent un facteur de vulnérabilité au TPB. Les événements de vie traumatiques précoces auraient fragilisé le développement harmonieux de la personnalité qui est encore en construction chez ces adultes en devenir.

Les abus physiques et sexuels semblent également liés aux conduites cybersexuelles problématiques. Leur prévalence est de 29.6 % chez les sujets victimes d'abus physiques (contre 18.2 % chez les sujets n'ayant pas été victimes d'abus physiques) et de 26.2 % dans le groupe des sujets victimes d'abus sexuels (17.2 % chez les sujets n'ayant pas été victimes d'abus sexuels). De façon générale, nos résultats

vont dans le même sens que ceux trouvés dans les études sur le lien existant entre les abus sexuels durant l'enfance et la dépendance sexuelle à l'âge adulte (Carnes, 1991 ; Ferree, 2003 ; Giugliano, 2006 ; Perera et al., 2009). Cependant, Carnes (1991) rapporte chez des sujets présentant une dépendance sexuelle des antécédents d'abus sexuels bien plus importants que dans notre échantillon (81 %). Perera et al. (2009) ont également trouvé une prévalence élevée (78 %) chez des sujets ayant vécu des scènes d'abus sexuels et qui présentent une dépendance sexuelle. Les abus sexuels sont plus fréquemment retrouvés que les abus physiques et ces études ne portent pas spécifiquement sur la dépendance cybersexuelle. Dans ce contexte, les événements de vie traumatiques seraient des facteurs de vulnérabilité individuelle identifiés chez les sujets qui présentent des conduites cybersexuelles problématiques. En effet, ces événements survenant très précocement seraient à l'origine d'un profond sentiment de honte, d'une blessure de l'image de soi et d'une croyance de ne pas avoir de valeur (Adams & Robinson, 2001). Ce sentiment de honte étant au cœur de toutes les addictions, les personnes qui en sont profondément marquées seraient plus vulnérables aux addictions sexuelles (Carnes, 1991 ; Schaef, 1989). L'échec et l'impuissance de leur figure parentale sont assimilés à leur propre insuffisance et échec personnel ; ceci renforce le sentiment d'inutilité et de manque qui caractérise ces sujets. Les conduites addictives seraient alors une tentative de compenser, de réduire et de dissimuler à soi-même et aux autres la douleur de ce profond sentiment de honte (Adams & Robinson, 2001).

Par ailleurs, nous avons trouvé que la prévalence du TPB est plus élevée chez les sujets souffrant de conduites cybersexuelles problématiques (près de 44 %) que chez les sujets n'en souffrant pas (28 %) (différence non significative). Ces résultats confirment les travaux sur la prévalence du TPB dans les conduites addictives de façon générale (Barrault et Varescon, 2012 ; Bernardi & Pallanti, 2009 ; Dervaux & Laqueille, 2016). Ce lien entre personnalité borderline et addiction sexuelle (hors ligne) a déjà été souligné dans la littérature. D'un point de vue psychanalytique, Estellon (2014) retrouve chez de nombreux addicts sexuels des modalités de fonctionnements psychiques analogues avec les fonctionnements limites (personnalité borderline) parmi lesquelles : (i) la prévalence des sensations autarciques à la place des émotions objectales (douleur ou excitation plutôt que souffrance ou joie liée à l'objet) ; (ii) la décharge immédiate de la tension pulsionnelle sans possibilité de différer ; (iii) la difficile intériorisation psychique du désir concomitante du recours à l'agir ; (iv) la compulsion de répétition ; (v) la répétitivité mortifère et le masochisme moral ; (vi) les solutions de désobjectalisation et de déssexualisation ; (vii) les dépressions masquées et les processus mélancoliques ; (viii) les difficultés techniques relevant de la prise en charge thérapeutique de ces fonctionnements pathologiques ; (ix) la destructivité ; (x) la dimension mélancolique autosacrificielle. Les addicts sexuels ont un fonctionnement psychique assez proche d'un fonctionnement limite avec le recours à certaines stratégies défensives communes telles que le clivage amour/sexe, le déni des émotions, l'idéalisation, l'omnipotence, la dévalorisation et l'angoisse de perte d'identité.

Les résultats de cette étude suggèrent que les sujets présentant un trouble de personnalité borderline et qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance, en particulier des abus sexuels, seraient susceptibles de développer des conduites cybersexuelles problématiques, ce qui ne semble pas anodin au vu de l'objet d'addiction. En effet, 35 % des participants présentant un trouble de personnalité borderline et des conduites cybersexuelles problématiques rapportent des antécédents d'abus sexuels. Ce lien entre abus durant l'enfance, troubles de la personnalité et conduites addictives a déjà été mis en évidence dans la littérature. Haller et Miles (2004) ont trouvé que 64 % des participantes dépendantes à des drogues ont été abusées durant l'enfance et présentent fréquemment des troubles de la personnalité, en particulier les personnalités antisociale, borderline et évitante. Cependant, leur étude n'a porté que sur des femmes dépendantes à des substances psychoactives. Nos résultats suggèrent donc une extension de ces liens dans les addictions sexuelles en ligne.

Cette recherche nous a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles d'être liés aux conduites cybersexuelles problématiques. Cependant, elle présente certaines limites, qui nuancent l'interprétation et la généralisation des résultats. En premier lieu, la répartition hommes/ femmes au sein de notre échantillon n'est pas homogène (154 femmes pour 81 hommes). Le groupe de sujets ne présentant pas de conduites cybersexuelles problématiques (n = 189) comporte également plus de participants que le groupe présentant des conduites cybersexuelles problématiques (n = 46). Cela s'explique par notre volonté d'évaluer la prévalence des conduites excessives au sein d'un échantillon s'engageant régulièrement dans des conduites sexuelles en ligne. Par ailleurs, la taille de notre échantillon total (N = 235) est relativement faible. Il serait donc intéressant que les futures recherches portent sur des échantillons plus grands, avec notamment une meilleure homogénéité hommes/femmes. Ensuite, le recrutement de notre échantillon a été effectué en ligne. Les participants sont donc des volontaires autosélectionnés, ce qui peut entraîner des biais dans les résultats. Enfin, le fait de proposer la passation en ligne pour des raisons de faisabilité nous a limités dans l'utilisation de certains échelles et questionnaires, notamment l'administration en hétéroévaluation et le recueil des données cliniques des sujets qualitatifs.

Malgré ces limites, cette recherche présente un intérêt. Ses résultats sont en concordance avec les résultats des recherches antérieures sur la dépendance cybersexuelle et tendent à les compléter notamment en termes de facteurs étiologiques. Elle permet d'éclairer le lien entre les événements de vie traumatiques, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. Ce travail invite les professionnels à rester vigilants au trouble de personnalité borderline et aux antécédents d'abus dans la prise en charge des conduites addictives (notamment sexuelles). Le travail psychothérapeutique dans la prise en charge de ces dépendances cybersexuelles dans un contexte de traumatisme pourrait porter aussi bien sur la réduction des sentiments négatifs consécutifs aux traumatismes que sur les facteurs liés à la personnalité. Il faut poursuivre des travaux pour mieux cerner le profil psychopathologique des personnes cyberdépendantes sexuelles (incluant la motivation, les traits

de personnalité, les troubles comorbides, les coaddictions, les croyances, etc.) et rechercher également des facteurs protecteurs après exposition traumatique.

Références bibliographiques

- 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(1), 23-44. doi:10.1080/10720160127559
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., Sareen, J. (2011). « Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study », *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814- 822. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.008
- Albright, J. M. (2008). « Sex in America Online: An Exploration of Sex, Marital Status, and Sexual Identity in Internet Sex Seeking and Its Impacts », *The Journal of Sex Research*, 45(2), 175-186. doi:10.1080/00224490801987481
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4 ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Association.
- Barrault, S. Varescon, I. (2012). « Psychopathologie des joueurs pathologiques en ligne : une étude préliminaire », *L'Encéphale*, 38(2), 156-163. doi:10.1016/j.encep.2011.01.009
- Bernardi, S. Pallanti, S. (2009). « Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms », *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 510- 516. doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.011
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., Jacobs, C. (2005). « The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series », *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 563-581. doi:10.1348/014466505X35344
- Bouvard, M., Vuachet, M., Marchand, C. (2011). « Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+(PDQ-4+) in a non-clinical sample », *Clinical Neuropsychiatry*, 8(2), 151-158.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction* (1st ed.). New York, NY, US: Bantam.
- Carnes, P. (1994). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (1st ed.). Center City, MN, US: Hazelden publishing.
- Codina, I. (2013). « Qu'en est-il de la cyberaddiction sexuelle ? », *Psychotropes*, 19(3), 123-148. doi:10.3917/psyt.193.0123
- Coleman, E. (1992). « Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? », *Psychiatric Annals*, 22(6), 320-325. doi:10.3928/0048-5713-19920601-09
- Cooper, A., Putnam, D. E., Planchon, L. A., Boies, S. C. (1999). « Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6(2), 79-104. doi:10.1080/10720169908400182
- 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(3), 129-143. doi:10.1080/10720160490882642
- Cordonnier, V. (2006). « Cybersexe et addiction : quelle thérapie ? », *Sexologies*, 15(3), 202-209. doi:10.1016/j.sexol.2006.06.003
- Dervaux, A. & Laqueille, X. (2016). « Troubles de personnalité borderline et addictions », *L'information psychiatrique*, 92(1), 38-44. doi:10.1684/ipe.2015.1432
- Estellon, V. (2014). *Les sex-addicts*. Paris, Presses universitaires de France.
- Ferree, M. (2003). « Women and the web: Cybersex activity and implications », *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 385-393. doi:10.1080/1468199031000153973
- Fossum, M. A., Mason, M. J. (1989). *Facing shame: Families in recovery*. New York, NY, WW Norton & Company.
- Giugliano, J. (2006). « Out of Control Sexual Behavior: A Qualitative Investigation », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(4), 361-375. doi:10.1080/10720160601011273
- Goodman, A. (1990). « Addiction: definition and implications », *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x
- Gras, A., Amad, A., Thomas, P., Jardri, R. (2014). « Hallucinations et trouble de personnalité borderline : une revue de littérature », *L'Encéphale*, 40(6), 431-438. doi:10.1016/j.encep.2014.07.002

- Griffiths, M. D. (2012). « Internet sex addiction: A review of empirical research », *Addiction Research & Theory*, 20(2), 111-124. doi:10.3109/16066359.2011.588351
- Guelfi, J.-D. Hardy, P. (2013). *Les personnalités pathologiques*. Paris, Lavoisier.
- Haller, D. L., Miles, D. R. (2004). « Personality Disturbances in Drug-Dependent Women: Relationship to Childhood Abuse », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 269-286. doi:10.1081/ADA-120037378
- Hyller, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., David Kellman, H., Doidge, N. (1992). « Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample », *Comprehensive Psychiatry*, 33(2), 73-77. doi:10.1016/0010-440X(92)90001-7
- Kafka, M. P. (2010). « Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-5 », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7
- Kaufmann, G. (1989). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*. New York, NY, Springer Publishing Company.
- Marceau, J.-P. (1992). « Un exemple de double problématique: les troubles de la personnalité borderline et l'utilisation de substances psychoactives », *Psychotropes*, 7(3), 21-32.
- 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(2), 131-145. doi:10.1080/10720160902905421
- Pham, T., & Ducro, C. (2008). Les antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(7), 580-584. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.06.003>
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., Baldacchino, A. (2005). « Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population », *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 251-258. doi:10.1016/j.drugal-cdep.2004.08.017
- Sartor, C. E., Mccutcheon, V. V., Pommer, N. E., Nelson, E. C., Duncan, A. E., Waldron, M., Heath, A. C. (2010). « Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Dependence in Young Women », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 810-818. doi:10.15288/jsad.2010.71.810
- Schaeff, A. W. (1989). *Escape from intimacy: the pseudo-relationship addictions: untangling the «love» addictions, sex, romance, relationships*. New York, NY, HarperCollins.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A. M., Manzella, S., Famà, F. I. (2014). « Insecure Attachment Attitudes in the Onset of Problematic Internet Use Among Late Adolescents », *Child Psychiatry and Human Development*, 45(5), 588-595. doi:10.1007/s10578-013-0428-0
- Shaughnessy, K., Byers, E. S., Walsh, L. (2011). « Online Sexual Activity Experience of Heterosexual Students: Gender Similarities and Differences », *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 419-427. doi:10.1007/s10508-010-9629-9
- Sullivan, T. P. Holt, L. J. (2008). « PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence », *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 173-180. doi:10.1002/jts.20318
- Thibaut, F. (2006). « Addictions sexuelles », in M. Reynaud (dir.), *Traité d'addictologie* (pp. 666-668). Paris, Flammarion.
- Torgersen, S. (2005). « Epidemiology », in G. Gabbard, A. Skodol, D. Bender (eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 129-141). Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Varescon, I. (2009). *Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques*. Bruxelles, Mardaga.
- Vavassori, D., Harrati, S., Favard, A.-M. (2002). « Le test des comportements addictifs », *Psychotropes*, 8(2), 75-96. doi:10.3917/psyt.082.0075

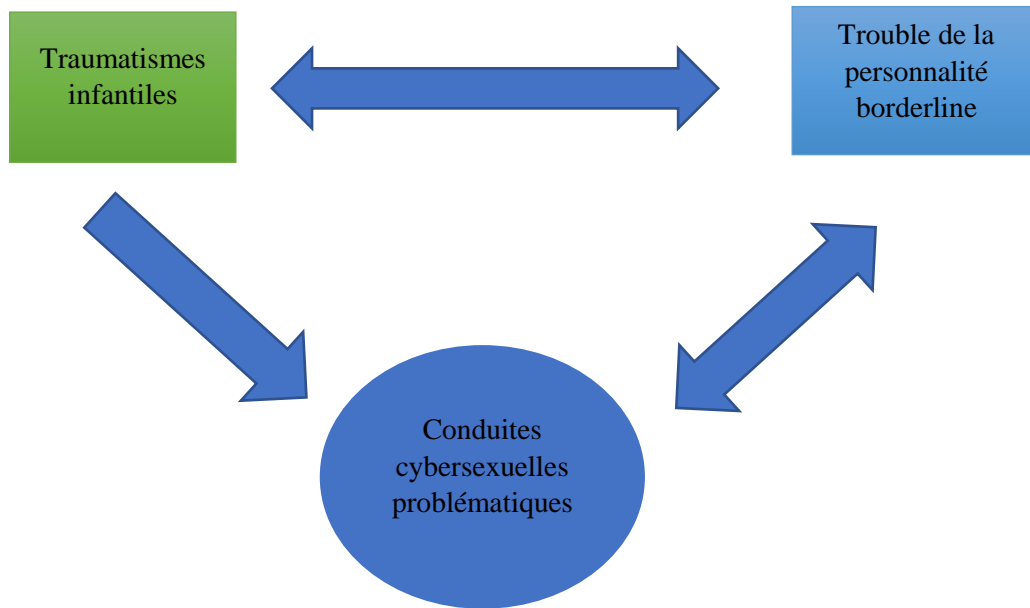


Figure 3 : Illustration de la relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance de la personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques

Les traumatismes infantiles apparaissent comme un facteur jouant un rôle clé aussi bien dans la genèse du trouble de la personnalité borderline que celle des conduites cybersexuelles problématiques (addiction cybersexuelle et risque d'addiction cybersexuelle). L'effet d'interaction entre les traumatismes infantiles et ce trouble de la personnalité (matérialisé par la flèche à double sens) pourrait signifier que les caractéristiques de la personnalité peuvent intervenir dans la perception et le sens que les personnes attribuent aux traumatismes vécus.

Le trouble de la personnalité borderline est associé aux conduites cybersexuelles problématiques. L'effet d'interaction suggère que ce trouble de la personnalité intervienne dans le développement de ces conduites cybersexuelles problématiques. Il pourrait constituer un facteur de risque de ces dernières. Cependant en raison des processus communs que partager les conduites cybersexuelles problématiques et le trouble de personnalité borderline (notamment les dimensions d'impulsivité), il ne serait pas impossible que les symptômes d'addiction cybersexuelle exacerbent ces symptômes de ce trouble de la personnalité.

Les événements de vie traumatiques de l'enfance constituent des facteurs de vulnérabilité pour les sujets pouvant mener aux comportements problématiques telle que l'addiction sexuelle. Hormis, le fait que ces événements fragilisent la construction de la structure psychique notamment chez les sujets jeunes encore en développement, ils induisent également la mise en place des croyances dysfonctionnelles contribuant au développement des conduites addictives.

ETUDE 2 : EXPOSITION PRECOCE A LA SEXUALITE ET CROYANCES ADDICTIVES DANS
L'ADDICTION SEXUELLE : UNE ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

Cette étude a fait l'objet d'un article soumis et accepté dans la revue *Psychotropes* :

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2022, accepté avec révision). *Exposition précoce à la sexualité et croyances addictives dans l'addiction sexuelle : une étude qualitative exploratoire. Psychotropes.*

EXPOSITION PRECOCE A LA SEXUALITE ET CROYANCES ADDICTIVES
DANS L'ADDICTION SEXUELLE : UNE ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

(EARLY SEXUAL EXPOSURE AND ADDICTIVE BELIEFS IN SEXUAL ADDICTION:
AN EXPLORATORY QUALITATIVE STUDY)

Hegbe, K.G^{a,b}, Réveillère, C.^a & Barrault, S.^{a,c,d}

- a. PRES Centre-Val de Loire Université, Qualipsy EE 1901, Université de Tours, France
- b. EPSM Georges Daumézon, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, 45400 Fleury-les-Aubrais, France.
- c. CHRU de Tours, CSAPA 37, 37044 Tours Cedex, France
- d. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100, Boulogne-Billancourt, France

Résumé de l'étude 2

La littérature scientifique suggère le rôle des vulnérabilités cognitivo-émotionnelles et des systèmes de croyances dans les conduites addictives en général. Cependant, aucune étude, à notre connaissance, n'a pris en compte le rôle des croyances dysfonctionnelles particulières à l'addiction sexuelle. De plus, l'exposition précoce à la sexualité (qu'il s'agisse de la confrontation précoce aux contenus sexuels explicites ou d'abus sexuels dans l'enfance) semble jouer un rôle non négligeable dans le développement de cette addiction. L'objectif de la présente étude est d'explorer cette thématique. Sept sujets issus d'un échantillon principal de 398 participants recrutés en ligne, ont participé à un entretien de recherche. Tous les entretiens ont été enregistrés et entièrement retranscrits. Une analyse lexicale quantitative a été réalisée à l'aide du logiciel Iramuteq. Quatre classes ont été mises en évidence, englobant 76,61 % de l'ensemble du corpus. Les principaux thèmes abordés sont l'exposition précoce à la sexualité, les croyances anticipatoires, soulageantes et permissives, ainsi que le vécu de l'addiction sexuelle. Nos résultats montrent la présence de ces croyances addictives chez nos sujets et la place de la confrontation précoce avec la sexualité dans le développement de leur addiction. En dépit de la taille faible de notre groupe de sujets, cette étude exploratoire permet une meilleure compréhension de l'addiction sexuelle et ouvre de nombreuses perspectives cliniques et de recherche.

Mots-clés : Addiction Sexuelle ; Croyances Addictives ; Schémas Cognitifs ; Sexualité Précoce ; Traumatisme.

Abstract

The scientific literature suggests the role of cognitive-emotional vulnerabilities and belief systems in addictive behaviors in general. However, no study, to our knowledge, has considered the role of dysfunctional beliefs specific to sexual addiction. Moreover, early exposure to sexuality (whether early confrontation with explicit sexual content or sexual abuse in childhood) seems to play a significant role in the development of this addiction. The aim of the present study is to explore this theme. Seven subjects from a core sample of 398 participants recruited online, participated in a research interview. All interviews were recorded and fully transcribed. A quantitative lexical analysis was performed using Iramuteq software. Four classes were highlighted, encompassing 76.61% of the entire corpus. The main themes addressed were early sexual exposure, anticipatory, relief-oriented, and permissive beliefs, and the experience of sexual addiction. Our results showed the presence of these addictive beliefs in our subjects and the place of early confrontation with sexuality in the development of their addiction. Despite the small size of our group of subjects, this exploratory study allows a better understanding of sexual addiction and opens up many clinical and research perspectives.

Keywords: Sexual addiction; Addictive beliefs; Cognitive schemas; Precocious sexuality; Trauma.

Introduction

L'addiction sexuelle fait partie des troubles psychopathologiques pour lesquelles la définition des critères de diagnostic n'est pas encore consensuelle au sein de la communauté scientifique. Kafka (2010) a proposé un ensemble de critères pour le trouble de l'hypersexualité en vue de son inclusion dans le DSM 5 [(American Psychiatric Association (APA), 2013)]. Ce trouble peut être décrit comme étant caractérisé par des comportements, des pulsions ou des fantasmes sexuels répétitifs et nuisibles entraînant une perte de temps significative, survenant en réponse à des émotions négatives ou au stress. Ces comportements, pulsions ou fantasmes sont incontrôlables malgré les efforts déployés, et ne tiennent pas compte du bien-être ou de la sécurité de soi ou des autres (Grubbs et al., 2020 ; Morgenstern et al., 2011). Cependant, ces critères de Kafka (2010) n'ont pas été retenus faute de données empiriques suffisantes. De plus, d'autres critiques provenant de la communauté scientifique au sujet de cette proposition portent sur les considérations subjectives, morales, religieuses susceptibles de biaiser le travail objectif et rigoureux auquel se destine l'APA (Halpern, 2011 ; Kafka, 2014 ; Grubbs et al., 2020). Récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé pour la onzième version de sa classification des maladies mentales, le trouble du comportement sexuel compulsif, qui semble s'y rapprocher (ICD-11; WHO, 2018). Ce dernier, inclus dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions, est caractérisé par une incapacité à contrôler des impulsions ou des pulsions sexuelles intenses et répétitives, entraînant un comportement sexuel répétitif sur une période prolongée, qui provoque une détresse ou une altération marquée dans les domaines du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants (Grubbs et al., 2020 ; Kraus et al., 2018). Dans cette dynamique, l'intérêt croissant de nombreux chercheurs et praticiens, reconnaissant la réalité clinique de cette addiction, a ouvert la réflexion sur les pistes de compréhension des processus et facteurs associés à ce trouble. Parmi elles, figure l'étude des vulnérabilités cognitivo-émotionnelles et des systèmes de croyances.

Sur un plan théorique, les systèmes de croyances font référence aux schémas cognitifs (Beck et al., 1993). En effet, ces schémas sont des processus cognitifs (des pensées, des connaissances) propres aux individus sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure, et qui sont stockées en mémoire à long terme. Ils sont composés d'éléments organisés, provenant de réactions et d'expériences passées, qui forment un corpus de connaissance relativement cohérent et stable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes (Segal, 1988). De plus, ces schémas acquis précocement par interaction entre les structures neuronales et l'expérience peuvent s'activer et s'enrichir de façon significative tout au long de la vie du sujet, en fonction des événements de vie (Hautekeete et al., 1999 ; James et al., 2004 ; Obeid et al., 2015). En effet, l'activation des schémas cognitifs correspond à une tendance d'un sujet à interpréter une information (représentée par l'événement activateur) via des distorsions cognitives (par exemple : la généralisation, la maximalisation ou encore l'inférence arbitraire...). Par le biais de ces distorsions, l'attention du sujet devient sélective, son monologue intérieur et son comportement se

trouvent orientés par le schéma (Beck, 2017, p. 284). Dans cette perspective, l'hyperactivation (c'est-à-dire une activation intense et permanente) de ces schémas à travers des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés aboutit à des processus dysfonctionnels, en raison de leurs caractères envahissants, rigides et invalidants (Cottraux & Blackburn, 1995 ; Grebot & Dardard, 2010 ; Obeid et al., 2015). Par conséquent, ils induisent l'émergence d'émotions et de comportements inadaptés. Par ailleurs, en ce qui concerne les croyances, elles sont des sous-composantes subconscientes des schémas cognitifs. Elles constituent des représentations verbales du schéma auquel une personne s'identifie fortement et qu'elle approuve (James et al., 2004). Ces croyances reflétant les schémas, elles sont profondément ancrées en mémoire et correspondent à des règles de fonctionnement personnel qu'utilise l'individu afin d'interpréter une situation et activer ou inhiber un comportement. Plus spécifiquement, dans le domaine des conduites addictives, l'approche cognitive (Beck et al., 1993 ; Hautekeete et al., 1999) stipule que des schémas centraux dysfonctionnels peuvent contribuer au développement et au maintien des conduites addictives. En effet, l'interaction de ces schémas centraux dysfonctionnels avec certains événements de vie ou situations à risque, influence la perception, l'interprétation des événements par les individus et active différentes croyances addictives. Le modèle de Beck et al. (1993, p. 123) sur les conduites addictives en suggère trois : les croyances anticipatoires (croyances prédictives de bien-être, de plaisir, d'efficacité accrue), soulageantes (attentes de réduction d'un inconfort ou d'un état de mal-être physique et/ou psychologique) et permissives (pensées facilitant et/ou autorisant l'individu à s'engager dans son comportement d'addiction). Ces schémas cognitifs dysfonctionnels sont déterminants dans l'apparition, le développement et le maintien des conduites addictives (Varescon, 2017 ; Newman, 2001). En effet, ce modèle sur les croyances addictives a été validé auprès des individus présentant une dépendance à l'héroïne (Tison & Hautekeete, 1998), à l'alcool (Hautekeete et al., 1999), au cannabis (Chabrol et al., 2001 ; Grebot et al., 2016) et également auprès de sujets présentant une addiction aux jeux vidéo (Taquet, 2014).

Par ailleurs, en ce qui concerne les expériences précoces, elles sont considérées comme l'ensemble des événements qui exercent sur l'individu, une influence durable sinon, irréversible (Bloch et al., 2011, p. 355) et susceptibles de contribuer à l'enrichissement des schémas cognitifs. Parmi ces expériences peuvent figurer les expositions précoces à la sexualité. Dans le cadre de la présente étude, nous proposons de définir le phénomène de l'exposition précoce à la sexualité comme la confrontation violente d'un sujet jeune (enfant et/ou adolescent) à la sexualité. Par exposition nous entendons le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle et/ou le visionnage de matériels sexuellement « crus » et explicites (tels que des images, revues et vidéo à caractère pornographique, des scènes d'agression sexuelle...). Ces deux éléments cliniques constituent donc les indicateurs du phénomène. Dans la littérature scientifique, diverses études ont exploré la relation entre l'exposition précoce aux matériels sexuellement explicites et son influence sur les attitudes et comportements des individus (Harkness et al., 2015 ; Owens, 2012 ; Sussman, 2007). Selon Hayez (2002), la confrontation des adolescents au

matériel sexuel de manière précoce pourrait entraîner des effets d'hyperérotisation avec une sexualité abondante et le primat du plaisir recherché, sur la relation. Par conséquent, cela expliquerait chez les sujets concernés une recherche frénétique de sensations plutôt que celle d'un lien affectif (Estellon, 2016). Par ailleurs, N'Dri et al. (2015) ont montré que l'exposition des élèves aux contenus pornographiques était un facteur prédictif du multipartenariat sexuel chez ces derniers. Dans la même perspective, Harkness et al. (2015) dans leur revue systématique ont établi des liens entre les visionnages précoces de la pornographie et les pratiques sexuelles à risque ainsi que le nombre élevé de partenaires sexuels. En revanche, d'autres recherches ont montré des résultats divergents. En effet, selon ces dernières, la majorité des comportements sexuels à risque, tels que l'initiation sexuelle précoce ou encore la multiplicité des partenaires sexuels ne seraient pas associés à l'exposition aux matériels sexuellement explicites (Luder et al., 2011 ; Štulhofer et al., 2008). Ces divergences s'expliquent entre autres par des biais et limites méthodologiques relatives aux populations d'études, mais aussi par l'absence de prise en compte des conditions et types d'exposition précoce aux matériels sexuellement explicites (par exemple une initiation volontaire ou non, une recherche active versus une découverte accidentelle de la pornographie, la fréquence d'utilisation de la pornographie au moment de la première exposition).

En outre, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les abus sexuels sur un enfant constituent une implication de ce dernier dans une activité sexuelle qu'il ne comprend pas entièrement, à laquelle il n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé, ou pour laquelle il n'est pas préparé sur le plan développemental et ne peut donner son consentement, ou qui viole les lois ou les tabous de la société. Ils se manifestent par cette activité entre un enfant et un adulte ou un autre enfant qui, de par son âge ou son développement, se trouve dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité étant destinée à gratifier ou à satisfaire les besoins de l'autre personne (WHO, 1999). Les abus sexuels dans l'enfance sont donc des événements de vie traumatiques qui entraînent une atteinte affective et émotionnelle, mais aussi une rupture de l'équilibre psychologique des individus qui en sont victimes. Ils constitueraient donc des facteurs étiopathogéniques de divers troubles psychopathologiques dont les conduites addictives. En effet, plusieurs études indiquent qu'un nombre considérable de personnes présentant une addiction sexuelle ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance (Barrault et al., 2016 ; Carnes, 1991, p.107 ; Carnes & Delmonico, 1996 ; Grubbs et al., 2020 ; Labadie et al., 2018 ; Perrera et al., 2009).

Ainsi, il ressort clairement de notre recherche bibliographique qu'aucune de ces études ne s'est spécifiquement intéressée à la relation entre l'exposition précoce aux contenus sexuellement explicites et addiction sexuelle à l'âge adulte d'une part, et entre croyances addictives et addiction sexuelle d'autre part. L'objectif de la présente étude est donc d'explorer, à travers des entretiens de recherche, les modalités d'expositions précoces à la sexualité et ces croyances addictives auprès des individus adultes présentant une addiction sexuelle. Nos hypothèses sont donc les suivantes : les individus présentant une addiction sexuelle ont été exposés précocement à la sexualité (H_1) ; les sujets présentant une addiction

sexuelle ont vécu des abus sexuels dans l'enfance (H₂). Enfin, nous supposons que ces sujets présentent des croyances addictives jouant un rôle déterminant dans le développement et le maintien de leur addiction sexuelle (H₃).

Méthode

1. Participants

La présente étude a porté sur un groupe de sept sujets présentant une addiction sexuelle (issu d'un échantillon de 398 sujets francophones recrutés dans le cadre d'une évaluation quantitative). Ce groupe est composé de cinq hommes et deux femmes âgés de 21 ans à 63 ans. La moyenne d'âge des sujets était de 38,86 ans ($\pm 14,85$). Le score moyen de nos participants à l'échelle d'addiction sexuelle (SAST-Fr) était de 17,43 ($\pm 3,16$).

2. Matériel

- **Questionnaire incluant des données sociodémographiques** (âge, sexe, activité professionnelle...) et des données relatives à la pratique de la sexualité (orientation sexuelle, temps passé sur internet pour des activités sexuelles).

- **La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** est une échelle de dépistage de la symptomatologie anxio-dépressive. Elle a été développée par Zigmond et Snaith (1983) et la version française a été validée par Lépine et al. (1985). Cette échelle de 14 items est divisée en deux sous-échelles de 7 items. Elle identifie la sévérité des affects anxieux et dépressifs, sur une échelle en 4 points allant de 0 (le moins sévère) à 3 (le plus sévère). Les scores seuils sont les suivants : 0 à 7, absence de symptomatologie ; 8 à 10 : symptomatologie douteuse ; 11 et plus : symptomatologie certaine (Zigmond & Snaith, 1983). La HADS présente de bonnes propriétés psychométriques notamment une consistance interne avec un coefficient alpha de Cronbach variant de 0,70 à 0,82 (Untas et al., 2009 ; Zigmond & Snaith, 1983).

- **Le Sexual Addiction Screening Test (SAST)** a été développé par Carnes (1991) et validé en français (SAST-Fr) par Hegbe et al. (2020). Il se compose de 25 items dichotomiques conçus pour mesurer les symptômes de l'addiction sexuelle, y compris les préoccupations sexuelles, les signes et symptômes d'une perte de contrôle et les problèmes résultant du comportement sexuel. Les sujets répondent par oui ou par non à chaque item. Le score total du SAST-Fr varie de 0 à 25, et un score de 13 ou plus peut indiquer une addiction sexuelle. Des auteurs ont rapporté de très bons, voire d'excellents coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,85 à 0,95) pour cette échelle (Carnes, 1991 ; Hegbe et al., 2020).

3. Procédure

Dans un premier temps, les participants ont répondu à une annonce postée sur les réseaux sociaux et sur des forums de discussion dédiés aux échanges sur les activités sexuelles, avec l'accord des webmasters. Après avoir complété les questionnaires en ligne, il leur a été demandé, s'ils accepteraient de participer à un entretien de recherche. Soixante-onze personnes avaient donné leur accord. Cependant, malgré nos différentes relances, seulement sept sujets ont finalement participé aux entretiens. Ce groupe de sujets représente donc l'ensemble des participants ayant un score positif à l'échelle d'addiction sexuelle et qui ont accepté de participer à l'entretien.

Les entretiens ont été menés par téléphone par un psychologue diplômé (KH). Toutes les données ont été enregistrées de manière anonyme avec l'accord des participants. Ces entretiens étaient semi-directifs. Nous avons élaboré une grille d'entretien comprenant quatre grandes thématiques comprenant chacune des items bien spécifiques : 1) l'exposition précoce à la sexualité (avec comme exemples d'items : a- Lorsque vous étiez enfant ou adolescent(e), avez-vous été forcé (e) à faire une ou des expériences sexuelles contre votre gré ? b- Vous souvenez-vous de votre première rencontre avec la sexualité ? Pouvez-vous en dire quelques mots ? c-Vous est-il arrivé de penser que votre difficulté à contrôler votre comportement sexuel compulsif serait liée à cette (ces) expérience (s) ?) ; 2) les croyances anticipatoires (avec comme exemples d'items : a- Quelles idées vous viennent à l'esprit lorsque vous entendez le mot « sexe » ou « sexualité »? b- Quelles situations, événements sont susceptibles de vous amener immanquablement à l'activité sexuelle sans que vous puissiez vous en empêcher ou vous contrôler ? pouvez-vous en décrire quelques-uns ?) ; 3) les croyances soulageantes (a- Est-ce que pour vous le sexe ou les activités sexuelles sont un moyen d'essayer de résoudre les problèmes de la vie et/ou d'y échapper ? b- Les activités sexuelles sont-elles un moyen de retrouver un certain équilibre ? Avez-vous des situations en particulier qui vous viennent à l'esprit ?) ; 4) les croyances permissives (a- Vous est-il déjà arrivé de penser que le besoin sexuel de l'homme est incontrôlable ? b- Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous et que vous ne pouvez pas fonctionner sans activité sexuelle). Les participants étaient invités à répondre aussi librement que possible aux différentes questions posées.

Les sujets n'ont reçu aucune récompense pour leur participation à l'étude. Ils ont été recrutés dans le respect de l'anonymat et sur la base du volontariat. La passation du questionnaire a été faite dans le respect des règles d'éthique, conformément aux recommandations de la déclaration d'Helsinki. Le protocole de notre étude a reçu par ailleurs l'approbation du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Tours (réf. n° 2018079).

4. Traitement des données

Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits. L'ensemble du corpus comptait 22 pages (14312 mots). Nos données verbales ont été traitées à l'aide du logiciel d'analyse lexicométrique Iramuteq version 0.7 alpha 2 (Ratinaud & Marchand, 2012) basé sur la méthode Reinert (1983, 2008). L'algorithme utilisé par le programme Iramuteq est basé sur une classification hiérarchique descendante et le calcul de χ^2 d'occurrence des mots dans un texte. La méthode Reinert comprend quatre étapes. La première étape consiste en la segmentation du texte en regroupements de segments de texte. En effet, le logiciel segmente les unités de contexte initiales (UCI) en des unités de contexte élémentaires (UCE) qui sont des segments de texte de taille réduite. Ensuite, le corpus est lemmatisé, c'est-à-dire que le logiciel remplace les mots qu'il reconnaît par leurs formes réduites ou leurs racines. En d'autres termes, l'analyse considère uniquement les « formes pleines » comme les verbes à l'infinitif, le singulier des noms, et le singulier et masculin des adjectifs. Ainsi, le corpus est modélisé dans un tableau de contingence comprenant en ligne les unités de contexte et en colonne, les mots pleins ou formes lemmatisées obtenues à l'étape précédente. À partir de cette matrice, la méthode Reinert permet de créer des classes de mots en utilisant une classification ascendante hiérarchique. La quatrième et dernière étape consiste à décrire les classes de mots. La description de chacune des classes se présente sous forme d'une liste de mots.

Résultats

1. Analyse descriptive

Au sein de notre population d'étude, cinq sujets avaient une activité professionnelle. Concernant leur situation familiale, six participants étaient en couple, et un était célibataire. Par ailleurs, l'ensemble de nos sujets ($n = 7$) avait un niveau supérieur ou égal au Baccalauréat. Le score moyen de nos sujets à l'échelle d'addiction sexuelle (le SAST-Fr) est de 17,43 ($\pm 3,16$) (Tableau 1). En ce qui concerne l'orientation sexuelle de nos sujets, quatre participants avaient une orientation hétérosexuelle et 3 sujets étaient bisexuels. Par ailleurs, à l'échelle d'évaluation de la symptomatologie anxio-dépressive, le score moyen de nos sujets à la sous échelle HADs-Anxiété était de 11,14 ($\pm 2,61$). Ce score était de 7,43 ($\pm 4,18$) pour la sous échelle HADs-Dépression.

Tableau 1. Statistiques descriptives

	Anxiété	Dépression	SAST-Fr	Age
Moyenne	11,14	7,43	17,43	38,86
Ecart-Type	2,61	4,18	3,16	14,85
Minimum	7	2	13	21
Maximum	14	12	20	63

N= 7

1. Analyse textuelle

L'analyse textuelle a fait émerger quatre classes de mots et a pris en compte 76,61 % du corpus (Tableau 2). La classe 1 inclut 15,57% des segments de textes classés. Elle regroupe des termes comme « stress », « professionnel », « difficile », « excitation », « fonctionner », « limite ». Le champ lexical de cette classe est associé aux croyances permissives. En effet, si globalement l'ensemble de nos participants admettent qu'il leur est possible de s'adapter aux différentes situations de la vie quotidienne, quatre sujets sur sept pensent que le besoin sexuel de l'Homme peut être difficilement contrôlable. Cependant, un participant nuance en précisant que cette difficulté pourrait aussi dépendre des « personnes » et des « périodes ». De plus, nos sujets admettent que leur désir sexuel est plus fort qu'eux et qu'ils ne peuvent pas fonctionner sans activité sexuelle : « Des fois où j'ai arrêté mon comportement sexuel, je me suis senti très mal après ». En revanche, les trois autres sujets pensent le contraire : « Non », « il est possible de se contrôler, de s'adapter aux situations malgré les envies », « Non je ne pense pas. Je sais que c'est contrôlable ».

Ensuite, la classe 2 inclut 38,02% de segments de textes classés. Elle regroupe les termes tels qu'« envie », « alcool », « dormir », « stressant », « moyen », « tension ». Le champ lexical de cette classe est associé aux croyances anticipatoires et soulageantes. Concernant les croyances anticipatoires, les sujets décrivaient leurs croyances et les situations à risque susceptibles de les amener inmanquablement à l'activité sexuelle. Par exemple, un participant décrivait son rapport à l'alcool en ces termes : « En fait l'alcool me donne systématiquement enfin ...augmente systématiquement la libido que je peux avoir et du coup n'importe qui va pouvoir devenir un objet de désir, alors que sobre, ça ne serait pas le cas donc l'alcool, c'est dangereux ». Par ailleurs, parmi les croyances soulageantes figurent celles de l'engagement dans les activités sexuelles pour retrouver un certain équilibre. De plus, l'ensemble de nos sujets pensent que les activités sexuelles sont un moyen d'échapper aux problèmes de la vie « c'est plus d'y échapper parce que ça ne résout rien à part le sommeil, parfois ça résout le problème de ne pas dormir mais c'est plus ouais, échapper ». Dans cette perspective, six sujets sur sept déclarent s'engager dans les activités sexuelles pour se détendre en période de stress : « si je ne suis pas bien en fait ça, c'est comme un repli, c'est à visée anxiolytique presque je me replie là-dedans et je peux passer une après-midi entière sans réussir à m'arrêter ». Cependant cinq sujets sur sept estiment avoir d'autres activités de détente à part la sexualité.

Par ailleurs, la classe 3 inclut 15,57% de segments de textes classés. Regroupant les mots comme « impression », « contrôle », « perdre », « arrêter », « ressentir », « physique », « enfant », « angoissant », « frustration », cette classe est associée au vécu de l'addiction sexuelle par les sujets. En effet, la classe 3 permet de saisir de façon plus détaillée le vécu des sujets souffrant d'addiction sexuelle. En effet, les symptômes et manifestations de l'addiction sexuelle ont été confirmés dans le discours de nos sujets. Ils y décrivent les contextes de perte de contrôle, mais aussi la souffrance qui est associée

aux manifestations de leur addiction : « Il y a des fois j'aimerais bien appuyer sur le off pour que ça s'arrête ; j'ai pleuré parfois tellement j'en avais marre d'avoir cette envie tout le temps en moi qui tiraille » ; « Ça a eu un énorme impact sur mes études et sur ma vie et sur mon physique ».

Enfin, la classe 4 inclut 30,84% de segments de textes classés. Elle regroupe les termes tels que « sexe », « commencer », « souvenir », « petit », « premier », « lier », « érotique », « garçon », « découverte », « époque », « vidéo ». Le champ lexical de cette classe est associé aux expériences sexuelles précoces vécues par nos sujets. Ces dernières concernent aussi bien les abus sexuels dans l'enfance (deux sujets sur sept) (« Quand j'avais 13 ans, mes premiers petits copains qui étaient un peu plus âgés me forçaient à me déshabiller un petit peu plus que ce que moi j'aurais voulu, malgré mes, mon, non »), que l'exposition précoce aux contenus sexuellement explicites (supports vidéo et bandes dessinées pour quatre participants sur sept) ... « C'est plutôt, c'était plutôt sur du support déjà vidéo à l'époque une approche plutôt individuelle et parce que j'avais un papa qui était très porté sur ça et qui avait tendance à avoir pas mal quelques supports, des cassettes vidéo » ; « c'étaient des bandes dessinées, principalement des mangas avec des scènes érotiques ». Enfin, les premières rencontres avec la sexualité concernaient des rapports sexuels avec des partenaires pour deux sujets sur sept : « C'était une relation avec un partenaire quand j'étais au lycée j'avais 16 ans »

Tableau 2. Analyse textuelle

Classe 1 (15,57%: Croyances permissives)			Classe 2 (38,02%: Croyances anticipatoires et soulageantes)			Classe 3 (15,57%: Vécu de l'addiction sexuelle)			Classe 4 (30,84% : Expériences sexuelles précoces)		
Forme	Pourcentage	khi ²	Forme	Pourcentage	khi ²	Forme	Pourcentage	khi ²	Forme	Pourcentage	khi ²
Compte	100.00	44.45	temps	88.00	28.64	vivre	100.00	55.90	sexe	75.00	19.45
Rendre	81.82	37.98	aller	64.38	27.54	Impression	100.00	50.16	commencer	90.91	19.24
Partir	88.89	37.83	sentir	73.08	14.70	contrôle	90.91	49.12	souvenir	80.00	17.80
Stress	100.00	27.53	envie	78.95	14.32	Fois	70.00	47.95	petit	90.00	16.92
Essayer	100.00	27.53	coup	80.00	11.74	perdre	90.00	43.45	année	88.89	14.61
professionnel	100.00	27.53	et_cetera	100.00	11.65	arrêter	76.92	38.74	filles	100.00	13.70
Couple	100.00	27.53	alcool	88.89	10.15	accident	100.00	27.53	premier	68.42	13.34
continuer	100.00	27.53	dormir	100.00	9.96	ressentir	83.33	21.34	normal	87.50	12.34
vraiment	48.15	23.72	passer	61.76	9.05	donner	66.67	12.14	lier	87.50	12.34
mettre	60.00	23.59	manger	100.00	8.27	physique	75.00	10.88	épisode	100.00	11.38
difficile	75.00	22.02	soirée	100.00	8.27	voiture	75.00	10.88	âge	100.00	11.38
personnel	100.00	21.96	stressant	100.00	8.27	perte	75.00	10.88	couper	100.00	11.38
excitation	100.00	21.96	rue	100.00	8.27	aimer	45.45	7.73	venir	85.71	10.09
conscience	100.00	21.96	moment	54.10	8.18	enfant	45.45	7.73	tête	85.71	10.09
décider	100.00	16.42	voir	61.29	7.85	angoissant	66.67	6.01	jeune	100.00	9.08
fonctionner	80.00	16.03	arriver	61.54	6.62	type	66.67	6.01	imaginer	100.00	9.08
plutôt	43.48	14.64	terme	100.00	6.60	provoquer	66.67	6.01	homme	100.00	9.08
finalement	66.67	12.14	laisser	100.00	6.60	Frustration	66.67	6.01	facile	100.00	9.08
situation	55.56	11.25	étude	100.00	6.60	entraîner	66.67	6.01	érotique	100.00	9.08
expérience	55.56	11.25	besoin	66.67	5.47	corps	50.00	5.51	garçon	100.00	9.08
gérer	75.00	10.88	moyen	83.33	5.32	chose	24.59	4.62	exciter	100.00	9.08
limite	66.67	6.01	boire	83.33	5.32	chercher	36.36	3.74	enfance	100.00	9.08
angoisse	66.67	6.01	élément	83.33	5.32	problème	50.00	3.65	approcher	100.00	9.08
déclencher	66.67	6.01	satisfaire	83.33	5.32	amener	50.00	3.65	angoisser	100.00	9.08
avancer	66.67	6.01	rupture	83.33	5.32	physiquement	50.00	3.65	rapport	62.50	7.90
événement	50.00	5.51	réussir	83.33	5.32	découvrir	50.00	3.65	découverte	83.33	7.89
période	38.46	5.39	chose	50.82	5.19	rester	50.00	3.65	acte	75.00	7.49
relation	33.33	5.38	cuisiner	100.00	4.93	particulier	50.00	3.65	partenaire	100.00	6.79
sexuel	30.77	4.96	long	100.00	4.93	contact	50.00	3.65	époque	100.00	6.79
vie	33.33	4.57	complètement	100.00	4.93	Complicqué	37.50	3.00	échanger	100.00	6.79
fin	50.00	3.65	tension	100.00	4.93	période	30.77	2.38	revue	100.00	6.79
remettre	50.00	3.65	journée	100.00	4.93	désir	40.00	2.30	porter	100.00	6.79
manière	50.00	3.65	trouver	62.50	4.27	peur	40.00	2.30	crescendo	100.00	6.79
appuyer	50.00	3.65	plaisir	80.00	3.80	retourner	40.00	2.30	collège	100.00	6.79
compagnon	37.50	3.00	libido	80.00	3.80	situation	33.33	2.22	vidéo	80.00	5.75
désir	40.00	2.30	replier	80.00	3.80				addiction	80.00	5.75
activité	33.33	2.22	devenir	80.00	3.80				environnement	80.00	5.75
regarder	33.33	2.22	permettre	71.43	3.39				parler	63.64	5.74
			partie	71.43	3.39				niveau	63.64	5.74
			prendre	55.56	2.48				monter	71.43	5.52
			glisser	75.00	2.35				rencontre	71.43	5.52
			midi	75.00	2.35				vrai	60.00	4.11
			discussion	75.00	2.35				possible	62.50	3.85
			dernier	75.00	2.35				sexualité	48.00	3.73
			cool	75.00	2.35				rire	75.00	3.70
			dangereux	66.67	2.13				sentiment	75.00	3.70
			femme	60.00	2.11				protéger	75.00	3.70
			effectivement	62.50	2.08				mère	75.00	3.70

train	62.50	2.08	mot	75.00	3.70
			correspondre	75.00	3.70
			appeler	75.00	3.70
			plutôt	47.83	3.34
			suite	54.55	3.00
			image	57.14	2.32
			idée	57.14	2.32
			rencontrer	60.00	2.02
			peur	60.00	2.02

Discussion

L'objectif de notre recherche était d'explorer les modalités d'exposition précoce à la sexualité et de mettre en évidence les croyances addictives auprès des sujets présentant une addiction sexuelle.

Nos résultats mettent en exergue chez certains de nos sujets présentant une addiction sexuelle la réalité de leur confrontation violente à la sexualité lorsqu'ils étaient jeunes. En effet, les modalités de cette exposition précoce avec la sexualité se déclinaient sous plusieurs formes. Premièrement, nous pouvons noter les abus sexuels vécus par deux nos sujets avant l'âge de 18 ans. Ensuite, cinq sujets avaient décrit leur confrontation précoce aux matériels sexuellement explicites dans un contexte environnemental facilitant leur accès (la disponibilité des supports facilement accessibles dans un contexte familial relativement dysfonctionnel, la curiosité au sein du groupe des pairs ou encore une recherche personnelle et volontaire de ces supports dans une envie de découverte). Cependant, ces aspects ne sont pas retrouvés chez tous nos sujets. En effet, deux de nos participants avaient indiqué que leur première rencontre avec la sexualité concernait des rapports sexuels consentis entre partenaires à l'âge de 16 ans. Nos résultats confirment donc partiellement notre hypothèse et concordent avec ceux des études précédentes ayant décrit les événements de vie traumatiques tels que les abus sexuels chez les sujets présentant une addiction sexuelle (Barrault et al., 2016 ; Carnes, 1991 ; 2001 ; Giugliano, 2006 ; Griffée et al., 2012 ; Labadie et al., 2018 ; Laconi, 2021).

Par ailleurs, nos résultats sont également cohérents avec des travaux de la littérature, qui ont mis en évidence certaines caractéristiques cliniques de l'addiction sexuelle chez les individus ayant été précocement exposés aux matériels sexuellement explicites (Harkness et al., 2015 ; Hayez, 2002 ; N'Dri et al., 2015 ; Riemersma & Sytsma, 2013). Ce type de confrontation précoce à la sexualité pourrait constituer en soi un traumatisme, dont la gravité serait probablement proportionnelle à l'âge de la première exposition (Hayez, 2002 ; Riemersma & Sytsma, 2013). Cependant, Lebigot (2021, p. 17) caractérise un psychotraumatisme comme impliquant nécessairement une effraction psychique due à un événement « réel », surprenant de manière brutale l'individu concerné. Dans cette perspective, le potentiel traumatogène de l'exposition précoce aux matériels sexuellement explicites peut être discutable, parce que ne pouvant être intégrée dans cette conceptualisation de Lebigot (2021). Néanmoins, notre hypothèse pourrait avoir du sens, si nous considérons les altérations neurobiologiques

retrouvées dans les traumatismes « classiques » (abus physiques et sexuels) et qui semblent déterminantes dans la genèse des processus addictifs (Daneback et al., 2006 ; Dematteis, & Pennel, 2016). En effet, le versant neurobiologique du lien entre les traumatismes et les addictions suggère un défaut de réactivité au stress associé à un déficit de contrôle du cortex préfrontal médian sur l'amygdale (Dematteis & Pennel, 2016). Or chez les sujets jeunes, le sous-développement des fonctions exécutives et des fonctions de régulation des impulsions du cortex préfrontal, pourraient empêcher le traitement d'informations provenant de ces contenus sexuellement explicites. A cette vulnérabilité pourraient s'ajouter l'influence de facteurs instrumentaux (tel que l'accès facile aux contenus sexuellement explicites via internet) mais aussi la banalisation des comportements sexuels dans la société actuelle de façon générale. Aussi pourrions-nous envisager chez ces sujets, l'hypothèse de la fragilité des processus adaptifs et de leur vulnérabilité aux différentes formes de comportements sexuels potentiellement addictifs (Boies et al., 2004 ; Riemersma & Sytsma, 2013). Il s'agit de pistes de réflexion clinique qui méritent des investigations plus approfondies à travers la mise en œuvre d'une démarche méthodologique rigoureuse évaluant les processus neurobiologiques et/ou neuropsychologiques chez les sujets ayant été précocement confrontés aux matériels sexuellement explicites.

Ainsi, nos résultats mettent au jour le rôle important de ces événements et situations potentiellement traumatogènes dans l'apparition de l'addiction sexuelle chez nos sujets. Leur survenue dans l'histoire développementale des individus concernés, perturberait les schémas et croyances construits par ces sujets sur eux-mêmes, sur les autres et sur le monde. Par ailleurs, la violence induite par la confrontation de ces sujets jeunes aux contenus sexuellement explicites et les conséquences qui en découlent (par exemple les attentes irréalistes en matière de relations sexuelles, une augmentation dans la fréquence des activités sexuelles ou encore la mise en œuvre de comportements sexuels problématiques ou à risque...) suggèrent que ce phénomène entrave la construction psychique de la sexualité adolescente voire adulte chez les sujets concernés (Hornor, 2020 ; Puglia, & Glowacz, 2015). En effet, l'exposition précoce à la pornographie court-circuiterait les capacités et activités fantasmatiques de ces jeunes (Smaniotto & Melchiorre, 2017). La capacité de penser et de rêver la sexualité (notamment dans les relations amoureuses) peut donc sembler annulée chez ces derniers. Ils auraient tendance à privilégier une recherche frénétique de sensations plutôt que celle d'un lien affectif (Estellon, 2016). En outre, face à l'effet traumatique de ce phénomène sur les sujets jeunes, les comportements sexuels addictifs que certains pourraient présenter à l'âge adulte constitueraient une tentative de reconstitution de ces traumatismes vécus dans l'enfance (McDougall, 2004). De plus, nos sujets ayant vécu des abus sexuels ou/et ayant été exposés précocement à la pornographie, identifient clairement le lien entre ces expériences précoces et leurs conduites addictives actuelles. En effet, dans leur difficulté à contrôler leurs comportements sexuels, ils auraient tendance à rechercher ou à reproduire certaines situations auxquelles ils avaient été confrontés. Enfin, malgré le faible effectif de notre groupe de sujets, nous ayant limité dans la réalisation d'analyses quantitatives (de comparaison ou de corrélation par exemple),

les scores moyens de nos sujets à l'échelle HADs pourraient tout de même suggérer un possible rôle des affects anxio-dépressifs dans la survenue et/ou le maintien de l'addiction sexuelle chez nos participants. Cette hypothèse concorde avec les résultats des travaux ayant mis en évidence les liens entre la symptomatologie anxio-dépressive et l'addiction sexuelle. En effet, les troubles anxio-dépressifs sont décrits comme pouvant entraîner et/ou accroître les symptômes d'addiction sexuelle et vice versa (Hegbe et al., 2021; Levi et al., 2020 ; Varfi et al., 2019).

Dans toute cette perspective, l'addiction sexuelle de nos sujets résulterait d'un rapport à l'environnement marqué par une vulnérabilité aux affects négatifs et aux événements de vie potentiellement traumatiques, mais aussi l'activation des croyances dysfonctionnelles addictives construites tout au long de la vie.

Dans notre étude, deux classes de mots sont associées aux croyances addictives. La classe 2 concerne particulièrement les croyances anticipatoires et soulageantes. En effet, les croyances anticipatoires sont activées chez nos sujets par des situations futures jugées potentiellement stressantes et angoissantes. De plus le sentiment de solitude, le mal-être, la consommation d'alcool sont repérés comme des facteurs pouvant déclencher à nouveau la séquence comportementale d'addiction sexuelle, après un premier passage à l'acte. Par ailleurs, parmi les croyances soulageantes, figurent celles de s'engager dans les activités sexuelles pour retrouver un certain équilibre et pour se détendre. La présence des mots relatifs à ces deux types de croyances classés au sein d'une même classe, suggèrent que les croyances anticipatoires et soulageantes seraient toutes les deux activées par des situations et stimuli à risque. Ceci est cohérent avec le modèle de Beck et al. (1993). Ainsi, le recours à l'activité sexuelle pourrait avoir une visée auto-thérapeutique pour faire face au stress et aux affects anxiodépressifs. En troisième lieu figurent les croyances permissives mises en évidence dans la classe 1, qui lorsqu'elles sont activées, autorisent et justifient l'engagement dans les comportements sexuels malgré les conséquences négatives. Par exemple, nos sujets ont tendance à penser que le besoin sexuel de l'homme est incontrôlable et qu'il serait contre-nature de contrôler sa sexualité. Dans cette perspective, nos résultats suggèrent que les croyances addictives retrouvées dans les addictions aux substances dans les études précédentes, se retrouvent également chez les sujets présentant une addiction sexuelle.

En conclusion, les approches cognitives (Beck, 1976 ; 1993 ; Ellis, 1970) stipulent que les croyances de base (croyances irrationnelles et distorsions cognitives) sont susceptibles d'être apprises via l'expérience et les modèles dans l'enfance. Lorsque les individus sont confrontés aux événements et situations d'adversités (angoisses, anxiété), sources de frustrations et de souffrances, ces derniers les interprètent en fonction de leurs systèmes de croyances et valeurs personnelles préinstallées cognitivement, dans des schémas dysfonctionnels qui se construisent et se renforcent depuis l'enfance. Ainsi, les symptômes d'addiction sexuelle sont alimentés par ces croyances de base, tandis que les

problèmes et les événements de la vie courante sont sujets à les activer. Selon la nature de leurs systèmes de croyances, ils adopteront des comportements plus ou moins adaptés.

Cette étude qualitative qui à notre connaissance, semble être la première à explorer les croyances addictives auprès des sujets présentant une addiction sexuelle, a le mérite d'esquisser les caractéristiques et le rôle potentiel de ces croyances auprès de nos sujets. Cependant, elle comporte quelques limites qui nous empêchent de généraliser nos résultats.

Premièrement, la présente étude a porté sur un groupe très faible. En effet, seulement sept sujets sur soixante-onze ont accepté de participer à cette recherche. Cette attrition pourrait être associée au tabou que représente la question de la sexualité de façon générale et les difficultés qui lui sont associées de façon plus particulière. Cependant, en cohérence avec notre objectif général, les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens manifestaient une volonté de contribuer à faire progresser les connaissances sur la question de l'addiction sexuelle. Il serait intéressant, dans le cadre des études futures, d'investiguer ces croyances auprès d'un échantillon plus important. Cela permettrait également de mieux appréhender et de contrôler le rôle de variables potentiellement parasites (par exemple les polyaddictions ou encore le Trouble de Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité...). Ensuite, nos entretiens ont été réalisés par téléphone. Ceci aurait pu entraîner des biais de désirabilité sociale dans le processus de recrutement. En effet, le fait pour les participants de se savoir enregistré auraient pu influencer leurs réponses aux différentes questions. De plus, même si nos sujets ont accepté de participer volontairement à cette recherche et de nous confier des éléments cliniques d'une grande richesse pour la compréhension clinique de l'addiction sexuelle, l'entretien téléphonique nous a limité dans le recueil des éléments du langage analogique. Enfin, malgré le fait que l'ensemble des croyances addictives se retrouvent chez nos sujets addicts sexuels, ces derniers n'ont pas tous été forcément confrontés précocement aux expériences sexuelles pouvant potentiellement être traumatiques. En effet, deux de nos sujets présentant une addiction sexuelle, n'ont été ni exposés précocement aux contenus sexuellement explicites, ni vécu d'abus sexuels dans l'enfance. Cela pourrait signifier qu'il existerait d'autres facteurs en lien avec ces croyances dysfonctionnelles, que nous n'avons pas repérés dans le cadre de cette étude.

Néanmoins, cette étude descriptive ouvre de nombreuses perspectives cliniques et de recherche. D'abord, sur le plan clinique, elle sensibilise les praticiens sur la nécessité de prendre en compte le repérage et l'évaluation du phénomène d'exposition précoce à la sexualité et les croyances addictives, préalablement à l'accompagnement des personnes présentant une addiction sexuelle. Concrètement, le travail du clinicien va consister à amener les sujets à identifier les événements traumatogènes, la nature de leurs croyances addictives et le rôle de ces facteurs dans le développement et le maintien de leur conduite addictive. Cette prise de conscience serait préliminaire à tout changement thérapeutique significatif concernant les schémas cognitifs ainsi que les émotions et comportements qui y sont associés. Le changement thérapeutique passera par un travail sur les traumatismes vécus (s'ils sont

présents). Ce dernier peut donc consister en une évocation des images, des croyances, des émotions et sensations éprouvantes liées aux traumatismes. De façon parallèle, le clinicien pourrait accompagner les sujets à l'adoption et au développement de modes de pensées et des comportements alternatifs, aux croyances dysfonctionnelles addictives, en contextes de situation à risque. De plus, nos résultats suggèrent la pertinence et la nécessité des actions de sensibilisation auprès des parents, des éducateurs mais aussi de prévention auprès des jeunes, portant sur l'impact de l'exposition précoce aux contenus sexuellement explicites.

Ensuite, sur le plan de la recherche, afin d'approfondir et d'éclaircir sur les liens entre les distorsions cognitives et l'addiction sexuelle, il serait pertinent de s'intéresser aux schémas précoces inadaptés (Young et al., 2017) chez les sujets présentant cette addiction. En effet, ces schémas précoces inadaptés semblent contribuer au développement des croyances addictives. Par ailleurs, nous avons réalisé des entretiens de recherche, afin d'explorer les croyances addictives spécifiques à l'addiction sexuelle. En effet, à notre connaissance, il n'existe pas d'outil standardisé d'évaluation des croyances addictives auprès de sujets présentant cette addiction. Il serait donc intéressant dans le cadre des études à venir, d'envisager l'élaboration de ce type d'outil, à l'instar de ceux existants pour les autres types d'addictions.

Références bibliographiques

- Barrault, S., Hegbe, K. G., Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3), 65. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postel, J., & Reuchlin, M. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. (pp 678) (Nouvelle édition). Paris: Larousse
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction* (1st ed.). New York, NY, US: Bantam
- Carnes, P. J., & Delmonico, D. L. (1996). Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity. Special Issue on Reenactment, Trauma, and Compulsive Behavior*, 3, 258–268. <http://dx.doi.org/10.1080/10720169608400107>
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3e éd., rév.). New York : Hazelden Information & Educational Services
- Chabrol, H., Massot, E., Montovany, A., Chouicha, K., & Armitage, J. (2002). Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs. *Archives de Pédiatrie*, 9(8), 780-788. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(01\)00989-7](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(01)00989-7)
- Estellon, V. (2016). Approche psychodynamique des addictions sexuelles. *Psychotropes*, 22(3), 29. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0029>
- Esteve, R. (2018). *Existe-t-il une relation entre la stigmatisation perçue et les croyances dysfonctionnelles chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool* (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- Giugliano, J. (2006). « Out of Control Sexual Behavior: A Qualitative Investigation », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(4), 361-375. doi:10.1080/10720160601011273
- Grebot, E., & Dardard, J. (2010). Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis de jeunes adultes. *Psychologie Française*, 55(4), 373-387. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.09.002>
- Grebot, E., Dardard, J., & Briet, G. (2016). Schémas précoces inadaptés, croyances addictives et styles défensifs chez des étudiants consommateurs de cannabis. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(2), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.03.013>
- Griffée, K., O'Keefe, S. L., Stroebel, S. S., Beard, K. W., Swindell, S., & Young, D. H. (2012). On the brink of paradigm change? Evidence for unexpected predictive relationships among sexual addiction, masturbation, sexual experimentation, and revictimization, child sexual abuse, and adult sexual risk. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(4), 225- 264. DOI : [10.1080/10720162.2012.705140](https://doi.org/10.1080/10720162.2012.705140)
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on : A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Halpern, A. L. (2011). The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM5: Unnecessary and harmful. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 487-488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Hatteschweiler, C., Graziani, P., Bon, M., & Charbonnier, E. (2015). Addiction et passage à l'acte suicidaire: Des processus cognitifs similaires?. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*.
- Hautekeete, M., Cousin, I., & Graziani, P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance, un test du modèle de Beck: schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 9(4), 108-112.

- Honor, G. (2020). Child and adolescent pornography exposure. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 191-199.
- Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors: The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(8), 785-803.
- Hegbe, K. G., Courtois, R., Brunault, P., Réveillère, C., & Barrault, S. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'encephale*, 46(5), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011>
- Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder ? *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1259-1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction ? *Addiction*, 111(12), 2097-2106. <https://doi.org/10.1111/add.13297>
- Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M. P., & Sabourin, S. (2018). Adult Profiles of Child Sexual Abuse Survivors : Attachment Insecurity, Sexual Compulsivity, and Sexual Avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(4), 354-369. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2017.1405302>
- Laconi, S., Sinanian, A., Andreoletti, A., & Chabrol, H. (2021). Événements traumatogènes, âge de survenue, symptômes anxio-dépressifs et comportements addictifs dans un échantillon de jeunes adultes recruté en ligne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(5), 425-431. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.002>
- Levi, G., Cohen, C., Kaliche, S., Sharaabi, S., Cohen, K., Tzur-Bitan, D., & Weinstein, A. (2020). Sexual addiction, compulsivity, and impulsivity among a predominantly female sample of adults who use the internet for sex. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 83-92.
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 511. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0511>
- N'Dri, K. M., Yaya, I., Saka, B., Aboubakari, A. S., & Kouassi, D. P. (2015). Images pornographiques et comportements sexuels des élèves dans l'arrondissement de Cocody à Abidjan. *Santé Publique*, 27(5), 733. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0733>
- Newman, C. F. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Owens, E. W., Behun, R. J., Manning, J. C., & Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents : A Review of the Research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(1-2), 99-122. <https://doi.org/10.1080/10720162.2012.660431>
- 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(2), 131-145. doi:10.1080/10720160902905421
- Pisani, M. (2019). Mécanismes d'action du groupe d'entraide des Alcooliques Anonymes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 842-852. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.06.008>
- Puglia, R., & Glowacz, F. (2015). Consommation de pornographie à l'adolescence: quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(4), 231-237.
- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode Alceste à de « gros » corpus et stabilité des « mondeslexicaux » : analyse du « CableGate » avec Iramuteq. In A. Dister, D. Longrée, & G. Purnelle (Eds.), *Actes des 11es Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles* (pp. 835-844). Bruxelles: Université de Liège/Facultés Universitaires Saint-Louis.
- Reid, R. C., Dhuffar, M. K., Parhami, I., & Fong, T. W. (2012). Exploring Facets of Personality in a Patient Sample of Hypersexual Women Compared with Hypersexual Men. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 262-268. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000416016.37968.eb>
- Reinert, M. (1983). Une méthode de classification hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'analyse des données*, 8, 187-198.

- Reinert, M. (2008). Mondes lexicaux stabilisés et analyses statistiques de discours. In S. Heiden, & B. Pincemin (Eds.), *Actes des 9es Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles* (pp. 981–993). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Riemersma, J., & Sytsma, M. (2013). A New Generation of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(4), 306-322. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.843067>
- Smaniotto, B., & Melchiorre, M. (2018). Quand la construction de la sexualité adolescente se confronte à la violence du voir pornographique. *Sexologies*, 27(4), 177-183.
- Sussman, S. (2007). Sexual Addiction among Teens : A Review. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(4), 257-278. <https://doi.org/10.1080/10720160701480758>
- Taquet, P. (2014). *Addiction au jeu vidéo: Processus cognitifs émotionnels et comportementaux impliqués dans son émergence, son maintien et sa prise en charge* (Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III).
- Tison, P. H., & Hautekeete, M. (1998). Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 8(2), 43-49.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva, 29–31 March. Document WHO/HSC/PVI/99.1
- World Health Organization. (2018). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
- Young, J. E., Weishaar, M. E., & Klosko, J. S. (2017). *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck Supérieur.

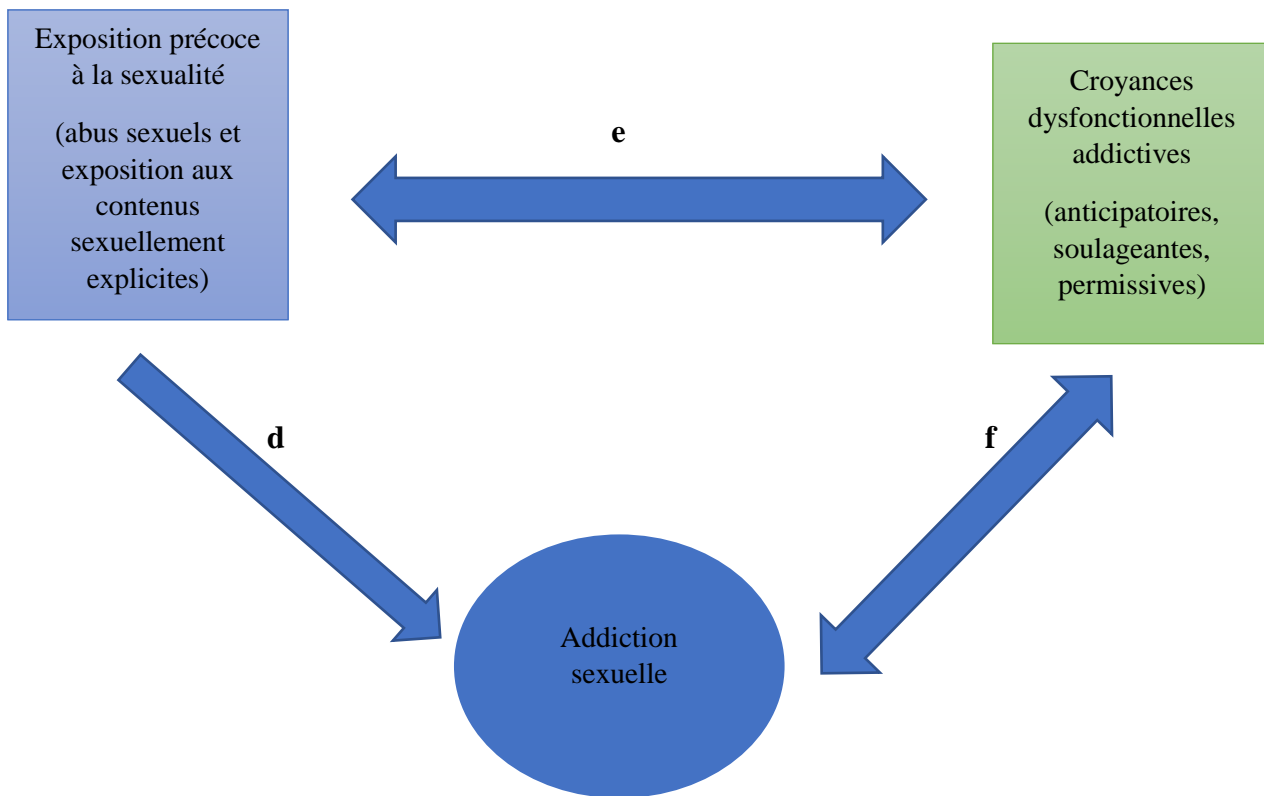


Figure 4 : Illustration du rôle de l'exposition précoce à la sexualité, des croyances addictives dans l'addiction sexuelle

La flèche à double sens suggère une influence mutuelle entre les facteurs.

d : L'exposition précoce à la sexualité serait déterminant dans le développement de l'addiction sexuelle.

e : Les expositions précoces à la sexualité constituent des expériences précoces susceptibles d'influencer la genèse des schémas cognitifs, dont l'hyperactivation aboutit à des croyances dysfonctionnelles addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives). A l'inverse, les schémas cognitifs permettraient aux individus d'interpréter les expériences sexuelles précoces vécues et définir leur rapport avec les autres et le monde.

f : Les comportements d'addiction sexuelle résultent de l'activation des croyances addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives). Si les croyances addictives contribuent au développement et au maintien de l'addiction sexuelle, les comportements d'addiction sexuelle, peuvent à leur tour favoriser le renforcement de ces croyances addictives.

Le rôle des Psychotraumatismes infantiles dans l'addiction sexuelle est désormais admis. Cependant l'abord de cette addiction via l'étude de ses facteurs psychologiques et psychopathologiques nécessite la disponibilité d'outils valides et fiables. Le SAST-Fr est un outil francophone qui comble le vide méthodologique existant actuellement au sujet des outils d'évaluation de cette addiction

ETUDE 3 : VALIDATION DE LA VERSION FRANÇAISE DU SEXUAL ADDICTION
SCREENING TEST (SAST-Fr)

Cette étude a fait l'objet d'un article publié dans la revue l'*Encéphale* en mars 2020 :

- **Hegbe, K. G.**, Courtois, R., Brunault, P., Réveillère, C., & Barrault, S. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encephale*. doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011

VALIDATION DE LA VERSION FRANÇAISE DU SEXUAL ADDICTION SCREENING
TEST (SAST-Fr)

(FRENCH VALIDATION OF THE SEXUAL ADDICTION SCREENING TEST (SAST-Fr))

Hegbe, K.G.^a, Courtois, R.^{a,f,g}, Brunault, P.^{a,d,e}, Réveillère, C.^a & Barrault, S.^{a,b,c}

- a. PRES Centre-Val de Loire Université, Qualipsy EE 1901, Université de Tours, France
- b. CHRU de Tours, CSAPA 37, 37044 Tours Cedex, France
- c. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100, Boulogne-Billancourt, France
- d. Équipe de liaison et de soins en addictologie, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex 09, France
- e. UMR 1253, iBrain, Université de Tours, Inserm, Tours, France
- f. CHRU de Tours, CRIAVS Centre-Val-de-Loire, 37044 Tours cedex 9, France
- g. CHRU de Tours, clinique psychiatrique universitaire, 37044 Tours cedex 09, France

Résumé de l'étude 3

Introduction

Le SAST (Sexual Addiction Screening Test) est l'un des outils les plus fréquemment utilisés sur un plan international pour évaluer l'addiction sexuelle. L'objectif de cette étude est de traduire la version anglophone du SAST, d'adapter et d'analyser les qualités psychométriques de sa version francophone (le SAST-Fr) et la validité convergente de cette dernière.

Méthode

Notre étude a porté sur 398 sujets recrutés sur internet grâce à des forums spécialisés. Nous avons proposé à ces derniers un questionnaire incluant des données sociodémographiques, le SAST-Fr et les critères d'addiction sexuelle selon Goodman. Nous avons testé les qualités psychométriques du SAST-Fr à travers une analyse factorielle exploratoire puis étudié sa consistance interne à l'aide du coefficient Kuder-Richardson (KR-20). Nous avons effectué des analyses de corrélations de Bravais Pearson sur les variables numériques. Enfin, nous avons étudié la validité prédictive du score de Goodman dans la prédiction des critères du SAST-Fr à travers une analyse ROC (Receiver Operating Characteristics).

Résultats

L'âge moyen des participants était de 29,08 ans ($\pm 11,30$) incluant 54% de femmes ($n = 215$). L'analyse statistique montre que le SAST-Fr possède une structure mono-factorielle expliquant 31% de la variance, une excellente consistance interne (KR-20= 0,90). Les scores aux items du SAST-Fr sont fortement corrélés à ceux des critères de Goodman ($r = 0,79; p < 0,001$).

Conclusion

Nos résultats indiquent que le SAST-Fr possède des propriétés psychométriques proches de la version originale anglophone. Il est un outil fiable et valide, qui facilite le repérage des symptômes de l'addiction sexuelle.

Mots clés : Addiction sexuelle ; Sexual Addiction Screening Test-version française (SAST-Fr) ; Evaluation ; Qualités psychométriques.

Abstract

Introduction

The Sexual Addiction Screening Test (SAST) is one of the most frequently used tools on an international level for assessing sexual addiction. This study aimed to translate the english version of the SAST, adapt and test the psychometric properties of its french version (the SAST-Fr), by establishing its factor structure, internal consistency and convergent validity.

Methods

Three hundred ninety-eight voluntary participants were recruited online through specialized forums. Participants completed a sociodemographic questionnaire, the SAST-Fr and the diagnostic criteria of sexual addiction proposed by Goodman. We tested the psychometric qualities of the SAST-Fr through an exploratory factorial analysis and then studied its internal consistency using the Kuder-Richardson coefficient (KR-20). We performed Bravais Pearson correlation analyses on the numerical variables. Finally, we studied the predictive validity of Goodman's score in predicting SAST-Fr criteria using a ROC (Receiver Operating Characteristics) analysis.

Results

Mean age of participants was 29.08 years (\pm 11.30) including 54% of women (n = 215). Statistical analysis had shown that SAST-Fr had a one-factor structure explaining 31 % of the variance, an excellent internal consistency (KR-20 = 0.90). We found significant correlation between SAST-Fr item scores and Goodman's criteria ($r = 0.79$; $p < 0.001$).

Conclusion

Our results indicate that the psychometric properties of the French version of the SAST are comparable to its original english version with a one-factor structure. The SAST-Fr is a reliable and valid questionnaire to assess symptoms of sexual addiction.

Keywords : Sexual addiction; Sexual Addiction Screening Test (SAST) ; Assessment; Psychometric properties.

Introduction

L'addiction sexuelle appartient à la catégorie des addictions comportementales. En raison de ses nombreuses conséquences parfois très destructrices ou pathogènes, praticiens et chercheurs reconnaissent de plus en plus son existence et sa réalité clinique en tant que telle [1-3]. Cependant, les critères de sa définition, de son évaluation ou de son traitement ne font pas encore l'unanimité parmi les chercheurs s'intéressant à la clinique de cette pathologie, d'où sa présence sous différentes terminologies dans les travaux sur les troubles des conduites sexuelles : nymphomanie, satyriasis [4], dépendance sexuelle, comportement sexuel compulsif, comportement hypersexuel, trouble de l'hypersexualité ou encore addiction sexuelle [5-11]. La définition de Goodman est toutefois très présente dans la littérature. Pour ce dernier [10], « l'addiction sexuelle » peut être définie comme une perte de contrôle croissante sur la pratique de la sexualité, une poursuite de ce comportement malgré les conséquences négatives, qui peuvent être psychiques, sociales, affectives, familiales ou financières. Parmi les manifestations les plus courantes, on distingue la masturbation compulsive, le comportement excessif concernant des activités sexuelles en ligne, une recherche incessante de nouveaux partenaires sexuels et/ou d'activités sexuelles compulsives avec un partenaire stable [12,13].

En cohérence avec ces diverses précisions terminologiques du trouble de l'addiction sexuelle, divers auteurs ont élaboré un ensemble de critères cliniques spécifiques afin de le préciser sur un plan nosologique. En 1991, Carnes [9] fut l'un des premiers à lister un ensemble de critères qui peuvent être résumés en une perte de contrôle sur la pratique croissante de la sexualité associée à des états émotionnels intenses et instables. Goodman [14] de son côté avait élaboré des critères spécifiques dérivés de ceux généraux proposés pour le diagnostic des conduites addictives [15], en remplaçant et précisant le terme générique de « comportement » par celui de « comportement sexuel (Voir annexe 23). Tout récemment, Kafka [16] a proposé pour le DSM-5 [17], des critères centrés autour de la perte de contrôle des comportements sexuels et des conséquences négatives sur la vie du sujet. Cependant, faute de données empiriques suffisantes, ce trouble n'a pas été retenu dans cette classification internationale.

En raison de la fréquence augmentée de l'addiction sexuelle dans les pratiques, de nombreux instruments ont été développés depuis quelques années dans le but de l'évaluer. Parmi ces derniers, figure un instrument qui situe clairement le trouble dans le domaine des troubles addictifs, le SAST. Il s'agit d'un outil élaboré par Carnes [9] et dont la version française fera l'objet d'adaptation et de validation dans le cadre de cette étude. Nous nous intéressons à cet outil, parce qu'il est l'un des premiers développés en anglais pour évaluer les symptômes de cette addiction, et parce qu'il fait référence à une conceptualisation addictologique du trouble. Par ailleurs, le SAST ainsi que ses différentes versions sont fréquemment utilisés dans divers contextes de pratique clinique et de recherche [18]. En effet, le SAST a été largement utilisé auprès des étudiants [19,20], des vétérans de l'armée [21], des professionnels de santé [22], des sujets présentant une addiction sexuelle [13,23]. Par ailleurs, le SAST a été validé dans plusieurs langues notamment en portugais, en polonais et en espagnol [18]. Enfin, une étude pilote

d'exploration des propriétés psychométriques du SAST auprès de sujets masculins et du W-SAST (Sexual Addiction Screening Test–Women) auprès de sujets féminins, a été effectuée en population clinique [24]. Concernant les qualités psychométriques de la version originale du SAST, Carnes [25] a rapporté une structure mono-factorielle expliquant plus de 50% de la variance du score total avec une consistance interne bonne à excellente ($\alpha = 0,85$ à $0,95$). Le SAST présente une validité convergente satisfaisante avec d'autres outils de mesure tels que le SCS et le HBI, le Sexual Dependency Inventory-Revised (SDI-R), le Garos Sexual Behavior Index, avec des corrélations positives et significatives [18,26-29].

Ces études comportent toutefois des limites psychométriques. La littérature met en évidence le manque de consensus quant aux critères même de définition de l'addiction sexuelle [30], une absence de seuils valables pour son diagnostic, la variation de la fiabilité et du format des réponses (réponses dimensionnelles *versus* catégorielles) [31]. En résumé, si la consistance interne du SAST est bonne voire excellente, les données sur sa validité peuvent être insuffisantes [26,29], notamment en population francophone.

Etant donné le manque de définition diagnostique consensuelle de l'addiction sexuelle, les résultats des études épidémiologiques sont à interpréter avec prudence, car fonction de la manière dont elle est définie et des instruments d'évaluation utilisés. Nous pouvons toutefois retenir une prévalence moyenne de l'addiction sexuelle entre 3% et 6 % en population générale [32-34].

En France, s'il manque de données épidémiologiques sur l'addiction sexuelle, le nombre de consultations pour cette addiction aurait augmenté récemment [35]. La plupart des outils d'évaluation existants sont élaborés en anglais. Il semble pourtant fondamental et très utile de développer un outil francophone pour étudier cette addiction spécifique ainsi que les caractéristiques qui lui sont associées. A notre connaissance, aucune étude n'a fait état de validation du SAST en population francophone. L'objectif de cette étude est donc de traduire le SAST en français, d'adapter et d'analyser les qualités psychométriques de cette version francophone (le SAST-Fr). Notre hypothèse générale est que le SAST-Fr présentait des caractéristiques psychométriques proches de la version originale notamment en ce qui concerne sa structure factorielle, mais aussi une bonne validité convergente avec les critères de l'addiction sexuelle de Goodman.

Matériel et méthodes

Participants et procédure

L'étude a porté sur 398 sujets francophones, âgés de 18 ans et plus. Les participants ont répondu à une annonce postée sur les réseaux sociaux et, avec l'accord des webmasters, sur des forums de discussion dédiés aux échanges sur les activités sexuelles. Pour participer à l'étude, les sujets devaient avoir l'habitude de se connecter à internet pour des activités sexuelles (visionnage d'images et de vidéos

pornographiques, chats en ligne) et/ou avoir des difficultés à contrôler leurs comportements sexuels. Notre échantillon est également composé de quelques patients suivis en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Les sujets n'ont reçu aucune récompense pour leur participation à l'étude. Ils ont été recrutés dans le respect de l'anonymat et sur la base du volontariat. La passation du questionnaire a été faite dans le respect des règles d'éthique, conformément aux recommandations de la déclaration d'Helsinki. Le protocole de notre étude a reçu par ailleurs l'approbation du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Tours sous le numéro 2018079.

La procédure de traduction et de validation que nous avons utilisée est en accord avec les recommandations en matière de validation d'échelles psychométriques [36]. La version américaine du SAST [25] a été traduite en français par deux psychologues francophones, experts en addictologie (KH et SB). La version française ainsi obtenue a été rétro-traduite à l'aveugle par un traducteur anglophone. Après discussion et comparaison des différentes traductions, nous avons obtenu une version française finale de l'échelle, valide et facilement compréhensible pour les participants.

Outils

Questionnaire incluant des données sociodémographiques (âge, sexe, activité professionnelle...) et des données relatives à la pratique de la sexualité (orientation sexuelle, temps passé sur internet pour des activités sexuelles).

Le SAST (annexe 3) est composé de 25 items dichotomiques, conçus pour mesurer prioritairement les symptômes de l'addiction sexuelle. Il évalue entre autres, la préoccupation sexuelle, les signes et les symptômes de contrôle altéré, et les problèmes résultant du comportement sexuel. Les sujets doivent répondre par oui/non aux différents items de l'échelle. Les scores totaux du SAST varient de 0 à 25 et un score de 13 ou plus suggère la présence d'addiction sexuelle. Sa consistance interne est très bonne voire excellente ($\alpha = 0,85$ à $0,95$) [25].

Les critères de Goodman

Les critères généraux de Goodman adaptés à l'addiction sexuelle sont empiriquement admis comme une référence diagnostique en addictologie [37]. Le sujet doit présenter au moins cinq critères parmi neuf critères généraux significatifs pour qu'un diagnostic d'addiction sexuelle soit posé (voir annexe 2).

Analyse des données

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel SPSS® version 25. Nous avons réalisé des statistiques descriptives pour les variables qualitatives et quantitatives afin de décrire notre population d'étude. Nous avons étudié la normalité de la distribution de nos données (coefficients d'asymétrie et d'aplatissement). Ensuite, nous avons analysé les propriétés psychométriques du SAST-Fr à travers une analyse factorielle exploratoire puis étudié sa consistance interne avec le coefficient Kuder-Richardson

(KR-20), étant donné que les items étaient dichotomiques. Nous avons réalisé une analyse de sa validité convergente avec les critères d'addiction sexuelle de Goodman. Nous avons effectué des analyses de corrélations de Bravais Pearson pour étudier le lien entre les variables numériques de l'étude. Par ailleurs, nous avons étudié les correspondances entre les différentes échelles en effectuant des tests de Khi².

Enfin, nous avons eu recours à une analyse ROC (Receiver Operating Characteristics) pour étudier la validité prédictive du score de Goodman dans la prédiction des critères du SAST-Fr. Le seuil de significativité retenu pour toutes les analyses était de $p < 0,05$ (test bilatéral).

Résultats

Analyse descriptive

Notre échantillon était constitué de 398 sujets avec 54% de femmes ($n = 215$) et 46% d'hommes ($n = 183$). La moyenne d'âge des sujets était de 29,08 ans ($\pm 11,30$). Les participants ayant un niveau supérieur au baccalauréat représentaient 72,4% ($n = 288$) de l'échantillon. En ce qui concerne l'orientation sexuelle, 76,6% ($n = 305$) des sujets étaient hétérosexuels, 17,8% ($n = 71$) étaient bisexuels et 5,5% ($n = 22$) étaient homosexuels. Concernant leur statut conjugal, 63% ($n = 249$) des sujets étaient célibataires. Au sein de notre échantillon 11,8% ($n = 47$) étaient sans activité professionnelle. Les participants passaient en moyenne 30,40 heures par semaine sur internet pour des activités sexuelles. Dans notre population, 22,4% ($n = 89$) des participants présentaient une addiction sexuelle sur l'échelle SAST-Fr, 27% ($n = 108$) répondaient aux critères catégoriels de l'addiction sexuelle de Goodman. Enfin, le tableau 4 (voir annexe 1) nous indique les moyennes, écart-types, médianes des scores aux différents outils. La distribution de ces scores, présentée dans ce même tableau indique une asymétrie positive et une distribution platykurtique (voir annexe 1).

Structure factorielle et consistance interne du SAST-Fr

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire mettent en évidence pour le SAST-Fr, une structure mono-factorielle expliquant 31% de la variance du score total, avec une consistance interne excellente ($KR-20 = 0,90$). La saturation factorielle était supérieure à 0,30 pour 20 items. Les items 1, 2, 3, 13 et 23 se sont révélés non saturés par le facteur (saturations factorielles allant de 0,04 à 0,26). Le diagramme des valeurs propres est présenté sur la figure 1. Le tableau 1 nous indique les statistiques pour chaque item du SAST-Fr ainsi que la corrélation entre chaque item et le score total.

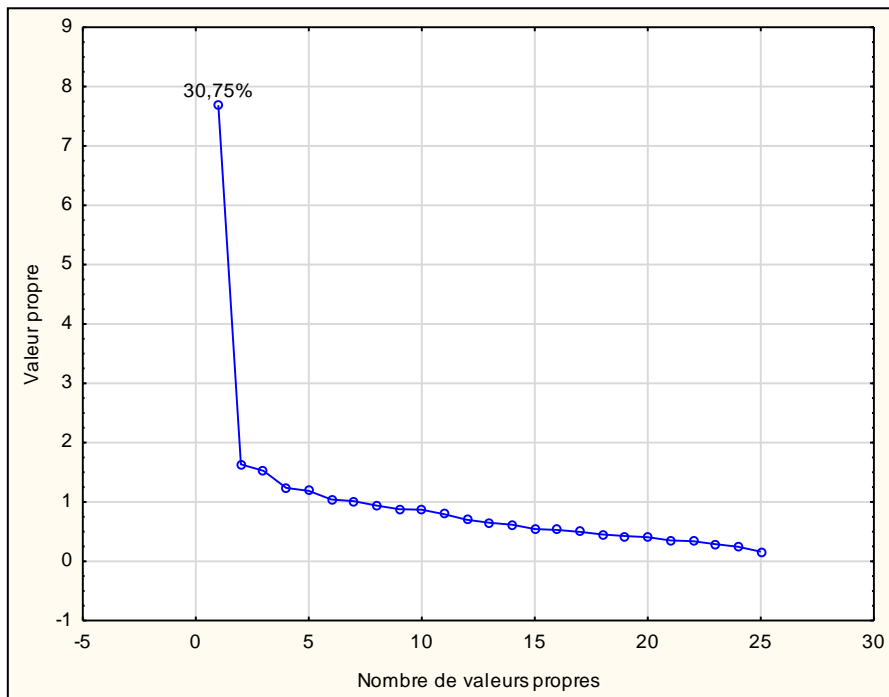


Figure 5 : Diagramme des valeurs propres au SAST-Fr

Tableau 1. Statistiques descriptives et saturations factorielles des items du SAST-Fr

(modèle à un facteur)

	Moyenne	Ecart-Types	Corrélation item-total, r	Saturations factorielles (Items > 0,30)
Item 17	0,41	0,49	**0,76	0,78
Item 15	0,34	0,47	**0,74	0,76
Item 8	0,35	0,48	**0,73	0,75
Item 14	0,38	0,49	**0,71	0,74
Item 5	0,39	0,49	**0,68	0,69
Item 10	0,18	0,39	**0,63	0,65
Item 18	0,48	0,50	**0,63	0,63
Item 7	0,25	0,43	**0,62	0,62
Item 9	0,23	0,42	**0,61	0,62
Item 22	0,20	0,40	**0,61	0,61
Item 24	0,38	0,49	**0,59	0,59
Item 25	0,32	0,47	**0,59	0,58
Item 21	0,38	0,49	**0,58	0,58
Item 16	0,51	0,50	**0,57	0,57
Item 12	0,21	0,41	**0,54	0,55
Item 4	0,64	0,48	**0,56	0,53
Item 6	0,25	0,43	**0,53	0,52
Item 11	0,57	0,50	**0,54	0,52
Item 19	0,56	0,50	**0,43	0,40
Item 20	0,21	0,41	**0,41	0,39
Item 2	0,10	0,30	**0,28	0,26
Item 3	0,09	0,28	**0,23	0,21
Item 13	0,10	0,29	**0,21	0,18
Item 1	0,20	0,40	**0,16	0,10
Item 23	0,07	0,26	0,07	0,04
Var. Expl.				7,69
Prp.Tot.				0,31
KR-20				0,90

Corrélation item-total, r = corrélation entre chaque item et le score total des 25 items ;

** $p < 0,01$; (N=398) ;

Var. Expl. = Variance Totale Expliquée ;

Prp.Tot = Pourcentage de la variance

Validité convergente

Les scores aux items du SAST-Fr sont fortement corrélés à ceux des critères de Goodman ($r = 0,79$; $p < 0,001$) (voir Tableau 2).

Le tableau 3 présente les correspondances entre les critères catégoriels du SAST-Fr et ceux de l'addiction sexuelle de Goodman. Il indique que 65,7% des sujets étaient des vrais positifs (présentant une addiction sexuelle aussi bien selon les critères de Goodman que ceux du SAST-Fr) et 6,2% des sujets étaient des faux positifs (présentant une addiction sexuelle avec le SAST-Fr et ne la présentant pas selon les critères de Goodman). D'autre part le SAST-Fr avait identifié 93,8% de vrais négatifs (ne présentant d'addiction sexuelle sur aucun des critères) et 34,3% de faux négatifs (présentant cette addiction uniquement sur les critères de Goodman). En résumé le SAST-Fr est un outil très spécifique avec une bonne sensibilité.

Tableau 2. Etude de corrélations des items du SAST-Fr avec les critères de Goodman et les variables numériques

	SAST-Fr	Age	Nombre d'heures/semaines sur Internet	Nombre d'heures/semaine pour activité sexuelle	Critères de l'addiction sexuelle (Goodman)
SAST-Fr	1	0,26***	0,29***	0,09	0,79***
Age		1	0,34***	-0,09	0,29***
Nombre d'heures/semaines sur Internet			1	0,41***	0,31***
Nombre d'heures/semaine pour activité sexuelle				1	0,06
Critères de l'addiction sexuelle (Goodman)					1

Corrélations r de Bravais Pearson ; *** $p < 0,001$; N=398

Tableau 3. Correspondances entre les critères de l'addiction sexuelle de Goodman et le SAST-Fr

	SAST-Fr (score seuil ≥ 13)			
	0	1	Total	
Critères de l'addiction sexuelle selon Goodman (scores ≥ 5 critères significatifs)	0	272	18	290
	1	37	71	108
Total		309	89	398

$\text{Khi}^2 = 160,65, p < 0,001$; **0** = Absence d'addiction sexuelle ; **1** = Présence d'addiction sexuelle

Validité de prédiction de l'addiction sexuelle

Une analyse ROC a été réalisée à travers la mesure de l'aire sous la courbe, pour déterminer la validité prédictive du score de Goodman dans la prédiction des critères du SAST-Fr. Elle était de 0,84 [0,79 – 0,89] avec un cut-off de 13 (Voir Figure 2).

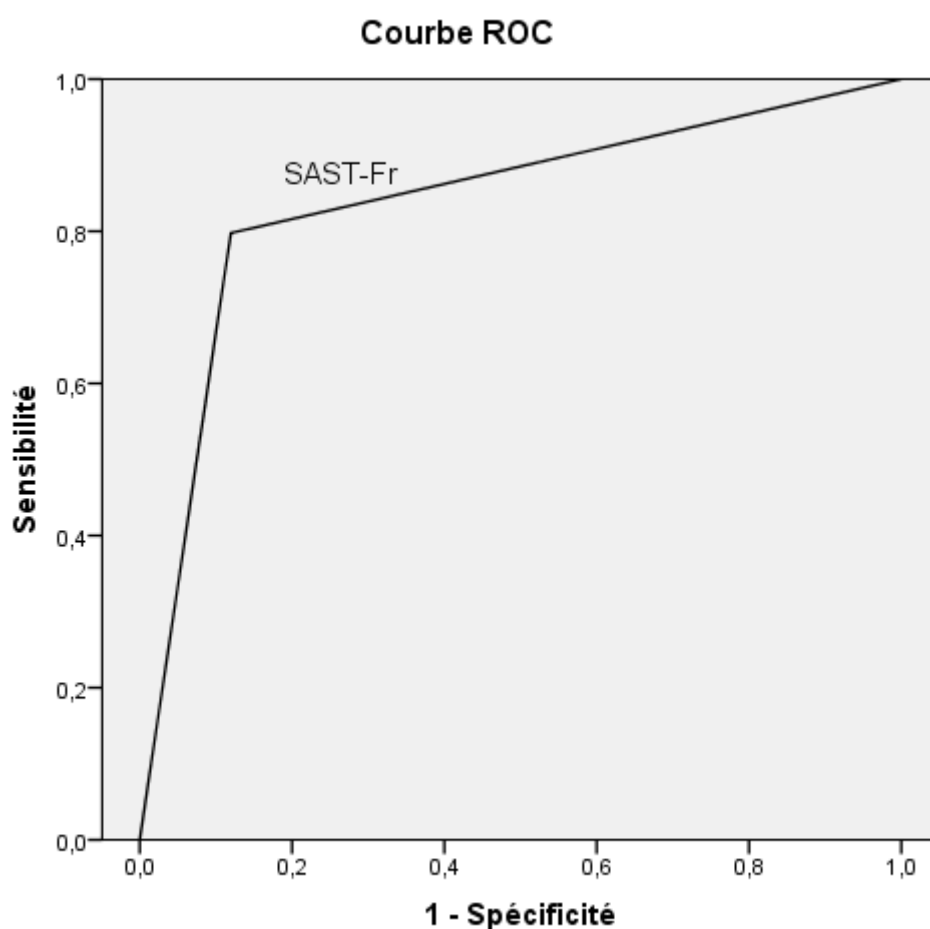


Figure 6: Courbe ROC (Receiver Operating Characteristics) du SAST-Fr

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de traduire en français, d'adapter et de valider l'auto-questionnaire SAST, l'un des instruments les plus fréquemment utilisés pour évaluer l'addiction sexuelle dans la littérature internationale, et d'en tester ses propriétés psychométriques. Nos résultats indiquent que le SAST-Fr est un outil fiable et valide pour évaluer ce trouble addictif. L'analyse factorielle du SAST-Fr met en évidence une structure mono-factorielle et une consistance interne excellente, soit des propriétés psychométriques proches de la version anglophone.

Nos résultats indiquent que le SAST-Fr possède des propriétés psychométriques proches de celles de la version originale élaborée par Carnes. En effet, ce dernier avait lui-même mis en évidence un seul facteur latent [25]. Ce facteur unique porte évidemment sur les caractéristiques même de l'addiction sexuelle. Cependant, ce facteur identifié par Carnes expliquait 50% de la variance du score total, pourcentage plus élevé que celui que nous avons trouvé pour le SAST-Fr. Cette différence serait liée au pourcentage élevé de sujets présentant une addiction sexuelle dans son étude comparativement à la nôtre (74% contre 22%). Nos résultats sont proches de ceux trouvés par Nelson et Oehlert [21] qui ont rapporté, que le SAST était composé d'un seul facteur représentant 31,91% de la variance du score total avec une excellente fiabilité ainsi qu'une validité convergente et divergente acceptable. Enfin, Marshall et Marshall [38] ont également mis en évidence dans leur étude, un facteur latent expliquant 39% la variance des scores des sujets au SAST.

Dans notre étude, sur les 25 items du SAST-Fr, cinq n'étaient pas saturés par le facteur. Ce résultat semble concorder avec ceux de Silveira, Vieira, Palomo et Silveira [37] et peut être attribué aux éventuels biais liés à la traduction et aux différences culturelles.

L'intérêt de cette étude est également de montrer l'excellente validité convergente du SAST-Fr avec les critères diagnostiques de l'addiction sexuelle proposés par Goodman. Ces critères semblent pertinents et proches de ceux décrits dans le DSM-5 pour diagnostiquer les troubles addictifs. Cependant, il n'existe pas encore d'études concernant leur validité.

Parmi les limites de cette étude, nous pouvons citer la constitution de notre échantillon. En effet, il est composé de sujets volontaires recrutés sur internet, qui se sont auto-sélectionnés et qui se perçoivent comme souffrant d'addiction sexuelle. Ceci peut entraîner des biais de recrutement dans les résultats. D'autres études sont donc nécessaires pour déterminer les propriétés de l'échelle au sein d'une population représentative de la population générale et au sein d'une population clinique.

Malgré ces limites, notre étude ouvre de nombreuses perspectives cliniques et de recherches. En effet, l'utilisation du SAST-Fr pour l'évaluation de l'addiction sexuelle pourrait prioriser les critères cardinaux du trouble addictif, en considérant accessoirement les items moins spécifiques, c'est-à-dire ceux qui portent plutôt sur les facteurs de risque de l'addiction sexuelle ou les conduites paraphiliques

(items 1, 2, 3,13 et 23). Par ailleurs, dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent d'actualiser l'item 2 du SAST-Fr (*vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse ?*) par cette proposition : *vous êtes-vous abonné ou utilisez-vous fréquemment internet pour des activités sexuelles (exemple : visiter des sites de rencontres pour établir des liens romantiques ou érotiques, visionner des images ou vidéos pornographiques... ?)*.

En conclusion, le SAST-Fr pourra aider le clinicien à évaluer et à mieux comprendre le fonctionnement des personnes concernées aussi bien par l'addiction sexuelle que les conséquences légales des troubles de comportements sexuels. Cette évaluation devra amener ce dernier à rechercher et à approfondir les éléments anamnestiques, ainsi que des facteurs psychopathologiques associés au trouble. Aussi pourra-t-il mettre en place des mesures de prise en charge adaptées aux sujets concernées.

Références bibliographiques

- [1] Valleur M, Matysiak J-C. Sexe, passion et jeux vidéo: Les nouvelles formes d'addiction. Flammarion; 2003. 290 p.
- [2] Schneider JP, Irons RR. Assessment and Treatment of Addictive Sexual Disorders: Relevance for Chemical Dependency Relapse. *Substance Use & Misuse*. nov 2001;36(13):1795-820.
- [3] Poudat F-X, Lagadec M. Sexe sans contrôle: Surmonter l'addiction. Odile Jacob; 2017. 223 p.
- [4] Rinehart NJ, McCabe MP. Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality. *J Sex Marital Therapy* 1997; 12: 45-60.
- [5] Wéry A, Karila L, Sutter PD, Billieux J. Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle: Une revue de la littérature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. nov 2014;55(4):266-81. (6,7,9 10,11,12)
- [6] Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr* 2006; 11(12): 944-55.
- [7] Gilliland R, South M, Carpenter BruceN, Hardy SamA. The Roles of Shame and Guilt in Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*. janv 2011;18(1):12-29.
- [8] Odlaug BL, Lust K, Schreiber LRN, Christenson G, Derbyshire K, Harvanko A, et al. Compulsive sexual behavior in young adults. *Ann Clin Psychiatry*. août 2013;25(3):193-200.
- [9] Ph.D PJC. Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. Third Edition. Center City, MN: Hazelden Publishing; 2001. 240 p.
- [10] Goodman A. Sexual addiction: An integrated approach. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc; 1998. xi, 464. (Sexual addiction: An integrated approach).
- [11] Weissberg JH, Levay AN. Compulsive sexual behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 1986;20(4):129-32.
- [12] Karila L, Wery A, Weinstein A, Cottencin O, Petit A, Billieux MR and J. Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*. 2014
- [13] Wéry A, Vogelaere K, Challet-Bouju G, Poudat F-X, Caillon J, Lever D, et al. Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*. 24 oct 2016;5(4):623-30.
- [14] Goodman A. Sexual addiction: designation and treatment. *J Sex Marital Ther*. 1992;18(4):303-14.
- [15] Goodman A. Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1403-8.
- [16] Kafka M. The Development and Evolution of the Criteria for a Newly Proposed Diagnosis for DSM-5: Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity [Internet]*. 2013 Jan
- [17] APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Fifth Edition (DSM-5) - American Psychiatric Publishing, Washington DC 2013.
- [18] Castro-Calvo J, Ballester-Arnal R, Billieux J, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD. Spanish validation of the Sexual Addiction Screening Test. *J Behav Addict*. 1 sept 2018;7(3):584-600.
- [19] Seegers JA. The Prevalence of Sexual Addiction Symptoms on the College Campus. *Sexual Addiction & Compulsivity*. déc 2003;10(4):247-58.
- [20] Giordano AL, Cashwell CS, Lankford C, King K, Henson RK. Collegiate sexual addiction: Exploring religious coping and attachment. *Journal of Counseling & Development*. 2017;95(2):135-44.

- [21] Nelson KG, Oehlert ME. Psychometric exploration of the Sexual Addiction Screening Test in veterans. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2008;15(1):39-58.
- [22] Spickard A, Swiggart WH, Manley G, Dodd D. A Continuing Education Course For Physicians Who Cross Sexual Boundaries. *Sexual Addiction & Compulsivity*. janv 2002;9(1):33-42.
- [23] Carnes PJ, Hopkins TA, Green BA. Clinical relevance of the proposed sexual addiction diagnostic criteria: relation to the Sexual Addiction Screening Test-Revised. *J Addict Med*. déc 2014;8(6):450-61.
- [24] Abdullahi H, Udofia O. A Pilot Psychometric Investigation of the Sexual Addiction Screening Test (SAST) and Women's Sexual Addiction Screening Test (W-SAST) in a Nigerian Hospital Setting. *Sexual Addiction & Compulsivity*. janv 2015;22(1):16.
- [25] Carnes P. *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Hazelden Publishing; 1994. 306 p.
- [26] Montgomery-Graham S. Conceptualization and Assessment of Hypersexual Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev*. 2017;5(2):146-62.
- [27] Delmonico DL, Bubenzer DL, West JD. Assessing Sexual Addiction with the Sexual Dependency Inventory-Revised. *Sexual Addiction & Compulsivity*. sept 1998;5(3):179.
- [28] Delmonico DL, Miller JA. The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual & Relationship Therapy*. août 2003;18(3):261.
- [29] Garos S, Stock WA. Measuring Disorders of Sexual Frequency and Control: The Garos Sexual Behavior Index. *Sexual Addiction & Compulsivity*. sept 1998;5(3):159.
- [30] Womack S, Hook J, Ramos M, Davis D, Penberthy JK. Measuring Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*. janv 2013;20(1/2):65-78.
- [31] Hook JN, Hook JP, Davis DE, Worthington EL, Penberthy JK. Measuring sexual addiction and compulsivity: a critical review of instruments. *J Sex Marital Ther*. 2010;36(3):227-60.
- [32] Krueger RB, Kaplan MS. The paraphilic and hypersexual disorders: an overview. *J Psychiatr Pract* 2001; 7(6): 391-403.
- [33] Freimuth M, Waddell M, Stannard J, et al. Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *J Groups Addiction Recov* 2008; 3: 137-60
- [34] Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(4): 603-11.
- [35] Benhaiem A, Karila DL. *Accro*. Flammarion; 2013. 160 p.
- [36] Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46(12):1417-32
- [37] Silveira DX, Vieira AC, Palomo V, Silveira ED. Criteria validity and reliability of the Brazilian version of a sexual addiction screening scale. *Brazilian Journal of Psychiatry*. mars 2000;22(1):04-10.
- [38] Marshall LE, Marshall WL. The Factorial Structure of The Sexual Addiction Screening Test in Sexual Offenders and Socio-Economically Matched Community Non-Offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*. juill 2010;17(3):210.

ETUDE 4 : ADDICTION SEXUELLE ET FACTEURS ASSOCIÉS : LE RÔLE DE LA
DYSRÉGULATION EMOTIONNELLE, DE L'IMPULSIVITÉ, DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA
DÉPRESSION

Cette étude a fait l'objet d'une publication dans le *Journal of Sex & Marital Therapy* en août 2021 :

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors : The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1952361>)

Elle a également fait l'objet d'une communication orale :

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (Novembre, 2019). *Etude de l'anxiété, de la dépression, de la dysrégulation émotionnelle et des dimensions d'impulsivité dans l'addiction sexuelle*. 22^{ème} journée des Neurosciences à Nouzilly, Tours, France.

Résumé de l'étude 4

L'étude 4 avait pour objectif de contribuer à la connaissance de l'addiction sexuelle en explorant ses facteurs associés. En effet, il s'agissait d'examiner le rôle des dimensions spécifiques de l'impulsivité, des facteurs et stratégies de régulation des émotions ainsi que des affects anxiodépressifs dans l'addiction sexuelle, avec un focus sur le rôle médiateur de ces derniers.

Nos principales hypothèses étaient les suivantes: les sujets présentant une addiction sexuelle ont plus de difficulté à réguler leurs émotions, présentent des niveaux d'impulsivité, d'anxiété et de dépression, comparés à ceux n'en présentant pas.

Cette étude a porté sur un échantillon de 398 sujets. Afin d'atteindre notre objectif, nous avons proposé à nos participants, un questionnaire constitué du SAST-Fr pour évaluer l'addiction sexuelle, la DERSF (la dysrégulation émotionnelle), l'UPPS (les dimensions d'impulsivité), la HADs (l'anxiété et la dépression).

Conformément à nos hypothèses, cette étude a montré que les personnes qui présentent une addiction sexuelle rencontrent des difficultés particulières à réguler leurs émotions. Nous avons également trouvé que la dépression et l'anxiété étaient significativement associés à la dysrégulation émotionnelle.

Nos résultats ont également montré des niveaux élevés d'impulsivité chez les sujets présentant une addiction sexuelle comparé à ceux n'en présentant pas. Plus précisément, nos sujets présentant cette addiction présentaient également des scores élevés aux dimensions urgence et manque de persévérance. Enfin, à travers des analyses, de médiation, nos résultats ont montré que l'anxiété et la dépression semblent constituer des médiateurs partiels de la relation entre les dimensions d'impulsivité, la dysrégulation émotionnelle et l'addiction sexuelle. De façon alternative, l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle semblent médier la relation entre l'anxiété, et la dépression et l'addiction sexuelle. Cependant, parmi les dimensions d'impulsivité, seuls les niveaux d'urgence et le manque de persévérance étaient significativement plus élevés chez les sujets présentant une addiction sexuelle.

Les résultats de ces études sont cohérents avec la littérature et offre de nombreuses perspectives cliniques et de recherche.

SEXUAL ADDICTION AND ASSOCIATED FACTORS: THE ROLE OF EMOTION
DYSREGULATION, IMPULSIVITY, ANXIETY AND DEPRESSION

Hegbe, K.G.^a, Réveillère, C.^a & Barrault, S.^{a,b,c}

- a. PRES Centre-Val de Loire Université, Qualipsy EE 1901, Université de Tours, France
- b. CHRU de Tours, CSAPA 37, 37044 Tours Cedex, France
- c. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100, Boulogne-Billancourt, France

Abstract

The present research aimed to study the relationship between emotion dysregulation, impulsivity dimensions, anxiety, depression and sexual addiction. A survey was conducted among 398 voluntary subjects recruited online through specialized forums. The participants completed validated questionnaires. Our results showed that individuals with sexual addiction reported more difficulty regulating emotions and higher levels of impulsivity dimensions than those individuals who were not defined as having a sexual addiction. In addition, anxiety and depression were significantly associated with sexual addiction. Furthermore, anxiety and depression seemed to partially mediate the links between impulsivity, emotion dysregulation and this addiction. Finally, emotion dysregulation and impulsivity had mediating effects on the relationship between anxious-depressive affects and sexual addiction. Despite the limitations of this study, our results seem to be consistent with the literature on sexual addiction and have clinical and research implications.

Keywords: Sexual Addiction; Emotion Dysregulation; Impulsivity; Anxiety; Depression

Introduction

Description of Sexual Addiction

Sexual addiction is a behavioral pattern for which the validation of diagnostic criteria is widely debated within the scientific community. Currently, there is no consensus about how to define, evaluate or treat it, and consequently a variety of terms are used, including sexual dependence, compulsive sexual behavior, hypersexual behavior, hypersexuality disorder and sexual addiction (Messier-Bellemare & Corneau, 2015; Rosenberg et al., 2014; Wéry et al., 2016). Based on the criteria proposed by Carnes (2001), this addiction could be summarized as a loss of control over the increasing practice of sexuality, associated with intense and unstable emotional states. At a nosographic level, unlike the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [American Psychological Association (APA), 2013], which did not include this addiction due to insufficient empirical data, the eleventh edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) used the term of Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD) to define it (Grant et al., 2014; ICD-11; WHO, 2018). The CSBD is included in impulse control disorders. This disorder could be characterized by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges, resulting in repetitive sexual behaviour over an extended period that causes marked distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning (Grubbs et al., 2020a; Kraus et al., 2018).

These terminological precisions about sexual addiction highlight a difficulty in controlling sexual behavior, associated with dysregulation of emotions; this description is closely related to that of other addictive behaviors (Carnes, 2001; Goodman, 1998; Kafka, 2010; Weissberg & Levey, 1986). From these perspectives, sexual addiction is described to share a number of features with other addictive behaviors, including symptoms of anxiety and depression and emotion dysregulation.

Anxiety, Depression and Sexual Addiction

Anxious-depressive disorders are rarely isolated. They are most often comorbid with other psychopathological disorders such as addictive behaviors (Lançon, 2010). More specifically, they were described as strongly associated with addictive sexual behaviors (Black et al., 1997; Brem et al., 2017; Kuzma et al., 2008; Meili & Pfeifer, 2011; Nair et al., 2013; Schultz et al., 2014). Indeed, from a theoretical perspective, sexual addiction model proposed by Carnes (2001) suggested that sexual behaviors were repetitively misused by individuals as self-medication to manage dysphoric mood states, notably depression and anxiety. However, due to the loss of control and the increasing repetition of these behaviors, the latter could lead to an aggravation of anxious and depressive affects (Reed & Blaine, 1998). Finally, these suggestions may raise questions about the role of emotions in the occurrence of sexual addiction, given that symptoms of depression and anxiety seem to show similar patterns across emotion regulation strategies (Mirabel-Sarron, 2012; Pasquier et al., 2008; 2009; Schäfer et al., 2017).

Emotion Dysregulation and Sexual Addiction

Emotion regulation is a multidimensional construct, defined as the process whereby individuals influence the nature of their emotions, and when and how they experience and express them (Gross, 1998). By contrast, emotion dysregulation can be considered as a failure or a deficit of emotion regulation, involving the use of maladaptive strategies (Aldao et al., 2010; McMahon et al., 2018; Rehm & Staiger, 2018). This is characterized by difficulty in: (a) becoming aware of and understanding one's emotions, (b) accepting emotions, (c) inhibiting impulse behaviors and adopting goal-oriented ones, and (d) accessing adaptive strategies to modulate difficult emotions (Buckholdt et al., 2015; Dan-Glauser & Scherer, 2012; Gratz & Roemer, 2004; Weiss et al., 2012). Emotional dysregulation is commonly found in psychopathological disorders including addictive behaviors (Bradley et al., 2011; Dumont et al., 2016; Duriez, 2016; Garofalo et al., 2016; Johnson, 2005; Mennin et al., 2007; Nolet et al., 2017; Schäfer et al., 2017). Indeed, addictive behaviors were particularly described as both an attempt to cope with the subjective consequences of impaired self-regulatory functioning, and an overt manifestation of impaired self-regulatory functioning. Thus, their functions are both to produce pleasure and to reduce negative affects (Goodman, 1993; 2001). Concerning particularly sexual addiction, the literature highlighted that individuals with this addiction showed difficulty to manage affective states, to identify emotions, to accept their emotional responses and to access strategies to regulate their chronic negative emotional states (Carvalho et al., 2015; Cashwell et al., 2016; Duriez, 2016; Giugliano, 2006). Furthermore, Reid (2010) found a higher expression of negative emotions (e. g. guilt, anger) and a lower expression of positive emotions (joy, interest, surprise) in subjects with sexual addiction behavior. Finally, Walton et al. (2017) suggested that sex addict subjects would use sexual behaviors as dysfunctional mechanisms of emotion regulation. However, while these behaviors may relieve emotional distress in the short term, they can lead to long-term emotional dysregulation (Adams & Robinson, 2001), which may in turn underlie several psychopathological factors like impulsive traits.

Impulsivity and Sexual Addiction

In psychopathology, impulsivity is considered as a transnosographic entity described in various disorders (Zimmermann et al., 2004). It is a construct whose manifestations may include deficits in the inhibition of inappropriate behavior, intolerance of delayed expectations, and a tendency to act without considering the long-term consequences of the action (Reynolds et al., 2006). At a conceptual level, there has not always been consensus among researchers about how to report the heterogeneity of impulsive manifestations. This situation led them to approach the concept of impulsivity from different angles. Indeed, Eysenck & Eysenck (1977) suggested that impulsivity is related to risk taking, lack of planning and making up one's mind quickly (Moeller et al., 2001). On their side, Patton et al. (1995) described three dimensions of impulsivity: cognitive (difficulty concentrating in cognitively demanding situations), motor (tendency to act on the impulse of the moment), and lack of planning (propensity to

act without prior thought) (Billieux et al., 2014; Patton et al., 1995). However, based on the diversity of impulsive behavior dimensions, recent works agree on the need to consider impulsivity as a multidimensional construct, whose different facets are underpinned by a variety of distinct psychological mechanisms (Billieux et al., 2014). Thus, the UPPS model of impulsivity has been developed. It identified four dimensions of impulsivity: Urgency, lack of Perseverance, lack of Premeditation, and Sensation Seeking (UPPS) (Billieux & Van der Linden, 2010; Billieux et al., 2014; Whiteside & Lynam, 2001). Taking into consideration this model, many authors have highlighted links between some dimensions of impulsivity and psychopathological states, including behavioral addictions. UPPS model of impulsivity can be considered as a transversal and transtheoretical model of the concept of addiction. Indeed, while some theoretical conceptions stipulate that addictive behaviors result from a loss of control, others suggest that they are rather the manifestation of motivational aspects of individuals (Calzada Ribalta, 2018; Kotera & Rhodes, 2019; Varescon, 2016). This model of impulsivity seems to integrate these two conceptions. Indeed, it suggests that impulsive behaviors are influenced on one hand, by executive and decision-making processes (Urgency, lack of Perseverance, lack of Premeditation) that underlie the activity of the control system. On the other hand, these behaviors would be characterized by motivational and temperamental processes (sensation seeking) which would lead to an increased sensitivity to rewards through automatic system's hyperactivity (Billieux et al., 2014). Thus, this conceptualization may be interesting to consider in the study of the link between impulsivity and sexual addiction. In fact, findings in the literature described high scores of impulsivity and its significant links with sexual addiction. They highlighted that higher impulsivity might predict or contribute importantly to the development and maintenance of sexual addiction (Bóthe et al., 2019; Kafka, 2010; Miner et al., 2016; Nolet et al., 2017; Reid et al., 2011a; 2015).

Hypothesized Relationship between Sexual Addiction, Anxiety and Depression, Emotion Dysregulation and Impulsivity

Adaptive abilities reside in the capacity to regulate one's impulses, emotions and behaviors. Therefore, a person with a strong tendency to impulsivity and/or difficulty regulating emotions would be more likely to develop and/or maintain risky behaviors. From this perspective, Walton et al. (2017) in a literature review found that greater depression and anxiety and impulsivity traits were significantly correlated with increased hypersexual behavior. These findings suggested that sexual addiction behavior should be adopted impulsively to deal with emotional distress, to reduce or avoid negative emotions experience. They also confirmed the role of impulsivity traits in this addiction. Nevertheless, conceptually, and theoretically, the definitions of impulsivity in the scientific literature appear to be diverse and not always based on the multidimensional approach of the UPPS model. As a result, research protocols use a multitude of assessment tools based on the different concepts of impulsivity. This, together with the lack of consensus about the diagnostic criteria of sexual addiction, makes it difficult to address this issue. However, it seems relevant to consider sexual addiction in this multidimensional

perspective. To the best of our knowledge, no study has investigated simultaneously the dimensions of impulsivity in the UPPS model, emotion dysregulation and sexual addiction, with a focus on the mediating role of anxiety and depression. The aim of our research is therefore to contribute to the knowledge of sexual addiction by exploring its associated factors. To this end, we examined the specific dimensions of impulsivity, and the factors and strategies for regulating emotions in subjects with sexual addiction. First of all, we hypothesized that subjects with this addiction would have greater difficulty regulating their emotions (H₁) and be more impulsive (H₂) than those without this addiction. Secondly, we postulated that individuals with a sexual addiction would have high level of anxiety (H₃) and depression (H₄) compared to those without this addiction. Furthermore, we supposed that anxiety and depression would mediate the links between emotion dysregulation (H₅), impulsivity (H₆) and sexual addiction. Finally, in an alternative way, we hypothesized that emotion dysregulation (H₇) and impulsivity (H₈) would mediate the links between anxious and depressive affects and sexual addiction.

Method

Participants and procedure

The study included 398 French-speaking subjects, aged 18 years and over. Participants answered an advertisement posted on social networks between February 27, 2018 and February 3, 2019, and, with the agreement of webmasters, on discussion forums dedicated to sexual activities. In the advertisement, we indicated that to participate, subjects had to use the Internet regularly for sexual activities (viewing pornographic images and videos, online chats) and/or have difficulty controlling their offline and online sexual behavior. In fact, sexual addiction may be characterized by both subjective and objective criterion. Our sample also included a few patients being treated for sexual addiction in addiction center (CSAPA). The subjects received no reward for their participation in the study. They were recruited anonymously and on a voluntary basis. The questionnaire was administered in accordance with the ethical recommendations of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the ethics committee of the University Hospital of Tours (ref. no. 2018079).

Measures

A self-report questionnaire with socio-demographic data (age, sex, professional activity, etc.) and data relating to sexuality (orientation, time spent on the Internet for sexual activities).

The Sexual Addiction Screening Test (SAST)

The Sexual Addiction Screening Test was developed by Carnes (1994) and was validated in French (SAST-Fr) by Hegbe et al. (2020). It consists of 25 dichotomous items designed to measure symptoms of sexual addiction, including sexual preoccupation, signs and symptoms of impaired control, and problems resulting from sexual behavior. Subjects responded yes or no to each item. The total SAST-Fr

scores ranged from 0 to 25, and a score of 13 or above suggested sexual addiction. Authors have reported very good or even excellent internal consistency coefficients (Cronbach's alpha = 0.85 to 0.95) for this test (Carnes, 1994; Hegbe et al., 2020). In the current research, we considered this threshold score of 13 or higher to identify our participants who presented with a sexual addiction.

The UPPS (Urgency, lack of Premeditation, lack of Perseverance, Sensation seeking) scale The UPPS scale was developed by Whiteside & Lynam (2001) and validated in French by Van der Linden et al. (2006). It is a 45-item self-report questionnaire measuring four traits of impulsivity: urgency, lack of premeditation, lack of perseverance and sensation seeking. Items are scored on a Likert-type scale ranging from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree). Adequate psychometric characteristics have been reported for this questionnaire with Cronbach's alpha > 0.80 (Van der Linden et al., 2006), supporting its use in this research. Higher scores correspond to greater impulsivity. In our study, we performed McDonald's Omega coefficient (Béland et al., 2018) for the total scale which was $\omega = 0.86$, supporting its adequacy for use in our sample.

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was developed by Gratz & Roemer (2004). The French translation (DERS-F) was validated by Dan-Glauser & Scherer (2013). This 36-item self-report questionnaire evaluates difficulties in six dimensions of emotion regulation: Non-acceptance of one's emotional response (N); difficulty adopting Goal-oriented behaviors in negative emotional situations (G); difficulty controlling Impulses in negative emotional situations (I); lack of emotional Awareness (A); difficulty implementing emotion regulation Strategies in negative emotional situations (S); lack of emotional Clarity (C). Items are scored on a Likert-type scale, from (1) almost never to (5) almost always. With a Tucker's phi of 0.98, the two versions of this scale are congruent (Dan-Glauser et al., 2013). The internal consistency of the translated version has a Cronbach's alpha of 0.92, which justifies its use in our research. In the current study McDonald's Omega for the total scale was $\omega = 0.90$.

The Hospital Anxiety and Depression scale (HADs)

The Hospital Anxiety and Depression scale (HADs) was developed by Zigmond & Snaith (1983) and the French version was validated by Lépine et al. (1985). The 14-item scale is divided into two 7-item subscales. It identifies the severity of anxiety and depression affects, on a 4-point scale, ranging from 0 (least severe) to 3 (most severe). Cut-off scores are as follows: 0 to 7, no disorder; 8 to 10, suspected disorder; 11 and above, actual disorder (Zigmond & Snaith, 1983). The HADs has good psychometric properties notably its internal consistency with Cronbach alpha coefficient varying from 0.70 to 0.82 (Zigmond & Snaith, 1983; Untas et al., 2009). McDonald's Omega values were: Anxiety $\omega = 0.82$ and Depression $\omega = 0.76$.

Statistical Analysis

The data were analyzed with JASP 0.14. We computed descriptive statistics for both qualitative and quantitative variables to describe our study population. In the present study, we performed McDonald's Omega coefficient for scale scores. We used the Chi-square test of independence to determine if there were significant relationships between sexual addiction and the variables of interest. Kolmogorov-Smirnov's test indicated that our data were not normally distributed. Then, we conducted the Mann-Whitney U test to compare the scores of the two groups of subjects (with and without sexual addiction). Furthermore, we performed correlation analysis using Spearman correlation analyses to investigate the links between impulsivity, emotion dysregulation and sexual addiction. We also conducted mediation analysis to study the mediating effect of anxiety and depression in the links between our variables of interest and sexual addiction on one hand, and the mediating effect of impulsivity and emotion dysregulation in the links between anxiety, depression and this addiction on the other (with the 95% confidence interval for indirect effects and 1000 bootstrap samples). As recommended by Shrout & Bolger (2002) and reviewed by Nilforooshan & Salimi (2016), we considered in the current study, that a full mediational relationship existed when three conditions are met simultaneously: a significant total effect of the independent variable upon the dependent variable (1), a significant indirect effect of the independent variable upon the dependent variable through a mediator (2) and a nonsignificant direct effect of the independent variable upon the dependent variable (3). A partial mediational relationship existed when conditions 2 and 3 are met simultaneously. Finally, we performed logistic regression analysis to identify predictors of sexual addiction. The significance level for all analyses was $p < .05$.

Results

Descriptive statistics

Our sample comprised 398 participants; 54% were women ($n = 215$) and 46% were men ($n = 183$) (Table 1). Their average age was 29.08 years (± 11.30), and 72.36% ($n = 288$) had a bachelor's degree or above. Regarding family situation, 63% ($n = 249$) were single. In our sample, 22.4% ($n = 89$) of participants had a sexual addiction defined by a SAST-Fr score of 13 or higher. The Chi-square test conducted on socio-demographic data revealed that the majority of participants with sexual addiction were men [$\chi^2(1, n = 398) = 20.89; p < .001$], had a professional activity [$\chi^2(1, n = 398) = 4.19; p = .04$], were older than those without sexual addiction ($z = 4.38; p < .001$).

Table 1. Descriptive statistics

	Sexual Addiction		No Sexual addiction		Total	Chi-square	z value	p
	n (%)	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)	n (%)			
Sample	89 (22.36)		309 (77.63)		398 (100)			
Age		33.46 (12.57)		27.82 (10.61)			4.38	<.001***
Time/Week on Int.:		31.83 (20.07)		29.92 (23.94)			1.58	.11
Gender						25.89		<.001***
Men	62 (69.66)		121 (39.15)		183 (45.98)			
Women	27 (30.33)		188 (60.51)		215 (54.02)			
Professional activity						4.19		.04*
Employed	73 (82.02)		278 (89.96)		196 (49.25)			
Not employed	16 (17.98)		31 (10.03)		202 (50.75)			
Marital status						1.99		.16
Single	50 (56.18)		199 (64.40)		249 (63%)			
Couple	39 (43.82)		110 (35.60)		149 (37%)			
Sexual orientation						2.64		.27
Heterosexual	63 (70.78)		242 (78.31)		305 (76.63)			
Homosexual	5 (5.61)		17 (5.50)		22 (5.52)			
Bisexual	21 (23.59)		50 (16.18)		71 (17.83)			

Note: Time/Week on Int.: time spent per week on Internet; SD: Standard deviation; * $p < .05$; *** $p < .001$

Comparison analysis

Table 2 shows comparison of different scores of the two groups of subjects (with and without sexual addiction). It revealed a significant difference in Urgency ($z = 3.08$; $p < .01$) and lack of Perseverance ($z = 3.03$; $p < .01$).

For emotion dysregulation, scores on the DERS-F revealed significant differences in all emotional dysregulation factors. The highest score was for S (strategies), corresponding to difficulty implementing emotion regulation strategies in negative emotional situations.

Results of the HADs revealed significantly higher scores for both depression ($z = 4.76$; $p < .001$) and anxiety ($z = 4.83$; $p < .001$) among the addiction group, compared to the non-addiction group. However, among sexual addict participants, only depression was associated with significantly higher scores of sexual addiction (Table 3).

Correlation analysis

Spearman's correlation analysis (Table 4) indicated that SAST-Fr scores were correlated with anxiety and depression and all emotional dysregulation factors. They were also significantly associated with impulsivity dimensions except lack of Premeditation. In order to explore whether sexual addiction scores are related to impulsivity and emotion dysregulation, we performed partial correlation analysis with control of anxiety and depression (Table 5). It finally revealed significant and positive correlations between sexual addiction and Non-acceptance (N), Impulse (I) of emotional dysregulation and with sensation seeking of UPPS scale.

Table 2. Comparison of scores of groups with and without sexual addiction (Mann-Whitney U test)

	Group 1 (N = 89)	Group 2 (N=309)	z-value	<i>P</i>
SAST-Fr	16.57 (2.64)	5.26 (3.68)	14.41	<.001***
HAD scale				
Anxiety	10.91 (3.74)	8.65 (3.85)	4.83	<.001***
Depression	6.93 (3.66)	4.91 (3.71)	4.76	<.001***
UPPS Scale				
Urgency	32.62 (7.07)	29.71 (7.35)	3.09	.002**
Lack of Premeditation	21.76 (5.44)	22.55 (6.16)	-0.76	.44
Lack of Perseverance	23 (6.07)	20.94 (5.91)	3.03	.002**
Sensation seeking	30.28 (8.05)	29.53 (8.08)	.55	.57
DERS-F				
Non-acceptance (N)	19.51 (5.84)	15 (6.54)	5.85	<.001***
Goals (G)	18.37 (4.38)	16.56 (5.14)	2.88	.004**
Impulse (I)	17.35 (5.72)	14.53 (6.23)	4.09	<.001***
Awareness (A)	16.2 (4.73)	14.91 (4.66)	2.38	.02*
Strategies (S)	25.94 (6.88)	22.14 (7.81)	4.22	<.001***
Clarity (C)	15.11 (4.23)	12.7 (4.57)	4.44	<.001***

Note: Group 1: group of subjects with sexual addiction; Group 2: group of subjects without sexual addiction; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Table 3. Comparison of mean scores (at SAST-Fr) of sexual addict subjects based on anxiety and depression (Mann-Whitney U test)

HADs		Sexual addiction score (SAST-Fr)			
		Mean	SD	z-value	<i>p</i>
Anxiety	No (n= 38)	16.05	2.42	-1.54	.11
	Yes (n= 51)	16.96	2.76		
Depression	No (n= 75)	16.28	2.61	-2.49	.01*
	Yes (n=14)	18.14	2.32		

Note: SD: Standard deviation; **p* < .05; N = 89

Table 4. Simple correlation analysis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. SAST-Fr scores	—													
2. Anxiety	.322***	—												
3. Depression	.326***	.462***	—											
4. Non-acceptance(N)	.358***	.544***	.381***	—										
5. Goals(G)	.225***	.376***	.299***	.435***	—									
6. Impulse (I)	.273***	.483***	.316***	.566***	.579***	—								
7. Awareness (A)	.121*	.109*	.249***	.032	-.023	.080***	—							
8. Strategies (S)	.262***	.563***	.468***	.675***	.684***	.712***	.054	—						
9. Clarity (C)	.265***	.480***	.473***	.411***	.323***	.476***	.419***	.492***	—					
10. Urgency	.220***	.414***	.312***	.438***	.391***	.626***	.075	.515***	.376***	—				
11. Lack of Premeditation	-.015	.062	.071	-.002	.112*	.222***	.128*	.107*	.142**	.372***	—			
12. Lack of Perseverance	.158***	.169***	.359***	.132**	.316***	.211***	.113*	.313***	.315***	.236***	.418***	—		
13. Sensation Seeking	.128*	.060	.070	.091	.073	.106*	-.041	.021	.067	.123*	.098	.042	—	
14. DERS-F overall scores	.138**	.559***	.352***	.807***	.687***	.764***	-.220***	.863***	.397***	.542***	.056	.207***	.109***	—

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; N = 398.

Table 5. Partial correlation analysis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Age	—													
2. SAST-Fr	.316***	—												
3. Non-acceptance(N)	-.028	.201***	—											
4. Goals(G)	-.199***	.090	.277***	—										
5. Impulse (I)	-.041	.120*	.401***	.481***	—									
6. Awareness (A)	.128*	.046	-.075	-.108*	.004	—								
7. Strategies (S)	-.154**	.046	.511***	.606***	.603***	-.078***	—							
8. Clarity (C)	-.102	.070	.159**	.134**	.297***	.377	.236***	—						
9. DERS-F Overall scores	-.139**	.138**	.717***	.613***	.675***	-.382***	.803***	.144**	—					
10. Urgency	-3.900e-4	.071	.259***	.262***	.526***	-5.133e-4	.350***	.185***	.400***	—				
11. Lack of Premeditation	-.031	-.048	-.052	.089	.216***	.114*	.077	.119*	.020	.379***	—			
12. Lack of Perseverance	-.096	.047	-.008	.243***	.119*	.26	.193***	.186***	.102*	.147**	.422***	—		
13. Sensation seeking	-.058	.108*	.062	.048	.083	-.061	-.030	.029	.086	.102*	.092	.018	—	
14. Time/Week on Int	-.083	.098	.070	.166***	.089	.084	.123*	.107*	.092	-.026	-.017	.083	-.030	—

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; Conditioned on variables: Anxiety and Depression; N= 398

Mediation analysis

Mediation analyses were performed to study the effect of anxiety and depression in the links between our variables and sexual addiction. Firstly, anxiety and depression partially mediated the relationships between impulsivity and sexual addiction. Indeed, Table 6 shows significant indirect effects for Urgency ($\beta = .10$; 95% CI [.06; .15]); for lack of Premeditation ($\beta = -.06$; 95% CI [-.11; -.03]) and for lack of Perseverance ($\beta = .08$; 95% CI [.04; .13]) and significant direct effects for all dimensions of impulsivity. Secondly, anxiety and depression were partial mediators of the relationships between emotion dysregulation and sexual addiction. Results in table 7 indicate significant indirect effects for Non-acceptance (N) ($\beta = .04$; 95% CI [.00; .08]) and Strategies (S) ($\beta = .07$; 95% CI [.03; .12]) on one hand, and significant direct effects for Non-acceptance (N) ($\beta = .23$; 95% CI [.12; .34]) and Strategies (S) ($\beta = -.14$; 95% CI [-.28; -.01]) on the other. Finally, the results of table 8 highlighted partial mediating role of emotion dysregulation in the links between anxiety, depression and sexual addiction, with significant indirect effect for anxiety ($\beta = .25$; 95% CI [.14; .38]), depression ($\beta = .17$; 95% CI [.07; .27]), on one hand, and significant direct effects for anxiety ($\beta = .23$; 95% CI [.04; .40]), and depression ($\beta = .31$; 95% CI [.12; .50]) on the other. Concerning impulsivity, indirect effects were significant for anxiety ($\beta = .13$; 95% CI [.06; .21]) and depression ($\beta = .15$; 95% CI [.07; .24]). We observed also significant direct effect for anxiety ($\beta = .35$; 95% CI [.19; .50]), and for depression ($\beta = .33$; 95% CI [.17; .51]). This result suggested partial mediating role of impulsivity in the links between anxiety, depression and sexual addiction.

Logistic regression analysis

The logistic regression results (Table 9) showed that among our socio-demographic factors (age, gender, and professional activity) that were related to sexual addiction, only age (OR = 1.04, 95% CI [.00 – .06], $p = .01$) and gender (OR = 4.16, 95% CI [.50 – 2.04], $p < .001$) seemed to predict sexual addiction. Furthermore, among our variables of interest, anxiety (OR = 1.12, 95% CI [-.02 – .22], $p = .01$), Non-acceptance (N) (OR = 1.10, 95% CI [.02 – .15], $p < .01$) and the lack of Perseverance (OR = 1.07, 95% CI [-.01 – .12], $p = .04$) significantly predicted sexual addiction. The resulting model explained 31% of the variance of sexual addiction.

Table 6. Analysis of the mediating effects of Anxiety and Depression on the relationship between Impulsivity and Sexual Addiction

	Estimate (β)	Std. Error	z-value	<i>p</i>	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
<i>Direct effects</i>						
Urgency	.10	.04	2.34	.02*	.01	.28
Lack of Premeditation	-.16	.05	-3.04	<.01**	-.28	-.11
Lack of Perseverance	.12	.05	2.31	.02*	.02	.30
Sensation seeking	.07	.03	2.08	.04*	.01	.14
<i>Total indirect effects</i>						
Urgency	.10	.02	4.61	< .001***	.06	.15
Lack of Premeditation	-.06	.02	-3.26	<.01**	-.11	-.03
Lack of Perseverance	.08	.02	3.44	< .001***	.04	.13
Sensation seeking	.00	.01	.03	.97	-.02	.02
<i>Total effects</i>						
Urgency	.20	.04	4.99	< .001***	.12	.05
Lack of Premeditation	-.22	.05	-4.12	< .001***	-.33	-.11
Lack of Perseverance	.20	.05	3.91	< .001***	.10	.30
Sensation seeking	.07	.04	2.02	.044*	.00	.14

Note: Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals; Std. Error:

Standard errors; **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001; N= 398

Table 7. Analysis of the mediating effects of Anxiety and Depression on the relationship between Emotion Dysregulation and Sexual Addiction

	Estimate (β)	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
<i>Direct effects</i>						
Non-acceptance (N)	.23	.06	4.18	< .001***	.12	.34
Goals (G)	.09	.07	1.24	.21	-.06	.24
Impulse (I)	.08	.06	1.21	.23	-.04	.21
Awareness (A)	.08	.06	1.30	.19	-.04	.21
Strategies (S)	-.14	.07	-2.17	.03*	-.28	-.01
Clarity (C)	.04	.08	0.57	.57	-.11	.20
<i>Total indirect effects</i>						
Non-acceptance (N)	.04	.02	2.03	.04*	.00	.08
Goals (G)	-.01	.02	-.34	.74	-.04	.03
Impulse (I)	-.01	.02	-.72	.47	-.05	.02
Awareness (A)	.03	.02	1.74	.08	-.00	.07
Strategies (S)	.07	.02	3.21	<.01**	.03	.12
Clarity (C)	.08	.03	3.12	<.01**	.03	.15
<i>Total effects</i>						
Non-acceptance (N)	.27	.06	4.88	< .001***	.16	.37
Goals (G)	.09	.08	1.15	.25	-.07	.23
Impulse (I)	.07	.06	1.02	.31	-.06	.20
Awareness (A)	.11	.07	1.71	.09	-.01	.23
Strategies (S)	-.07	.07	-1.12	.26	-.20	.07
Clarity (C)	.13	.08	1.66	.10	-.01	.28

Note: Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals; Std.

Error : Standard errors ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; N= 398

Table 8. Analysis of the mediating effects of Emotion Dysregulation and Impulsivity on the relationship between Anxiety, Depression and Sexual Addiction

		Estimate (β)	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Mediator variable:							
Impulsivity							
<i>Direct effects</i>							
Anxiety		.35	.08	4.60	<.001***	.19	.50
Depression		.33	.08	4.10	<.001***	.17	.51
<i>Total indirect effects</i>							
Anxiety		.13	.07	3.29	.001**	.06	.21
Depression		.15	.04	3.62	<.001***	.07	.24
<i>Total effects</i>							
Anxiety		.48	.07	6.78	<.001***	.34	.61
Depression		.48	.07	6.51	<.001***	.33	.65
Mediator variable : ED							
<i>Direct effects</i>							
Anxiety		.23	.09	2.52	.01*	.04	.40
Depression		.31	.08	3.63	<.001***	.12	.50
<i>Total indirect effects</i>							
Anxiety		.25	.06	4.20	<.001***	.14	.38
Depression		.17	.05	3.37	<.001***	.07	.27
<i>Total effects</i>							
Anxiety		.48	.07	6.78	<.001***	.36	.61
Depression		.48	.07	6.51	<.001***	.32	.65

Note: Analysis were carried out separately for Anxiety and Depression; Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals; ED: Emotion Dysregulation; Std. Error : Standard errors; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; N= 398.

Table 9. Logistic regression analysis of factors contribution to Sexual Addiction scores

	Estimate	Standard Error	Odds Ratio	<i>p</i>	95% bca* Confidence interval	
					Lower	Upper
(Intercept)	-7.19	1.65	7.551e -4		-9.62	-3.31
<i>Socio-demographic variables</i>						
Age	.03	.01	1.04	.01*	.00	.06
Professional activity	-.10	.52	.90	.75	-1.12	.88
Gender	1.40	.40	4.04	< .001***	.61	2.10
<i>Anxiety and Depression (HADs)</i>						
Anxiety	.11	.06	1.12	.03*	-.02	.22
Depression	-.01	.05	.10	.88	-.11	.09
<i>Emotion Dysregulation (DERS-F)</i>						
Non-acceptance (N)	.10	.03	1.10	<.01**	.02	.15
Goals (G)	.04	.05	1.04	.42	-.06	.12
Impulse (I)	.00	.05	1.00	.98	-.10	.08
Awareness (A)	-.00	.04	.10	.98	-.09	.08
Strategies (S)	-.04	.04	.97	.42	-.11	.05
Clarity (C)	.04	.05	1.04	.46	-.07	.11
<i>Impulsivity (UPPS)</i>						
Urgency	.03	.03	1.03	.32	-.04	.09
Lack of Premeditation	-.05	.03	.95	.10	-.11	.02
Lack of Perseverance	.06	.03	1.07	.04*	-.01	.13
Sensation seeking	-.00	.02	.10	.92	-.04	.03

Note: Nagelkerke $R^2 = .31$; Specificity = 93.2%; Sensitivity = 36 %. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

*bca: bias corrected accelerated; Bootstrapping based on 1000 successful replicates.

Discussion

The aim of this research was to contribute to the knowledge of the factors associated with sexual addiction, by examining the effects of depression, anxiety, dimensions of impulsivity, and emotion regulation difficulties. Sexual addiction was observed in 22.4% of our sample. This was higher than the prevalence reported in current epidemiological studies. Indeed, the average prevalence of sexual addiction in the general adult population is estimated at between 3% and 6% (Freimuth et al., 2008; Krueger & Kaplan, 2001; Kuzma & Black, 2008). This discrepancy could be explained by the fact that

all the participants in our sample reported difficulty controlling their sexual behavior. Further research on sexual addiction should include participants from the general population.

Emotion Dysregulation

Scores in all dimensions of the emotion dysregulation scale were significantly higher in the group of individuals with sexual addiction. These results which supported our Hypothesis H₁, were congruent with the literature, particularly the findings of Cashwell et al. (2016), who highlighted significant links between sexual addiction and three factors, namely non-acceptance (N), goals (G) and strategies (S). Although, correlation does not mean causality, significant links found in the current study might suggest that subjects in the sexual addiction group should have difficulty controlling their impulses (Impulse) and accepting their emotional response (Non-acceptance), especially when experiencing negative affect. Thus, the function of addictive sexual behavior should be to reduce negative affects (Goodman,1993;2001). Furthermore, Non-acceptance of emotions hinders the ability to find good strategies to deal with them (Cashwell et al., 2016). This is confirmed by the strong correlations we found between Non-acceptance (N) and strategies (S).

Anxiety and Depression

As expected, we found that anxiety and depression scores were both significantly higher in the group of individuals with than those without sexual addiction and were positively associated with sexual addiction. These results supported our hypothesis H₃ and H₄ and were consistent with the literature (Black et al.,1997; Brem et al., 2017; Kuzma et al., 2008; Nair et al., 2013; Schultz et al., 2014). Our results suggested that individuals with sexual addiction might have excessive interest in sex while being anxious or depressed. Furthermore, we found that anxiety and depression were positively correlated with emotion dysregulation, and high level of depression seemed to increase the severity of sexual addiction. Thus, addictive sexual behavior could be considered as an inappropriate strategy in response to depressive affects. Sexual addiction behaviors might be seen as a means of regulating the emotional or thymic state, in the search for and maintenance of psychological homeostasis, which remains ephemeral (Brem et al., 2017; De Guzmán et al., 2016; Meili & Pfeifer, 2011; Raviv, 1993; Wéry et al., 2014). Nevertheless, our results indicated that anxiety and depression partially mediated the relationship between emotion dysregulation and sexual addiction, which partially supported our hypothesis H₅.

Impulsivity

With regard to dimensions of impulsivity, our subjects with sexual addiction scored significantly higher than those without this addiction, particularly for Urgency and lack of Perseverance. The common characteristic of these two dimensions is failure to inhibit automatic responses. Therefore, these results seemed consistent with research that suggested that addictive behaviours were related to the decision-making mechanisms. They imply the cardinal notion of loss of control described in addictive behaviours

in general and sexual addiction in particular (ICD-11; WHO, 2018). Thus, subjects presenting sexual addiction might have control capacities that are biased by the interference of sexual arousal in these decision-making processes, particularly in the presence of negative affects (Ariely & Loewenstein, 2006; Barbalat, 2007; Emond et al., 2016; Imhoff & Schmidt, 2014), which is also consistent with the deficit of emotion regulation we found among sex addicts. Furthermore, our findings could mean that people with sexual addiction would have difficulty controlling their sexual behavior in situations generating intense emotions, or even seek it out and engage in it compulsively (Billieux & Van der Linden, 2010; Miner et al., 2009). Our research also highlighted a significant and positive correlation between Urgency and lack of Premeditation. This confirmed data in the literature, suggesting a close relationship between Urgency and lack of Premeditation (Billieux & Van der Linden, 2010). Indeed, individuals who showed strong and rapid reactions would tend to act more thoughtlessly, without thinking about the consequences. These results partially supported our hypothesis H₂ that people with sexual addiction were more impulsive than those who did not have this addiction. Indeed, there were no significant differences concerning the score of our subjects on lack of Premeditation and Sensation seeking subscales.

Hypothesized Relationship between Sexual Addiction, Anxiety and Depression, Emotion Dysregulation, and Impulsivity

Although significant differences were found between subjects with and without sexual addiction on emotion dysregulation factors, only Non-acceptance (N) predicted sexual addiction. Sexual addiction might finally be considered as an inappropriate strategy adopted by subjects to deal with their difficulty or inability to accept their emotional response, notably while experiencing negative affects. From this perspective, considering clinical aspects assessed by the Non-acceptance subscale, addictive sexual behaviors should be seen as a coping mechanism used by individuals to escape or deal with the painful effects of shame, guilt and the tendency to blame oneself. Indeed, these feelings were shown to be associated with sexual addiction (Gilliland et al., 2011; Reid et al., 2009; Reid et al., 2011b). However, shame had particularly been described to be the primary feeling the sex addicts were trying to medicate, rework, and compensate for (Adams, 2019; Dhuffar & Griffiths, 2014).

Furthermore, our research highlighted a link between emotion dysregulation and impulsivity. Indeed, three dimensions of impulsivity, namely Urgency, lack of Perseverance and Sensation seeking were significantly correlated with DERS-F overall scores. These results would mean that when individuals are under emotional stress, they may give priority to the short-term goal of feeling better, neglecting or sacrificing long-range goals (Tice et al., 2001). Individuals with sexual addiction in an intense emotional state (negative emotions, stress) would be unable to control their impulses and will try to reduce this state by seeking immediate gratification (through sexual behavior) in order to obtain relief. This is partially shown by the partial mediating role of anxiety and depression.

Finally, we found that emotion dysregulation and impulsivity partially mediated the relationship between anxiety depression and sexual addiction. These results partially confirmed our hypothesis H₇ and H₈. It might suggest that these two clinical entities influence each other. In other words, anxiety and depression could lead to and/or increase sexual addiction and vice versa. Thus, like in other behavioral addictions, our results could mean that, in the context of negative affects, sexual addiction might consist of a dysfunctional process of emotion regulation. However, by dint of repetition, it could be the source of a vicious circle. Indeed, the feelings of shame, guilt and despair that follow the sexual behavior, lead to an aggravation of anxious and depressive affects and consequently a reinforcement of this addictive sexual behavior (Adès, 2010; Lagadec, 2016; Poudat & Lagadec, 2017; Varfi et al., 2019). Our results could also be clearly explained by relying on the nosological description of sexual addiction in four phases suggested by Reed & Blaine (1998). According to this model, firstly, individuals presenting sexual addiction would be invaded by obsessive sexual thoughts in response to existential difficulties. Secondly, this preoccupation triggers strong cravings to practice specific addictive behavior, often in ritualized forms. Once the behavior is realized (third phase), a strong sense of disgust, shame, despair, and inability to control oneself ensues (fourth phase), setting the stage for the first phase of the cycle.

In conclusion, the present research showed that people who engaged in sexual addiction behaviour had particular difficulty regulating their emotions. Our results suggested that they might be unable to identify their own emotions, to accept their emotional response when they experienced severe depressive affects or to implement emotion regulation strategies in a negative emotional state. In consequence, they would present difficulty to think and reflect on the consequences of their behaviors before adopting it, but also remaining focused on a difficult or boring task. Finally, they would tend to adopt quick and strong reactions in presence of these emotions.

Limitations, clinical implication, and further directions

Our study has several limitations, which should be considered when interpreting and generalizing our results. First of all, our sample was recruited via the Internet, and consisted of self-selected volunteers who perceived themselves as having a sexual addiction. We were not able to control for social desirability bias, although Heerwegh (2009) suggested that web surveys may lead to less socially desirable responses than face-to-face surveys. Secondly, our participants could also be subjects with more psychopathological profiles given the links described in the literature between cybersexuality and personality or mood disorders (Barrault et al., 2016; Rochat et al., 2019; Varfi et al., 2019). This could have led to recruitment bias in our data.

Despite these limitations, the current study has several clinical implications and opens up avenues for research. At the clinical level, our findings suggested that practitioners should focus on facets of impulsivity when working with sex addicts, helping them to increase inhibition and self-control when faced with an intense emotional state. They should also help these individuals to improve their

psychological flexibility and their ability to accept their emotional response, to identify adaptive emotion regulation strategies. These individuals could learn how to reduce stress and negative affect through third-wave cognitive behavioral therapies such as Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Acceptance and Commitment Therapy (Lantheaume, 2018; Roemer, et al., 2015; Van Gordon et al., 2016).

From a research perspective, as the present study concerns negative urgency, it would be interesting to examine the role of positive urgency (the tendency to act rashly when in an intense positive affective state), which has been added to the UPPS model (Cyders et al., 2007). Furthermore, we observed that gender was a significant predictor of sexual addiction. Subjects with sexual addiction are more frequently men. These results are consistent with the literature (Cordonnier, 2006; Giordano & Cashwell, 2017; Kafka, 2010; Shaughnessy et al., 2011). Indeed, men were described for example as not using online sexual activities in the same way as women and tend to visit sexual sites more frequently and comfortably than women (Atwood, 1996; Cooper et al., 2002; Giordano & Cashwell, 2017). It would be interesting in future research to study the gender-related specificities that can be observed, while considering the relationships between emotion dysregulation, impulsivity dimensions and sexual addiction. Finally, in order to gain a better understanding of sexual addiction, it would be interesting to explore motivational factors, the different ways of expressing addictive sexual behavior, and the kinds of sexual activity engaged in by these individuals.

References

- Adams, M., Donald, W., Robinson, K. (2001). Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(1), 23-44. <https://doi.org/10.1080/10720160127559>
- Adams, K. M. (2019). Shame reduction, affect regulation and sexual boundary development. In *Clinical management of sex addiction* (pp. 129-149). Routledge.
- Adès, J. (2010). Dépressions et addictions non pharmacologiques : In Goudemand, M. (2010). *Les états dépressifs*. Cachan, France: Lavoisier.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ariely, D., & Loewenstein, G. (2006). The heat of the moment : the effect of sexual arousal on sexual decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19(2), 87-98. <https://doi.org/10.1002/bdm.501>
- Barbalat, G. (2007). Le processus de prise de décision chez le sujet addict. *Psychotropes*, 13(2), 91. <https://doi.org/10.3917/psyt.132.0091>
- Barrault, S., Hegbe, K. G., Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3), 65. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
- Barrault, S., & Varescon, I. (2013). Impulsive sensation seeking and gambling practice among a sample of online poker players: Comparison between non pathological, problem and pathological gamblers. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.022>
- Billieux, J., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2014). *L'impulsivité: ses facettes, son évaluation et son expression clinique*. Primento.
- Billieux, J., & Van der Linden, M. (2010). Addictions et mécanismes d'autorégulation: pour une approche multifactorielle et dynamique. *Psychotropes*, 16(1), 45-56.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L. D., Flumerfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 243-249. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.243>
- Böthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2018). Revisiting the Role of Impulsivity and Compulsivity in Problematic Sexual Behaviors. *The Journal of Sex Research*, 56(2), 166-179. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1480744>
- Bradley, B. D., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, M. J., Fani, M. N., Ressler, K. J., & Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(5), 685-691. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06409blu>
- Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Depression, anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential treatment for substance use disorders : The role of experiential avoidance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1246-1253. <https://doi.org/10.1002/cpp.2085>
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., Anestis, M. D., Lavender, J. M., Jobe-Shields, L. E., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2015). Emotion Regulation Difficulties and Maladaptive Behaviors : Examination of De liberate Self-harm, Disordered Eating, and Substance Misuse in Two Samples. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 140-152. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9655-3>

- Calzada Ribalta, G. (2018). *Validation de la version courte en français de l'échelle de comportement impulsif UPPS-P chez les patients souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances* (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing.
- Carnes, P. (1994). *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Hazelden Publishing.
- Carvalho, J., Guerra, L., Neves, S., & Nobre, P. J. (2015). Psychopathological predictors characterizing sexual compulsivity in a nonclinical sample of women. *Journal of sex & marital therapy, 41*(5), 467-480. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2014.920755>
- Cashwell, C. S., Giordano, A. L., King, K., Lankford, C., Henson, R. K. (2016). Emotion regulation and sex addiction among college students. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15* (1), 16–27. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9646-6>
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior : Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment, 19*(1), 107-118. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology, 72*(1), 5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
- De Guzmán, I. N., Arnau, R. C., Green, B. A., Carnes, S., Carnes, P., & Jore, J. (2016). Empirical Identification of Psychological Symptom Subgroups of Sex Addicts : An Application of Latent Profile Analysis. *Sexual Addiction & Compulsivity, 23*(1), 34-55. <https://doi.org/10.1080/10720162.2015.1095139>
- Dhuffar, M., & Griffiths, M. (2014). Understanding the role of shame and its consequences in female hypersexual behaviours : A pilot study. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(4), 231-237. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.4.4>
- Dumont, A., Turner, S., Batel, P., Darbeda, S., Kalamarides, S., & Lejoyeux, M. (2016). Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts. *Alcoologie et Addictologie, 38*(1), 71-77.
- Emond, F.C, Nolet, K., Cyr, G., Rouleau, J. L., & Gagnon, J. (2016). L'impulsivité sexuelle et les comportements sexuels problématiques chez les adultes : vers des mesures comportementales spécifiques et innovatrices. *Sexologies, 25*(4), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.12.003>
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*(1), 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x>
- Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szuromi, I. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 3*(3-4), 137-160. <https://doi.org/10.1080/15560350802424944>
- Garofalo, C., Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2016). Emotion dysregulation and hypersexuality: Review and clinical implications. *Sexual and Relationship Therapy, 31*(1), 3-19.
- Gilliland, R., South, M., Carpenter, B. N., & Hardy, S. A. (2011b). The Roles of Shame and Guilt in Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity, 18*(1), 12-29. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.551182>
- Giordano, A. L., & Cashwell, C. S. (2017). Cybersex addiction among college students: A prevalence study. *Sexual Addiction & Compulsivity, 24*(1-2), 47-57. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1062855>
- Giugliano, J. (2006). Out of Control Sexual Behavior : A Qualitative Investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity, 13*(4), 361-375. doi.org/10.1080/10720160601011273

- Goodman, A. (2001). What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 191-213. <https://doi.org/10.1080/107201601753459919>
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 225-251. <https://doi.org/10.1080/00926239308404908>
- Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125-127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Grubbs, J. B., Grant, J. T., Lee, B. N., Hoagland, K. C., Davidson, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: a systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Heerwegh, D. (2009). Mode differences between face-to-face and web surveys: An experimental investigation of data quality and social desirability effects. *International Journal of Public Opinion Research*, 21(1), 111-121. doi.org/10.1093/ijpor/edn054
- Hegbe, K., Courtois, R., Brunault, P., Reveillere, C., & Barrault, S. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale*, 46(5), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011>
- Imhoff, R., & Schmidt, A. F. (2014). Sexual Disinhibition Under Sexual Arousal : Evidence for Domain Specificity in Men and Women. *Archives of Sexual Behavior*, 43(6), 1123-1136. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0329-8>
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical psychology review*, 25(2), 241-262. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.002>
- Kafka, M. P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(12), 19-26.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Current pharmaceutical design*, 20(25), 4012-4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., ... & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109-110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders: An overview. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(6), 391-403. <https://doi.org/10.1097/00131746-200111000-00005>
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>

- Lagadec, M. (2016). L'addiction sexuelle: quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, 22(3), 11-27. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0011>
- Lançon, C. (2010). Dépression et états de santé. *L'Encéphale*, 36, S112-S116. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(10\)70041-5](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(10)70041-5)
- Lantheaume, S. (2018). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et addiction sexuelle. *L'Encéphale*, 44(4), 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.001>
- McMahon, T. P., & Naragon-Gainey, K. (2018). The moderating effect of maladaptive emotion regulation strategies on reappraisal: A daily diary study. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 552-564. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9913-x>
- Meili, W., & Pfeifer, S. (2011). Internet, sexe et dépendance : clinique et traitement de la dépendance au sexe sur Internet. *Forum Médical Suisse*, 11(37), 632-635. <https://doi.org/10.4414/fms.2011.07612>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Miner, M. H., Raymond, N., Mueller, B. A., Lloyd, M., & Lim, K. O. (2009). Preliminary investigation of the impulsive and neuroanatomical characteristics of compulsive sexual behavior. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2009.04.008>
- Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald III, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the personality and behavioral mechanisms defining hypersexuality in men who have sex with men. *The journal of sexual medicine*, 13(9), 1323-1331. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.015>
- Mirabel-Sarron, C. (2012). Dysrégulations émotionnelles et dépressions. *L'Encéphale*, 38, S41-S44. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(12\)70074-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(12)70074-x)
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Nilforooshan, P., & Salimi, S. (2016). Career adaptability as a mediator between personality and career engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 94, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.02.010>
- Nolet, K., Wilson, A. L., & Rouleau, J. L. (2017). Le modèle du double contrôle dans la compréhension des comportements sexuels problématiques chez les hommes. *Sexologies*, 26(4), 208-212. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.09.002>
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions: des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(1), 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.007>
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2009). Fonctionnement cognitivo-émotionnel: le rôle de l'intensité émotionnelle chez les individus anxieux. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (167(9), 649-656. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.017>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Poudat, F. X., & Lagadec, M. (2017). Cybersexualité addictive et thérapie comportementale et cognitive. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(3), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2017.06.004>
- Poudat, F. X., & Lagadec, M. (2017). Sexe sans contrôle: Surmonter l'addiction. Odile Jacob.
- Raviv, M. (1993). Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 17-30.
- Reed, R. C., Blaine, D. A. (1988). « Sexual Addictions », *Holistic Nurse Practitioner*, 2(4), 75-83. <https://doi.org/10.1097/00004650-198808000-00012>

- Rehm, I. C., & Staiger, P. K. (2018). Emotion regulation and psychopathology: Current understanding and new directions. 109-111. <https://doi.org/10.1111/cp.12164>
- Reid, R. C., Harper, J. M., & Anderson, E. H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(2), 125-138. <https://doi.org/10.1002/cpp.609>
- Reid, R. C. (2010). Differentiating Emotions in a Sample of Men in Treatment for Hypersexual Behavior. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(2), 197-213. <https://doi.org/10.1080/15332561003769369>
- Reid, R. C., Garos, S., Carpenter, B. N. (2011a). Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *The Journal of Treatment and Prevention*, 18 (1), 30-51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>
- Reid, R. C., Stein, J. A., & Carpenter, B. N. (2011b). Understanding the Roles of Shame and Neuroticism in a Patient Sample of Hypersexual Men. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(4), 263-267. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182125b96>
- Reid, R. C., Berlin, H. A., Kingston, D. A. (2015). Sexual Impulsivity in Hypersexual Men. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 2 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40473-015-0034-5>
- Reynolds, B., Ortengren, A., Richards, J. B., & de Wit, H. (2006). Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and individual differences*, 40(2), 305-315. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.024>
- Rochat, L., Bianchi-Demicheli, F., Aboujaoude, E., & Khazaal, Y. (2019). The psychology of “swiping”: A cluster analysis of the mobile dating app Tinder. *Journal of behavioral addictions*, 8(4), 804-813. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.58>
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.006>
- Rosenberg, K. P., Carnes, P., & O'Connor, S. (2014). Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(2), 77-91. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.701268>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*, 92(120), 57.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422–445. DOI: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Schultz, K., Hook, J. N., Davis, D. E., Penberthy, J. K., & Reid, R. C. (2014). Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. *Journal of sex & marital therapy*, 40(6), 477-487. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2013.772551>
- Smith, G. T., Fischer, S., Cyders, M. A., Annus, A. M., Spillane, N. S., & McCarthy, D. M. (2007). On the Validity and Utility of Discriminating Among Impulsivity-Like Traits. *Assessment*, 14(2), 155-170. <https://doi.org/10.1177/1073191106295527>
- Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse: validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & thérapeutique*, 5(3), 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2009.01.007>
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2016). Meditation Awareness Training for the Treatment of Sex Addiction : A Case Study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363-372. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.034>

- Varescon, I. (2016). In Marmion, J. F. (2016). *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 133-136). Sciences humaines.
- Varfi, N., Rothen, S., Jasiowka, K., Lepers, T., Bianchi-Demicheli, F., & Khazaal, Y. (2019). Sexual desire, mood, attachment style, impulsivity, and self-esteem as predictive factors for addictive cybersex. *JMIR Mental Health*, 6(1), e9978. <https://doi.org/10.2196/mental.9978>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., & Lykins, A. D. (2017). An online assessment of personality, psychological, and sexuality trait variables associated with self-reported hypersexual behavior. *Archives of sexual behavior*, 46(3), 721-733. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0606-1>
- Weissberg, J. H., & Levay, A. N. (1986). Compulsive sexual behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 453-458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.007>
- Wéry, A., Karila, L., Sutter, P. D., & Billieux, J. (2014). Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle: Une revue de la littérature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(4), 266-281. <https://doi.org/10.1037/a0038103>
- Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F. X., Caillon, J., Lever, D., Billieux, J., & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 623-630. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00064-7)
- World Health Organization. (2018). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimmermann, G., Rossier, J., & Meyer de Stadelhofen, F. (2004). Validation de la version française du questionnaire I7 d'impulsivité. Influence de la personnalité, du sexe et de la religion. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(2), 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.02.00>

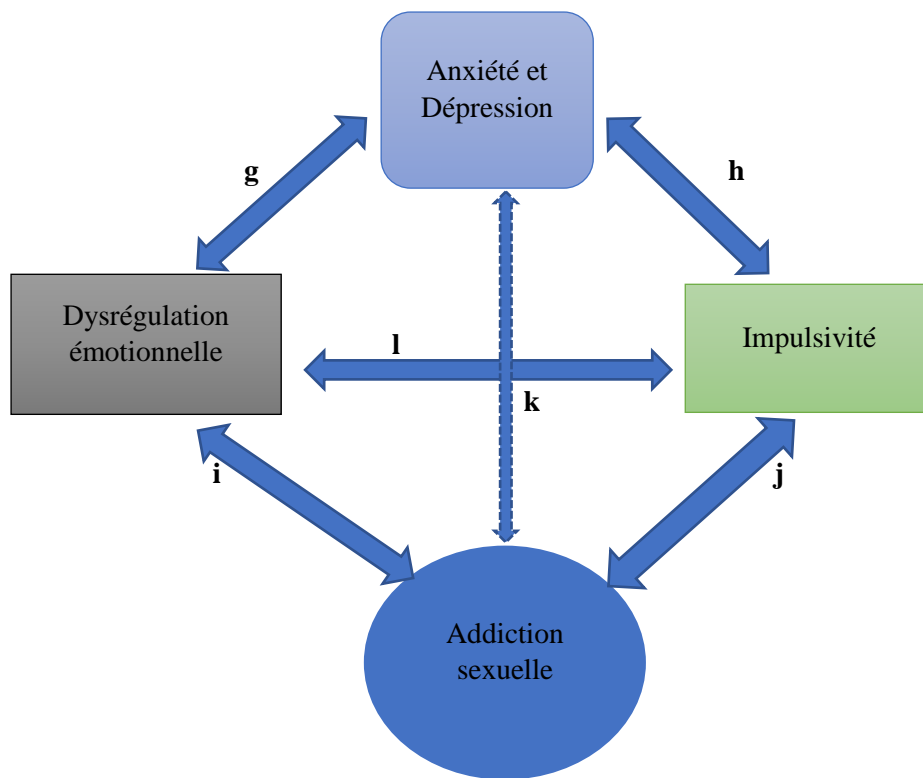


Figure 7: Illustration de la relation entre la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité l'anxiété la dépression et l'addiction sexuelle.

g : L'anxiété et la dépression sont le résultat d'une dysrégulation émotionnelle de l'affectivité négative. Inversement les affects anxiodépressifs perturbent les capacités de régulation émotionnelle.

h : Les liens mutuels entre l'impulsivité et l'anxiété et la dépression peuvent être perçus d'une part comme la tendance (des sujets présentant une addiction sexuelle) à réagir de façon rapide en présence des émotions négatives et des affects anxiodépressifs. A l'inverse, les comportements impulsifs sont susceptibles d'exacerber les affects anxiodépressifs.

i : L'addiction sexuelle est une stratégie inadaptée de régulation émotionnelle face aux affects négatifs.

j : Les niveaux élevés d'impulsivité constituent un facteur de risque de l'addiction sexuelle. L'addiction sexuelle serait une manifestation des tendances impulsives.

k : Les affects anxiodépressifs sont susceptibles d'amener les individus à s'engager dans les comportements d'addiction sexuelle. L'engagement dans ces comportements sexuels exacerbent les affects anxiodépressifs.

l : En contexte émotionnel négatif, les personnes présentant une addiction sexuelle auraient tendance à rechercher de façon rapide une gratification immédiate (par le biais du comportement sexuel), en raison de leur incapacité à contrôler leurs impulsions. En retour, les comportements impulsifs sont susceptibles d'exacerber les difficultés de régulation des émotions.

Les comportements sexuels addictifs développés par nos sujets constituent des stratégies inadaptées utilisées par ces derniers pour réguler leurs émotions, notamment lorsqu'ils sont confrontés aux affects négatifs. Cependant, certaines caractéristiques de personnalité (notamment le trait névrosisme ou encore les troubles de la personnalité évitante ou dépendante) induiraient une plus grande susceptibilité à des états émotionnels négatifs et constituer des facteurs de risque et de complexité clinique de l'addiction sexuelle.

ETUDE 5 : ADDICTION SEXUELLE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNALITÉ :
PRISE EN COMPTE DES ASPECTS DIMENSIONNELS ET CATÉGORIELS

Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'une communication affichée au 14^{ème} congrès International de l'Albatros :

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., Brunault, P., & Barrault, S. (octobre 2020). *Sexual addiction and Personality factors*, Congrès International d'Addictologie de l'Albatros, Paris, France.

Ils ont également fait l'objet d'un article soumis au *journal Sexual Health & Compulsivity*

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2021, submitted). *Sexual Addiction and Personality Features: taking both Dimensional and Categorical aspects into consideration. Archives of Sexual Behavior.*

Résumé de l'étude 5

L'étude 5 visait à identifier les composantes normales et pathologiques de la personnalité (à la fois de façon dimensionnelle et catégorielle) chez les sujets présentant une addiction sexuelle.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses à savoir : les niveaux de Névrosisme (H_1) et d'Extraversion (H_2) sont plus élevés chez les personnes présentant une addiction sexuelle que chez celles n'en présentant pas ; les sujets présentant une addiction sexuelle présenteraient des niveaux faibles du caractère Consciencieux comparés aux sujets ne présentant pas cette addiction (H_3) ; la prévalence des troubles de la personnalité, en particulier ceux du cluster B (H_4) et du cluster C (H_5) serait plus élevée chez les sujets présentant une addiction sexuelle comparés aux sujets ne présentant pas cette addiction ; Il existe des liens significatifs entre les dimensions et les troubles de la personnalité qui partagent des caractéristiques communes (H_6) et l'effet d'interaction de ces caractéristiques de personnalité prédirait l'addiction sexuelle (H_7)

Sur le plan méthodologique, cette étude a porté sur notre échantillon de 398 sujets. Afin d'atteindre notre objectif, nous avons proposé à nos participants, un questionnaire constitué du SAST-Fr pour évaluer l'addiction sexuelle, le PDQ 4+ pour identifier les troubles de personnalité et le BFI-10 Fr pour évaluer les dimensions de la personnalité selon le modèle à cinq facteurs.

Nos résultats indiquent, en ce qui concerne la perspective dimensionnelle, que les personnes présentant une addiction sexuelle présentaient une tendance à des niveaux élevés de névrosisme et de caractère consciencieux (tests statistiques de Mann Whitney non significatif, $p = .06$) et un niveau faible d'extraversion, comparés à ceux qui ne présentaient pas cette addiction.

Par ailleurs, en prenant en compte la perspective catégorielle, nous avons trouvé une prévalence élevée des troubles de personnalité auprès des personnes présentant une addiction sexuelle, et une association entre cette dernière et les troubles de personnalité. De plus, les troubles de la personnalité évitante et dépendante semblent exacerber la sévérité de l'addiction sexuelle. Enfin, nous avons trouvé que certains traits et troubles de la personnalité partageraient des caractéristiques communes notamment chez nos participants (les troubles de la personnalité étaient positivement associés au névrosisme,

Cette étude confirme et a mis en évidence le rôle des caractéristiques de la personnalité dans l'addiction sexuelle et ouvre à plusieurs perspectives cliniques et de recherche.

SEXUAL ADDICTION AND PERSONALITY FEATURES: TAKING BOTH
DIMENSIONAL AND CATEGORICAL ASPECTS INTO CONSIDERATION

Hegbe, K.G^a., Réveillère, C.^a & Barrault, S.^{a, b, c}

- a. PRES Centre-Val de Loire Université, Qualipsy EE 1901, Université de Tours, France
- b. CHRU de Tours, CSAPA 37, 37044 Tours Cedex, France
- c. Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100, Boulogne-Billancourt, France

Abstract

Sexual addiction is characterized by increasing loss of control over sexual behavior. Our study contributes to the knowledge of this addiction by exploring its relationship with personality features, taking both a categorical and a dimensional approach. A sample of 322 anonymous and voluntary participants were recruited via the Internet. The participants completed validated questionnaires. In our sample, 22.05% (n=71) of participants presented with a sexual addiction. They showed a tendency towards high level of Conscientiousness and Neuroticism and scored lower on Extraversion than the participants without this addiction. Furthermore, the prevalence of personality disorders was significantly higher in the sexual addiction group. This study provides significant evidence that personality features are related to sexual addiction. Our results are consistent with the literature on the issue of sexual addiction and have implications for clinical practice and research.

Keywords: Addiction, Sexual addiction, Personality dimensions, Personality disorders.

Introduction

Sexual addiction is characterized by increasing loss of control over sexual fantasies, urges/cravings or behaviors and their continuation despite negative psychological, social, emotional, family or financial consequences (Carnes, 1991; Goodman, 1998; Kafka, 2013; Kraus et al., 2016). Its most common manifestations include compulsive masturbation, excessive behavior regarding online sexual activity, a constant search for new sexual partners and/or compulsive sexual activity with a stable partner (Karila et al., 2014; Rosenberg et al., 2014; Weinstein et al., 2015; Wéry et al., 2016). The criteria for defining and diagnosing this addiction remain controversial in the scientific community and among mental health professionals. They are also subject of debate in politicians and religious groups (Goldberg, 2004, p. 14; Grubbs et al., 2020; Karila et al., 2014). Indeed, Kafka (2010) proposed Hypersexual Disorder diagnosis for inclusion in the DSM 5. It was described as increasing (in frequency and intensity) and impairing sexual behaviors, urges, or fantasies that consumed excessive time, were in response to negative emotions or stress, were uncontrollable despite efforts to control or reduce these symptoms, and that disregarded the well-being or safety of the self or others (Grubbs et al., 2020a; Morgenstern et al., 2011). However, this proposal had not been retained due to a lack of enough empirical data (Moser, 2011). This exclusion raises the question of the objective nature of the criteria for characterizing as pathological, behaviors that are related to the intimacy and deep subjectivity of individuals. Thus, there were a general skepticism from the psychiatric community but also moral and cultural confounds that could explain this rejection (Halpern, 2011). Furthermore, other criticisms highlighted the fact that this type of proposal may be influenced by factors such as the religiosity of the client or therapist or the sexual orientation of the client (Grubbs et al., 2020b; Klein et al., 2019). Finally, the scientific community felt that, proposing a diagnosis of this disorder would be a risk of pathologizing normal behavior, or a way of taking away responsibility and excusing immoral behaviors (Kafka, 2014). However, on the other side, the eleventh version of the International Classification of Diseases (ICD-11) proposed as an alternative to concept of excessive sexual drive, the term of Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD) to define the disorder. It focused on behavior rather than the fact that it involved sexuality in its nature (Grant et al., 2014). The CSBD is defined as a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges, resulting in repetitive sexual behaviour over an extended period that causes marked distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. (Grubbs et al., 2020a; ICD-11; WHO, 2018). Nevertheless, this proposal of the WHO is not part of the spectrum of an addictive disorder but rather an impulse control disorder.

In order to better understand the clinical reality of this addiction, many studies were interested in its associated factors. From this perspective, sexual addiction can be seen as an extension of other mental illnesses or associated with several psychological factors (Cooper et al., 2018; Erez et al., 2014; Hegbe et al., 2021; Kafka, 2013; Smith et al., 2014), including those related to personality.

Conceptually, personality can be defined as the set of relatively stable affective, emotional, dynamic and general characteristics of a person's way of being or reacting to situations in which he or she finds him/herself (Bloch et al., 2011). A variety of models have been developed to describe personality (Guelfi & Hardy, 2013), based on two main approaches, categorical and dimensional. The categorical approach, generally found in international classifications of mental disorders, involves examining personality through a set of traits and disorders belonging to a given category. According to the American Psychological Association (APA, 2013), personality disorders are defined as enduring modes of rigid behaviors and lived experiences that deviate from what is expected in the person's culture. The fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) is based on a criterion-based model that describes ten personality disorders divided into three clusters: cluster A includes Paranoid, Schizoid and Schizotypal disorders, cluster B includes Antisocial, Borderline, Histrionic and Narcissistic disorders, and cluster C includes Avoidant, Dependent and Obsessive-compulsive disorders.

By contrast, the dimensional approach involves describing personality dimensions on a continuum of quantifiable intensity, ranging from normal to pathological. In this way, personality can be defined as the dynamic organization of the psychophysical systems that determine an individual's behavior and thoughts (Allport, 1937). The Five-Factor, or "Big Five" model is one of the most widely used tools for assessing personality (Plaisant et al., 2010). It is a hierarchical model of human personality traits, with five main dimensions, each having several facets. These traits and facets are factors that enable individuals to adapt to their environment and determine their attitudes, personal aspirations, emotional and thinking styles. They thus influence the behavior, life course and perceptions (cognitive and emotional) that individuals have of themselves (Costa Jr et al., 2007; McCrae & Costa, 2006). The "Big Five" model assesses personality through five major factors abbreviated by a letter (Plaisant et al., 2010). These factors are: E (Extraversion), A (Agreeableness), C (Conscientiousness), N (Neuroticism), O (Openness).

As personality is considered as the set of elements that characterize the mental functioning of individuals, its disorders are likely to be risk factors for addictions and their clinical complexity, aggravating their symptoms or constituting barriers to management (Barrault & Varescon, 2012; Barrault et al., 2016; Dervaux et al., 2017; Romo & Kern, 2013). Moreover, it can sometimes be difficult to ascertain whether these disorders are not simply a reflection of the addictive process itself, which has a significant impact on the person's physical, psychological and social functioning (Franques et al., 2000). To address this issue, it would be interesting to study personality disorders in individuals with addictions in general and sexual addiction in particular. Studies focusing on the relationships between personality disorders and sexual addiction have produced mixed findings. For example, Black et al. (1997) found that subjects with compulsive sexual behavior met the criteria for at least one personality disorder, mainly the Histrionic, Paranoid, Obsessive-compulsive, and Passive-aggressive types. A study by Raymond et al. (2003) respectively suggested high prevalence of cluster C and cluster B personality disorders in subject with compulsive sexual behavior. Furthermore, Thibaut (2006) found that the

personality disorders most often associated with sexual addiction were Obsessive and Histrionic types. Finally, a high prevalence of Borderline personality disorder had been described among people with problematic cybersexual behaviors (Barrault et al., 2016; Elmquist et al., 2016).

Taking a dimensional approach, Neuroticism, Agreeableness and Extraversion dimensions were described to be the strongest predictors of sexual addiction (Andreassen et al. 2018; Paz et al., 2021; Pinto et al., 2013; Walton et al., 2017). Recently, Paz et al. (2021), among Israeli men, found that Neuroticism was weakly but directly related to the risk for this addiction, while conscientiousness was weakly but inversely related to the risk of sexual addiction. Earlier, Andreassen et al. (2018) highlighted that high levels of sexual addiction were positively associated with greater Extraversion and Neuroticism and were inversely related to Conscientiousness. Furthermore, Rettenberger et al. (2016) found that hypersexual behavior was associated with low levels of Agreeableness, Conscientiousness and Extraversion, and high levels of Neuroticism.

In addition, some studies concerning online sexual behavior and personality traits taking a dimensional approach also found that high levels of Extraversion and Neuroticism, and low levels of Conscientiousness and Agreeableness (Delevi & Weisskirch, 2013; Gámez-Guadix et al., 2017). Recently, Liu & Zheng (2020) found that Extraversion, Openness, and Neuroticism were associated with online sexual activity.

In sum, most studies have reported high levels of Neuroticism, and low levels of Agreeableness and Conscientiousness among people with sexual addiction. In reference to the theory of cardinal, central and secondary personality traits (Allport, 1937), some dimensions (high Neuroticism, low Conscientiousness) could be expected to increase the overall risk for individuals to develop addictive behaviors. Findings regarding the other dimensions (Extraversion and Openness) differ between studies. These inconsistencies might be due to the type of sexual activities of the subjects or assessed by the researchers on the one hand, or to the recruitment method (e.g. online or personal contact) on the other. Nevertheless, Extraversion could be considered as a secondary trait that would increase the risk of developing a specific addiction (Allport, 1937; Brunault et al., 2018).

The above observations raise the question of the links between personality traits and disorders. All the categorical diagnoses proposed in the DSM can be accommodated within the five-factor framework (Livesley, 2001; Widakowich et al., 2013). Taking this approach, numerous studies have found relationships between personality disorders and personality dimensions in general and those of the Big Five in particular (Bricaud et al., 2012; Saulsman & Page, 2004). The two models thus provide complementary approaches in the study of human behaviors and mental disorders. However, to the best of our knowledge, no study has simultaneously analyzed the links between personality features (from both categorical and dimensional perspectives) and sexual addiction, and the aim of the present study is to fill this gap.

First, we hypothesized that some personality traits such as Neuroticism (H₁) and Extraversion (H₂) were higher among people with than without sexual addiction, while Conscientiousness were lower (H₃). Secondly, we supposed that the prevalence of personality disorders, especially those in cluster B (H₄) and Cluster C (H₅) would be higher in subjects with than without sexual addiction. Finally, we expected that there would be a significant correlation between personality dimensions and the disorders that have characteristics in common (H₆), and the interaction effect of these personality features would predict sexual addiction (H₇).

Method

Participants and procedure

The study included 398 French-speaking subjects, aged 18 years and over. Participants answered an advertisement posted on social networks, and, with the agreement of webmasters, on discussion forums dedicated to online and offline sexual activities, between February 27, 2018 and February 3, 2019. In the advertisement, we indicated that to participate, subjects had to use the Internet regularly for sexual activities (viewing pornographic images and videos, online chats) and/or have difficulty controlling their offline and online sexual behavior. In fact, sexual addiction may be characterized by both subjective and objective criterion. The subjects received no reward for their participation in the study. They were recruited anonymously and on a voluntary basis. The questionnaire was administered in accordance with the ethical recommendations of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the ethics committee of the University Hospital of Tours (ref. no. 2018079).

Measures

A questionnaire including sociodemographic data (age, sex, professional activity) and items related to sexual behavior.

The Sexual Addiction Screening Test (SAST) developed by Carnes (1991) and validated in French (SAST-Fr) by Hegbe et al. (2020). It consists of 25 dichotomous items designed to measure symptoms of sexual addiction, including sexual preoccupation, signs and symptoms of impaired control, and problems resulting from sexual behavior. Subjects responded yes or no to each item. The total SAST-Fr score ranges from 0 to 25, and a score of 13 or higher may indicate sexual addiction. Authors have reported very good or even excellent internal consistency coefficients (Cronbach's alpha = 0.85 to 0.95) for this test (Carnes, 1991; Hegbe et al., 2020). Cronbach's alpha for the total scale in the current study was $\alpha = 0.90$.

The BFI-10 is a 10-item short version (Rammstedt & John, 2007) of the original Big Five Inventory (BFI-44). It was validated in French by Courtois et al. (2020). The BFI-10-Fr is a simple, reliable tool that allows clinicians and researchers to assess five dimensions of the individual's dominant personality

traits (2 items for each): Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, and Neuroticism. Participants rate their response to each item on a 5-point Likert scale, ranging from 1="disagree strongly" to 5="agree strongly". Cronbach's alpha values were: Extraversion $\alpha = 0.71$, Agreeableness $\alpha = 0.08$; Conscientiousness $\alpha = 0.60$, Neuroticism $\alpha = 0.78$ and Openness $\alpha = 0.26$.

The Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) is a 99-item self-report questionnaire based on the diagnostic criteria for personality disorders of the fourth edition of the DSM. The PDQ-4+ has several subscales that can be used separately for clinical purposes to evaluate a specific personality disorder (Bouvard & Cosma, 2008). Each item is given a "true" or "false" response. Apart from the scoring grid used to diagnose personality disorders, the PDQ-4+ also included two boxes corresponding to suspicious questionnaire (which allows to know if the subject has lied in the questionnaire), and the "too good" box (which indicates whether the subject wanted to give too good image of himself or herself, when filling out the questionnaire). They could invalidate the questionnaire, or its results should be used sparingly. The PDQ-4+ had satisfactory psychometric qualities and can be used to assess personality disorders. Cronbach's alpha for the total scale in the present study was $\alpha = 0.89$.

Statistical Analysis

The data were analyzed using JASP 0.14.1. First, we performed Cronbach's alpha coefficients for scale scores. Secondly, we computed descriptive statistics for both qualitative and quantitative variables. Furthermore, we conducted a Chi-square test to study the relationships between sexual addiction and the variables of interest. Kolmogorov-Smirnov's test indicated that our data were not normally distributed. Then, we conducted the Mann-Whitney U test to compare the scores of the two groups of subjects (with and without sexual addiction). Furthermore, we performed correlation analysis using Spearman correlation analyses to investigate the links between personality features and sexual addiction. Finally, we performed logistic regression analysis to identify and to test interaction effects of the predictors of sexual addiction. The significance level for all analyses was $p < .05$.

Results

Descriptive analysis

The data of 80.90% (n=322) of the 398 participants who met the inclusion criteria were analyzed (19.10 % (n=76) were excluded due to their answers to the "suspect" and "too good" items of the PDQ-4+). The sample comprised 58.39% (n=188) women and 41.61% men (n=134), with an average age of 28.17 years (± 10.40). Results indicated that 22.05% (n=71) of participants had a sexual addiction; in this group, 64.79% (n=46) were men (Table 1). The Chi-square test confirmed that the majority of participants with sexual addiction were men, and older than those without sexual addiction. Furthermore, details of number of subjects with more than one personality are shown in Table 7 (Appendix A), details

of disorder personality disorders per cluster and prevalence in figure 1 (Appendix B) and Table 2, and figure 2 (Appendix C) shows the number of personality disorders per participant.

Table 1. Descriptive statistics

	Sexual Addiction		No sexual Addiction		Total n (%)	Chi-square	z-value	p
	n (%)	Mean (SD ^a)	n (%)	Mean (SD)				
Sample	71 (22.05)		251 (77.95)		322 (100)			
Age		31.34 (10.95)		27.27 (10.08)			- 2.48	< .001***
Time/Week on Int. ^b		32.52 (20.85)		30.66 (24.41)			3.45	.20
Gender						20.13		<.001***
Men	46 (64.79)		88 (35.06)		134 (41.61)			
Women	25 (35.21)		163 (64.94)		188 (58.39)			
Marital status						4.27		.12
Couple	29 (40.85)		90 (35.86)		119 (36.96)			
Single	42 (59.15)		161 (64.14)		203 (63.04)			
Sexual orientation						1.43		.49
Heterosexual	50 (70.42)		194 (77.29)		244 (75.78)			
Homosexual	5 (7.04)		14 (5.58)		19 (5.90)			
Bisexual	16 (22.53)		43 (17.13)		59 (18.32)			
Personality Disorders								
At least one Personality Disorder ^c	69 (97.18)		207 (82.47)			9.78		<.05*
More than one Personality Disorder ^d	66 (92.96)		162 (64.54)			21.62		< .001***

Note: ^aSD : Standard deviation; ^bTime/Week on Int.: time spent per week on Internet; ^cAt least one personality disorder: Subjects who presented at least one personality disorder; ^dMore than one personality disorder: Subjects who presented more than one personality disorder; * $p < .05$; *** $p < .001$

Comparison analysis

Mann-Whitney U-test revealed that participants with sexual addiction had lower scores on Extraversion, showed a tendency towards high level of Conscientiousness and Neuroticism scores, although the difference was not significant ($p=.06$) (Table 2). Furthermore, the prevalence of personality disorders was significantly higher in the sexual addiction group; participants in this group who presented with Avoidant and Dependent personality disorders had the highest scores on the SAST-Fr (Table 3).

Correlation analysis

Spearman's correlation analysis (Table 4) shows that SAST-Fr scores were positively correlated with Neuroticism and negatively correlated with Extraversion. Furthermore, the overall SAST-Fr score was significantly and positively correlated with the overall PDQ-4+ score.

A specific correlation analysis of the scores of the sexual addiction group revealed positive correlations between Extraversion and Histrionic personality disorder, between Neuroticism and Avoidant and Dependent personality disorders, and between Agreeableness, Conscientiousness and Openness and Schizoid personality disorder. Finally, we found a negative correlation between Extraversion and Avoidant personality disorder (Table 5).

Logistic regression analysis

We performed logistic regression analysis to determine which personality features would predict sexual addiction. The resulting model explained 44.6% of the variance of sexual addiction. Indeed, Conscientiousness (OR = .43, 95% CI [-1.54 – -.13], $p = .02$) and Openness (OR = .60, 95% CI [-.09 – .14], $p = .01$) significantly predicted sexual addiction. Furthermore, Paranoid (OR = 1.32, 95% CI [.02 – .54], $p = .04$), Schizotypal (OR = .76, 95% CI [-.52 – -.03], $p = .03$) Antisocial (OR = 1.37, 95% CI [.05– .57], $p = .02$) and Dependent personality (OR = 2.95, 95% CI [.17 – 2.00], $p = .02$) disorders significantly predicted this addiction. Finally, we tested possible interactions between personality factors in the prediction of sexual addiction. Our results showed that Conscientiousness vs Schizoid Personality Disorder (OR = 1.37, 95% CI [.07 – .56], $p = .01$), and Neuroticism vs Dependent personality disorder (OR = .79, 95% CI [-.46 – -.02], $p = .03$) are the only that revealed interaction effect of personality factors (Table 6).

Table 2. BFI-10-Fr's mean score and prevalence of personality disorders in groups with and without sexual addiction

	Sex addict n = 71	No sex addict n =251		
	BFI-10-Fr	BFI-10-Fr		
Personality dimensions	Mean (SD ^a)	Mean (SD ^a)	z-value	<i>p</i>
Extraversion	2.63 (1.11)	2.98 (1.05)	-2.49	.01*
Agreeableness	2.89 (.86)	2.83 (0.84)	.22	.82
Conscientiousness	2.85 (1.07)	2.60 (0.92)	1.86	.06
Neuroticism	3.82 (.99)	3.52(1.12)	1.90	.06
Openness	2.11 (1.00)	4.55 (.97)	1.28	.20
Personality Disorders	n1 ^b (%)	n2 ^c (%)	Chi-square	<i>p</i>
Cluster A				
Paranoid Personality disorder	52 (73.24)	115 (45.82)	16.67	< .001***
Schizotypal Personality disorder	38 (53.52)	81 (32.27)	10.73	.001**
Schizoid Personality disorder	22 (30.99)	37 (14.74)	9.76	.002**
Cluster B				
Antisocial Personality disorder	39 (54.93)	75 (29.88)	15.18	< .001***
Borderline Personality disorder	43 (60.56)	105 (41.83)	7.82	.01*
Histrionic Personality disorder	19 (26.76)	29 (11.55)	10.09	.001**
Narcissistic Personality disorder	24 (33.80)	30 (11.95)	18.93	< .001***
Cluster C				
Obsessive-Compulsive Personality disorder	49 (69.01)	118 (47.01)	10.73	.001**
Avoidant Personality disorder	52 (73.24)	132 (52.59)	9.64	.001**
Dependent Personality disorder	19 (26.76)	32 (12.75)	8.15	.004**

Note: ^aSD: standard deviation; ^bn1(%): number of sex addict presenting or not personality disorders (percentage); ^cn2(%): number of no sex addict presenting or not personality disorders (percentage); **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001

Table 3. Comparison of mean scores (at SAST-Fr) of sexual addict subjects with and without personality disorder (Mann-Whitney U-tests)

	Personality disorders		z-value	P
	Yes	No		
	SAST-Fr score Mean (SD ^a)	SAST-Fr score Mean (SD ^a)		
Cluster A				
Paranoid Personality disorder	16.83 (2.75)	16.26 (2.35)	-.52	.60
Schizotypal Personality disorder	16.66 (2.73)	16.70 (2.58)	.11	.91
Schizoid Personality disorder	17.00 (2.36)	16.51 (2.77)	.90	.37
Cluster B				
Antisocial Personality disorder	16.67 (2.90)	16.69 (2.35)	-.21	.83
Borderline Personality disorder	16.21 (2.66)	17.39 (2.50)	-1.90	.06
Histrionic Personality disorder	17.00 (3.09)	16.56 (2.48)	-.52	.60
Narcissistic Personality disorder	16.33 (2.70)	16.85 (2.63)	-.83	.41
Cluster C				
Obsessive-Compulsive Personality disorder	16.73 (2.68)	16.55 (2.61)	-.27	.79
Avoidant Personality disorder	17.06 (2.55)	15.63 (2.67)	2.13	.03*
Dependent Personality disorder	17.74 (2.45)	16.29 (2.63)	-2.11	.04*

Note: ^aSD: Standard deviation; *p<.05; n = 71

Table 4. Spearman's partial Correlation analysis between Personality disorders, dimensions of personality and sexual addiction

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 SAST-Fr	—																
2 Extraversion	-.145**	—															
3 Agreeableness	.084	-.142*	—														
4 Conscientiousness	.096	-.132*	-.020	—													
5 Neuroticism	.152**	-.261***	.138*	.036	—												
6 Openness	-.080	-.034	.020	-.025	-.070	—											
7 Paranoid PD ^a	.325***	-.221***	.273***	.027	.153**	-.027	—										
8 Schizoid PD ^a	.264***	-.361***	.224***	.150**	.108	.064	.429***	—									
9 Schizotypal PD ^a	.412***	-.253***	.128*	.132*	.251***	-.070	.503***	.483***	—								
10 Histrionic PD ^a	.316***	.098	.078	.165**	.222***	.076	.175**	.065***	.278***	—							
11 Antisocial PD ^a	.350***	.022	.183***	.208***	.015	.042	.283***	.193***	.314***	.285***	—						
12 Narcissistic PD ^a	.378***	.059	.250***	.085	.069	-.002	.360***	.290***	.436***	.396***	.440***	—					
13 Borderline PD ^a	.419***	-.151**	.179**	.237***	.338***	.081	.396***	.268***	.539***	.410***	.449***	.337***	—				
14 Obsessive-Compulsive PD ^a	.346***	-.187***	.145**	-.018	.178**	-.014	.355***	.359***	.471***	.214***	.261***	.390***	.406***	—			
15 Avoidant PD ^a	.344***	-.450***	.182**	.142*	.482***	.039	.350***	.249***	.462***	.266***	.147**	.149**	.499***	.316***	—		
16 Dependent PD ^a	.425***	-.330***	.011	.273***	.405***	.111*	.364***	.159**	.405***	.417***	.271***	.243***	.556***	.302***	.569***	—	
17 PDQ-4+	.558***	-.279***	.255***	.223***	.357***	.045	.649***	.522***	.765***	.535***	.542***	.616***	.774***	.618***	.640***	.680***	—

Note: ^aPD: Personality Disorder ; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; N= 322; Conditioned on variables: Age

Table 5. Spearman's correlation analysis in group with sexual addiction

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Extraversion	—														
2 Agreeableness	-.024	—													
3 Conscientiousness	-.273*	-.100	—												
4 Neuroticism	-.143	.045	.012	—											
5 Openness	.031	-.060	-.131	-.086	—										
6 Paranoid PD ^a	.007	.320**	-.159	-.099	.009	—									
7 Schizoid PD ^a	-.283*	.210	.256*	.001	.318**	.221	—								
8 Schizotypal PD ^a	-.066	.280*	.084	.155	-.008	.408***	.270*	—							
9 Histrionic PD ^a	.375**	.008	-.085	.133	.097	.169	-.284*	.164	—						
10 Antisocial PD ^a	.224	.063	-.005	-.126	-.102	.358**	-.084	.161	.118	—					
11 Narcissistic PD ^a	.150	.286*	.029	-.122	.139	.325**	.095	.331**	.279*	.322**	—				
12 Borderline PD ^a	.096	.032	-.010	.054	.017	.369**	.063	.362**	.259*	.236*	.008	—			
13 Obsessive-Compulsive PD ^a	-.093	.171	-.152	.058	.153	.172	.111	.252*	.084	-.007	.365**	.227	—		
14 Avoidant PD ^a	-.279*	-.021	.124	.383***	-.039	.099	-.010	.376**	.105	-.021	-.085	.375**	.176	—	
15 Dependent PD ^a	-.196	-.154	.108	.255*	.096	.211	-.047	.272*	.368**	.076	.203	.313**	.391***	.425***	—

Note: ^aPD: Personality Disorder ; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, $n = 71$.

Table 6. Logistic regression analysis of personality factors contribution to sexual addiction score

	Estimate	S E ^b	Odds Ratio	z	p	95% C I ^c	
						Lower	Upper
(Intercept)	-5.18	2.97	.01	-1.74	.08	-11.01	.65
Age	.02	.02	1.02	1.08	.28	-.02	.05
Gender	1.52	.42	4.58	3.60	< .001***	.69	2.35
Extraversion	-.03	.59	.97	-.05	.96	-1.19	1.13
Agreeableness	-.35	.23	.70	-1.54	.12	-.80	.10
Conscientiousness	-.84	.36	.43	-2.33	.02*	-1.54	-.13
Neuroticism	.81	.46	2.25	1.77	.08	-.09	1.71
Openness	-.52	.19	.60	-2.66	.01*	-.90	-.14
Paranoid PD ^a	.28	.13	1.32	2.08	.04*	.02	.54
Schizoid PD ^a	-.11	.49	.90	-.22	.83	-1.07	.86
Schizotypal PD ^a	-.28	.13	.76	-2.17	.03*	-.52	-.03
Histrionic PD ^a	-.23	.32	.79	-.72	.47	-.86	.40
Antisocial PD ^a	.31	.13	1.37	2.36	.02*	.05	.57
Narcissistic PD ^a	.16	.12	1.18	1.33	.18	-.08	.40
Borderline PD ^a	.05	.12	1.05	.44	.66	-.18	.28
Obsessive-Compulsive PD ^a	-.05	.13	.95	-.41	.68	-.32	.21
Avoidant PD ^a	.32	.58	1.38	.56	.58	-.82	1.46
Dependent PD ^a	1.08	.47	2.95	2.32	.02*	.17	2.00
Extraversion * Schizoid PD ^a	-.12	.11	.89	-1.08	.28	-.32	.09
Extraversion * Histrionic PD ^a	.14	.11	1.15	1.25	.21	-.08	.35
Extraversion * Avoidant PD ^a	-.04	.10	.96	-.43	.67	-.24	.15
Conscientiousness * Schizoid PD ^a	.32	.12	1.37	2.55	.01*	.07	.56
Neuroticism * Avoidant PD ^a	.00	.11	1.00	.04	.97	-.22	.23
Neuroticism * Dependent PD ^a	-.24	.11	.79	-2.18	.03*	-.46	-.02

Note: ^aPD: Personality Disorder; ^bS E = Standard Error ; ^cC I = Confidence interval; Nagelkerke R² = .446; Specificity = 94%;

Sensitivity = 52.1%. * $p < .05$; *** $p < .001$

Discussion

The aim of this research was to study the relationship between sexual addiction and personality features, both dimensional and categorical aspects. We found that 22.05% of the sample had sexual addiction. This figure is higher than the findings of most previous studies, in which the prevalence of sexual addiction-related disorders ranges from 3% and 10.3 % (Bóthe et al., 2020; Dickenson et al., 2018; Kuzma & Black, 2008).

The high rate of our participants who presented with sexual addiction can be explained by the fact that they were recruited on sex chat forums, and some were patients receiving treatment for sexual addiction. Given that our study specifically targeted people who reported difficulty controlling their sexual behavior, this rate might in fact appear low, but as participants were recruited online, it is possible that some overestimated or underestimated the clinical nature of their sexual behavior. It would be interesting to carry out complementary assessments through clinical interviews.

The current study provided significant support for the view that personality features might be related to sexual addiction. Our results indicated that sexual addiction is significantly associated with Neuroticism. This dimension of personality is marked by vulnerability, a propensity to experience negative emotions and poor ability to regulate emotions. It has been found to be associated with several features of problematic sexuality (Andreassen et al., 2018; Hoyle et al., 2000; Paz et al., 2021; Shimoni et al., 2018). Our results were in line with a number of studies that found that these individuals exhibit negative emotional states and have difficulty identifying or accepting their emotional responses (Pinto et al., 2013; Shimoni et al., 2018; Walton et al., 2017). Engaging in addictive sexual behaviors might help them regulate these negative affects (Carvalho et al., 2015; Cashwell et al., 2016). However, although our results suggested that individuals who presented sexual addiction might have a strong tendency towards negative emotions, they indicated no difference between the group of subjects with and without sexual addiction at Neuroticism dimension. Therefore, our hypothesis H₁ was not supported. This result could be explained by the difference between the size of our two subgroups.

Furthermore, sexual addiction was negatively associated with Extraversion and subjects with sexual addiction showed a lower level of Extraversion than those without this addiction. This result was not consistent with our hypothesis H₂ and also differed from other findings of a high level of Extraversion among people with sexual addiction (Schmitt, 2004; Walton et al., 2017). It could be explained by the type of sexual desire and behavior engaged in. In our recruitment process, we did not differentiate between types of sexual desire or sexual activity, but the fact that most of our participants were recruited online suggests that they were likely to engage in online sexual behaviors. It is possible that the low level of Extraversion found among our subjects with sexual addiction would lead to greater solitary than dyadic sexual desire. Furthermore, our results suggested that individuals who are less extraverted are more susceptible to negative emotions. Thus, they may engage in addictive sexual behavior as a way of coping with negative emotionality (Dhuffar et al., 2015; Pinto et al., 2013).

In addition, we found a tendency towards high level of Conscientiousness in our subjects with sexual addiction. This result could have been significant with a larger sample size. Nevertheless, this dimension predicted sexual addiction. Our result differed from those of other studies, which found an association between low levels of Conscientiousness and addictive behaviors in general and sexual addiction in particular (Hoyle et al., 2000; Paz et al., 2021; Rettenberger et al., 2016). Theoretically, a high score on Conscientiousness is related to behavioral inhibition and strong impulse control (Luminet, 2008; Rolland, 2019, p. 133). However, a very high level of Conscientiousness could be maladaptive and indicate a strong tendency to compulsive behaviors, feelings of loneliness and guilt, or even a tendency to self-blame (Luminet, 2008; Trull & Widiger, 2013). Furthermore, high level on Conscientiousness facets was described to positively related to negative affects and to contribute to decreased well-being (Carter et al., 2015; Fayard et al., 2012). These are also the clinical characteristics described in people exhibiting sexual addiction (McBride et al., 2008). Finally, while these observations seemed consistent with the high prevalence of Cluster C personality disorders (notably Avoidant and Obsessive-compulsive) in the group of individuals with sexual addiction, they appeared to contradict the high prevalence of Cluster B personality disorders (Borderline and Antisocial personality disorders). However, no correlation were found between Conscientiousness and either cluster B or cluster C personality disorders in the sexual addiction group. To some extent, these results are consistent with the literature, which reports no relationship between some dimensions of the Five Factor Model and personality disorders. This could be explained by the fact that items in the Five Factor Model assess adaptive rather than maladaptive expressions of these dimensions of personality (Haigler & Widiger, 2001).

Openness also predicted sexual addiction. This personality dimension is characterized by the search for new and exciting experiences, even risk-taking behaviors. In previous studies, the link between Openness and addictive behaviors seemed inconsistent. Our results could be linked with previous findings that had identified the role of Openness in behavioral addictions including online sexual activities. They might suggest that sex addicts of the current study would tend to adopt unusual and even problematic sexual behaviors (Correa et al. 2010; Liu & Zheng, 2020; Öztürk et al., 2015).

Concerning the prevalence of personality disorders, our study showed in general that they were higher in individuals with than without sexual addiction. This result supported our hypothesis that the prevalence of cluster B (H₄) and cluster C (H₅) personality disorders would be higher among subjects with this addiction. More specifically, the prevalence of Borderline and Antisocial personality disorders was particularly high in cluster B. These results are consistent with the literature (Barrault et al., 2016; Elmquist et al., 2016; Hull et al., 1993). However, only Antisocial personality disorder predicted sexual addiction. The fact that this personality disorder predicted sexual addiction is consistent with descriptions about the role of this disorder in sexual risk-taking behaviors (Tapia et al., 2012). It is characterized by impulsivity, acting out in socially unacceptable ways, and mood lability, which are psychological factors associated with sexual addiction (Emond et al., 2016). In Cluster C, we observed

that our subjects with sexual addiction who showed Avoidant or Dependent personality disorders had significantly high scores on the SAST-Fr. These results are in line with previous findings of links between behavioral addictions and these personality disorders (Barrault & Varescon, 2012; Black et al., 1997; Raymond et al., 2003; Zadra et al., 2016). Our results thus suggested that individuals with sexual addiction were emotionally unstable, vulnerable to stress, exhibit a tendency to social anxiety and have low self-esteem. In short, they might exhibit the clinical characteristics described in these Cluster C personality disorders. Nevertheless, in this Cluster, only the Dependent one significantly predicted sexual addiction. It also seemed to share common characteristics with Neuroticism in predicting this addiction. These links could mean that sex addicts with exaggerated submissive functioning, associated with a fear of separation, would also tend to experience negative affects, and perceive reality as threatening. In fact, their sexual addiction behavior would constitute a permanent search for security due to potential emotional deficiencies (APA, 2013; Versaveel, 2011). These results were also consistent with previous findings, that had suggested frequent high sexual behaviors because of poor early care experiences and attachment disorders in childhood (Faisandier et al., 2012; Petrican et al., 2015; Poudat & Lagadec, 2017).

In addition, we found that sexual addiction was predicted by some personality disorders of cluster A, notably Schizotypal and Paranoid one. Firstly, Schizotypal personality disorder is described as pervasive pattern of social and interpersonal deficits marked by acute discomfort with, and reduced capacity for, close relationships as well as by cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior (APA, 2013). Considering sexual addiction in its offline types, involving partners in a dyadic relationship, our result might appear contradictory with the clinical characteristics of this personality disorder. However, from the perspective of online sexual addiction, it might make sense. Indeed, the social anxiety that people with schizotypal personality presented, could decrease in the case of cybersexual behaviors, as social interaction is mediated by the virtual context. Thus, on one hand, these individuals may find it easier to focus on excessive sexual activities due to their constricted affectivity. On the other hand, regarding the disorganized cognitive and perceptual dimensions characterizing this personality disorder, it might be easier for them to share their beliefs about sexual behaviors without difficulty or fear of judgment from others. Secondly, Paranoid personality disorder is essentially considered as a general pattern of distrust of others whose intentions are interpreted as malicious. These characteristics could explain the link found between this personality disorder and sexual addiction perpetrated via the internet. Paranoid personality disorder was also described to be associated with sexual addiction (Black et al., 1997; Raymond et al., 2003). Furthermore, Conscientiousness showed an interaction effect with schizoid personality in the prediction of sexual addiction. These results could be interpreted by considering firstly the negative correlation found between Conscientiousness and Extraversion; individuals with a high level of Conscientiousness might inhibit prosocial behaviors. It would then possible that our subject with Schizoid traits tend to prefer solitary sexual behaviors (pornographic interests and tendency towards compulsive masturbation), because these would imply a lower level of

commitment. In addition, the use of the internet would be preferred by these subjects to compensate for the lack of positive relationships they have in real life (Akhtar, 1987; Barker, 2009; Laconi et al., 2016).

Finally, regarding the relationship between the dimensions and disorders of personality in the group with sexual addiction, the disorders characterized by shyness and detachment from social relationships, avoidance, and limited range of emotional expressions (Schizoid and Avoidant personality disorders) were negatively associated with Extraversion. By contrast, Histrionic personality disorder, characterized by sociability and gregariousness, was positively associated with Extraversion. We also found that personality disorders characterized by emotional disturbance (Avoidant and Dependent personality disorders) were positively associated with Neuroticism. These significant results suggested that some factors of the Five-Factor Model could reliably be used to conceptualize personality disorders (Trull & Widiger, 2013). They confirmed that some personality disorders have the same latent traits as dimensions of personality, but with a maladaptive variant (Bagby et al., 2005; Lynam, 2012; Rossier et al., 2008; Widiger & Costa, 1994). However, the fact that cluster A (Paranoid, Schizotypal, Schizoid) and Narcissistic (cluster B) personality disorders were positively associated with Agreeableness, seemed contradictory to data in the literature (Bagby et al., 2005; Saulsman & Page, 2004). In addition, reliability analysis revealed that internal consistency of Agreeableness subscale was very low in this study. This could be related to inadequate assessment of Agreeableness in personality scales, particularly in very short questionnaires (Courtois et al., 2020; Haigler & Widiger, 2001). Items assessing this dimension might not adequately identify any associated maladaptation. These results which may suggest that some personality features could play a fundamental role in individuals who have or report sexual addiction, partially confirmed our hypothesis H₆. However only Neuroticism showed an interaction effect with Dependent personality disorder and Conscientiousness with Schizoid one in the prediction of this addiction. Our hypothesis H₇ were also partially supported.

In conclusion, the present study confirmed previous findings about the links between some dimensions of personality (Neuroticism) and sexual addiction. It also, for the first time, highlights the role of some personality factors (low Extraversion and a tendency to high level of Conscientiousness). Consistent with our hypotheses, our findings also indicated that a number of personality disorders, in both Cluster B and Cluster C, were common in individuals with sexual addiction. Consequently, we can consider personality disorders as risk factors that could increase the severity of sexual addiction.

However, some limitations should be taken into account when interpreting the results of our study. The main limitation is the recruitment through the Internet of self-selected volunteers who perceived themselves as having a sexual addiction. While we tried to control social desirability bias through the assessment of personality disorders (by excluding participants whose answers on the PDQ-4+ were “suspect” or “too good”), this was not possible when assessing sexual addiction. Furthermore, the data were cross-sectional and thus might not accurately reflect general patterns of personality or even sexual behavior over time. Future studies should take a longitudinal approach to better understand the influence

of personality factors in addictive sexual behaviors. It would also be interesting to study and control the influence of other factors and psychiatric comorbidities of sexual addiction through clinical interviews.

Despite these limitations, our study has several clinical implications and opens up avenues for research. At the clinical level, it highlighted and confirmed the importance of including personality features in the clinical assessment and treatment of sexual addiction. This would enable practitioners to provide therapeutic treatment based on the individual's personality profile. Our study also suggested that clinicians should focus on personality dimensions, by helping patients to develop ability to identify adaptive and problem-solving strategies (for example for those with high scores at Neuroticism). On the other hand, for individuals with good regulation capacities, who can show willingness and ability to adhere to the therapy, notably those with high level of Conscientiousness, practitioners might be based on their personal resources to help them blossom.

From a research perspective, future studies could compare the clinical characteristics of individuals with sexual addiction recruited from clinical and general populations and explore the relationship between the type of sexual desire and personality factors. It would also be interesting to explore motivational factors associated with sexual addiction, by examining their interactions in the general population or among specific groups (clinical population). The current research suggested that participants who presented with sexual addiction might be impulsive, despite a tendency towards high level of Conscientiousness. It would be interesting to explore impulsivity from a dimensional perspective to highlight dimensions that would particularly be high in these subjects. Finally, subjects with Schizoid personality disorder are also characterized by a restriction in the variety of their emotional expressions. Given the interaction effect found between Conscientiousness and this personality disorder, it may be interesting to study how emotions operate within Conscientiousness to influence sexual addictive behaviors in these individuals.

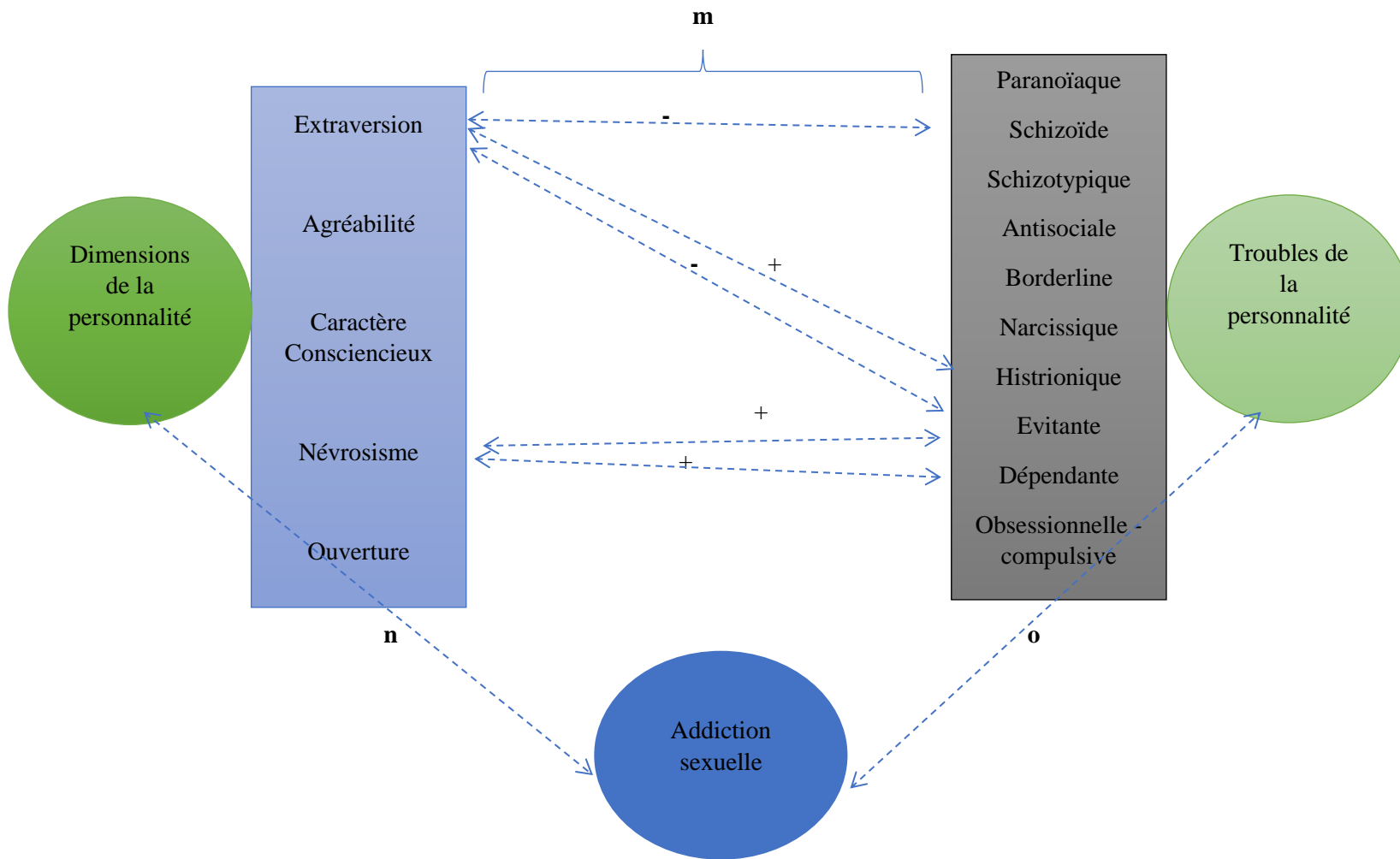


Figure 8 : Caractéristiques de la personnalité et addiction sexuelle

signe - : corrélation négative
signe + : corrélation positive

m : chez les sujets présentant une addiction sexuelle, il existe une association entre certaines dimensions de personnalité et troubles de la personnalité partageant des caractéristiques communes. Ces liens significatifs sont matérialisés par les flèches en pointillés à double sens.

n : Certaines dimensions de personnalité (extraversion et névrosisme) sont associées à l'addiction sexuelle

o : Tous les troubles de la personnalité du DSM-V sont associés à l'addiction sexuelle.

References

- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 499-518.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.499>
- Allport, G. W. (1937). *Personality : A psychological interpretation*. Oxford. Holt.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC. American Psychiatric Pub.
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D., Torsheim, T., & Sinha, R. (2018). The Development and Validation of the Bergen–Yale Sex Addiction Scale With a Large National Sample. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00144>
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., & Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 53-67.
<https://doi.org/10.1521/pepi.19.1.53.62180>
- Barker, V. (2009). Older adolescents' motivations for social network site use: The influence of gender, group identity, and collective self-esteem. *Cyberpsychology & behavior*, 12(2), 209-213. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0228>
- Barrault, S., Hegbe, K. G., Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatique de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3), 65-81.
<https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
- Barrault, S., & Varescon, I. (2012). Psychopathologie des joueurs pathologiques en ligne: une étude préliminaire. *L'Encéphale*, 38(2), 156-163.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.009>
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243–249. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.243>
- Blanchard, A. M., & Decherf, G. (2002). Sexualité narcissique, sexualité génitale. *Le Divan familial*, 9(2), 61. <https://doi.org/10.3917/difa.009.0061>
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postel, J., & Reuchlin, M. (2011). Grand dictionnaire de la psychologie. (pp 678) (Nouvelle édition). Paris: Larousse.
- Böthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) : An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247-258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>
- Bouvard, M., & Cosma, P. (2008). Étude exploratoire d'un questionnaire sur les troubles de la personnalité. *L'Encéphale*, 34(5), 517-525. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.08.006>
- Brunault, P., Ducluzeau, P. H., Courtois, R., Bourbao-Tournois, C., Delbachian, I., Réveillère, C., & Ballon, N. (2018). Food Addiction is Associated with Higher Neuroticism, Lower Conscientiousness, Higher Impulsivity, but Lower Extraversion in Obese Patient Candidates for Bariatric Surgery. *Substance Use & Misuse*, 53(11), 1919-1923.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1433212>
- Bricaud, M., Calvet, B., Viéban, F., Prado-Jean, A., & Clément, J. P. (2012). Étude PerCaDim: relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*, 38(4), 288-295.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.08.001>
- Carnes, P. (1991). *Don't call it Love: Recovery from sexual addiction*. New York. Bantam.
- Carvalho, J., Guerra, L., Neves, S., & Nobre, P. J. (2015). Psychopathological predictors characterizing sexual compulsivity in a nonclinical sample of women. *Journal of sex & marital therapy*, 41(5), 467-480.
<https://doi-org.proxy.scd.univ-tours.fr/10.1080/0092623X.2014.920755>

- Cashwell, C. S., Giordano, A. L., King, K., Lankford, C., & Henson, R. K. (2016). Emotion Regulation and Sex Addiction among College Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(1), 16-27. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9646-6>
- Cooper, I., Houchins, J. R., & Kraus, S. W. (2018). Personality and Sexual Addiction. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1-4. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_21141
- Correa, T., Hinsley, A. W., & de Zúñiga, H. G. (2010). Who interacts on the Web ? : The intersection of users' personality and social media use. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.09.003>
- Costa, P. T., Rolland, J. P., De Fruyt, F., De Clercq, B., & McCrae, R. R. (2007). Le modèle à cinq facteurs et l'utilisation du NEO-PI-R en pratique psychiatrique. *Manuel de psychiatrie. Issy-les Moulineaux: Elsevier Masson*, 129-35.
- Courtois, R., Petot, J. M., Plaisant, O., Allibe, B., Lignier, B., Réveillère, C., ... & John, O. (2020). Validation française du Big Five Inventory à 10 items (BFI-10). *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.006>
- Delevi, R., & Weisskirch, R. S. (2013). Personality factors as predictors of sexting. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.06.003>
- Dervaux, A., Lerner, S., & Rousselet, A. V. (2017). Facteurs de vulnérabilité des addictions. *Laqueille X. Pratiques cliniques en addictologie. Paris: Lavoisier*, 24-36.
- Dhuffar, M. K., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). The role of negative mood states and consequences of hypersexual behaviors in predicting hypersexuality among university students. *Journal of behavioral addictions*, 4(3), 181-188. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.030>
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>
- Elmqvist, J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). Are borderline personality symptoms associated with compulsive sexual behaviors among women in treatment for substance use disorders? An exploratory study. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1077-1087. DOI: [10.1002/jclp.22310](https://doi.org/10.1002/jclp.22310)
- Emond, F. C., Nolet, K., Cyr, G., Rouleau, J. L., & Gagnon, J. (2016). L'impulsivité sexuelle et les comportements sexuels problématiques chez les adultes: vers des mesures comportementales spécifiques et innovatrices. *Sexologies*, 25(4), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.12.003>
- 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.
- Fayard, J. V., Roberts, B. W., Robins, R. W., & Watson, D. (2012). Uncovering the Affective Core of Conscientiousness : The Role of Self-Conscious Emotions. *Journal of Personality*, 80(1), 1-32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00720.x>
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Personalités du toxicomane. *L'Encephale*, 26, 68-78.
- Gámez-Guadix, M., de Santisteban, P., & Resett, S. (2017). Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29(1), 29-34.
- Goldberg, P. D. (2004). *An exploratory study about the impacts that cybersex (the use of the internet for sexual purposes) is having on families and the practices of marriage and family therapists* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc. beutel
- Guelfi, J-D., & Hardy, P. (2013). *Les personnalités pathologiques*. Paris. Lavoisier.
- Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125-127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020a). Sexual addiction 25 years on : A systematic and methodological review of empirical

- literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101925.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Grubbs, J. B., Kraus, S. W., Perry, S. L., Lewczuk, K., & Gola, M. (2020b). Moral incongruence and compulsive sexual behavior : Results from cross-sectional interactions and parallel growth curve analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(3), 266-278.
<https://doi.org/10.1037/abn0000501>
- Haigler, E. D., & Widiger, T. A. (2001). Experimental manipulation of NEO-PI-R items. *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 339-358. DOI:[10.1207/S15327752JPA770214](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA770214)
- Halpern, A. L. (2011). The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM5: Unnecessary and harmful. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 487-488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors: The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1952361>
- Hegbe, K. G., Courtois, R., Brunault, P., Réveillère, C., & Barrault, S. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'encéphale*, 46(5), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011>
- Hull, J. W., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. (1993). Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Psychiatric Services*, 44(10), 1000-1001.
<https://doi.org/10.1176/ps.44.10.1000>
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C., & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: A quantitative review. *Journal of personality*, 68(6), 1203-1231.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder : A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1-2), 19-26.
- Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder ? *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1259-1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., 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(25), 4012-4020.
<https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Klein, V., Briken, P., Schroder, J., & Fuss, J. (2019). Mental health professionals' pathologization of compulsive sexual behavior: Does clients' gender and sexual orientation matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 128(5), 465-472. <https://doi.org/10.1037/abn0000437>.
- Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction ? *Addiction*, 111(12), 2097-2106. <https://doi.org/10.1111/add.13297>
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Laconi, S., Andreoletti, A., Chauchard, E., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2016). Utilisation problématique d'Internet, temps passé en ligne et traits de personnalité. *L'Encéphale*, 42(3), 214-218. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.017>
- Långström, N., & Hanson, R. K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population : Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37-52.
<https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>
- Liu, Y., & Zheng, L. (2020). Relationships between the Big Five, narcissistic personality traits, and online sexual activities. *Personality and Individual Differences*, 152, 109593.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109593>
- Livesley WJ. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In: Livesley WJ, ed. *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York. Guilford.
- Luminet, O. (2008). Psychologie des émotions: confrontation et évitement (pp 176). Bruxelles. De Boeck Supérieur.
- Lynam, D. R. (2012). Assessment of Maladaptive Variants of Five-Factor Model Traits.

- Journal of Personality*, 80(6), 1593-1613. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00775.x
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2008). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62. https://doi:10.1300/J514v19n04_06.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2006). Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF): traits et culture. *Psychologie française*, 51(3), 227-244. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2005.09.001>
- Morgenstern, J., Muench, F., O'Leary, A., Wainberg, M., Parsons, J. T., Hollander, E., Blain, L., & Irwin, T. (2011). Non-Paraphilic Compulsive Sexual Behavior and Psychiatric Co-morbidities in Gay and Bisexual Men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(3), 114-134. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.593420>
- Moser, C. (2011). Hypersexual disorder: Just more muddled thinking. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 227-229.
- Öztürk, C., Bektas, M., Ayar, D., Öztornacı, B. Ö., & Yağcı, D. (2015). Association of personality traits and risk of internet addiction in adolescents. *Asian Nursing Research*, 9(2), 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.01.001>
- Paz, G., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Szabo, A. (2021). Role of Personality Characteristics and Sexual Orientation in the Risk for Sexual Addiction Among Israeli Men : Validation of a Hebrew Sex Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(1), 32-46. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00109-x>
- Petrican, R., Burris, C. T., & Moscovitch, M. (2015). Shame, sexual compulsivity, and eroticizing flirtatious others: an experimental study. *The Journal of Sex Research*, 52(1), 98-109. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.829796>
- Pinto, J., Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2013). The relationship between the FFM personality traits, state psychopathology, and sexual compulsivity in a sample of male college students. *The journal of sexual medicine*, 10(7), 1773-1782. <https://doi.org/10.1111/jsm.12185>
- Poudat, F. X., & Lagadec, M. (2017). Cybersexualité addictive et thérapie comportementale et cognitive. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(3), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2017.06.004>
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive psychiatry*, 44(5), 370-380. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00110-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00110-X)
- Rettenberger, M., Klein, V., & Briken, P. (2016). The relationship between hypersexual behavior, sexual excitation, sexual inhibition, and personality traits. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 219-233. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0399-7>
- Rolland, J. (2019). II. Le modèle à cinq facteurs (MCF, Big Five). Dans : J. Rolland, *L'évaluation de la personnalité: Le modèle à cinq facteurs* (pp. 113-138). Wavre, Belgique: Mardaga.
- Romo, L., & Kern, L. (2013). 32. Troubles de la personnalité, addictions sans substances et troubles des conduites alimentaires. In *Les personnalités pathologiques* (pp. 242-247). Paris. Lavoisier.
- Rossier, J., Rigozzi, C., & Personality across culture research group (16 members) (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 534-544. <http://dx.doi.org/10.1177/070674370805300808>.
- Saulsman, L. M., et Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 55-85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001>
- Shimoni, L., Dayan, M., Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). The contribution of personality factors and gender to ratings of sex addiction among men and women who use the Internet for sex purpose. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1015-1021. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.101>

- Schmitt, D. P. (2004). The Big Five Related to Risky Sexual Behavior Across 10 World Regions: Differential Personality Associations of Sexual Promiscuity and Relationship Infidelity. *European Journal of Personality*, 18(4), 301-319.
<https://doi.org/10.1002/per.520>
- Smith, P., Potenza, M., Mazure, C., McKee, S., Park, C., & Hoff, R. (2014b). Compulsive sexual behavior among male military veterans : Prevalence and associated clinical factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 214-222. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.4.2>
- Tapia, G., Cazenave, N., Chougny, C., Adnan, H., & Michel, G. (2012). Sexualité à risques chez des étudiants: étude exploratoire des comportements associés et des caractéristiques individuelles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 8, pp. 573-578). Elsevier Masson.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.08.010>
- Thibaut F.(2006).Addictions sexuelles.(pp 666-668) In : M Reynaud. Traité d'addictologie. Paris, Flammarion, Médecine-Sciences.
- Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 135.
doi:[10.31887/DCNS.2013.15.2/trull](https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/trull)
- Versaavel, C. (2011). La dépendance affective et la psychiatrie : une mésentente. *L'Encéphale*, 37(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.04.005>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., & Lykins, A. D. (2015). An Online Assessment of Personality, Psychological, and Sexuality Trait Variables Associated with Self-Reported Hypersexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 721-733. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0606-1>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 78-91. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.103.1.78>
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(5), 300-305.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.013>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
- Zadra, S., Bischof, G., Besser, B., Bischof, A., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2016). The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 691-699.
<https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.086>

PARTIE 3: DISCUSSION GENERALE, LIMITES ET PERSPECTIVES

Ce travail de thèse avait pour objectif général d'approfondir notre connaissance des principaux facteurs psychologiques et psychopathologiques associés à l'addiction sexuelle, afin de faciliter sa compréhension clinique, mais aussi de proposer des pistes pour adapter sa prise en charge.

La discussion générale de la thèse sera composée de plusieurs parties distinctes. En effet, dans la première partie, nous présenterons une synthèse et une discussion nos résultats. Ensuite, nous présenterons les limites qui peuvent être relevées dans le cadre ce travail de thèse. Enfin, nous nous intéresserons aux perspectives cliniques et de recherche qui découlent de notre travail.

CHAPITRE 1 : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ISSUS DE NOS

TRAVAUX ET DISCUSSION

1. EVALUATION ET PREVALENCE DE L'ADDICTION SEXUELLE

Afin d'évaluer l'addiction sexuelle, nous avons procédé à la traduction en français, à l'adaptation et à la validation de l'auto-questionnaire SAST via le test de ses propriétés psychométriques (étude 3). Notre étude a mis évidence une structure monofactorielle pour le SAST-Fr avec une excellente consistance interne. De plus, cet outil présente une excellente validité convergente avec les critères diagnostiques de l'addiction sexuelle proposés par Goodman (1990). La structure monofactorielle que nous avons trouvée pour le SAST-Fr, avec une excellente consistance interne concordent avec l'étude de validation de la version originale du SAST ainsi que d'autres traductions de cet outil (Carnes, 1994 ; Nelson & Oehlert, 2008 ; Marshall & Marshall, 2010). Cependant, ces résultats peuvent être nuancés par le fait que dans cette version certains items (1, 2, 3, 13 et 23)¹ peuvent sembler moins spécifiques pour évaluer l'addiction sexuelle, permettant d'évaluer plutôt les facteurs de risque de l'addiction sexuelle et les troubles paraphiliques. De plus l'item 2 peut sembler obsolète et nécessiter une actualisation dans les études à venir et/ou dans la pratique clinique. Néanmoins, cette étude contribue à combler le manque de recherches portant sur les outils francophones valides de dépistage de l'addiction sexuelle.

Cet outil valide, nous a permis d'estimer la prévalence de l'addiction sexuelle au sein de notre échantillon. Elle était de 22,05%. Ce pourcentage est plus élevé que celui trouvé dans la plupart des études précédentes, dans lesquelles la prévalence de l'addiction sexuelle ou celle des troubles qui y sont liés estimée entre 3 et 10,3 % de la population générale (Böthe et al., 2020 ;

¹ 1) Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence?

2) Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse? (*item pouvant être actualisé par « vous êtes-vous abonné ou utilisez-vous fréquemment internet pour des activités sexuelles » (exemple : visiter des sites de rencontres pour établir des liens romantiques ou érotiques, visionner des images ou vidéos pornographiques...?)*).

3) Vos parents avaient-ils des troubles des conduites sexuelles ?

13) Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?

23) Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des mineurs ?

Dickenson et al., 2018 ; Kuzma & Black, 2008 ; Langström & Hanson, 2006) Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que tous nos participants ont déclaré rencontrer des difficultés à contrôler leurs comportements sexuels. Ensuite, le taux élevé de participants présentant des comportements d'addiction sexuelle peut s'expliquer par le fait qu'ils ont été recrutés sur des forums de discussion sur le sexe, et que certains étaient des patients recevant un traitement pour addiction sexuelle. Cependant, à l'inverse, étant donné que nos études ciblaient spécifiquement les personnes qui déclaraient rencontrer des difficultés à contrôler leur comportement sexuel, ces taux pourraient sembler faible. Cependant comme les participants ont été recrutés en ligne, il est possible que certains aient surestimé ou sous-estimé la nature clinique de leur comportement sexuel. Nous n'avons donc pas la possibilité de contrôler ces biais de désirabilité sociale. Il serait intéressant dans les études avenir de procéder à des évaluations complémentaires par le biais d'entretiens cliniques.

2. PSYCHOTRAUMATISME, CROYANCES DYSFUNCTIONNELLES ET ADDICTION SEXUELLE

Les traumatismes infantiles représentent de manière fréquente une source de stress intense et précoce pouvant impacter considérablement le développement et le fonctionnement de l'être humain. Notre étude préliminaire avait pour objectif principal de contribuer à la connaissance des sujets cyberdépendants sexuels, à travers l'évaluation des antécédents d'événements de vie traumatiques et du trouble de personnalité borderline. Cette étude a montré que les événements de vie traumatiques de l'enfance étaient liés aux conduites cybersexuelles problématiques. D'abord, l'association entre les événements de vie traumatiques de l'enfance et les conduites cybersexuelles problématiques concordent avec les travaux de la littérature scientifique qui avaient mis en évidence le rôle de ces événements dans les comportements d'addiction sexuelle (Carnes, 1991 ; Giugliano, 2006 ; Kingston et al., 2017 ; Labadie et al., 2018 ; Vaillancourt-Morel et al., 2016). Si les résultats des études semblent hétérogènes sur la prévalence du type d'événements de vie traumatiques (abus physiques, sexuels et/ou émotionnels) dans l'addiction sexuelle (Giugliano, 2006 ; Kingston et al., 2017 ; Littleton et al., 2007), les abus sexuels semblent tout de même plus fréquemment retrouvés dans la littérature (Black et al., 1997 ; Blain et al., 2012 ; Carnes & Delmonico, 1996 ; Perera et al., 2009). Dans une perspective développementale, la littérature suggère que l'âge de la victime au moment de l'événement traumatique semble avoir un impact significatif sur le comportement sexuel à l'âge adulte.

Ainsi, Kendall-Tackett et al. (1993) postulait que plus l'enfant est jeune au moment de l'abus sexuel (moins de 6 ans), plus il aurait de probabilité d'y répondre par des comportements sexuels externalisés. Cependant, nous n'avons pas spécifiquement investigué l'âge d'apparition de ces événements de vie dans la présente étude pour confirmer cette hypothèse. Toutefois, nous pouvons considérer ces événements comme des facteurs de vulnérabilité individuelle identifiés chez nos sujets concernés. En effet, ces événements survenant très précocement seraient à l'origine d'un profond sentiment de honte, de culpabilité et d'une croyance de ne pas avoir de valeur (Adams & Robinson, 2001). Ces sentiments sont très présents et jouent un rôle actif dans les conduites addictives en général (Brahim et al., 2016 ; Grynberg et al., 2017 ; Roche, 2017) et l'addiction sexuelle en particulier (Adams, 2019 ; Lagadec, 2016). Ils renvoient les individus à leur impuissance face aux événements de vies qu'ils ont vécus, mais aussi aux conséquences de leurs comportements problématiques actuels auxquels ils sont confrontés. En réaction, les sujets présentant une addiction sexuelle vont essayer de dissimuler, de compenser et de cacher aux autres ces sentiments, par le biais de comportements sexuels (Adams, 2019).

En raison donc de la fréquence rapportée des psychotraumatismes chez les sujets présentant une addiction sexuelle (Blain et al., 2012 ; Black et al., 1997 ; Carnes & Delmonico, 1996), nous avons souhaité approfondir ces liens à travers l'exploration des modalités d'expositions précoces à la sexualité et l'étude des croyances dysfonctionnelles (notamment anticipatoires, soulageantes et permissives) auprès des individus adultes présentant une addiction sexuelle. C'est donc dans cette perspective qu'a été réalisée l'étude 2 à travers une démarche méthodologique qualitative et dans une visée exploratoire.

Cette étude 2, réalisée sur un sous-groupe de notre échantillon principal nous a permis, à travers une analyse qualitative, de mettre au jour le fait que les sujets présentant une addiction sexuelle, ont été précocement exposés à la sexualité. En effet, les modalités de cette rencontre précoce avec la sexualité se déclinaient sous deux aspects (confrontation aux contenus sexuels explicites et abus sexuels dans l'enfance). Premièrement, deux de nos sujets âgés respectivement de 13 et 14 ans ont rapporté avoir vécus des abus sexuels, dont les auteurs étaient des pairs plus âgés que les victimes. Ensuite, quatre de nos sujets ont déclaré avoir été confrontés précocement aux matériels sexuellement explicites. Ils avaient entre 8 et 14 ans au moment des faits. Ces dernières expériences précoces se sont déroulées dans un contexte environnemental facilitant l'accès à ces matériels (la disponibilité des supports facilement accessibles dans un contexte familial relativement dysfonctionnel, la curiosité au sein du groupe des pairs ou encore une recherche personnelle et volontaire de ces supports dans une envie de découverte). Selon Lebigot (2021, p. 17) un psychotraumatisme suppose nécessairement une effraction de la

membrane psychique par un événement « réel », un effet de surprise et la nature brutale de l'événement. Dans cette perspective, l'abus sexuel est un événement dont le potentiel traumatique est indiscutable. En revanche, la considération de l'exposition précoce aux contenus sexuels explicites comme un événement traumatique peut être discutable, parce que n'entrant pas dans cette conceptualisation. Néanmoins, cette exposition précoce aux contenus sexuels explicites, peut constituer en soi un facteur potentiellement traumatique pour les sujets qui en ont été victimes et dont la gravité serait inversement proportionnelle à l'âge de la première exposition (Riemersma & Sytsma, 2013). En effet, cette hypothèse peut être envisageable en considérant les altérations neurobiologiques retrouvées dans les traumatismes « classiques » (abus physiques et sexuels) et qui contribuent à la mise en place des processus addictifs (Daneback et al., 2006 ; Dematteis, & Pennel, 2016). En effet, le versant neurobiologique du lien entre les traumatismes et les addictions suggère un défaut de réactivité au stress associé à un déficit de contrôle du cortex préfrontal médian sur l'amygdale (Dematteis & Pennel, 2016). Or chez les sujets jeunes, le risque d'altération neurobiologique peut-être élevée en raison du sous-développement des fonctions exécutives et des fonctions de régulation des impulsions du cortex préfrontal, pouvant empêcher le traitement d'informations provenant de ces contenus sexuels explicites. Aussi pourrions-nous envisager chez ces sujets, l'hypothèse de la fragilité des processus adaptatifs et de leur vulnérabilité aux différentes formes de comportements sexuels potentiellement addictifs (Boies et al., 2004 ; Riemersma & Sytsma, 2013). Il s'agit là d'une piste de compréhension clinique qui mérite évidemment d'être explorée en profondeur à travers une démarche méthodologique rigoureuse associant des mesures quantitatives (par le biais des évaluations neurobiologiques et/ou neuropsychologiques) que qualitatives (par le biais d'entretiens cliniques exploratoires). Cette hypothèse pourrait tout à fait s'inscrire dans la lignée de celles qui supposent que l'exposition précoce à des matériels sexuels explicites perturberaient le développement psychosexuel des sujets jeunes (Braun-Courville et al., 2008 ; Bulot et al., 2015 ; Eleuteri et al., 2017 ; Puglia, & Glowacz, 2015). Cependant, il peut s'avérer complexe d'évoquer le mécanisme et le potentiel addictogène d'une exposition précoce (isolée) aux matériels sexuels explicites. Toutefois, à l'instar d'autres troubles psychopathologiques et conduites addictives, dans lesquelles une analyse plurifactorielle est requise afin de mieux cerner les mécanismes étiopathogéniques de ces derniers, il peut être intéressant de spéculer sur le rôle d'autres facteurs et éléments potentiels associés susceptibles d'intervenir (jouant un rôle médiateur ou modérateur) dans la genèse voire le maintien du trouble chez ces individus. Parmi ces facteurs déterminants, nous pouvons distinguer la répétition et la « chronicité » du comportement suite à la toute première

expérience. En effet, si l'exposition précoce modifie les schémas d'excitation sexuelle qui sont réveillés prématurément, la répétition du comportement serait un mécanisme probable pouvant faire le lit du processus addictif (Riemersma & Sytsma, 2013). Par exemple, un de nos participants de l'étude qualitative ayant visionné pour la première fois du matériel à contenu sexuellement explicite vers l'âge 8 ans nous décrivait avoir tendance à cette époque à chercher d'autres contextes pouvant faciliter l'assouvissement de ce besoin « c'était ça prenait déjà beaucoup de temps, c'était un point où parfois je sais, j'entendais mes parents étaient dans la chambre mais je faisais genre je vais aller que je faisais mes devoirs alors que oui j'étais censé faire mes devoirs depuis 2h et je faisais autre chose donc déjà jeune...». Cette chronicisation et cette répétition du comportement seraient aussi liées à la banalisation de la sexualité dans la société. En effet, il est habituel de retrouver dans notre quotidien, des images hautement sexualisées véhiculées à travers les médias, dans les publicités, les films, ce qui constituerait un potentiel facteur de risque de cette chronicisation de l'exposition précoce chez ces sujets et contribuer à la mise en place des processus addictifs. Enfin, à cela peuvent s'ajouter le contenu des supports qui sont garantis par les facteurs instrumentaux liés à l'outil Internet. Ce dernier accessible et disponible en tout temps et en tout lieu, offre également la possibilité aux sujets de s'y connecter dans l'anonymat (Cooper, et al., 1998). Par conséquent, internet par le biais des contenus proposés, pourrait constituer un facteur favorisant le maintien du comportement sexuel problématique.

Cependant, dans la présente recherche, nous n'avons pas observé le phénomène de l'exposition précoce à la sexualité (abus sexuels et exposition aux contenus sexuels explicites) chez tous nos sujets. Ceci confirme partiellement notre hypothèse sur le rôle supposé de l'exposition précoce à la sexualité chez les sujets présentant une addiction sexuelle. Néanmoins, nos résultats peuvent tout de même s'inscrire dans la lignée des résultats de la littérature, ayant mis en évidence le rôle des événements de vie potentiellement traumatiques dans l'addiction sexuelle (Grubbs et al., 2020a ; Labadie et al., 2018 ; Perera et al., 2009 ; Vaillancourt-Morel et al., 2016). En effet, en raison de la rupture de l'équilibre psychique qu'entraînent les événements de vie traumatiques, les comportements d'addiction sexuelle seraient une tentative de reconstitution des traumatismes vécus dans l'enfance, permettant une certaine décharge affective mais aussi une restauration narcissique (McDougall, 2004). Ainsi, l'on peut relever la fonction auto-thérapeutique de l'addiction sexuelle, dont le but est de disperser les affects difficilement contenus par les sujets (Sinanian et al., 2015). Nos sujets ayant vécu des abus sexuels ou/et ayant été exposés précocement aux contenus sexuels explicites, identifient le lien entre ces expériences précoces et leurs conduites addictives actuelles. En effet, dans leur

difficulté à contrôler leurs comportements sexuels, ils disent avoir tendance à rechercher ou à reproduire certaines situations auxquelles ils avaient été confrontés.

Par ailleurs, nous avons trouvé que les sujets masculins avaient plus tendance que les sujets féminins à présenter une pratique sexuelle excessive ou addictive. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de la littérature, qui ont mis en évidence une fréquence plus élevée de l'addiction sexuelle chez les sujets masculins (Cordonnier, 2006 ; Giordano et al., 2017 ; Hegbe et al., 2021 ; Shaughnessy et al., 2011). Nous pouvons tenter d'expliquer ce résultat en considérant à nouveau le rôle des événements de vie potentiellement traumatique (abus sexuels ou exposition précoce aux matériels sexuellement explicites), dans la variabilité et les différences interindividuelles concernant les comportements des sujets suite au psychotraumatisme. À part l'âge (évoqué précédemment), le genre des individus semble également jouer un rôle dans les réponses consécutives aux abus sexuels. En effet, si les filles ont tendance à adopter des comportements plutôt internalisés (troubles anxiodépressifs) les garçons auraient plutôt tendance à adopter des comportements externalisés (Banyard et al., 2004 ; Heath et al., 1996 ; Najman et al., 2005). La littérature suggère quelques explications de ces variabilités interindividuelles. Par exemple, Turner et Turner (1999) ont postulé que les différences entre les sexes en matière de dépendance émotionnelle, explique le fait que les femmes auraient une plus grande dépendance émotionnelle que les hommes. Cette dépendance interpersonnelle serait associée au risque de dépression. Dans cette perspective, les sujets masculins et féminins, bien qu'éprouvant une détresse à la suite des abus sexuels dans l'enfance, peuvent exprimer cette détresse par des symptômes différents.

La survenue de ces événements dans l'histoire développementale des individus concernés, perturberait également les schémas et croyances en construction ou construits par ces sujets sur eux-mêmes, sur les autres et sur le monde qui les entoure. En effet, l'hyperactivation des schémas cognitifs en face des situations à risque engendre des croyances dysfonctionnelles addictives anticipatoires, soulageantes et permissives. L'étude 2 a permis d'explorer la présence de ces croyances chez nos sujets présentant une addiction sexuelle. En effet, les croyances anticipatoires sont activées chez nos sujets par des situations à venir perçues et interprétées comme potentiellement stressantes et angoissantes. L'anticipation pourrait se caractériser par la tendance imaginative, mais aussi l'implication des processus cognitivo-émotionnels qui induisent chez nos sujets un rappel des émotions positives vécues dans les situations passées. Ceci pourrait les amener à expérimenter d'avance leurs réactions émotionnelles, à en prévoir les conséquences positives, tel que le sentiment de bien-être qui découlerait de leur engagement dans les comportements sexuels. De plus, nous retrouvons des facteurs de risques et de

vulnérabilités, tels que la consommation d'alcool, le sentiment de mal-être et de solitude, qui sont susceptibles d'amener les sujets à anticiper voire déclencher la séquence comportementale de l'addiction sexuelle. Par ailleurs, les sujets s'engagent dans les comportements sexuels pour retrouver un certain équilibre et pour se détendre. Il s'agit des croyances soulageantes activées dans ces cas de figures et qui sont associées aux croyances anticipatoires. En effet, dans les classes de mots générées par notre analyse, ces deux types de croyances appartenaient à la même classe. Ceci pourrait signifier que ces dernières sont soit déclenchées par les mêmes situations à risque (internes ou externes) soit font appel aux mêmes processus cognitifs sous-jacents. En conséquence, nous pouvons admettre que le recours à l'activité sexuelle pourrait avoir une visée auto-thérapeutique pour faire face au stress et aux affects anxiodépressifs, qui sont positivement associés à l'addiction sexuelle chez nos sujets. Enfin nous avons identifié la présence de croyances permissives chez nos sujets. Ces dernières justifient et « autorisent » la continuation des comportements sexuels malgré les conséquences négatives. Par exemple, nos sujets ont tendance à penser que le besoin sexuel de l'Homme peut être incontrôlable. En effet ces croyances permissives constituent des processus cognitifs amenant nos sujets à justifier la prise de décision de s'engager dans les comportements sexuels pour faire face aux situations d'adversités. Ces sujets auraient donc tendance à minimiser voire ne pas tenir compte des conséquences négatives de leurs comportements mais plutôt à justifier la nécessité de leur mise en œuvre. De ce fait, ces croyances renforceraient le processus addictif qui se caractérise entre autres par la difficulté à réduire ou arrêter un comportement problématique. Dans une certaine mesure, ces résultats peuvent également être mis en lien avec les niveaux d'impulsivité élevés chez nos sujets présentant une addiction sexuelle. Plus précisément le manque de persévérance dont le niveau est élevé chez nos sujets, est associée à une déficience dans la capacité à inhiber des informations antérieures (telles que celles relatives aux conséquences des comportements passés) qui ne sont plus pertinentes. Nous reviendrons sur le rôle potentiel de cette dimension dans la partie de notre discussion consacrée aux liens entre les dimensions de l'impulsivité, la dysrégulation émotionnelles et l'addiction sexuelle. Néanmoins, cette hypothèse compréhensive suggère des liens actifs à supposer entre les croyances addictives et les processus de prise de décisions. En définitive, à l'instar des études ayant porté sur le rôle des croyances addictives dans les addictions aux substances et aux jeux vidéo, notre étude suggère la présence de croyances spécifiques également chez les sujets présentant une addiction sexuelle. Ainsi, la présente étude est la première à avoir mis en évidence une similarité catégorielle entre les croyances addictives et le comportement sexuel addictif.

Enfin, dans l'étude 1, nous avons trouvé une prévalence élevée du trouble de la personnalité borderline élevée chez les sujets présentant des conduites cybersexuelles problématiques. Ce résultat confirme les travaux sur la prévalence de ce trouble de la personnalité dans les conduites addictives en général (Barrault & Varescon, 2012 ; Bernardi & Pallanti, 2009 ; Dervaux & Laqueille, 2016, Sansone, & Sansone, 2011a). Les liens significatifs entre le trouble de la personnalité borderline et les conduites addictives peuvent s'expliquer par les niveaux élevés d'impulsivité, occupant une place centrale et fondamentale dans les deux entités nosographiques. L'impulsivité fréquemment observée chez les personnes présentant le trouble de la personnalité borderline peut être associée à un déficit d'inhibition des réponses rapides et une tendance à rechercher une récompense immédiate (Coffey et al., 2011). Il s'agit d'une tendance également très présente chez les sujets présentant les conduites addictives (Rømer et al., 2018). Cependant son niveau semble plus élevé chez les sujets présentant des conduites addictives, comparé à ceux n'en présentant pas (Derveaux & Laqueille, 2016). Aussi est-il suggéré une relation bidirectionnelle entre impulsivité et addiction : l'impulsivité peut être perçue comme est un facteur clé favorisant de façon indépendante les conduites addictives (Coffey et al., 2011 ; Rømer et al., 2018). A l'inverse, les conduites addictives favorisent l'impulsivité (De Wit, 2009 ; Field et al., 2010). Le lien entre personnalité borderline et addiction sexuelle a déjà été souligné dans la littérature (Debray et al., 2013 ; Elmquist et al., 2016 ; Lloyd et al., 2007). En résumé, l'addiction sexuelle et le trouble de personnalité borderline semblent partager en communs des caractéristiques cliniques notamment des traits sous-jacents. L'incapacité à contrôler les impulsions qui caractérise les deux entités cliniques, se manifeste chez les sujets présentant des symptômes borderline et des comportements sexuels compulsifs par un comportement sexuel problématique à risque tels que les rapports sexuels non protégés, le multipartenariat sexuel (Miner & Coleman, 2013 ; Sansone & Sansone, 2011b). Cependant, nos résultats ont montré qu'hormis les facteurs généraux ou communs aux addictions (par exemple les événements de vie traumatiques de l'enfance, les croyances addictives) il existe des facteurs spécifiques susceptibles d'entraîner le développement d'un type particulier d'addiction (notamment le faible niveau d'extraversion, la tendance à un fort caractère consciencieux).

Par ailleurs, nos résultats suggèrent également que les sujets présentant un trouble de personnalité borderline et qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance, en particulier des abus sexuels, seraient susceptibles de développer des conduites cybersexuelles problématiques. Ceci ne semble pas anodin au vu de l'objet d'addiction. En effet, 35 % de nos sujets de l'étude 1

présentant un trouble de personnalité borderline et des conduites cybersexuelles problématiques rapportent des antécédents d'abus sexuels. Ce lien entre abus durant l'enfance, troubles de la personnalité et conduites addictives a déjà été mis en évidence dans la littérature. Haller et Miles (2004) ont trouvé que 64 % des participantes dépendantes à des drogues ont été abusées durant l'enfance et présentent fréquemment des troubles de la personnalité, en particulier les personnalités antisociales, borderline et évitantes. Cependant, leur étude n'a porté que sur des femmes dépendantes à des substances psychoactives. Nos résultats suggèrent donc une extension de ces liens dans les addictions sexuelles en ligne. Cette étude 1 a esquissé les liens entre le trouble de la personnalité borderline et les conduites d'addiction cybersexuelle et a ouvert la perspective de considérer le rôle des caractéristiques de la personnalité dans l'addiction sexuelle de façon plus globale et complète.

3. PERSONNALITE ET ADDICTION SEXUELLE

L'étude 5 visait à identifier les composantes normales et pathologiques de la personnalité (à la fois de façon dimensionnelle et catégorielle) chez les sujets présentant une addiction sexuelle. Cette étude a montré que certaines caractéristiques de personnalité sont liées à l'addiction sexuelle. En effet, en considérant la perspective dimensionnelle, les sujets présentant une addiction sexuelle présentaient également une tendance à un fort névrosisme ($p = 0,06$). Cependant, les analyses de corrélation ont montré que cette dimension était significativement associée à l'addiction sexuelle. De plus, nos sujets présentant cette addiction présentaient également une faible extraversion et la tendance à un fort caractère consciencieux ($p = 0,06$). Même si corrélation ne signifie pas causalité, l'association entre le névrosisme et l'addiction sexuelle pourrait signifier que les sujets présentant une addiction sexuelle seraient plus susceptibles aux émotions négatives et présenteraient une faible capacité à réguler ces dernières. L'engagement dans ces comportements viserait à réguler ces affects négatifs. Ce résultat est en accord avec les travaux de la littérature spécialisée dans le domaine des conduites addictives en général (Andreassen et al., 2018 ; Carvalho et al., 2015 ; Cashwell et al., 2016 ; Paz et al., 2021 ; Shimoni et al., 2018). En effet, la dimension névrosisme est fréquemment associée aux comportements impulsifs et à une prise de risque liés au sexe (Hoyle et al., 2000 ; Shimoni et al., 2018). De plus, les sujets présentant l'addiction sexuelle présenteraient également une plus grande vulnérabilité et des difficultés à faire face au stress (Carvalho et al., 2015).

Par ailleurs, l'association entre un faible niveau d'extraversion et l'addiction sexuelle diffère des travaux de la littérature, qui ont mis en évidence une forte extraversion dans les conduites addictives de façon générale et l'addiction sexuelle de façon particulière (Schmitt, 2004 ; Walton et al., 2017). Ce résultat pourrait s'expliquer en considérant le type de désir et de comportement sexuel privilégié par nos sujets. Par exemple, Spector et al. (1996) ont suggéré une distinction entre le désir sexuel dyadique et le désir sexuel solitaire ; le premier concerne les comportements sexuels avec un partenaire tandis que le second concerne les comportements sexuels solitaires. Le niveau d'extraversion pourrait varier en fonction du type de désir sexuel (Rettenberger et al., 2016). Dans le cadre de ce travail de thèse, nous n'avons pas distingué spécifiquement le type d'activité sexuelle ou de désir sexuel. Cependant, le fait que nos sujets soient recrutés en ligne peut suggérer qu'ils ont tendance à privilégier les activités sexuelles en ligne et donc des désirs sexuels solitaires. Par ailleurs, pour tenter de relier certaines dimensions de personnalité à l'addiction sexuelle, nous pouvons nous appuyer sur l'hypothèse formulée par Brunault et al. (2018) à partir de la théorie des traits cardinaux, centraux et secondaires de personnalité développée par Allport (Allport, 1937). En effet, dans le cadre de l'addiction à l'alimentation chez les personnes obèses, ces auteurs ont suggéré que certaines dimensions de personnalité pourraient augmenter le risque général de développer une addiction (en l'occurrence un fort névrosisme), tandis que des traits secondaires (i.e., niveau d'extraversion) pourraient augmenter le risque de développer une addiction en particulier. Cette hypothèse pourrait s'appliquer aux sujets présentant une addiction sexuelle, qui, à l'instar de l'addiction à l'alimentation appartient à la catégorie addictions comportementales. Dans cette perspective, chez nos sujets présentant une addiction sexuelle, nous pouvons également faire l'hypothèse qu'un plus fort risque d'addiction sexuelle pourrait exister chez les personnes avec une tendance à un niveau élevé de névrosisme. Ces derniers vont recourir aux comportements sexuels comme mécanismes inadaptés pour faire face aux affects négatifs, tandis que la dimension d'extraversion déterminerait plus spécifiquement le type d'activités concernées par l'addiction sexuelle. A partir de notre suggestion selon laquelle nos sujets auraient tendance à s'engager dans les activités sexuelles en ligne, les sujets ayant un faible niveau d'extraversion pourraient ainsi avoir un plus fort risque d'addiction cybersexuelle. En effet, le comportement sexuel en ligne est plus facilement accessible dans la société actuelle grâce à internet. Ce dernier comporte certaines propriétés susceptibles de renforcer le pouvoir addictogène de certaines pratiques sexuelles. Il s'agit de l'accessibilité, la disponibilité et l'anonymat (Cooper et al., 1998). En effet, les sites à caractère sexuel peuvent être consultés en ligne 7 jours sur 7, à toute heure (accessibilité). De plus une grande partie de ces sites sont gratuits ou accessibles à moindre coût

(disponibilité) et l'utilisation d'Internet peut permettre de protéger et son identité en restant caché derrière son écran d'ordinateur (anonymat). A l'inverse, les sujets ayant un niveau élevé d'extraversion pourraient avoir un plus fort risque d'addiction sexuelle hors ligne. Enfin, nous pouvons également postuler que ce faible niveau d'extraversion soit associé à de potentiels événements de vie traumatiques que nos sujets présentant une addiction sexuelle auraient vécus et qui pourraient limiter leur intérêt pour l'investissement d'une relation dyadique voire l'exploration du monde extérieur. Ce qui peut sembler également cohérent avec les résultats de l'association entre addiction sexuelle et névrosisme d'une part, mais aussi les résultats de l'étude 2 sur le rôle de l'exposition précoce à la sexualité dans l'addiction sexuelle d'autre part. Cependant, les traumatismes n'ayant pas été mis en évidence chez tous nos sujets, nous ne pourrions, à partir de ces éléments d'hypothèses, affirmer des liens de causalité entre ces variables.

Enfin, notre étude fait partie des premières à trouver une association entre la tendance à une fort caractère consciencieux et l'addiction sexuelle. En effet, la littérature scientifique a souvent suggéré des niveaux faibles du caractère consciencieux chez les sujets présentant des conduites addictives (Brunault et al., 2018 ; Hoyle et al., 2000 ; Rettenberger et al., 2016). Cette dimension est caractérisée par la capacité à inhiber les impulsions et la tendance à différer la satisfaction des besoins tout en tenant compte des objectifs à long terme et des contraintes (Rolland, 2019). Ceci explique le fait que les personnes présentant un faible niveau du caractère consciencieux auraient plutôt une préférence pour la satisfaction immédiate des désirs et donc des comportements problématiques voire addictives. Cependant, le niveau élevé du caractère consciencieux pourrait aussi indiquer une forte tendance à des comportements compulsifs, des sentiments de solitude et de culpabilité (Luminet, 2008 ; Trull & Widiger, 2013), qui sont des caractéristiques cliniques retrouvées également chez les personnes présentant une addiction sexuelle (McBride et al., 2008). Cette hypothèse nous permet de donner un sens à notre résultat, qui a priori pourrait sembler contradictoire, concernant cette dimension. Ce résultat actuel pourrait également être mieux compris en considérant la corrélation négative trouvée entre le caractère consciencieux et l'extraversion. En effet, les sujets ayant un caractère consciencieux élevé pourraient inhiber l'expression de comportements prosociaux. Enfin, si ce résultat semble cohérent avec la forte prévalence des troubles de la personnalité de type C (notamment les troubles de la personnalité évitante et obsessionnelle-compulsive) dans le groupe des individus souffrant d'addiction sexuelle, ils pourraient contredire quelque peu la forte prévalence des troubles de la personnalité de type B (troubles de la personnalité borderline et antisociale

caractérisés tous les deux par des niveaux élevés d'impulsivité). Cependant, aucune corrélation n'a été trouvée entre le caractère consciencieux et les troubles de la personnalité du cluster B, ni entre cette dimension et les troubles de la personnalité du cluster C dans le groupe des personnes ayant une addiction sexuelle. Dans une certaine mesure, ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature, qui n'ont pas réussi à obtenir de relation entre certaines dimensions du modèle à cinq facteurs et les troubles de la personnalité. Cet échec peut être expliqué par le fait que les items du modèle à cinq facteurs évaluent les expressions adaptatives plutôt que maladaptives de ces dimensions du fonctionnement de la personnalité (Haigler & Widiger, 2001).

Par ailleurs, concernant les troubles de la personnalité, nous avons trouvé une prévalence élevée des troubles de personnalité auprès des personnes présentant une addiction sexuelle, et une association entre cette dernière et les troubles de personnalité.

D'abord, le fait que les troubles de la personnalité du groupe B (troubles de la personnalité borderline et antisociale) et du groupe C (troubles de la personnalité évitante et dépendante) soient significativement élevée, a confirmé nos hypothèses et corroboré les travaux précédents ayant mis en évidence ces troubles de la personnalité chez les personnes présentant l'addiction sexuelle (Barrault et al., 2016 ; Elmquist et al., 2016 ; Hull et al., 1993). Le trouble de la personnalité antisociale prédisait particulièrement les scores d'addiction sexuelle. En effet, la tendance aux passages à l'acte, parfois de façon impulsive et souvent décalée par rapport à la société et la labilité de l'humeur décrit dans ce trouble de la personnalité, sont des facteurs psychopathologiques mis en évidence chez des sujets présentant comportements sexuels à risque (Emond et al., 2016 ; Tapia et al., 2012). Ce trouble de la personnalité partagerait également des traits psychopathologiques communs telle que l'impulsivité avec l'addiction sexuelle. Ces résultats sont cohérents et peuvent être mis en lien avec ceux de l'étude 4 ayant mis en évidence les niveaux élevés d'impulsivité chez nos sujets. En effet, si les résultats de l'étude 5 nous indiquent que les niveaux d'impulsivité peuvent être élevés chez nos sujets (par le biais des troubles de la personnalité antisociale et borderline), ceux de l'étude 4 permettent d'isoler et d'identifier les dimensions spécifiques d'impulsivité pouvant être concernées. Ainsi, les résultats de ces deux études se complètent mutuellement.

Par ailleurs, si dans l'étude 5, les troubles de la personnalité évitante et dépendante semblent exacerber la sévérité de l'addiction sexuelle, seul le trouble de la personnalité dépendante prédisait cette addiction. Ce trouble de personnalité partagerait également des caractéristiques communes avec le trait névrosisme, qui a tendance à être élevée chez nos sujets présentant une

addiction sexuelle. Ces résultats suggèrent que nos sujets qui présentaient une addiction sexuelle, présenteraient une fragilité émotionnelle mais aussi une vulnérabilité au stress, des caractéristiques cliniques bien souvent retrouvées dans les addictions comportementales (Barrault & Varescon, 2012 ; Raymond et al., 2003 ; Zadra et al., 2016), stipulant que ce trouble de personnalité serait bien un facteur de risque de l'addiction sexuelle. En outre, l'association entre névrosisme et personnalité dépendante nous amène également à postuler l'existence de mauvaises expériences de soins précoces et de troubles de l'attachement dans l'enfance, qui sont les éléments cliniques retrouvés également chez les personnes présentant des fréquences élevées de comportements sexuels voire à risque (Faisandier et al., 2012 ; Petrican et al., 2015 ; Poudat & Lagadec, 2017).

En ce qui concerne les troubles de la personnalité du groupe A, les troubles schizotypique et paranoïaque semblent prédire l'addiction sexuelle. Ces résultats peuvent sembler contradictoires, surtout si l'on considère l'addiction sexuelle impliquant des activités sexuelles hors ligne ou impliquant des relations avec des partenaires. En effet, le trouble de la personnalité schizotypique est caractérisé par des déficits sociaux et interpersonnels marqués par une gêne aiguë et une capacité réduite pour les relations proches, ainsi que par des distorsions cognitives ou perceptives et des excentricités de comportement (APA, 2013). Cependant, ces résultats pourraient s'expliquer plus aisément si l'on considère essentiellement les comportements sexuels en ligne. En effet, le déficit dans les relations sociales que présentent les personnes ayant une personnalité schizotypique pourrait diminuer dans le cas de comportements cybersexuels, puisque l'interaction sociale est médiatisée par le contexte virtuel. Ainsi, d'une part, ces personnes pourraient réaliser facilement leurs activités sexuelles problématiques via ce média. D'autre part, en ce qui concerne les dimensions cognitives et perceptives désorganisées qui caractérisent ce trouble de la personnalité, il pourrait être plus facile pour eux de partager leurs croyances sur les comportements sexuels sans difficulté ni crainte du jugement des autres. De plus, en cohérence avec les résultats de l'étude 2, nous pouvons postuler chez ces personnes le rôle déterminant des croyances dysfonctionnelles addictives dans le développement de leur comportement sexuel addictif étant donné la prégnance des distorsions cognitives décrites chez ces sujets. Cette perspective permettrait également d'expliquer la prédiction de l'addiction sexuelle par le trouble de la personnalité paranoïaque, dont l'association avec l'addiction sexuelle a tout de même été déjà mise en évidence dans la littérature (Black et al., 1997 ; Raymond et al., 2003).

Enfin, nous avons trouvé que certains traits et troubles de la personnalité partageraient des caractéristiques communes notamment chez nos participants. Ceci constitue un des aspects clés qui justifiaient de la nécessité de considérer simultanément ces deux caractéristiques dans la présente étude. En effet, nous avons trouvé que les troubles caractérisés par la timidité et le détachement des relations sociales, l'évitement et une gamme limitée d'expressions émotionnelles (troubles de la personnalité schizoïde et évitante) étaient négativement associés à l'extraversion. En revanche, le trouble de la personnalité histrionique, caractérisé par la sociabilité et la grégarité, était positivement associé à l'extraversion. Nous avons également constaté que les troubles de la personnalité caractérisés par une perturbation émotionnelle (troubles de la personnalité évitante et dépendante) étaient positivement associés au névrosisme. Ainsi, certains troubles de la personnalité présenteraient les mêmes traits latents que les dimensions de la personnalité, mais avec une variante inadaptée (Bagby et al., 2005 ; Lynam, 2012 ; Rossier et al., 2008 ; Widiger & Costa, 1994), pouvant jouer un rôle déterminant dans l'addiction sexuelle. Cependant, nous avons également trouvé des résultats qui paraissaient parfois contradictoires d'un point de vue théorique et au regard de la littérature. En effet, nous avons trouvé que les troubles de la personnalité du cluster A (paranoïaque, schizotypique, schizoïde) et cluster B (narcissique) étaient positivement associés à l'agréabilité, ce qui semblait contradictoire avec les données de la littérature (Bagby et al., 2005 ; Saulsman & Page, 2004). Nous pourrions expliquer ce dernier résultat par le fait que cette dimension peut ne pas être appréhendée correctement par le biais de certaines échelles et questionnaires de personnalité notamment, ceux très courts et peu discriminants (Courtois et al., 2020 ; Haigler & Widiger, 2001).

Notre étude a donc le mérite de confirmer les résultats des précédents travaux ayant porté sur les liens entre certaines dimensions de la personnalité (le névrosisme) et l'addiction sexuelle. Elle souligne également, pour la première fois, le rôle de certains facteurs de personnalité (faible extraversion et tendance à un niveau élevé du caractère consciencieux) dans cette addiction spécifique. De plus, si nous avons trouvé une prévalence élevée des troubles de la personnalité (notamment ceux du cluster B que dans le cluster C) notre étude a le mérite de mettre en évidence le fait que certains éléments de personnalité partageant des caractéristiques communes jouent un rôle déterminant dans l'addiction sexuelle. En effet, dans le groupe des sujets présentant une addiction sexuelle, nous avons trouvé des liens positifs entre la dimension névrosisme et les troubles de la personnalité évitante et dépendante ; des liens positifs entre la dimension extraversion et le trouble de la personnalité histrionique et des liens négatifs entre la

dimension extraversion et les troubles de la personnalité schizoïde et évitante. Enfin, notre recherche a également mis en évidence le rôle prédictif de certains troubles de la personnalité du cluster A (en l'occurrence les troubles de la personnalité schizotypique et paranoïaque).

L'étude sur les caractéristiques de la personnalité et l'addiction sexuelle nous permet de considérer les troubles de la personnalité, qui représentent des variantes pathologiques des traits de personnalité comme des facteurs de risque susceptibles d'augmenter la sévérité de l'addiction sexuelle. Les difficultés des sujets présentant cette addiction et ces troubles de la personnalité sous-jacents se traduisent par une incapacité notoire à réguler leurs émotions et une tendance à avoir des réactions rapides sans considérer les conséquences néfastes associés à leurs comportements sexuels surtout lorsqu'ils prennent la décision de s'y engager.

4. DIMENSIONS DE PERSONNALITE, DYSREGULATION EMOTIONNELLE, ET IMPULSIVITE DANS L'ADDICTION SEXUELLE

L'étude 4 visait à mettre en évidence le rôle des dimensions spécifiques de l'impulsivité, des facteurs et stratégies de régulation des émotions ainsi que des affects anxiodépressifs dans l'addiction sexuelle. Conformément à notre hypothèse principale, la présente recherche a montré que les personnes qui présentent une addiction sexuelle rencontrent des difficultés particulières à réguler leurs émotions. Par ailleurs, nous avons trouvé que la dépression et l'anxiété étaient significativement associées à la dysrégulation émotionnelle. Ces résultats suggèrent que les sujets présentant une addiction sexuelle seraient incapables d'identifier leurs propres émotions, d'accepter leur réponse émotionnelle, lorsqu'elles ressentent des affects dépressifs sévères ou de mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un état émotionnel négatif. Ceci est cohérent avec les modèles de troubles émotionnels postulant que les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont le résultat d'une dysrégulation émotionnelle de l'affectivité négative, associée à des déficiences de l'affectivité positive (Hofmann et al., 2012). De plus, nous avons trouvé que l'addiction sexuelle était significativement associée à la dimension névrosisme d'une part et d'autre part, que les sujets présentant cette addiction auraient présenteraient une tendance à un niveau élevé de névrosisme. Or ce trait de personnalité est un facteur correspondant à une susceptibilité à des états émotionnels négatifs et prédisposant les individus à en faire l'expérience (Costa & McCrae, 1980 ; Rolland, 2019).

Il est considéré comme un facteur de risque de la dépression (Rolland, 2019, p. 36 ; Kendler et al., 2004). Par ailleurs, d'un point de vue clinique, un mécanisme potentiel qui sous-tend l'effet du névrosisme sur la dépression et qui se retrouve également présent dans l'addiction sexuelle est le sentiment de honte. Ce sentiment est vécu comme un mépris de soi, un sentiment d'inadéquation et une désapprobation douloureuse de soi, trouvant son origine aussi bien dans les événements de vie traumatiques que dans les négligences des prises en charge précoces au début du développement (Adams, 2019 ; Dearing et al., 2005). Ce sentiment de honte est activement présent dans l'addiction sexuelle. Il est notamment associé aux difficultés de contrôle du comportement sexuel en exacerbant les affects anxiodépressifs et en entretenant avec intensité le cycle compulsif de l'addiction sexuelle (Adams, 2019 ; Adams & Robinson, 2001 ; Carnes, 1983). Ces résultats sont également cohérents avec la présence d'un niveau faible d'extraversion chez nos sujets présentant une addiction sexuelle. La présence de difficultés de régulation émotionnelle chez les sujets montrant ce faible niveau d'extraversion, pourrait bien constituer un facteur de risque pour le développement de l'addiction sexuelle comme une stratégie compensatoire.

Par ailleurs, le fait que la dysrégulation émotionnelle soit associée à l'addiction sexuelle concorde et complète les études précédentes ayant mis en lien les dimensions de la dysrégulation émotionnelle et l'addiction sexuelle (Boström et al, 2020 ; Cashwell et al., 2016 ; Chatzittofis et al., 2016). En effet, face aux affects anxiodépressifs liés à différents facteurs et événements de vie, les sujets présentant une addiction sexuelle vont rencontrer des difficultés à contrôler leurs impulsions (Impulsion) et à accepter leur réponse émotionnelle (Non-acceptation), en particulier lorsqu'ils ressentent ces affects négatifs. Ainsi, en cohérence avec le modèle de Goodman (1993) présenté dans notre partie théorique, la fonction du comportement sexuel addictif serait de réduire ces affects négatifs et permettre aux individus de retrouver un certain équilibre. Même si tous nos sujets n'ont pas été confrontés aux événements de vie traumatiques, il peut-être tout de même possible d'émettre des réflexions sur de potentiels liens entre les événements de vie traumatiques et la dysrégulation émotionnelle retrouvée chez les sujets présentant une addiction sexuelle. En effet, face à un traumatisme sexuel, et l'effraction que cela entraîne, le sujet a parfois recours à un mécanisme dissociatif permettant de refouler et de mettre à distance les émotions intenses associées à l'événement. Ainsi, le traumatisme constitue une expérience de dissociation ayant permis au sujet de survivre à l'évènement traumatogène et dans une certaine mesure de réguler sa vie émotionnelle (Duriez, 2016). Cependant, en nous appuyant sur cette conceptualisation de Duriez (2016) et en nous référant

au modèle de McDougall (2004) qui envisageait la répétition des conduites addictives comme une tentative de reconstitution du traumatisme vécu dans l'enfance, nous pouvons admettre le postulat selon lequel l'addiction sexuelle serait une conduite dissociante (en d'autres termes une certaine mise en acte de reviviscences) permettant une certaine régulation émotionnelle chez les sujets ayant été victimes de traumatismes précoces. Le sujet fonctionne comme s'il était dans l'incapacité de retrouver une homéostasie psychique en dehors de ces comportements sexuels. Il va donc chercher voire provoquer des situations pouvant l'aider à se dissocier lorsqu'il est confronté au stress et aux affects anxiodépressifs.

Par ailleurs, cette étude a également mis en évidence que l'anxiété et la dépression semblent constituer des médiateurs partiels de la relation entre les dimensions d'impulsivité, la dysrégulation émotionnelle et l'addiction sexuelle. Nos résultats sont cohérents avec la littérature. Ils peuvent s'inscrire dans les modèles théoriques qui suggèrent que malgré les conséquences potentiellement négatives de leurs comportements sexuels à long terme, les individus présentant une addiction sexuelle utilisent ces comportements de façon impulsive comme une "automédication" pouvant soulager leurs états dysphoriques. Le comportement sexuel représenterait donc un mécanisme inadapté pour soulager leur anxiété et leur humeur dépressive. Cependant, la détresse psychologique qui en résulte, en raison de la perte de contrôle, pourrait à son tour exacerber les affects anxiodépressifs, amplifiant le trouble de l'addiction sexuelle, tel un cercle vicieux (Carnes, 1983 ; Reed & Blaine, 1988 ; Gold & Heffner, 1998).

Enfin, nos résultats ont également montré des niveaux élevés d'impulsivité chez les sujets présentant une addiction sexuelle comparés à ceux n'en présentant pas. Plus précisément, nos sujets présentant cette addiction présentaient également des scores élevés aux dimensions urgence et manque de persévérance. Dans la perspective transthéorique de l'impulsivité, ces dimensions semblent appartenir au même processus notamment celui de la prise de décision. Le modèle transdiagnostique de Billieux et al. (2014) sur le rôle de l'impulsivité dans l'addiction présenté dans notre partie théorique peut donc s'appliquer parfaitement à l'addiction sexuelle. En effet, nos participants caractérisés par un haut niveau d'urgence auraient davantage de difficultés à ne pas adopter le comportement d'addiction sexuelle, particulièrement dans un contexte émotionnel négatif ainsi que dans des situations où ce comportement a été fortement automatisé ou encore en réaction à des indices externes (exemple de nos sujets de l'étude qualitative chez qui la « consommation d'alcool » ou « la vue d'une femme dans la rue » peut déclencher automatiquement la séquence comportementale d'addiction sexuelle) ou internes

(émotions négatives). Par ailleurs, les sujets présentaient également des niveaux élevés à la dimension manque de persévérance. Ce résultat suggère que nos sujets présenteraient des difficultés à rester concentrés sur une tâche difficile ou ennuyeuse. De plus, le manque de persévérance a été lié à une déficience de la résistance à l'interférence proactive (c'est-à-dire des déficiences dans la capacité à inhiber des informations antérieures qui ne sont plus pertinentes) et à une conscience réduite des tâches en cours (Gay, et al., 2008 ; Rochat, et al., 2018), et pouvant également interagir avec le stress. En effet, Canale et al. (2017) ont effectué une étude visant à évaluer l'influence du stress dans la prise de décision de paris dans les jeux d'argent auprès de deux groupes de sujets. Ils ont montré que les individus ayant un faible niveau de persévérance jouaient davantage après avoir subi une perte dans une situation stressante que les sujets du groupe contrôle. Dans notre étude, nous avons trouvé des liens significatifs entre l'anxiété et la dépression et l'addiction sexuelle, suggérant que les individus présentant une addiction sexuelle présenteraient aussi une grande vulnérabilité au stress. En nous appuyant sur ce modèle de Billieux et al. (2008), nous pouvons postuler que les processus cognitifs sous-jacents au manque de persévérance (retrouvés chez les joueurs d'argent) pourraient contribuer à expliquer les liens entre le manque de persévérance et les comportements d'addiction sexuelle. En effet, à l'instar des joueurs pathologiques, les individus présentant une addiction sexuelle et ayant une persévérance réduite seraient enclins à l'ennui, et présenteraient des difficultés d'attention. Par conséquent, ces sujets peuvent être facilement distraits par des activités excitantes, présenter une moindre disponibilité de leurs ressources cognitives générales et agir à l'encontre de leur meilleure connaissance de leur problématique (par exemple, se concentrer plus sur les commentaires négatifs relatifs à leurs comportements d'addiction sexuelle).

L'association entre les dimensions urgence, manque de préméditation et de recherche de sensations aux scores d'addiction sexuelle indiquent que plus nos sujets ont tendance à prendre des décisions rapides, à manquer de préméditation, plus ils présenteront de façon sévère les symptômes d'addiction sexuelle. Nos résultats pourraient donc expliquer la présence des processus cardinaux de l'addiction sexuelle chez nos sujets, notamment la perte de contrôle et la non prise en compte des conséquences négatives des comportements d'addiction sexuelle. Nos résultats corroborent donc ceux trouvés dans littérature scientifique qui suggèrent, que les sujets ayant une plus grande impulsivité sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements d'addiction sexuelle, et les perpétuer malgré les conséquences néfastes

associées à leur trouble (Bóthe et al., 2019 ; Pachankis et al., 2014 ; Raymond, 2003 ; Walton et al., 2017).

Nos résultats et toutes les pistes d'explications développées dans notre discussion générale sont illustrés à travers la figure 9. Ce schéma pourrait constituer un modèle probable d'explication de l'addiction sexuelle.

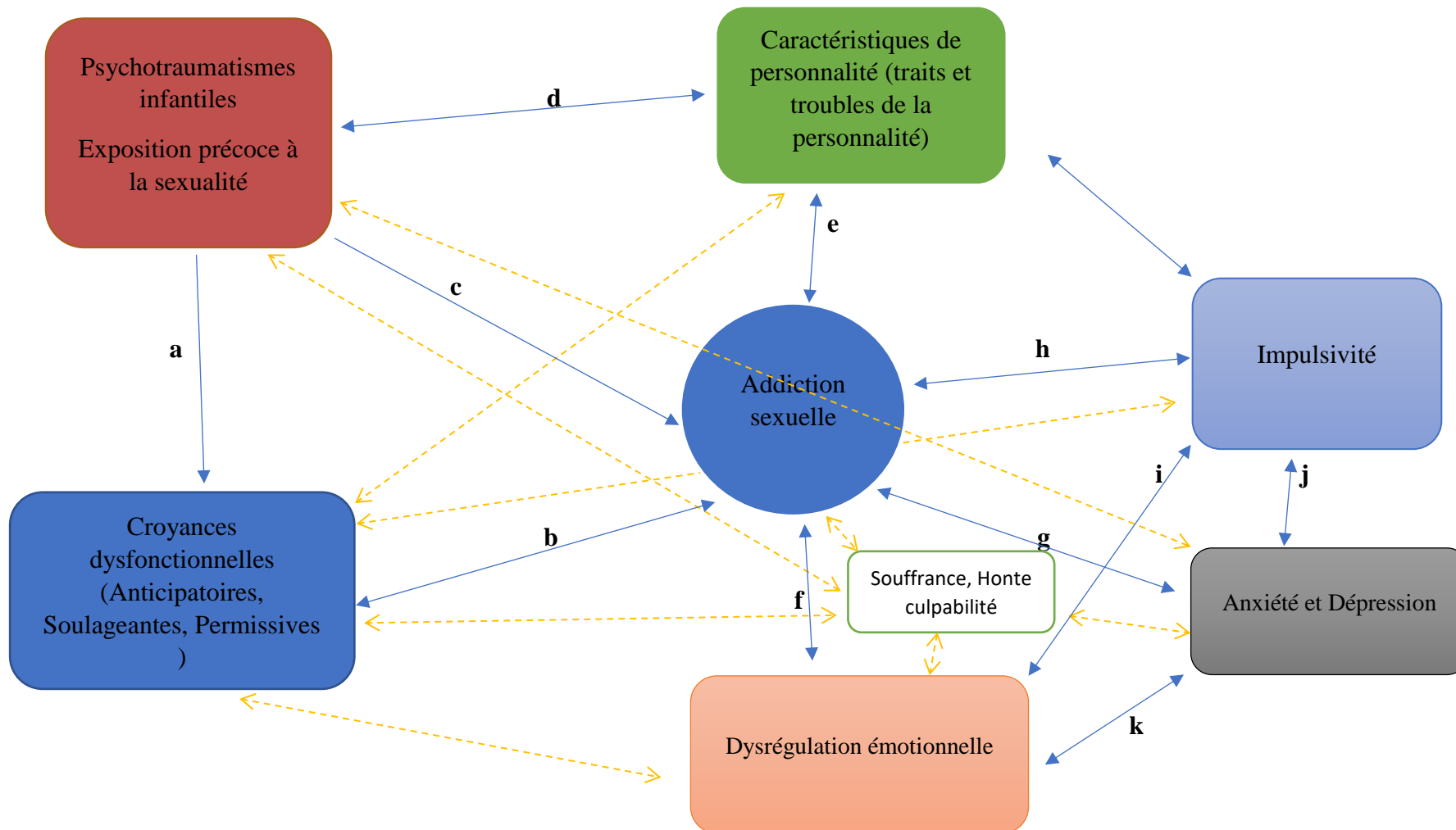


Figure 9 : Modèle général explicatif de l'addiction sexuelle

- Les flèches bleues représentent les liens significatifs retrouvés dans le cadre de ce travail de thèse.
- Les flèches en pointillés représentent les liens et les hypothèses possible

Ce modèle suggère que les sujets présentant une addiction sexuelle auraient fait des expériences sexuelles précoces (incluant la confrontation précoce aux contenus sexuellement explicites ou les abus sexuels dans l'enfance). Ces expériences sexuelles tout en perturbant l'équilibre psychique des individus en plein développement, contribuent à la mise en place chez eux des schémas cognitifs dysfonctionnels. L'hyperactivation de ces schémas par le biais des problèmes et des événements de la vie courante aboutit à des systèmes de croyances dysfonctionnelles notamment addictifs (anticipatoires, soulageantes et permissives) **(a)**. Ces derniers à leur tour entraînent l'émergence d'émotions et de comportements inadaptés tels que les comportements sexuels addictifs **(b)**. Dans le développement de leurs conduites addictives, les sujets concernés auront tendance à reproduire, à remettre en actes les scènes traumatiques vécus précocement pour retrouver une certaine homéostasie psychique (ce qui est matérialisé par les flèches à double sens **(c)**) notamment lorsqu'émerge une affectivité négative associée au sentiment de honte et culpabilité. (Voir description à la figure 4).

Par ailleurs, comme suite à la description présentée en légende de la figure 3, il existe une influence mutuelle entre les psychotraumatismes infantiles et les caractéristiques de personnalité (dimensions et troubles de personnalité). Les événements de vie traumatiques joueraient un rôle déterminant dans la genèse des traits et troubles de personnalité **(d)** ; En retour, ces deux facteurs sont liés à l'addiction sexuelle **(c et d)**.

Concernant les caractéristiques de la personnalité, si les traits de personnalité constituent des facteurs pouvant amener les sujets à développer un type particulier d'addiction, les troubles de la personnalité qui constituent des traits pathologiques, constitueraient des facteurs de risque et de complexité clinique de l'addiction sexuelle. Cependant, si nous considérons certaines caractéristiques communes que partagent certains troubles de la personnalité et l'addiction sexuelle, notamment les dimensions d'impulsivité, ces troubles de la personnalité peuvent également être considérés comme le reflet même du processus addictif. Ceci explique la flèche illustrant l'interaction mutuelle entre les des deux entités cliniques **(e)**

En outre, en cohérence avec la présentation de la figure 7, les sujets présentant une addiction sexuelle rencontreraient des difficultés à réguler leurs émotions **(f)** notamment lorsqu'ils sont en proie aux affects anxiodépressifs **(g)**. Ces affects sont le plus souvent associés aux sentiments de honte, de culpabilité et de la souffrance psychologique liés à leur addiction mais aussi aux psychotraumatismes précoces vécus. En face de ces émotions négatives, les sujets auraient tendance à adopter des réactions rapides, s'engageraient de façon impulsive dans leur comportements sexuels addictifs, toujours à la recherche d'un certain équilibre **(h)**

Les liens symbolisés par les flèches f, g, h, i, j, k correspondent aux descriptions énoncées à la légende de la figure de 7.

Pour rappel :

f: L'addiction sexuelle est une stratégie inadaptée de régulation émotionnelle face aux affects négatifs.

g : les affects anxiodépressifs sont susceptibles d'amener les individus à s'engager dans les comportements d'addiction sexuelle. L'engagement dans ces comportements exacerbent les affects anxiodépressifs.

h : Les niveaux élevés d'impulsivité constituent un facteur de risque de l'addiction sexuelle. L'addiction sexuelle serait une manifestation des tendances impulsives.

i : En contexte émotionnel négatif, les personnes présentant une addiction sexuelle auront tendance à vouloir réduire cet état en recherchant rapidement une gratification immédiate. En retour, les comportements impulsifs qu'ils adoptent sont susceptibles d'exacerber les difficultés de régulation des émotions

j: Les liens mutuels entre l'impulsivité et l'anxiété et la dépression peuvent être perçus comme la tendance (des sujets présentant une addiction sexuelle) à réagir de façon rapide en présence des émotions négatives et des affects anxiodépressifs d'une part, et d'autre part (à l'inverse) que les comportements impulsifs sont susceptibles d'exacerber les affects anxiodépressifs.

k: L'anxiété et la dépression sont le résultat d'une dysrégulation émotionnelle de l'affect négatif. Inversement les affects anxiodépressifs perturbent les capacités de régulation émotionnelle.

CHAPITRE 2 : LIMITES GENERALES

Le présent travail de thèse a permis d'obtenir de nombreux résultats pertinents que nous avons essayé d'expliquer au regard des travaux et des modèles théoriques de la littérature scientifique du domaine étudié. Cependant, certaines limites doivent être prises en compte pour une meilleure compréhension voire pour nuancer nos suggestions. Dans cette partie de notre discussion consacrée aux limites, nous nous intéresserons aux principales limites méthodologiques de nos études en nous focalisant sur celles liées à notre population d'étude et notre procédure, puis nous nous concentrerons sur les limites relatives aux outils de mesures utilisés dans le cadre de ce travail.

1. LIMITES RELATIVES A NOTRE POPULATION D'ETUDE ET A NOTRE PROCEDURE

D'abord, concernant notre population d'étude, ce travail de thèse a porté sur un échantillon de sujets volontaires autosélectionnés, recrutés sur internet. Cela aurait probablement entraîné des biais de recrutements dans nos résultats. Nous n'avons pas été en mesure de contrôler le biais de désirabilité sociale, bien que Heerwegh (2009) ait suggéré que les enquêtes en ligne peuvent conduire à des réponses moins désirables socialement que les enquêtes en face à face. Cela expliquerait par exemple le fait que nous ayons trouvé une prévalence élevée de sujets présentant une addiction sexuelle dans notre échantillon. Deuxièmement, nos participants pourraient également être des sujets présentant des profils plus psychopathologiques étant donné les liens décrits dans la littérature entre la cybersexualité et les troubles de la personnalité ou de l'humeur (Barrault et al., 2016 ; Rochat et al., 2019 ; Varfi et al., 2019). Enfin, notre étude exploratoire qualitative a porté sur un échantillon très faible et non représentatif. Il n'a donc pas été possible de comparer les réponses mettant en relief des différences interindividuelles entre nos sujets. Ce faible échantillon nous limite également dans le repérage et le contrôle de potentiels variables parasites telles que les troubles psychiatriques comorbides de l'addiction sexuelle. De plus, les conditions de recrutement de nos sujets (via internet) ne nous ont pas permis de réaliser un prétest de notre grille d'entretien avant la collecte. Il n'a donc pas été possible de contrôler les éventuels biais qui seraient liées à la formulation de certaines questions par nos participants. Cependant la compréhension de la langue française était l'un des principaux critères d'inclusion dans notre protocole et cette étude qualitative avait une visée essentiellement exploratoire. Il serait intéressant d'envisager dans le cadre des études à venir,

un mode de recrutement en hétéroévaluation sur un échantillon plus important afin faciliter le recueil des données cliniques plus détaillées et permettant d'aborder des aspects qualitatifs plus approfondis.

Par ailleurs, dans le cadre de l'étude 5, en cohérence avec la grille de cotation au PDQ 4+, nous avons exclu les participants dont les réponses étaient considérées comme « suspectes » ou « trop bonnes ». Ce travail préliminaire au traitement de nos données, peut être considéré comme une façon de contrôler à minima les biais de désirabilité sociale pouvant potentiellement compromettre les données recueillies. Cependant, nous n'avons pas la possibilité de contrôler ces biais lors de l'évaluation de l'addiction sexuelle avec le SAST-Fr. Il est donc possible que ces derniers persistent dans les réponses données par nos participants. Par ailleurs, les données recueillies dans le cadre de cette étude étaient transversales et pouvaient donc ne pas refléter avec précision les tendances générales de la personnalité ou même du comportement sexuel dans le temps. En outre, nous n'avons pas considéré les probables troubles comorbides aux troubles de la personnalité. Or, comme indiqué dans la partie 4 de notre cadre théorique, il est fréquent que, chez un même individu on trouve soit des critères cliniques pour plusieurs troubles de la personnalité appartenant à des groupes différents, soit des critères de plusieurs entités nosographiques. Ainsi, en raison de nombreuses comorbidités psychiatriques retrouvées cliniquement pour les troubles de personnalité, il serait également intéressant d'étudier et de contrôler l'influence d'autres facteurs et comorbidités psychiatriques de l'addiction sexuelle par le biais d'entretiens cliniques. Enfin dans la présente étude, nous n'avons pas évalué d'éventuelles polyaddictions pour en contrôler l'effet chez nos sujets. Or, comme évoqué dans notre partie théorique et dans notre discussion, internet semble jouer un rôle significatif dans le développement et le maintien des comportements d'addiction sexuelle. En cohérence avec notre hypothèse selon laquelle nos sujets ont tendance à privilégier les comportements sexuels solitaires et donc potentiellement des activités sexuelles en ligne, il peut être intéressant de clarifier et spécifier le rôle des facteurs instrumentaux (tels qu'internet et les écrans) dans le développement de l'addiction sexuelle chez nos sujets. Par ailleurs, nous n'avons pas spécifiquement exploré les habitudes de consommation de substances psychoactives chez nos sujets. Cependant, dans notre étude qualitative, un participant avait déclaré que la consommation d'alcool pouvait contribuer au déclenchement de la séquence comportementale d'addiction sexuelle. Ce résultat nous amène à considérer qu'il peut être intéressant d'envisager dans le cadre des recherches futures, des études comparatives incluant des sujets présentant une seule addiction (addiction sexuelle) versus ceux présentant une polyaddiction afin d'identifier

et d'approfondir les caractéristiques cliniques voire psychopathologiques sous-jacents à leurs comportements.

2. LIMITES RELATIVES A NOS OUTILS DE MESURES

De façon générale, nous avons proposé plusieurs questionnaires (au total 10) en ligne à nos participants. Pour certains, nous avons utilisé leurs versions longues. Le temps de passation était estimé à environ 30 min pour chaque participation. Cela nécessitait de la part de nos sujets une bonne maîtrise de la langue française, afin de comprendre les consignes et les items de chaque questionnaire, mais aussi le maintien d'une attention soutenue pendant un temps qui peut sembler long. Il est possible que les réponses de nos participants aux derniers questionnaires proposés aient été affectées par de la fatigue, une baisse de motivation, une baisse d'attention ou encore leur tendance impulsive. Cela aurait été intéressant d'utiliser les versions courtes de ces outils. Cependant, comme nous l'avons évoqué dans la discussion de notre étude sur l'évaluation des dimensions de la personnalité (en ce qui concerne le BFI-10-Fr), les nombres réduits des items à certains questionnaires comportent parfois des limites conceptuelles pouvant empêcher voire limiter l'appréhension efficace des phénomènes explorés via ces outils.

Ensuite, même si dans le cadre du présent travail de thèse nous avons proposé à nos participants des auto-questionnaires scientifiquement valides, le remplissage de ces questionnaires en ligne et en autoévaluation peut comporter des biais de désirabilité sociale. Ainsi, il ne serait pas impossible que certains sujets aient sous-estimé ou surestimé certaines de leur réponse afin de d'adapter leurs réponses aux attentes supposées.

Par ailleurs, dans notre étude préliminaire, en raison des objectifs que nous nous étions fixés, nous avons considéré uniquement quelques modules de certaines échelles d'évaluation utilisées (notamment le CECA-Q, le PDQ 4+). Plus particulièrement, en ce qui concerne le CECA-Q, cela aurait été intéressant de creuser les dimensions de la négligence parentale voire des abus émotionnels (mesurable via le CECA-Q) afin de considérer de façon complète, les relations et les expériences précoces des sujets présentant avec leur entourage. En ce qui concerne, le PDQ 4 +, nous avons considéré uniquement le module du PDQ 4 + qui concerne uniquement le trouble de la personnalité borderline. Cependant, en cohérence avec cette limite, nous avons considéré dans le cadre de cette thèse, l'ensemble des troubles de la personnalité évalués par ce questionnaire, afin d'identifier les autres troubles potentiellement associés à l'addiction à part le trouble de la personnalité borderline. Enfin, nous avons évalué les conduites cybersexuelles

par un questionnaire général des conduites addictives. Il ne s'agissait pas d'un outil spécifique d'évaluation de l'addiction sexuelle ni des conduites cybersexuelles. Afin de répondre à cette limite, dans le cadre de cette thèse, nous avons proposé à nos participants, un questionnaire d'autoévaluation de l'addiction sexuelle le SAST-Fr. Enfin, nous avons évalué les dimensions de personnalité avec une version courte du BFI (le BFI-10-Fr). Comme évoqué précédemment pour la dimension agréabilité, cette version très courte de l'échelle pourrait présenter des insuffisances conceptuelles qui limiteraient l'évaluation adéquate de certaines dimensions de personnalité. Dans le cadre des études ultérieures, il serait intéressant d'utiliser une version longue de cette échelle.

Enfin pour l'évaluation des dimensions d'impulsivité, nous avons proposé à nos sujets la première version de l'UPPS qui comporte quatre dimensions et n'évalue pas la dimension de l'urgence positive. En cohérence avec le rôle des croyances addictives notamment anticipatoires (attentes positives de bien être relatif aux comportements sexuels) et soulageantes (réduction d'un inconfort grâce aux comportements sexuels) retrouvées dans l'addiction sexuelle, il serait intéressant dans le cadre des études à venir de creuser cette dimension dans l'étude de l'addiction sexuelle.

CHAPITRE 3 : INTERET ET PERSPECTIVES GENERALES

Malgré les nombreuses limites relevées dans le cadre de ce travail de thèse, ce dernier offre plusieurs perspectives cliniques et de recherche.

1. PERSPECTIVES CLINIQUES

Premièrement, concernant le SAST-Fr validé dans le cadre de cette thèse, nos résultats suggèrent que le SAST-Fr est un outil efficace de dépistage et d'évaluation de l'addiction sexuelle. Il est un instrument d'auto-évaluation rapide et utile aussi bien dans la pratique clinique que dans le cadre des recherches. Sur le plan clinique, le SAST-Fr permet d'évaluer très rapidement avec un seul instrument une grande variété de symptômes et de facteurs liés à l'addiction sexuelle. Il facilite le repérage des symptômes objectifs et observables de cette addiction, c'est-à-dire des comportements réels ou activités sexuelles tangibles dont les sujets ont perdu le contrôle (par exemple abonnement et ou achat régulier des magazines sexuellement explicites ou interférence des comportements sexuels problématiques avec la vie familiale du sujet et leur persistance malgré les conséquences négatives). Par ailleurs, disposer de cet outil permet de cerner les symptômes subjectifs de l'addiction sexuelle tels que vécus ou perçus par les sujets, leurs pensées, sentiments ou perceptions des pratiques sexuelles et leurs difficulté et incapacité à les contrôler (par exemple : avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ? Ou encore pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous ?). Par ailleurs, l'utilisation du SAST-Fr pour l'évaluation de l'addiction sexuelle pourrait prioriser les critères cardinaux de ce trouble addictif, en considérant accessoirement les items moins spécifiques, c'est-à-dire ceux qui portent plutôt sur les facteurs de risque de l'addiction sexuelle ou les conduites paraphiliques (items 1, 2, 3,13 et 23).

Ensuite, en raison du rôle de l'impulsivité dans l'addiction sexuelle, nos résultats suggèrent que les praticiens devraient se concentrer sur les facettes de l'impulsivité lorsqu'ils travaillent avec des personnes présentant une addiction sexuelle, en les aidant à augmenter l'inhibition et la maîtrise de soi lorsqu'ils sont confrontés à un état émotionnel intense. Ils devraient également aider ces personnes à améliorer leur flexibilité psychologique et leur capacité à accepter leur réponse émotionnelle, afin d'identifier des stratégies adaptatives de régulation des émotions. Ces personnes pourraient apprendre à réduire le stress et les affects négatifs grâce à des thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague telles que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (Lantheaume, 2018 ; Roemer, et al., 2015 ; Van Gordon et al., 2016).

Par ailleurs, ce travail de thèse a mis en évidence le rôle des caractéristiques de personnalité dans l'addiction sexuelle et suggère l'importance d'inclure l'évaluation de ces dernières dans l'évaluation clinique et le traitement de l'addiction sexuelle. Cela permettrait aux praticiens de proposer un accompagnement psychothérapeutique basé sur le profil de personnalité de l'individu. Notre étude a également suggéré que les cliniciens devraient se concentrer sur les dimensions de la personnalité, en aidant les patients à développer leur capacité à identifier des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes (par exemple pour ceux qui ont des scores élevés au niveau du névrosisme). D'autre part, pour les individus ayant de bonnes capacités de régulation, qui peuvent montrer leur volonté et leur capacité à adhérer à la thérapie, notamment ceux ayant un niveau élevé de caractère consciencieux, les praticiens pourraient s'appuyer sur leurs ressources personnelles pour les aider s'ouvrir à d'autres champs d'expériences au service d'une réalisation personnelle valorisée.

De plus, notre recherche a montré le rôle des événements de vie traumatiques dans l'addiction sexuelle. Ainsi, d'un point de vue clinique, cette étude sensibilise les cliniciens sur la nécessité de prendre en compte les événements potentiellement traumatiques (exposition précoce à la sexualité) dans l'accompagnement des personnes présentant l'addiction sexuelle. Le travail sur les traumatismes nécessitera l'exploration des contextes de leur survenue, les cognitions et émotions associés à ces événements dans le but de réduire sur les sentiments négatifs consécutifs à ces traumatismes. Il s'agira de considérer le phénomène d'exposition précoce à la sexualité et les croyances addictives, dans le cadre de l'accompagnement des personnes présentant une addiction sexuelle. Concrètement, le thérapeute devra amener les sujets à identifier les événements traumatogènes et les vulnérabilités cognitivo-émotionnelles, la nature de leurs croyances addictives et le rôle de ces facteurs dans le développement et le maintien de leur addiction sexuelle. La deuxième étape va consister à les amener vers un changement thérapeutique efficace à travers un travail sur les traumatismes vécus (s'ils sont présents). Ce dernier peut donc consister en une évocation de ces croyances, des émotions et sensations éprouvantes liées aux traumatismes.

De façon parallèle, le clinicien pourrait accompagner les sujets vers l'adoption et le développement de modes de pensées et des comportements alternatifs, aux croyances dysfonctionnelles addictives, en contexte de situation à risque. Ce travail devra privilégier une approche transdiagnostique prenant en compte les différents facteurs et processus psychologiques et psychopathologiques impliqués dans ces conduites.

Le travail psychothérapeutique sur les traumatismes et les conduites addictives pourrait consister en la mise en œuvre de techniques thérapeutiques spécifiques pour traiter aussi bien les traumatismes que les comportements d'addiction sexuelle. Le clinicien pourrait s'appuyer sur diverses techniques telles que l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing : la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires). Cette technique thérapeutique est caractérisée par la désensibilisation et le retraitement des souvenirs, des déclencheurs et des éventuels obstacles à la réalisation d'une action future souhaitée, jusqu'à une résolution adaptative, avec une augmentation des connexions avec des réseaux mnésiques positifs (Rydberg, 2019). En pratique, cette technique va consister dans un premier temps à accueillir la personne et à recueillir sa problématique actuelle, à définir les attentes ou buts, et à établir les actions à entreprendre pour y parvenir. Ainsi, cette personne peut être amenée à rappeler les expériences passées (traumatismes ou autres) constituant un facteur de sa vulnérabilité aux comportements sexuels addictifs. Ensuite, le sujet pourrait être accompagné vers un repérage des situations présentes, des événements et stimuli à l'origine des émotions négatives et inconfortables susceptibles de déclencher la séquence du comportement sexuel addictif. Enfin, le clinicien devra amener la personne vers la mise en place des modèles ou schémas nécessaires à une ou des actions plus fonctionnelles.

Etant donné le rôle actif des croyances dysfonctionnelles dans l'addiction sexuelle, nous pouvons envisager une réflexion en nous appuyant sur la démarche psychothérapeutique proposée par Poudat et Lagadec (2017) qui implique une analyse fonctionnelle en trois niveaux. En premier lieu, cette analyse devra porter sur le comportement d'addiction sexuelle et la manière dont celui-ci est vécu par l'individu. Ce premier niveau s'articule autour des composantes cognitives (les pensées dysfonctionnelles, le discours intérieur et l'imaginaire fantasmatique) émotionnelles (toutes les sensations positives et négatives associées au comportement sexuel addictifs) et comportementales (manifestation concrète, visible du problème). Elle pourrait également porter sur la durée et la fréquence des comportements. Le deuxième niveau de l'analyse fonctionnelle portera sur la boucle réflexe auto renforçatrice. Il s'agira de se focaliser sur les différentes étapes de la réalisation du comportement sexuel addictif en analysant tous les mécanismes et facteurs précédant et suivant immédiatement la réalisation de ce dernier. C'est à ce niveau que seront explorés la nature et les types des croyances addictives dont le rôle déterminant dans le développement et le maintien de l'addiction sexuelle a été mis en évidence dans la présente recherche. Il s'agira d'amener l'individu à pouvoir les identifier mais aussi à déterminer leur lien avec la prise de décision de

s'engager dans le comportement sexuel problématique. Ceci constituera une étape préliminaire à l'apprentissage des croyances alternatives en contexte de situation à risque. Par ailleurs le rôle des facteurs associés à l'addiction sexuelle mis en évidence dans notre travail peut également être mis en évidence à ce niveau. Il s'agira de cibler et de contextualiser avec l'individu le cercle vicieux impliquant les affects anxiodépressifs, les dimensions d'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle. Cela préparera le travail psychothérapeutique pouvant impliquer les caractéristiques cliniques (dimensions spécifiques d'impulsivités ou de dysrégulation émotionnelle) qui s'appliquent à chaque individu. Enfin le troisième niveau se focalisera sur la recherche des facteurs historiques de fragilisation et de vulnérabilité (traumatisme, caractéristiques de personnalité) et leur potentiel lien avec les facteurs déclenchants induisant l'extériorisation de la conduite addictive (conflit conjugal, frustration sexuelle, ennui, stress, bien-être, colère, stimulation médiatique).

En outre, en cohérence avec le rôle des dimensions de la dysrégulation émotionnelle mis en évidence chez les sujets présentant une addiction sexuelle, il peut être intéressant d'accorder une place aux techniques ou pratiques thérapeutiques centrées sur les émotions ou leur régulation. Dans cette perspective, la thérapie centrée sur les émotions de Greenberg (2002) pourrait être adaptée aux sujets présentant une addiction sexuelle. La première étape de cette thérapie pourrait consister à accroître la conscience des émotions primaires chez les individus présentant l'addiction sexuelle, étant donné leur difficulté à prendre conscience voire à accepter leurs réponses émotionnelles. Ceci aiderait ces sujets à clarifier leur expérience émotionnelle et à être en mesure d'accueillir les informations que ces dernières leur fournissent. Le deuxième processus va consister à réguler les émotions envahissantes par l'apprentissage et la mise en œuvre des techniques pouvant les aider à établir une distance avec leurs émotions fortes (par exemple les techniques de respiration et de relaxation). Ce travail aiderait ces sujets à mieux explorer leurs émotions. Le troisième processus que distingue Greenberg (2002) consiste à remplacer l'émotion par l'émotion, c'est-à-dire qu'une fois que les sujets ont pris conscience de leurs émotions primaires et ont identifié celles qui sont inadaptées et doivent être modifiées, ils sont encouragés à accéder à d'autres émotions plus adaptées pour transformer, annuler ou remplacer les émotions inadaptées. Il s'agira de faciliter la transformation des émotions inadaptées et des croyances dysfonctionnelles par le biais des techniques issues des thérapies cognitivo comportementales. Dans le cadre de cette psychothérapie centrée sur les émotions qui s'inscrit dans l'approche humaniste et rogérianne, l'attitude et l'implication active aussi bien du client que du thérapeute s'avère fondamentale et importante pour sa réussite.

De façon générale, la prise en charge de l'addiction sexuelle peut reprendre l'expérience nantaise en cours de validation autour d'un groupe de restructuration cognitive destinée aux patients présentant une addiction sexuelle. Il s'agit d'une prise en charge s'articulant autour d'un travail thérapeutique sur les séquences addictives du comportement problème ainsi que sur les croyances dysfonctionnelles sous-jacentes. D'un point de vue descriptif, ce groupe de restructuration cognitive comprend dix séances bimensuelles (avec au maximum dix participants en groupe fermé) et est animé par des psychiatres ou des psychologues. Le programme qui peut également être proposé en consultation individuelle suit des étapes spécifiques et progressives de restructuration cognitive. Quatre moments d'une phase de suivi (3, 6, 9 mois et 1 an) sont prévus et un bilan est proposé dans le but d'évaluer le maintien des résultats obtenus (Voir annexe 29).

En somme, en fonction des problématiques de chaque sujet, d'autres propositions thérapeutiques s'inspirant d'autres modèles psychothérapeutiques peuvent être proposées aux personnes présentant cette addiction. Par exemple, en cohérence avec nos résultats sur les liens entre les événements de vie traumatiques et l'addiction sexuelle, une psychothérapie psychodynamique pourrait être intéressante à mettre en œuvre. Il consistera par notamment à analyser les antécédents familiaux et le vécu traumatique du patient voire d'explorer les représentations sexuelles dysfonctionnelles sur les relations amoureuses et affectives du sujet, ainsi que les modes d'approches relationnels inadaptés (Cooper, 2001 ; Montaldi, 2002).

Toutes ces pistes de réflexion sur les mesures de prise en charge ne sauraient négliger la spécificité et la singularité de chaque individu et de son histoire. Dans cette perspective, nous estimons que le travail psychothérapeutique auprès des patients présentant une addiction sexuelle pourrait bien s'inscrire dans une perspective plutôt intégrative. Elle permettra de proposer et de mettre en place des stratégies thérapeutiques variées, globales, structurées et créatives en s'appuyant sur des outils et techniques qui conviendront le mieux à la personne. Le but étant de répondre aux besoins spécifiques de cette dernière.

Enfin, nos résultats suggèrent la nécessité de poursuivre des actions de sensibilisation auprès des parents, des éducateurs mais aussi de prévention auprès des jeunes, portant sur l'impact de l'exposition précoce aux contenus sexuels explicites. En effet, dans la société actuelle, cette exposition précoce serait facilitée par l'évolution rapide des nouvelles technologies via l'accès facile à ces supports et matériels sexuels grâce à l'outil internet. A l'état actuel de nos

connaissances, il n'est pas possible d'affirmer les contenus sexuels qui auraient le plus d'impact et seraient spécifiquement déterminants dans la genèse des comportements d'addiction sexuelle. En revanche, nous pouvons spéculer sur les facteurs susceptibles de jouer un rôle médiateur, notamment les profils psychologiques des natifs numériques (jeunes adultes particulièrement habiles avec les nouvelles technologies). En effet, Wagner et Acier (2017) dans leur étude visant à explorer les caractéristiques psychologiques des natifs numériques ont trouvé que ces derniers présentaient des niveaux élevés d'impulsivité et leur investissement élevé du numérique pourrait constituer un facteur de risque pour les comportements problématiques. En cohérence avec les recherches ayant porté sur les profils psychologiques et les caractéristiques cliniques observées chez ces sujets (Bulot et al., 2015 ; Davis, 2013 ; Wagner & Acier, 2017) et à la lumière de nos résultats sur les facteurs associés à l'addiction sexuelle, nous pensons qu'il pourrait être pertinent d'impliquer activement la prise de conscience (par les parents et les éducateurs) de la place et du rôle des représentations médiatiques dans la construction des représentations et croyances sur la sexualité par les jeunes. En effet, si les jeunes adultes ont parfois tendance à concevoir ce qui y est véhiculé comme une norme absolue (Bulot et al., 2015), engager des actions précoces d'information et de sensibilisation auprès des préadolescents et adolescents pourrait contribuer à prévenir les conséquences néfastes qui pourraient être associées à leurs usages du numérique. Nous pourrions également suggérer la nécessité de la mise en œuvre par les parents des mesures de contrôle de l'usage que font leurs préadolescents des outils numériques (via l'installation des logiciels spécifiques de contrôle parental). Mais, il pourrait être utile d'y associer des échanges et informations adaptés à leur âge, sur le sens de ces mesures.

2. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Premièrement concernant l'outil d'évaluation de l'addiction sexuelle la SAST-Fr, une critique a été formulée quant à l'obsolescence de l'item 2. Il serait pertinent d'actualiser cet item du SAST-Fr (vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme playboy ou penthouse ?) Par cette proposition : vous êtes-vous abonné ou utilisez-vous fréquemment internet pour des activités sexuelles (exemple : visiter des sites de rencontres pour établir des liens romantiques ou érotiques, visionner des images ou vidéos pornographiques... ?). Par ailleurs, en raison de la limite que peuvent comporter les critères de Goodman (1990) dans la validité convergente du SAST-Fr, il peut être pertinent de tenter cette validité avec d'autres outils scientifiquement valides d'évaluation de l'addiction sexuelle.

Ensuite, notre étude préliminaire a porté sur les conduites cybersexuelles. Or, comme évoqué dans notre partie théorique, l'addiction sexuelle concerne aussi bien les activités sexuelles en ligne que hors ligne. Ainsi, en réponse à cette critique, nous avons considéré l'addiction sexuelle dans sa globalité dans le cadre de cette thèse. Cependant nous n'avons pas distingué les comportements et pratiques sexuels, types de désir sexuel privilégiés par nos participants. En raison des spécificités et des liens entre les facteurs psychopathologiques et l'addiction sexuelle retrouvés dans le présent travail ainsi que des hypothèses qui méritent d'être vérifiées, il peut être pertinent de s'intéresser aux activités sexuelles dans leurs particularités. Les caractéristiques de fonctionnement décrit actuellement chez nos sujets auraient un sens plus éclairé.

Par ailleurs, afin d'approfondir et d'éclaircir sur les liens entre les distorsions cognitives et l'addiction sexuelle, il serait pertinent de s'intéresser aux schémas précoces inadaptés (Young et al., 2017) chez les sujets présentant cette addiction. De plus, en raison de l'absence d'outils standardisés d'évaluation des croyances addictives auprès de sujets présentant une addiction sexuelle, il serait également intéressant dans le cadre des études à venir, d'envisager l'élaboration de ce type d'outil, à l'instar de ceux existants pour les autres types d'addictions. Enfin, en raison des objectifs de cette étude, la présence d'événements de vie traumatiques a été appréhendée uniquement via le seul entretien semi-structuré. Il pourrait être pertinent dans le cadre des études à venir de compléter cette évaluation par le biais d'outils standardisés (échelles spécifiques d'évaluation des traumatismes de l'enfance, en s'intéressant aussi bien aux abus sexuels que physique voire émotionnels). De plus, il serait idéalement intéressant d'envisager des études longitudinales sur les liens entre les psychotraumatismes et l'addiction sexuelle. En effet, les liens trouvés entre les événements de vie traumatiques vécus pendant l'enfance et les troubles de personnalité (notamment borderline) suggèrent le rôle de ces premiers dans la construction de la personnalité voire la genèse de certains de ses troubles. Inversement, il n'est pas impossible que certaines caractéristiques de la personnalité (névrosisme ou caractère consciencieux) influencent la perception et le vécu des événements de vie traumatiques par les individus. Cependant certaines études longitudinales peuvent être complexes et lourdes à réaliser, notamment dans notre perspective de recherche qui inclue les caractéristiques de personnalité. En effet, la personnalité n'est pas déterminée précocement et sa construction suit un processus dynamique. Aussi pourrions-nous envisager à minima des études comparatives en population clinique et/ou en population générale en prenant en compte ces facteurs et leur potentiel lien avec l'addiction sexuelle.

En outre, nous avons évoqué des hypothèses explicatives de la différence dans la fréquence des comportements des hommes par rapport aux femmes. Les sujets présentant une addiction sexuelle étant plus fréquemment des hommes. Ces résultats sont cohérents avec la littérature (Cordonnier, 2006 ; Giordano & Cashwell et al., 2017 ; Kafka, 2010 ; Shaughnessy et al., 2011). En effet, les hommes ont été décrits par exemple comme n'utilisant pas les activités sexuelles en ligne de la même manière que les femmes et ont tendance à visiter les sites sexuels plus fréquemment et plus confortablement que les femmes (Atwood, 1996 ; Cooper et al., 2002 ; Giordano & Cashwell, 2017). Il serait intéressant dans de futures recherches d'étudier les spécificités liées au genre qui peuvent être observées, tout en considérant les relations entre la dysrégulation des émotions, les dimensions d'impulsivité et l'addiction sexuelle. Il peut être intéressant dans le cadre de ces études d'explorer plus clairement les mécanismes psychologiques, les ressources ou difficultés qui expliqueraient cette variabilité dans les comportements des sujets suite aux événements de vie traumatiques en fonction du genre. Enfin, afin de mieux comprendre l'addiction sexuelle, nous pensons qu'il serait intéressant d'explorer les facteurs motivationnels, les différentes manières d'exprimer le comportement sexuel addictif et les types d'activités sexuelles pratiquées par ces personnes. Dans cette perspective, nous avons initié un projet de recherche (en cours) dont l'objectif est étudié l'hétérogénéité des conduites sexuelles addictives. Plus particulièrement, cette recherche vise à étudier le rôle des facteurs motivationnels, des styles d'attachement et des stratégies de coping auprès de sujets présentant une addiction sexuelle, avec un focus sur les particularités des profils selon le type d'activités sexuelle privilégié.

De façon plus générale, la limite essentielle à notre recherche étant attribuable à notre échantillon, les études futures pourraient comparer les caractéristiques cliniques des individus souffrant d'addiction sexuelle recrutés dans des populations cliniques et générales et explorer la relation entre les facteurs psychologiques et psychopathologiques (dysrégulation émotionnelle, troubles de personnalité, croyances addictives) dans cette addiction. Il serait également intéressant d'explorer les facteurs motivationnels associés à l'addiction sexuelle, en examinant leurs interactions dans la population générale ou parmi des groupes spécifiques (population clinique). La recherche actuelle suggère que les participants qui présentent une addiction sexuelle pourraient être impulsifs, malgré une tendance à un niveau élevé du caractère consciencieux. Il serait intéressant d'explorer l'impulsivité toujours dans une perspective dimensionnelle afin de mettre en évidence les dimensions qui seraient particulièrement élevées chez ces sujets présentant un caractère consciencieux élevé. Enfin, les sujets présentant un trouble de la personnalité schizoïde sont également caractérisés par une restriction de la variété

de leurs expressions émotionnelles. Compte tenu de l'effet d'interaction trouvé entre le caractère consciencieux et ce trouble de la personnalité, il pourrait être intéressant d'étudier comment les émotions opèrent au sein de la conscience pour influencer les comportements d'addiction sexuelle chez ces individus.

CONCLUSION

La clinique de l'addiction sexuelle fait l'objet d'un intérêt de recherche sans cesse croissant, en raison de nombreux questionnements inhérents au phénomène étudié : comment et sur quels critères ou facteurs devrait-on se baser, pour mieux cerner non seulement le potentiel addictogène de cette activité humaine sans toxicité apparente, mais aussi les facteurs étiopathogéniques dont le repérage pourrait en faciliter la prise en charge ?

Cette thèse avait donc pour but de contribuer à la connaissance de l'addiction sexuelle en fournissant des éléments de sa compréhension psychologique et psychopathologique et de proposer des pistes pour adapter le diagnostic et la prise en charge clinique (évaluation et psychothérapies) des personnes qui en souffrent. Dans le présent travail, nous avons considéré essentiellement les croyances dysfonctionnelles addictives, les caractéristiques de personnalité, la dysrégulation émotionnelle et les dimensions d'impulsivité en étudiant leurs liens avec l'addiction sexuelle.

Les différentes études réalisées dans le cadre de ce travail nous ont amené à vérifier plusieurs hypothèses qui découlent d'une part de notre revue de la littérature et de notre étude préliminaire sur l'addiction cybersexuelle et d'autre part de questionnements issus de notre pratique de psychologue clinicien en addictologie. Toutefois, certains questionnements ont émergé de ce travail et nécessitent une continuité de travaux sur cette problématique. Néanmoins, ce travail de thèse, au regard de nos résultats, présente plusieurs intérêts à considérer dans l'abord de l'addiction sexuelle.

Cette recherche a montré que les sujets présentant une addiction sexuelle affichent des niveaux élevés d'impulsivité et présentent une dysrégulation émotionnelle. Ils auraient également tendance à utiliser les comportements sexuels comme des stratégies inadaptées face aux affects anxiodépressifs. Ces derniers se développent le plus souvent sur des terrains fragiles constitués par certaines caractéristiques de personnalité. Nous avons mis en évidence le rôle de la faible extraversion et la tendance à un niveau élevé de caractère consciencieux qui serait spécifique à l'addiction sexuelle. En outre, nous avons trouvé que les caractéristiques de personnalité (traits et troubles de personnalité) constituent des facteurs de risque de l'addiction sexuelle et que certains troubles de personnalité (notamment les troubles de la personnalité évitante et dépendante) constitueraient des facteurs de sévérité de l'addiction sexuelle. Enfin, chez les sujets présentant une addiction sexuelle, les croyances addictives anticipatoires, soulageantes et permissives sont présentes et déterminent l'engagement de ces derniers dans la séquence comportementale d'addiction sexuelle.

Cette thèse a le mérite de contribuer non seulement à enrichir la littérature sur l'addiction sexuelle, mais de fournir également des éléments sur sa compréhension psychopathologique et clinique, propose des éclairages sur des pistes visant à adapter sa prise en charge.

En effet, nous avons validé un outil d'évaluation de l'addiction sexuelle. Cela contribue à combler le vide méthodologique relatif aux outils d'évaluation de cette addiction en population francophone. L'outil SAST-Fr est un instrument qui peut être utile aussi bien dans le cadre des recherches que dans la pratique clinique.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche suggèrent de reconsidérer le travail réalisé habituellement dans une perspective plurifactorielle auprès des personnes présentant l'addiction sexuelle. De plus, nos résultats sensibilisent sur la réalité clinique de l'addiction sexuelle mais aussi le rôle complexe de certains facteurs étiopathogéniques (que représentent les variables d'intérêt de notre recherche) dans la genèse, le développement et le maintien de cette addiction. En pratique clinique, il s'agira de continuer à travailler sur les facteurs dont le rôle dans les conduites addictives est largement admis dans la pratique clinique en addictologie (l'anxiété, la dépression, le psychotraumatisme, les dimensions d'impulsivité et de régulation émotionnelle), mais aussi d'intégrer certaines caractéristiques et particularités cliniques relatives aux profils de personnalité (niveau élevé de névrosisme et du caractère consciencieux et faible niveau d'extraversion, troubles de la personnalité des groupes B et C) dans les propositions thérapeutiques. De plus nos résultats suggèrent des adaptations ou des ajustements des propositions thérapeutiques, prenant en compte ces éléments cliniques dont le rôle a été mis en évidence dans cette recherche.

Par ailleurs, les conclusions de nos études peuvent être utiles aux cliniciens dans l'abord de la réalité de l'addiction sexuelle de leurs patients. Ainsi, les professionnels confrontés à la complexité des tableaux cliniques que peuvent présenter les patients, pourraient effectuer un travail global mais aussi et surtout prenant en compte les particularités de certaines dimensions et caractéristiques cliniques. Ces dernières sont à évaluer de façon précise chez les sujets. Le travail des praticiens devrait intégrer la singularité de l'histoire personnelle de ces premiers et l'histoire de leur addiction.

En outre, les cliniciens pourraient également permettre aux patients présentant cette addiction d'avoir une description et une compréhension clinique plus enrichie de leurs difficultés, ce qui pourrait être un levier thérapeutique efficace au changement. Dans toute cette perspective, ce travail de thèse contribue à l'amélioration de la qualité des mesures thérapeutiques que peuvent

proposer les cliniciens aux personnes présentant l'addiction sexuelle. Enfin, nos résultats réitèrent et encouragent la nécessité de repenser, d'ajuster et d'adapter l'orientation des mesures de prise en charge en fonction des éléments cliniques explicatifs identifiés chez chaque sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Oxford, England: Holt, American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC. American Psychiatric Pub
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D., Torsheim, T., & Sinha, R. (2018). The Development and Validation of the Bergen–Yale Sex Addiction Scale with a Large National Sample. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00144>
- Arnal, R. B., Llario, M. D. G., Martínez, S. G., & Juliá, B. G. (2010). Psychometric Properties of an Instrument for Assessing Cyber-Sex Addiction. *Psicothema*, 22(4), 1048-1053.
- Arpaci, I., & Kocadag Unver, T. (2020). Moderating Role of Gender in the Relationship between Big Five Personality Traits and Smartphone Addiction. *Psychiatric Quarterly*, 91(2), 577-585. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09718-5>
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Llario, M. D. G., & Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual Compulsivity Scale : Adaptation and Validation in the Spanish Population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 526-540. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.665816>
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood Sexual Abuse : A Gender Perspective on Context and Consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. <https://doi.org/10.1177/107755904266914>
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39-56). Washington, OC: American Psychological Association
- Barrault, S., & Varescon, I. (2012). Psychopathologie des joueurs pathologiques en ligne : une étude préliminaire. *L'Encéphale*, 38(2), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.009>
- Barrault, S., Bonnaire, C., & Herrmann, F. (2017). Anxiety, Depression and Emotion Regulation Among Regular Online Poker Players. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1039-1050. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9669-3>

- Barrault, S., Mathieu, S., Brunault, P., & Varescon, I. (2019). Does gambling type moderate the links between problem gambling, emotion regulation, anxiety, depression and gambling motives. *International Gambling Studies*, 19(1), 54-68.
- Barrault, S., & Varescon, I. (2013). Impulsive sensation seeking and gambling practice among a sample of online poker players : Comparison between non pathological, problem and pathological gamblers. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.022>
- Barrault, S., & Varescon, I. (2015). Le poker : pratiques normales et pathologiques. *Psychotropes*, 21(2), 37. <https://doi.org/10.3917/psyt.212.0037>
- Barrault, S., Hegbe, K., Bertsch, I. & Courtois, R. (2016). «Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. » *Psychotropes*, 3(3-4), 65-81. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
- Barth, R. J., & Kinder, B. N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(1), 15-23. <https://doi.org/10.1080/00926238708403875>
- Bartlett, F.J. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T.. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Beck, A. T., Wright. F. D., Newman, C. F, & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Benzerouk, F., Djerada, Z., Bertin, E., Barrière, S., Gierski, F., & Kaladjian, A. (2020). Contributions of Emotional Overload, Emotion Dysregulation, and Impulsivity to Eating Patterns in Obese Patients with Binge Eating Disorder and Seeking Bariatric Surgery. *Nutrients*, 12(10), 3099. <https://doi.org/10.3390/nu12103099>
- Bergeret, J. (1981). Aspects économiques du comportement d'addiction. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, 9-25
- Beutel, M. E., Giralt, S., Wölfling, K., Stöbel-Richter, Y., Subic-Wrana, C., Reiner, I., Tibubos, A. N., & Brähler, E. (2017). Prevalence and determinants of online-sex use in the German population. *PLOS ONE*, 12(6), e0176449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176449>
- Billieux, J., Rochat, L., Rebetez, M. M. L., & van der Linden, M. (2008). Are all facets of Impulsivity related to self-reported compulsive buying behavior ? *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1432-1442. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.011>

- Billieux, J., Rochat, L. & Van der Linden, M. (2014). Chapitre 3. Impulsivité et psychopathologie. Dans : J. Billieux, L. Rochat & M. Van der Linden (Dir), *L'impulsivité : Ses facettes, son évaluation et son expression clinique* (pp. 87-130). Wavre, Belgique: Mardaga.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L. & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *154*(2), 243–249. DOI 10.1176/ajp.154.2.243
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, *36*(5), 413-422.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postel, J., & Reuchlin, M. (2011). Grand dictionnaire de la psychologie. (pp 678) (Nouvelle édition). Paris: Larousse
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, *9*(2), 191-204. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00012>
- Boström, A. E., Chazittofis, A., Ciuculete, D. M., Flanagan, J. N., Krattinger, R., Bandstein, M., Mwinyi, J., Kullak-Ublick, G. A., Öberg, K. G., Arver, S., Schiöth, H. B., & Jokinen, J. (2020). Hypermethylation-associated downregulation of microRNA-4456 in hypersexual disorder with putative influence on oxytocin signalling : A DNA methylation analysis of miRNA genes. *Epigenetics*, *15*(1-2), 145-160.
<https://doi.org/10.1080/15592294.2019.1656157>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2019 a). Revisiting the Role of Impulsivity and Compulsivity in Problematic Sexual Behaviors. *Journal of sex research*, *56*(2), 166–179.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1480744>
- Bóthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2019 b). The psychometric properties of the hypersexual behavior Inventory using a large-scale nonclinical sample. *The Journal of Sex Research*, *56*(2), 180-190.
- Brahim, N., Duroy, D. & Lejoyeux, M. (2016). 118. Achats compulsifs. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 814-817). Cachan, France: Lavoisier.
- Braun-Courville, D., Levin-Carmine, L., & Rojas, M. (2008). 2 : The Impact of Sexually-Explicit Websites on Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, *42*(2), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.015>

- Brunault, P., & Ballon, N. (2021). Inter-Individual Differences in Food Addiction and Other Forms of Addictive-Like Eating Behavior. *Nutrients*, *13*(2), 325. <https://doi.org/10.3390/nu13020325>
- Brunault, P., Ducluzeau, P. H., Courtois, R., Bourbao-Tournois, C., Delbachian, I., Réveillère, C., & Ballon, N. (2018). Food Addiction is Associated with Higher Neuroticism, Lower Conscientiousness, Higher Impulsivity, but Lower Extraversion in Obese Patient Candidates for Bariatric Surgery. *Substance Use & Misuse*, *53*(11), 1919-1923. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1433212>
- Bteich, G., Berbiche, D., & Khazaal, Y. (2017). Validation of the short Arabic UPPS-P impulsive behavior scale. *BMC psychiatry*, *17*(1), 1-6.
- Bulot, C., Leurent, B., & Collier, F. (2015). Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque en milieu universitaire. *Sexologies*, *24*(4), 187-193. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.09.007>
- Canale, N., Rubaltelli, E., Vieno, A., Pittarello, A., & Billieux, J. (2017). Impulsivity influences betting under stress in laboratory gambling. *Scientific Reports*, *7*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-10745-9>
- Carletto, S. & Pagani, M. (2019). Chapitre 20. Corrélats neurobiologiques des traumatismes et de l'état de stress post-traumatique. Dans : Cyril Tarquinio éd., *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 219-234). Paris: Dunod
- Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (1^{ère} édition). Minnesota MN: CompCare Publishers
- Carnes, P. (2001). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (3^e édition). Center City, Minnesota MN: Hazeldon.
- Chaney, M. P., & Blalock, A. C. (2006). Boredom Proneness, Social Connectedness, and Sexual Addiction Among Men Who Have Sex With Male Internet Users. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, *26*(2), 111-122. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2006.tb00012.x>
- Chahraoui, K. (2014). Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques. Dans : , K. Chahraoui, *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* (pp. 3-30). Paris: Dunod.
- Chatzitofis, A., Arver, S., Öberg, K., Hallberg, J., Nordström, P., & Jokinen, J. (2016). HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology*, *63*, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.002>

- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology*, 59(1), 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A., Bieling, P. J., & Segal, Z. V. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. 14(1):100-6.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., & Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders : Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 128-141. <https://doi.org/10.1037/a0020574>
- Coleman, E., Raymond, N., & McBean, A. (2003). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 86(7), 42-47.
- Coleman, E. (1992). Is Your Patient Suffering from Compulsive Sexual Behavior ? *Psychiatric Annals*, 22(6), 320-325. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920601-09>
- Coleman, Michael Miner, Fred Ohlerk, E. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory : A Preliminary Study of Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(4), 325-332. <https://doi.org/10.1080/009262301317081070>
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet : Surfing into the New Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187-193. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187>
- Cooper, M, Lebo, R. A. (2001). « Assessment and treatment of sexual compulsivity: A multi-modal perspective », *J Soc Work Pract Addict.*, 1(2), 61-74
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being : Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>
- d'Acremont, M., & Linden, M. V. D. (2005). Adolescent Impulsivity : Findings From a Community Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 427-435. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7260-1>
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., & Evren, B. (2014). The severity of Internet addiction risk and its relationship with the severity of borderline personality features, childhood traumas, dissociative experiences, depression and anxiety symptoms among Turkish University Students. *Psychiatry Research*, 219(3), 577-582. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.032>

- Davis, K. (2013). Young people's digital lives : The impact of interpersonal relationships and digital media use on adolescents' sense of identity. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2281-2293. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.05.022>
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors*, 30(7), 1392-1404.
- De Fruyt, F., Rolland, J. P., & De Clercq, B. (2017). Personnalités pathologiques dans le DSM: de l'approche catégorielle à une perspective dimensionnelle alternative. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 1-7
- Delmonico, D. L., Bubenzer, D. L., & West, J. D. (1998a). Assessing sexual addiction with the sexual dependency inventory-revised. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(3), 179-187. <https://doi.org/10.1080/10720169808400161>
- Delmonico, D. L., Bubenzer, D. L., & West, J. D. (1998b). Assessing sexual addiction with the sexual dependency inventory-revised. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(3), 179-187. <https://doi.org/10.1080/10720169808400161>
- Delmonico, D., & Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test : A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 261-276. <https://doi.org/10.1080/1468199031000153900>
- Dematteis, M. & Pennel, L. (2016). 4. Théories neurobiologiques de l'addiction. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 56-71). Cachan, France: Lavoisier.
- de Wit, H. (2008). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use : a review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14(1), 22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x>
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>
- D'Orta, I., Burnay, J., Aiello, D., Niolu, C., Siracusano, A., Timpanaro, L., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2015). Development and validation of a short Italian UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors Reports*, 2, 19-22. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.04.003>
- Duriez, N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, 22(3), 47. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0047>

- Eleuteri, S., Saladino, V., & Verrastro, V. (2017). Identity, relationships, sexuality, and risky behaviors of adolescents in the context of social media. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(3-4), 354-365. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397953>
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R.E. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy* (pp. 3-34). New York: Springer.
- Exner, T. M., Meyer-Bahlburg, H. F., & Ehrhardt, A. A. (1992). Sexual self-control as a mediator of high-risk sexual behavior in a New York City cohort of HIV+ and HIV- gay men. *Journal of Sex Research*, 29(3), 389-406.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361. <https://doi.org/10.1007/pl00005481>
- Eysenck, H. J. (1950). Les dimensions de la personnalité [The dimensions of personality]. (D. Mazé, Trans.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Fenichel, O. (1953). La théorie psychanalytique des névroses, trad. française. Paris, Payot.
- Fernandez, L., Catteeuw, M.,(2002). *Cliniques des addictions: théories, évaluation, prévention et soins*. Nathan, Liège
- Field, M., Wiers, R. W., Christiansen, P., Fillmore, M. T., & Verster, J. C. (2010). Acute Alcohol Effects on Inhibitory Control and Implicit Cognition : Implications for Loss of Control Over Drinking. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, no. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01218.x>
- Fossati, A., Somma, A., Karyadi, K. A., Cyders, M. A., Bortolla, R., & Borroni, S. (2016). Reliability and validity of the Italian translation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in a sample of consecutively admitted psychotherapy patients. *Personality and Individual Differences*, 91, 1-6.
- Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szuromi, I. (2008). Expanding the Scope of Dual Diagnosis and Co-Addictions : Behavioral Addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(3-4), 137-160. <https://doi.org/10.1080/15560350802424944>
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260.
- Garner, P. W., & Spears, F. M. (2000). Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Social Development*, 9(2), 246-264. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>
- Gay, P., Rochat, L., Billieux, J., D'Acremont, M., & van der Linden, M. (2008). Heterogeneous inhibition processes involved in different facets of self-reported impulsivity : Evidence

- from a community sample. *Acta Psychologica*, 129(3), 332-339.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2008.08.010>
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2013). An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, 54(5), 500-505.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.009>
- Giordano, A. L., & Cashwell, C. S. (2017). Cybersex Addiction Among College Students : A Prevalence Study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(1-2), 47-57.
<https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1287612>
- Gold, S. N., & Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction : Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 367-381. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00051-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00051-2)
- Goldberg, P. D. (2004). *An exploratory study about the impacts that cybersex (the use of the internet for sexual purposes) is having on families and the practices of marriage and family therapists* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
- Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Goodman, A. (1992). Sexual Addiction : Designation and Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 303-314. <https://doi.org/10.1080/00926239208412855>
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Goodman, A. (2001). What's in a Name ? Terminology for Designating a Syndrome of Driven Sexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(3-4), 191-213.
<https://doi.org/10.1080/107201601753459919>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 315. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Graziani, P. (2008). Beck a-t-il présenté un modèle de l'addiction ou de la motivation? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18 (Supplement 1), 40
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. pp 337. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

- Grijalva, E., Harms, P. D., Newman, D. A., Gaddis, B. H., & Fraley, R. C. (2014). Narcissism and Leadership : A Meta-Analytic Review of Linear and Nonlinear Relationships. *Personnel Psychology*, 68(1), 1-47. <https://doi.org/10.1111/peps.12072>
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation : Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (1998b). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation : Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Grubbs, J. B., Wright, P. J., Braden, A. L., Wilt, J. A., & Kraus, S. W. (2019). Internet pornography use and sexual motivation: A systematic review and integration. *Annals of the International Communication Association*, 43(2), 117–155. <https://doi.org/10.1080/23808985.2019.1584045>.
- Grubbs, J. B., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2019). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample : The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88-93. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.134>
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020a). Sexual addiction 25 years on : A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Grubbs, J. B., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2020 b). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample : The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88-93. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.134>
- Grynberg, D., de Timary, P., van Heuverswijn, A., & Muraige, P. (2017). Prone to feel guilty : Self-evaluative emotions in alcohol-dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.030>

- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, *110*(2), 215-236. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.2.215>
- Halpern, A. L. (2011). The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM5: Unnecessary and harmful. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(3), 487-488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance : A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- 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*(4), 305-314. <https://doi.org/10.1080/01926189608251043>
- Hempel, C. G. (1965). *Aspects of scientific explanation* (Vol. 3). New York: Free Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *29*(5), 409-416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>
- 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 Sex & Marital Therapy*, *36*(3), 227-260. <https://doi.org/10.1080/00926231003719673>
- Horak, N. S., Eagle, G., Stein, D. J., & Lochner, C. (2021). Gambling Disorder and Childhood Trauma: A Complex Association. *Journal of Gambling Studies*, *37*(2), 515-528.
- Hormes, J. M., Kearns, B., & Timko, C. A. (2014). Craving Facebook ? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*, *109*(12), 2079-2088. <https://doi.org/10.1111/add.12713>
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(6), 369-377. <https://doi.org/10.1002/cpp.423>
- Janssen, E., Goodrich, D., Petrocelli, J. V., & Bancroft, J. (2008). Psychophysiological Response Patterns and Risky Sexual Behavior in Heterosexual and Homosexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(4), 538-550. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9432-z>

- Jauregui, P., Estévez, A., & Urbiola, I. (2016). Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse, Emotion Regulation, and Anxious-Depressive Symptomatology. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.038>
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). *The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives* (Vol. 2, pp. 102-138). Berkeley: University of California.
- Kafka, M. P. (1991). Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Kafka, M. P. (1997). Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of sexual behavior*, 26(5), 505-526.
- Kafka, M. P., & Prentky, R. (1992). A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 345–350.
- Kafka, M. P. (2009). Hypersexual Disorder : A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of personality assessment*, 62(3), 385-397.
- Kalichman, S. C., & Cain, D. (2004). The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 235-241. <https://doi.org/10.1080/00224490409552231>
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales : Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 586-601. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder : Different Terms for the Same Problem ? A Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4012-4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kelly, M. (1964). Medical inquiries and observations upon diseases of the mind, 1812. *Journal of Chronic Diseases*, 17(11), 1067-1069. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(64\)90125-0](https://doi.org/10.1016/0021-9681(64)90125-0)
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>

- Keye, D., Wilhelm, O., & Oberauer, K. (2009). Structure and Correlates of the German Version of the Brief UPPS Impulsive Behavior Scales. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(3), 175-185. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.3.175>
- Kingston, D. A., Graham, F. J., & Knight, R. A. (2016). Relations Between Self-Reported Adverse Events in Childhood and Hypersexuality in Adult Male Sexual Offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 707-720. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0873-5>
- Klein, V., Briken, P., Schroder, J., & Fuss, J. (2019). Mental health professionals' pathologization of compulsive sexual behavior: Does clients' gender and sexual orientation matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 128(5), 465–472. <https://doi.org/10.1037/abn0000437>.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions : A developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343-354. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.343>
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). The Paraphilic and Hypersexual Disorders : An Overview. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(6), 391-403. <https://doi.org/10.1097/00131746-200111000-00005>
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Långström, N., & Hanson, R. K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population : Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37-52. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>
- Lebigot, F. (2021). *Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.
- Lee, R. S. C., Hoppenbrouwers, S., & Franken, I. (2019). A Systematic Meta-Review of Impulsivity and Compulsivity in Addictive Behaviors. *Neuropsychology Review*, 29(1), 14-26. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09402-x>
- Ley, D. J. (2012). *The myth of sex addiction*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2011). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders : a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*, 219(2), 469-490. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2550-7>
- Lillaz, C. & Varescon, I. (2012). III. Personnalité et santé. Dans : Serge Sultan éd., *Psychologie de la santé* (pp. 131-150). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

- Lim, S. Y., & Lee, Y. H. (2014). A Korean validation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in college students. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 51-71.
- Lloyd, M., Raymond, N. C., Miner, M. H., & Coleman, E. (2007). Borderline Personality Traits in Individuals with Compulsive Sexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 187-206. <https://doi.org/10.1080/10720160701480337>
- López-Torres, I., León-Quismondo, L., & Ibáñez, A. (2021). Impulsivity, Lack of Premeditation, and Debts in Online Gambling Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.618148>
- Lucet, C., & Olié, J. (2020). Conduites addictives : faits cliniques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(6), 551-560. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.04.005>
- Lynam, D. R., Whiteside, S. P., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2006). The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior. West Lafayette, IN: Purdue University. *Unpublished report*.
- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R., & Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates : A review of studies using structured diagnostic interviews. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 248-259. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.021>
- Marchica, L. A., Mills, D. J., Derevensky, J. L., & Montreuil, T. C. (2019). The Role of Emotion Regulation in Video Gaming and Gambling Disorder. *The Canadian Journal of Addiction*, 10(4), 19-29. <https://doi.org/10.1097/cxa.0000000000000070>
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *Addiction*, 85(11), 1389-1394. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x>
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2008). Predicting Negative Outcomes of Sexuality Using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62. https://doi.org/10.1300/j514v19n04_06
- Mercer, J. T. (1998). Assessment of the sex addicts anonymous questionnaire : Differentiating between the general population, sex addicts, and sex offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(2), 107-117. <https://doi.org/10.1080/10720169808400153>
- Messier-Bellemare, C., & Corneau, S. (2015). Les accros du porno : évaluation, diagnostic(s) et regard critique. *Sexologies*, 24(1), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.06.007>
- Mestre-Bach, G., Steward, T., Potenza, M. N., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mena-Moreno, T., Magaña, P., Vintró-Alcaraz, C., del Pino-Gutiérrez, A., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2019). The Role of ADHD Symptomatology and Emotion

- Dysregulation in Gambling Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 25(9), 1230-1239. <https://doi.org/10.1177/1087054719894378>
- Meyer, D., Cohn, A., Robinson, B., Muse, F., & Hughes, R. (2017). Persistent Complications of Child Sexual Abuse : Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 140-157. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1269144>
- Mick, T. M., & Hollander, E. (2006). Impulsive-Compulsive Sexual Behavior. *CNS Spectrums*, 11(12), 944-955. <https://doi.org/10.1017/s1092852900015133>
- Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hypersexuality in Men Who Have Sex With Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1323-1331. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.015>
- Montaldi, D. F. (2002). « Understanding hypersexuality with an Axis II model », *J Psychol Human Sex.*, 14(4),1-23.
- Montgomery-Graham, S. (2017). Conceptualization and Assessment of Hypersexual Disorder : A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews*, 5(2), 146-162. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001>
- Morgenstern, J., Muench, F., O'Leary, A., Wainberg, M., Parsons, J. T., Hollander, E., ... & Irwin, T. (2011). Non-paraphilic compulsive sexual behavior and psychiatric comorbidities in gay and bisexual men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(3), 114-134.
- Moscoso, S., & Salgado, J. F. (2004). « Dark Side » Personality Styles as Predictors of Task, Contextual, and Job Performance. *International Journal of Selection and Assessment*, 12(4), 356-362. <https://doi.org/10.1111/j.0965-075x.2004.00290.x>
- Moser, C. (2011). Hypersexual Disorder : Just More Muddled Thinking. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 227-229. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9690-4>
- Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T., O'Leary, A., Parsons, J. T., Wainberg, M. L., & Lai, B. (2007). The Consequences of Compulsive Sexual Behavior : The Preliminary Reliability and Validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 207-220. <https://doi.org/10.1080/10720160701480493>
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood : An Australian Population-

- Based Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526.
<https://doi.org/10.1007/s10508-005-6277-6>
- Navas, J. F., Verdejo-García, A., López-Gómez, M., Maldonado, A., & Perales, J. C. (2016). Gambling with Rose-Tinted Glasses on : Use of Emotion-Regulation Strategies Correlates with Dysfunctional Cognitions in Gambling Disorder Patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 271-281. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.040>
- Nevid, J. S., Rathus, S., & Greene, B. (2009). *Psychopathologie*. Pearson Education France.
- Orford, J. (1978). Hypersexuality : Implications for a Theory of Dependence. *Addiction*, 73(3), 299-310. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1978.tb00157.x>
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2014). The Role of Maladaptive Cognitions in Hypersexuality Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 669-683.
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0261-y>
- Pascal, B. (2017). Annexe. De Beck à Young. Dans : , B. Pascal, *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* (pp. 283-291). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions : des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 2-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.007>
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2009). Fonctionnement cognitivo-émotionnel : le rôle de l'intensité émotionnelle chez les individus anxieux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(9), 649-656.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.017>
- Paz, G., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Szabo, A. (2021). Role of Personality Characteristics and Sexual Orientation in the Risk for Sexual Addiction Among Israeli Men : Validation of a Hebrew Sex Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(1), 32-46. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00109-x>
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington MA, Lexington Book.
- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children* New York: International Universities Press
- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G., & John, O. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité.

- Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(7), 481-486. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.016>
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs : are they linked ? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 332-348. <https://doi.org/10.1002/cpp.345>
- Poudat, F. X., & Lagadec, M. (2017). *Sexe sans contrôle: surmonter l'addiction*. Paris, Odile Jacob.
- Poprawa, R. (2016). Polska adaptacja Skali Impulsywnego Zachowania UPPS-P oraz jej znaczenie w predykcji wybranych eksternalizowanych problemów i zaburzeń. *Przegląd Psychologiczny*
- Puglia, R., & Glowacz, F. (2015). Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(4), 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.01.007>
- Prefit, A. B., Câdea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology : A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370-380. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(03\)00110-x](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(03)00110-x)
- Reynaud, M. *Traité d'addictologie*. (2006). Paris : Médecine-Sciences Flammarion,
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1), 30-51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>
- Rinehart, N. J., & McCabe, M. P. (1997). Hypersexuality : Psychopathology or normal variant of sexuality ? *Sexual and Marital Therapy*, 12(1), 45-60. <https://doi.org/10.1080/02674659708408201>
- Rissel, C., Richters, J., de Visser, R. O., McKee, A., Yeung, A., & Caruana, T. (2016). A Profile of Pornography Users in Australia : Findings From the Second Australian Study of Health and Relationships. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 227-240. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1191597>
- Rochat, L., Billieux, J., Gagnon, J., & van der Linden, M. (2018). A multifactorial and integrative approach to impulsivity in neuropsychology : insights from the UPPS model

- of impulsivity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(1), 45-61.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1313393>
- Roche, S. (2017). Le rôle de la honte dans l'alcoolodépendance : une revue de la littérature. *Psychotropes*, 23(1), 47. <https://doi.org/10.3917/psyt.231.0047>
- Rolland, J. & DeFruyt, F. (2013). 10. Approches multidimensionnelles de la personnalité et de ses troubles : le rôle du modèle à cinq facteurs. Dans : Julien-Daniel Guelfi éd., *Les personnalités pathologiques* (pp. 74-82). Cachan, France: Lavoisier
- Rolland, J. (2019). II. Le modèle à cinq facteurs (MCF, Big Five). Dans: J. Rolland, *L'évaluation de la personnalité: Le modèle à cinq facteurs* (pp.113-138).Wavre, Belgique: Mardaga.
- Rolland, J., & de Fruyt, F. (2003). The validity of FFM personality dimensions and maladaptive traits to predict negative affects at work : a six month prospective study in a military sample. *European Journal of Personality*, 17(1_suppl), S101-S121.
<https://doi.org/10.1002/per.485>
- Roller, C. G. (2007). Sexually Compulsive/Addictive Behaviors in Women : A Women's Healthcare Issue. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(5), 486-491.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.03.014>
- Rømer Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 317-330. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22>
- Romo, L., & Kern, L. (2013). 32. Troubles de la personnalité, addictions sans substances et troubles des conduites alimentaires. In *Les personnalités pathologiques* (pp. 242-247). Paris: Lavoisier.
- Rosenberg, K. P., Carnes, P., & O'Connor, S. (2014). Evaluation and Treatment of Sex Addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(2), 77-91.
<https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.701268>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding : A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75-91.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Rydberg, J. (2019). 6. Le protocole EMDR standard: Les procédures EMDR standard : huit phases et trois volets. Dans : Cyril Tarquinio éd., *EMDR* (pp. 73-80). Paris: Dunod.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011a). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), 14.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011b). Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(2), 14.
- Scanavino, M. D. T., Ventuneac, A., Rendina, H. J., Abdo, C. H. N., Tavares, H., Amaral, M. L. S. D., Messina, B., Reis, S. C. D., Martins, J. P. L. B., Gordon, M. C., Vieira, J. C., & Parsons, J. T. (2014). Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory : Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 207-217. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0356-5>
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A. M., Manzella, S., & Famà, F. I. (2013). Insecure Attachment Attitudes in the Onset of Problematic Internet Use Among Late Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(5), 588-595. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0428-0>
- Schmidt, R. E., Gay, P., D'Acremont, M., & van der Linden, M. (2008). A German Adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale : Psychometric Properties and Factor Structure. *Swiss Journal of Psychology*, 67(2), 107-112. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.2.107>
- Sediyama, C. Y., Moura, R., Garcia, M. S., da Silva, A. G., Soraggi, C., Neves, F. S., ... & Malloy-Diniz, L. F. (2017). Factor analysis of the Brazilian version of UPPS impulsive behavior scale. *Frontiers in psychology*, 8, 622.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.147>
- Shi, M., & Du, T. J. (2019). Associations of personality traits with internet addiction in Chinese medical students : the mediating role of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2173-9>
- Sinanian, A., Roques, M., & Pommier, F. (2016). La sexualité addictive, évitement et répétitions traumatiques. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(3), 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.04.002>
- Slavin, M. N., Scoglio, A. A. J., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior : A Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports*, 7(1), 76-88. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9>
- Smith, P., Potenza, M., Mazure, C., McKee, S., Park, C., & Hoff, R. (2014). Compulsive sexual behavior among male military veterans : Prevalence and associated clinical factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 214-222. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.4.2>

- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93689511.x>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation : A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y., & Runtz, M. (2016). Adult Sexual Outcomes of Child Sexual Abuse Vary According to Relationship Status. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(2), 341-356. <https://doi.org/10.1111/jmft.12154>
- Valleur, M., & Velea, D. (2002). Les addictions sans drogue (s). *Rev Toxibase*, 6, 1-13.
- Varescon, I. (2009). Introduction: Les addictions comportementales : définitions, évolution du concept et questions. Dans : Isabelle Varescon éd., *Les addictions comportementales: Aspects cliniques et psychopathologiques* (pp. 11-18). Wavre, Belgique: Mardaga.
- Wagner, V., & Acier, D. (2017). Exploration des caractéristiques psychologiques des natifs numériques. *Alcoologie et addictologie*, 39(3), 219-229.
- Walters, G. D., Knight, R. A., & Långström, N. (2011). Is Hypersexuality Dimensional ? Evidence for the DSM-5 from General Population and Clinical Samples. *Archives of Sexual Behavior*, 40(6), 1309-1321. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9719-8>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., & Lykins, A. D. (2017). An Online Assessment of Personality, Psychological, and Sexuality Trait Variables Associated with Self-Reported Hypersexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 721-733. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0606-1>
- Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., & Lejoyeux, M. (2015). Sexual compulsion — Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 22-26. <https://doi.org/10.1556/jba.4.2015.1.6>
- Wéry, A., Karila, L., Sutter, P. D., & Billieux, J. (2014). Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : Une revue de la littérature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(4), 266-281. <https://doi.org/10.1037/a0038103>
- Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F. X., Caillon, J., Lever, D., Billieux, J., & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 623-630. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>

- Widakowich, C., van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(5), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.013>
- Wille, B., De Fruyt, F., & De Clercq, B. (2013). Expanding and reconceptualizing aberrant personality at work: Validity of five-factor model aberrant personality tendencies to predict career outcomes. *Personnel Psychology*, 66(1), 173-223.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassidy, E. (2011). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223-238. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x>
- Wise, T. N., & Schmidt, C. W. (1997). Paraphilias. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, & W. W. Davis (Eds.), *DSM-IV sourcebook* (Vol. 2, pp. 1133–1147). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Wolf, S. C. (1989). A model of sexual aggression/addiction. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 7(1), 131-148. DOI: [10.1300/J291v07n01_10](https://doi.org/10.1300/J291v07n01_10)
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., & Penberthy, J. K. (2013). Measuring hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1-2), 65-78.
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., & Penberthy, J. K. (2013). Measuring hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1-2), 65-78.
- World Health Organization. (1948). *ICD-8 international statistical classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (1955). *ICD-8 international statistical classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (1965). *ICD-8 international statistical classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (1975). *ICD-8 international statistical classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (1989). *The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification ICD-9-CM*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services;
- Yang, L., Cao, H., Ma, X., Geng, Y., Xu, J., & Fu, Y. (2017). The relationship between Childhood trauma and internet addiction among college Students: the mediating effect of coping styles. *Psychology: Techniques and Application*, 5(1), 19-25.

Yu, J. J., Kim, H., & Hay, I. (2013). Understanding adolescents' problematic Internet use from a social/cognitive and addiction research framework. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2682-2689. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.06.045>

ANNEXES

Annexe 1. Curriculum Vitae

Komlan Gnimavo HEGBE

Psychologue clinicien, Psychothérapeute

Doctorant en Psychologie clinique

Laboratoire EE-1901 Qualité de vie et Santé Psychologique (QualiPsy)

Université de Tours

Département de Psychologie

3 Rue des Tanneurs,

B. P. 4103 37041 Tours Cedex 1, France

✉: komlan.hegbe@univ-tours.fr

Intérêts de recherche

- *Psychologie clinique et psychopathologie*
- *Clinique des conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux, internet, sexe...)*
- *Trauma, distorsions cognitives, régulation émotionnelle, caractéristiques de personnalité, stratégie d'adaptation.*
- *Méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives)*
- *Approche théorique intégrative*

▪ **ÉTUDES SUPERIEURES ET DIPLOMES**

2017-2021 : Doctorat en Psychologie Clinique

Université de Tours, Tours (France)

Laboratoire d'affiliation : EE 1901 Qualité de vie et Santé Psychologique (QualiPsy).

Titre de la thèse : Etude des croyances addictives, de la régulation émotionnelle et des caractéristiques de personnalité dans l'addiction sexuelle, thèse soutenue le 01 décembre 2021.

Superviseurs de thèse :

Professeur Christian REVEILLERE (*Directeur*, Université de Tours, France)

Mme Servane BARRAUL, Maître de Conférences-HDR (*Co-directrice*, Université de Tours, France)

2016-2017 : Master 2 « Psychologie Clinique et Psychopathologie » à l'Université de Tours (France)

Titre du mémoire : Le psychologue clinicien et la mesure Santé - Justice pour les personnes mineures au CSAPA Port Bretagne : Comment comprendre cet accompagnement ? (Mention Bien).

Superviseur de mémoire : M. Robert COURTOIS (Maître de conférences-HDR)

2015-2016 : Master 1 « Psychologie Clinique et Psychopathologie » à l'Université de Tours, (France)

Titre du mémoire : Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de la personnalité Borderline et les conduites cybersexuelles problématiques (Mention Très Bien).

Superviseure du mémoire : Mme Servane BARRAULT (Maître de Conférences-HDR)

2013-2014 : Master 1 « Psychologie Clinique et de la Santé »

Filière de Psychologie Appliquée, Université de Lomé (Togo).

2011-2012 : Licence « Psychologie Clinique et de la Santé »

Filière de Psychologie Appliquée, Université de Lomé (Togo).

▪ LISTE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS

• Articles soumis ou en cours d'évaluation

- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2022, accepté). Exposition précoce à la sexualité et croyances addictives dans l'addiction sexuelle : une étude qualitative exploratoire. *Psychotropes*.
- **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2021, submitted). Sexual Addiction and Personality Features: taking both Dimensional and Categorical aspects into consideration. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

• Articles publiés, acceptés ou sous presse

1. **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors: The role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex and Marital Therapy*. doi: [10.1080/0092623X.2021.1952361](https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1952361)
2. **Hegbe, K. G.**, Courtois, R., Brunault, P., Réveillère, C., & Barrault, S. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encephale*. doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011
3. Barrault, S., **Hegbe, K. G.**, Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, 22(3),65-81.[doi-org/10.3917/psyt.223.0065](https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065)

■ COMMUNICATIONS ET PRESENTATIONS

● Présentations lors des journées d'études, colloques et congrès

1. **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., Brunault, P. & Barrault, S. (2022) (Contribution accepted as Mini-Talk). Sexual addiction: a maladaptive strategy to regulate mood and anxiety symptoms? 7th International Conference on Behavioral Addictions (ICBA 2022), 20th -22nd June 2022, Nottingham, UK.
2. **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). The role of Post-Traumatic Disorder and emotion dysregulation in sexual addiction (Poster). Communication au 61^e Congrès de la Société Française de Psychologie, 8-10 décembre 2021, Tours, France.
3. **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., Brunault, P., & Barrault, S. (2020). Sexual addiction and Personality factors, (Poster). Communication au 14^e Congrès International d'Addictologie de l'Albatros, 27-29 octobre 2020, Paris, France.
4. **Hegbe, K. G.**, Réveillère, C., & Barrault, S. (2019). Etude de l'anxiété, de la dépression, de la dysrégulation émotionnelle et des dimensions d'impulsivité dans l'addiction sexuelle. Communication orale à la 22^{ème} journée des Neurosciences à Nouzilly, 14 novembre 2019, Tours, France.
5. Barrault, S., **Hegbe, K.G.**, Courtois, R., Brunault, P., Bachellier, J., Maugé, D., & Ballon, N. (2018). « Problematic cybersexual behaviours: the implication of borderline personality disorder and childhood trauma » (Poster). Communication presented at the 80th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence (CPDD), 9-14 juin 2018, San Diego, CA, US.
6. Barrault, S., & **Hegbe, K.G.** (2016). « *L'addiction sexuelle en ligne* ». Communication orale (invités). Journée d'études sur l'addiction sexuelle, 7 décembre 2016, Tours, France.

● Autres réalisations et diffusions de connaissance

1. **Hegbe, K. G.**, & Barrault, S., Réveillère, C. (2020). Les addictions comportementales. Journée - découverte de la recherche en Sciences Humaines et Sociales à l'intention des collégiens de la région Centre-Val de Loire, MSH Val de Loire, 11 Mars 2020, Tours, France.
2. El Archi, S., & **Hegbe, K.G.**, (2020). Qu'est-ce qu'une addiction comportementale ? (vidéo réalisée dans le cadre de la fête de la science) MSH Val de Loire, Octobre 2020, Tours, France.
https://www.canalu.tv/video/msh_val_de_loire/qu_est_ce_qu_une_addiction_comportementale.57703

▪ ACTIVITES CLINIQUES

2018 - 2019 : Psychologue Clinicien au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie / Centre d'Information et de Consultation en Alcoologie et en Toxicomanie (CICAT) de Châteaudun (France)

Evaluation, prise en charge psychothérapeutique et prévention des conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux de hasard et d'argent, sexe, ...).

Consultations Jeunes Consommateurs à la Maison de Services au Public, Voves (France).

Consultations avancées au sein d'un établissement scolaire (Lycée Emile Zola de Châteaudun, France).

2017 - 2018 : Psychologue Clinicien au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)

Intervention psychothérapeutique brève auprès des jeunes de 18-26 ans admis pour intoxication éthylique aiguë, au service des urgences du CHRU Trousseau.

Inclusion des patients dans un protocole de recherche sur les habitudes de consommations d'alcool des jeunes (Projet IFACAP).

Collaboration avec M. Paul BRUNAUT, Ph.D., M.D.

2016 - 2017 : Psychologue stagiaire (304 heures)

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours), Tours (France).

Tutrice de Stage : Mme Carole FILLATRE

Activités cliniques : Accueil des usagers, évaluation, prise en charge psychothérapeutique ; coanimation d'ateliers à médiation thérapeutique.

Problématiques : Patients souffrant des conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux sexe, achats compulsifs...).

Population : Adolescents et adultes.

Approches : TCC, Thérapies intégratives et de soutien.

2015 - 2016 : Psychologue stagiaire (308 heures)

Centre Médico-Psychologique de Blois (France)

Tutrice de Stage : Mme Catherine VASLIN

Activités cliniques : Entretiens cliniques et psychothérapie ; coanimation d'ateliers thérapeutiques ; réalisation de bilans psychologiques (Rorschach, TAT et MMPI-2).

Accompagnement psychologique des demandeurs d'asile.

Problématiques : Patients souffrant des pathologies mentales (psychoses aiguës et chroniques), troubles dépressifs, détresse psychologique des proches aidants, trauma.

Population : Adultes.

Approches : Thérapies d'inspiration psychodynamique et de soutien.

▪ **ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT ET DE PEDAGOGIE UNIVERSITAIRE**

• **Fonctions exercées dans l'enseignement universitaire**

2021 – 2022 : Chargé de cours

Université de Tours, Tours (France)

Travaux dirigés de Psychologie Clinique.

2019– 2021 : Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Université de Tours, Tours (France)

Laboratoire : EE-1901 QualiPsy

- Travaux dirigés de Psychologie Clinique et Psychopathologie.
- Accompagnement personnalisé des étudiants de Licence 1 de Psychologie.
- Encadrement des Travaux d'Etude et de Recherche de Licence 3 de Psychologie.
- Co-encadrement des Travaux d'Etude et de Recherche de Master 1 de Psychologie.

2017-2018 : Enseignant contractuel

Université de Tours, Tours (France)

Laboratoire : Psychologie des Ages de la Vie et Adaptation (PAVEA)

- Travaux dirigés de Psychologie Clinique, Psychologie du développement et Psychologie cognitive en Licence de Psychologie.

▪ **COMPETENCES EN INFORMATIQUES ET STATISTIQUES**

• **Outils statistiques et informatiques :**

- Utilisateur expérimenté des logiciels STATISTICA, SPSS, JASP.
- Utilisateur expérimenté du logiciel Iramuteq.
- Utilisateur expérimenté des systèmes d'exploitation Microsoft Office™ (Word, Excel, Powerpoint).
- Utilisateur expérimenté du logiciel de gestion bibliographique Zotero.

▪ **COMPETENCES LINGUISTIQUES**

- **Français** : langue maternelle
- **Anglais** : maîtrise de l'anglais parlé, lu, écrit
- **Allemand** : lu, écrit
- **Russe** : lu et écrit

▪ **LOISIRS**

- Basketball, jeux de culture générale, voyages

Annexe 2. Critères diagnostiques du trouble lié à une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

A. Mode d'usage problématique d'une substance psychoactive autre que l'alcool, la caféine, le cannabis, un hallucinogène (phéncyclidine et autres), une substance inhalée, un opioïde, un sédatif, un hypnotique ou un anxiolytique, une substance stimulante ou le tabac, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :

1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (craving) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.
9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminuée en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (cf. les critères A et B du sevrage d'une substance autre [ou inconnue] p. 749).

b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [craving], ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [craving], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance », qui peut être présent).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à la substance est limité.

Codage reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par une substance autre (ou inconnue), un sevrage d'une substance autre (ou inconnue), ou un autre trouble mental induit par une substance autre (ou inconnue) est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Le trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par une substance autre (ou inconnue) (cf. la note de codage pour l'intoxication par une substance autre [ou inconnue], le sevrage d'une substance autre [ou inconnue], ou un autre trouble mental spécifique induit par une substance autre [ou inconnue]). Par exemple, s'il y a une dépression induite par une substance autre (ou inconnue) comorbide à un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), seul le code de la dépression induite par une substance autre (ou inconnue) est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est léger, moyen ou grave : F19.14 pour un trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) avec dépression induite par une substance autre (ou inconnue) ou F19.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) avec dépression induite par une substance autre (ou inconnue).

Spécifier la sévérité actuelle :

305.90 (F19.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.90 (F19.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.90 (F19.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Annexe 3. Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale. Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats)

Annexe 4. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité paranoïaque

A. Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparait au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent.
2. Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.
3. Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui.
4. Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins.
5. Garde rancune (c.-à-d. ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné).
6. Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.
7. Met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique non imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « PR morbide », c.-à-d. « personnalité paranoïaque (prémorbide) ».

Annexe 5. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité schizoïde

A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations proches, y compris les relations intrafamiliales.
2. Choisit presque toujours des activités solitaires.
3. N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes.
4. N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune.
5. N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.
6. Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.
7. Fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « prémorbide » c.-à-d. « personnalité schizoïde (prémorbide) ».

Annexe 6. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité schizotypique

A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aigüe et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

1. Idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence).
2. Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres).
3. Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles.
4. Pensée et langage bizarres (p. ex. vagues, circonstancielles, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés).
5. Idéation méfiante ou persécutoire.
6. Inadéquation ou pauvreté des affects.
7. Comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier.
8. Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré.
9. Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est associée à des craintes persécutrices plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

N.B.: Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « pré-morbide », p. ex. « personnalité schizotypique (prémorbide) ».

Annexe 7. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale

- A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
 2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
 3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.
 4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions.
 5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
 6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
 7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- B. Age au moins égal à 18 ans.
- C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.
- D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

Annexe 8. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Annexe 9. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité histrionique

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui.
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante.
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi.
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails.
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
7. Suggestibilité, est facilement influence par autrui ou par les circonstances.
8. Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Annexe 10. *Critères diagnostique du trouble de la personnalité narcissique*

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport).
2. Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.
3. Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
4. Besoin excessif d'être admiré.
5. Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
6. Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
7. Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui.
8. Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient.
9. Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Annexe 11. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité évitante

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité

au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critique, désapprouvé ou rejeté.
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule.
4. Craint d'être critique ou rejeté dans les situations sociales.
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres.
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Annexe 12. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité dépendante

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et a une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (N.B. : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions.)
4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'Energie).
5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.

Annexe 13. *Critères diagnostiques du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive*

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures.
8. Se montre rigide et têtu.

Annexe 14. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité antisociale

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants:

1. Identité : Égocentrisme, estime de soi liée à un profit personnel, au pouvoir ou au plaisir.
2. Auto-détermination : Objectifs fondés sur une satisfaction personnelle, absence de standards internes prosociaux associée à une incapacité de se conformer à un comportement respectueux de la loi ou culturellement et éthiquement normatif
3. Empathie : Manque d'intérêt pour les sentiments, les besoins ou la souffrance d'autrui ; manque de remords après avoir maltraité ou fait souffrir autrui
4. Intimité : Incapacité d'entretenir des relations mutuelles proches car le moyen principal d'entrer en relation avec autrui est l'exploitation, y compris par tromperie et coercition ; utilisation de sa supériorité ou de l'intimidation pour contrôler autrui

B. Au moins six des sept traits pathologiques suivants :

1. Tendances manipulatoires (un aspect de l'antagonisme) : Utilisation fréquente de subterfuges pour influencer ou contrôler autrui ; opère avec séduction, charme, désinvolture ou des attitudes doucereuses pour aboutir à ses ins.
2. Dureté/insensibilité (un aspect de l'antagonisme) : Manque d'intérêt pour les sentiments ou les problèmes d'autrui ; manque de culpabilité ou de remords à propos des effets négatifs voire nocifs de son action sur autrui ; agression, sadisme.
3. Malhonnêteté (un aspect de l'antagonisme) : Tromperies et fraudes ; représentation erronée de sa personne ; enjolivement de la vérité ou inventions quand le sujet relate des événements.
4. Hostilité (un aspect de l'antagonisme) : Sentiments de colère persistants ou fréquents ; colère ou irritabilité en réponse à des affrontements mineurs et à des insultes ; comportement mauvais, méchant ou vindicatif.
5. Prise de risque (un aspect de la désinhibition) : S'engage dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables, superflues, sans considération pour les conséquences ; tendance à l'ennui ; se lance dans des activités irréfléchies pour lutter contre cet ennui ; ne se sent pas concerné par ses limites et déni de la réalité d'un danger personnel encouru.
6. Impulsivité (un aspect de la désinhibition) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats ; agit dans l'instant, sans projet ni considération pour les conséquences ; difficultés pour faire des plans et les suivre.

7. Irresponsabilité (un aspect de la désinhibition) : Ne prend pas en considération – et n'honore pas – les obligations financières et les autres engagements ; ne respecte pas accords et promesses qu'il ne tient pas.

N.B. : Le sujet a au moins 18 ans.

Spécifier si : Avec caractéristiques psychopathiques

Annexe 15. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité évitante

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Estime de soi basse avec appréciation de soi-même comme socialement inepte, peu attrayant ou inférieur ; sentiments excessifs de honte.
2. Autodétermination : Standards comportementaux irréalistes avec une réticence à poursuivre des objectifs, prendre des risques personnels ou s'engager dans de nouvelles activités impliquant un contact interpersonnel.
3. Empathie : Préoccupation par les (et sensibilité aux) critiques ou le rejet associé à des inférences biaisées ou négatives concernant les attentes d'autrui.
4. Intimité : Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé ; diminution des relations intimes en raison d'une peur d'être ridicule ou de se sentir honteux.

B. Au moins trois des quatre traits pathologiques suivants, l'un d'entre eux devant être : (1) la tendance anxieuse :

1. Tendance anxieuse (un aspect de l'affectivité négative) : Sentiments intenses de nervosité, tension, panique, souvent en réaction à des situations sociales ; soucis à propos des effets négatifs d'expériences passées désagréables et de possibilités futures négatives ; éprouve des sentiments de peur ou d'appréhension, ou se sent menacé par l'incertitude ; peur de se sentir embarrassé.
2. Retrait (un aspect du détachement) : Réticence pour les relations sociales ; évitement des activités et des contacts sociaux ; absence d'initiative de contact social.
3. Anhédonie (un aspect du détachement) : Manque de plaisir éprouvé ou d'engagement ou d'énergie dans les expériences de la vie ; déficit de la capacité de ressentir du plaisir ou de s'intéresser aux choses.
4. Évitement de l'intimité (un aspect du détachement) : Évitement des relations proches et sentimentales, des attachements interpersonnels et des relations sexuelles intimes.

Annexe 16. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité borderline

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.

2. Autodétermination : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.

3. Empathie : Incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d. prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».

4. Intimité : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé ; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :

1. Labilité émotionnelle (un aspect de l'affectivité négative) : Expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.

2. Tendance anxieuse (un aspect de l'affectivité négative) : Sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude ; peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle.

3. Insécurité liée à la séparation (un aspect de l'affectivité négative) : Peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.

4. Dépressivité (un aspect de l'affectivité négative) : Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du

futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.

5. Impulsivité (un aspect de la désinhibition) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.

6. Prise de risque (un aspect de la désinhibition) : Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.

7. Hostilité (un aspect de l'antagonisme) : Sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.

Annexe 17. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité narcissique

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Référence excessive à autrui pour la définition de soi-même et pour la régulation de l'estime de soi ; appréciation de soi exagérée : celle-ci peut être enflée ou au contraire dévaluée ou osciller entre ces deux extrêmes ; la régulation émotionnelle varie en fonction des fluctuations de l'estime de soi.

2. Autodétermination : L'établissement des objectifs repose sur l'obtention de l'approbation de la part d'autrui ; les standards personnels sont placés soit déraisonnablement hauts, afin de se voir comme quelqu'un d'exceptionnel, soit trop bas car reposant sur le sentiment du sujet que tout lui est dû ; n'a souvent pas conscience de ses motivations propres.

3. Empathie : Altération de la capacité de reconnaître ou d'éprouver les sentiments et les besoins d'autrui. Excessivement « branché » sur les réactions d'autrui mais seulement si celles-ci sont perçues comme pertinentes pour soi-même ; sur- ou sous-estimation de l'effet produit sur autrui.

4. Intimité : Relations à autrui très superficielles, servant à la régulation de l'estime de soi ; réciprocité limitée en raison d'un faible intérêt réel pour les expériences d'autrui ; prédominance du besoin d'un avantage personnel.

B. Présence des deux traits pathologiques suivants :

1. Grandiosité (un aspect de l'antagonisme). Sentiment du sujet que tout lui est dû, soit manifeste, soit caché ; centré sur soi, s'accroche fermement à la croyance qu'il est meilleur qu'autrui, condescendant vis-à-vis d'autrui.

2. Recherche de l'attention d'autrui (un aspect de l'antagonisme). Tentatives excessives pour être au centre de l'attention d'autrui ; recherche l'admiration d'autrui.

Annexe 18. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité obsessionnelle - compulsive

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Sens du soi provenant essentiellement du travail et de la productivité ; limitation de l'expérience et de l'expression des émotions fortes.
2. Autodétermination : Difficulté pour terminer les tâches et pour remplir les objectifs, associée à des standards internes de comportement rigides, déraisonnablement élevés et inflexibles, hyperconsciencieux et attitudes moralistes.
3. Empathie : Difficultés à comprendre et à apprécier les idées, les sentiments ou les comportements d'autrui.
4. Intimité : Les relations passent après le travail et la productivité ; rigidité et entêtement affectent négativement les relations à autrui.

B. Au moins trois des quatre traits pathologiques suivants, l'un d'entre eux devant être : (1) perfectionnisme rigide :

1. Perfectionnisme rigide (un aspect du caractère consciencieux extrême [pôle opposé de la désinhibition]) : Insistance rigide pour que tout soit parfait, sans fautes ni erreurs, qu'il s'agisse des performances d'autrui ou des siennes propres, sacrifice de la rapidité pour s'assurer que tout est correct jusque dans le moindre détail ; croit qu'il n'y a qu'une seule bonne façon de faire les choses ; difficulté pour changer d'avis ou de point de vue ; préoccupé par les détails, l'organisation et l'ordre.
2. Persévération (un aspect de l'affectivité négative) : Reste sur des tâches bien après que le comportement ait cessé d'être fonctionnel ou efficace ; poursuite du même comportement malgré des échecs répétés.
3. Évitement de l'intimité (un aspect du détachement) : Évitement des relations proches ou sentimentales, des attachements personnels et des relations sexuelles intimes.
4. Affectivité restreinte (un aspect du détachement) : Peu de réactions aux situations émotionnellement stimulantes ; restriction de l'expérience et de l'expression émotionnelles ; indifférence ou froideur.

Annexe 19. Modèle alternatif du DSM-V pour le trouble de la personnalité schizotypique

A. Alteration du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Limites incertaines entre soi et les autres ; distorsion du concept de soi ; expression émotionnelle souvent non congruente avec le contexte ou l'expérience interne.
2. Autodétermination : Objectifs irréalistes ou incohérents ; absence de standards internes clairs.
3. Empathie : Difficulté marquée pour comprendre l'impact de ses propres attitudes sur autrui ; mauvaises interprétations fréquentes concernant les motivations et les comportements des autres.
4. Intimité : Altérations marquées du développement des relations intimes associées à de la méfiance et à de l'anxiété.

B. Au moins quatre des six traits pathologiques suivants :

1. Dysrégulation cognitive et perceptuelle (un aspect du psychoticisme) : Mode de pensée bizarre ou inhabituel ; pensée ou discours vague, circonstanciel, métaphorique, trop élaboré ou stéréotypé ; sensations bizarres dans diverses modalités sensorielles.
2. Croyances et expériences inhabituelles (un aspect du psychoticisme) : Contenus de pensée et vision de la réalité perçus par autrui comme bizarres ou idiosyncrasiques ; expériences inhabituelles de la réalité.
3. Excentricité (un aspect du psychoticisme) : Comportement ou allure d'apparence étrange, bizarre, inhabituel ; dit des choses inhabituelles ou inappropriées.
4. Restriction de l'affectivité (un aspect du détachement) : Peu de réactions à des situations émotionnellement stimulantes ; expériences et expressions émotionnelles restreintes ; indifférence ou froideur.
5. Retrait (un aspect du détachement) : Préfère être seul plutôt qu'avec les autres ; réticence dans les situations sociales ; évitement des activités et des contacts sociaux ; ne prend pas l'initiative de contacts sociaux.
6. Méfiance (un aspect du détachement) : S'attend – avec une sensibilité accrue – à ce qu'autrui ait de mauvaises intentions à son égard ou cherche à lui nuire ; doute de la loyauté et de la fidélité d'autrui ; sentiments de persécution.

Annexe 20. Trouble de la personnalité spécifié par des traits

Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants:

1. Identité
2. Autodétermination
3. Empathie
4. Intimité

B. Au moins un domaine de traits pathologiques de personnalité OU au moins une des facettes spécifiques à l'intérieur des domaines en considérant L'ENSEMBLE des domaines suivants :

1. Affectivité négative (vs stabilité émotionnelle) : Expériences fréquentes et intenses d'un niveau élevé d'une large gamme d'émotions négatives (p. ex. anxiété, dépression, culpabilité/honte, soucis, colère) avec leurs manifestations comportementales (p. ex. auto-agression) ou interpersonnelles (p. ex. dépendance).
2. Détachement (vs extraversion) : Évitement de toute expérience socio-émotionnelle, ce qui comprend à la fois un retrait des interactions interpersonnelles allant des interactions quotidiennes temporaires jusqu'aux relations amicales intimes, avec une restriction de l'expérience et de l'expression affectives, et en particulier une capacité hédonique limitée.
3. Antagonisme (vs agréabilité) : Comportements qui conduisent le sujet à être en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance, une attente concomitante de bénéficier d'un traitement spécial, de même qu'une ferme antipathie vis-à-vis des autres et une méconnaissance des besoins et des sentiments d'autrui, alors même que le sujet est prêt à utiliser autrui pour renforcer sa propre valorisation.
4. Désinhibition (vs caractère consciencieux) : Recherche de satisfactions immédiates conduisant à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans prise en compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures.
5. Psychoticisme (vs lucidité) : Fait preuve d'une large gamme de cognitions et de comportements culturellement non congruents, bizarres ou inhabituels, tant en ce qui concerne

Annexe 21. Tableau de la moyenne, médiane et écart-type des scores au SAST-Fr, aux critères de Goodman (N= 398) (Etude 3)

	Moyenne	Médiane	Ecart-type
SAST-Fr	7,79	7	5,86
Critères de Goodman (Addiction sexuelle)	2,92	2	2,72

Annexe 22. Tableau de la distribution des scores au SAST-Fr, aux critères de Goodman (N = 398) (Etude 3)

	Asymétrie	Aplatissement	<i>d</i> K-S	Lilliefors <i>p</i> <	KR-20
SAST-Fr	0,58	-0,69	0,12	0,01	0,9
Critères de Goodman (Addiction sexuelle)	0,69	-0,68	0,16	0,01	0,85

KR-20 = Coefficient Kuder-Richardson (KR-20) ;

Une distribution est dite symétrique si les observations se répartissent de manière uniforme autour la moyenne et de la médiane. Si la valeur du coefficient d'asymétrie est positive (> 0), alors la distribution est étalée à droite de la moyenne. Si la valeur est négative (< 0) alors la distribution est étalée à gauche de la moyenne.

L'aplatissement (kurtosis) de la distribution normale est égal à 0. Lorsqu'elle diffère clairement de 0, c'est que la distribution est soit plus plate (platykurtique), soit plus pointue (leptokurtique) que la distribution normale (mésokurtique).

Annexe 23. *Critères de l'addiction sexuelle de Goodman*

A. Echec répété à résister aux impulsions à s'engager dans un comportement sexuel,

B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement sexuel,

C. Plaisir ou soulagement pendant la durée du comportement sexuel,

D. Au moins 5 symptômes parmi les manifestations suivantes :

1. Être fréquemment préoccupé par le comportement sexuel ou sa préparation.
2. L'intensité et la durée des épisodes sont plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Avoir répété des tentatives pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement sexuel
4. Temps important consacré à la préparation, à l'entreprise ou à se remettre des effets de son comportement sexuel,
5. Survenue fréquente du comportement lorsque l'on doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales,
6. Des activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement sexuel,
7. Perpétuation du comportement sexuel, malgré la connaissance qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique,
8. Tolérance : besoin d'avoir d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement sexuel pour obtenir ou atteindre l'état de satisfaction ou d'excitation désiré, ou diminuer l'effet procuré par un comportement de même intensité,
9. Irritabilité ou agitation lors des tentatives de réduction ou d'arrêt du comportement sexuel.

E. Certains symptômes persistent depuis au moins un mois ou se sont répétés sur une longue période.

Annexe 24. *Version originale anglophone du Sexual Addiction Screening Test (SAST)*

Answer yes or no to the following questions :

1. Were you sexually abused as a child or adolescent? Yes No
2. Have you subscribed or regularly purchased sexually explicit magazines like Playboy or Penthouse? Yes No
3. Did you parents have trouble with sexual behavior? Yes No
4. Do you often find yourself preoccupied with sexual thoughts? Yes No
5. Do you feel that your sexual behavior is not normal? Yes No
6. Does your spouse or significant othersever worry or complain about your sexual behavior?
Yes No
7. Do you have trouble stopping your sexual behavior when you know it is inappropriate?
Yes No
8. Do you ever feel bad about your sexual behavior? Yes No
9. Has your sexual behavior ever created problems for you or your family?
Yes No
10. Have you ever sought help for sexual behavior you did you like? Yes No
11. Have you ever worried about people finding out about your sexual activities?
Yes No
12. Has anyone been hurt emotionally because of your sexual behavior? Yes No
13. Are any of your sexual activities against the law? Yes No
14. Have you made promises to yourself to quit some aspect of your sexual behavior?
Yes No
15. Have you made efforts to quit a type of sexual activity and failed? Yes No
16. Do you have to hide some of your sexual behavior from others? Yes No
17. Have you attempted to stop some parts of your sexual activity? Yes No
18. Have you ever felt degraded by your sexual behavior? Yes No
19. Has sex been a way for you to escape your problems? Yes No
20. When you have sex, do you feel depressed afterwards? Yes No
21. Have you felt the need to discontinue a certain form of sexual activity? Yes No
22. Has your sexual activity interfered with your family life? Yes No
23. Have you been sexual with minors? Yes No
24. Do you feel controlled by your sexual desire? Yes No
25. Do you ever think your sexual desire is stronger than you are? Yes No

Annexe 25. Sexual Addiction Screening Test- Français (SAST-Fr)

Veillez répondre par **Oui** ou par **Non** le plus sincèrement possible aux questions suivantes :

1. Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence?
Oui Non
2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse? Oui Non
3. Vos parents avaient-ils des troubles des conduites sexuelles ? Oui Non
4. Etes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles? Oui Non
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal?
Oui Non
6. Est-ce que votre conjoint(e) ou d'autres personnes importantes de votre vie se sont déjà inquiétées ou plaintes de votre comportement sexuel? Oui Non
7. Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il est inapproprié? Oui Non
8. Vous sentez-vous mal à propos de votre comportement sexuel?
Oui Non
9. Votre comportement sexuel a-t-il déjà créé des problèmes pour vous ou votre famille?
Oui Non
10. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ? Oui Non
11. Avez-vous déjà craint que des personnes ne découvrent vos activités sexuelles? Oui Non
12. Est-ce que quelqu'un a été émotionnellement blessé par vos pratiques sexuelles? Oui Non
13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ? Oui Non
14. Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de vos comportements sexuels? Oui Non
15. Avez-vous fait des efforts pour abandonner un certain type d'activité sexuelle et échoué ? Oui Non
16. Devez-vous cacher une partie de votre comportement sexuel aux autres?
Oui Non
17. Avez-vous essayé d'arrêter certaines de vos activités sexuelles? Oui Non
18. Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel? Oui Non

19. Le sexe a-t-il été un moyen pour vous d'échapper à vos problèmes? Oui Non
20. Quand vous avez un rapport sexuel, vous sentez-vous déprimé après? Oui Non
21. Avez-vous ressenti le besoin d'interrompre une certaine forme d'activité sexuelle?
Oui Non
22. Votre activité sexuelle a-t-elle interféré avec votre vie familiale? Oui Non
23. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des mineurs ? Oui Non
24. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel? Oui Non
25. Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous? Oui Non

Annexe 26. Tableau *Number of subjects with more than one personality disorder (Etude 5)*

		Sexual addiction		
		Sexual Addiction n(%)	No sexual Addiction n(%)	Total n (%)
More than one personality disorder ^a	Yes	66 (92.96)	162 (64.54)	228 (70.81)
	No	5 (7.04)	89 (35.46)	94 (29.19)
	Total	71 (100)	251 (100)	322 (100)

Note: ^a More than one personality disorder: Subject presenting more than one personality disorder; Chi-square: 21.62; dl=1; $p=.000003$; N= 322.

Annexe 27. Figure 1 *Prévalence des troubles de la personnalité dans les groupes des sujets avec et sans addiction sexuelle*

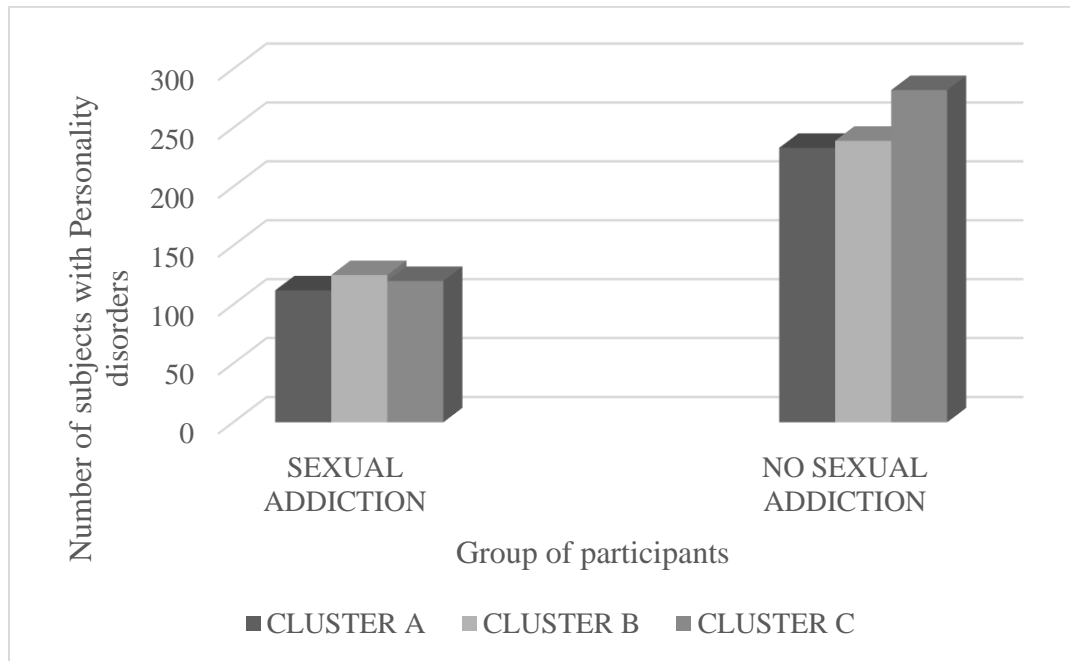


Figure 1 Number of Personality Disorders by Cluster in Subjects with and without Sexual Addiction

Annexe 28. Figure 2 *Nombre de troubles de personnalité par participants*

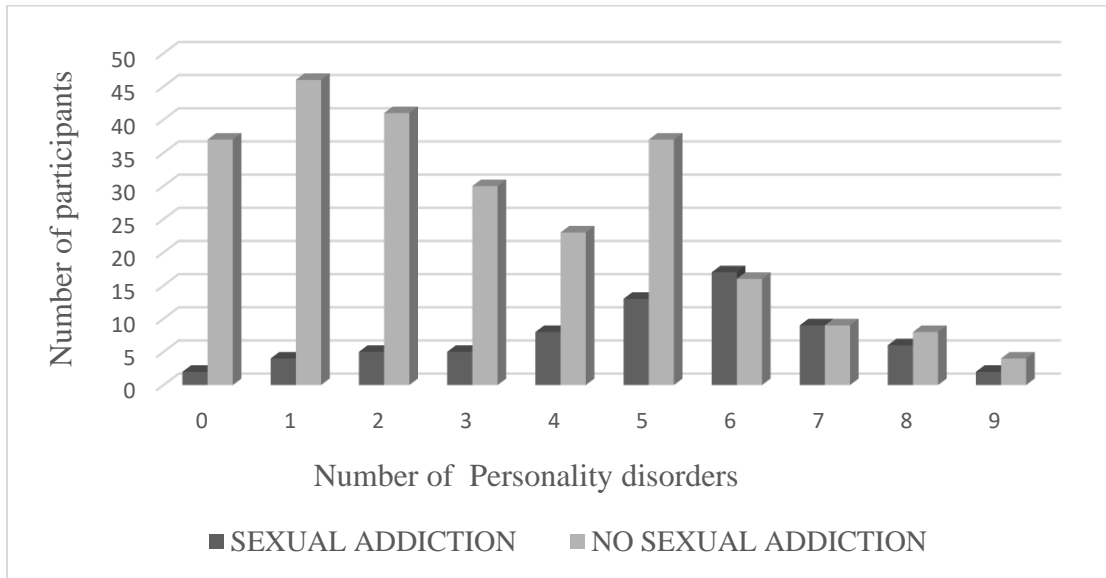


Figure 2 Number of personality disorders per participants

Annexe 29. Programme de soin détaillé du groupe de restructuration cognitive

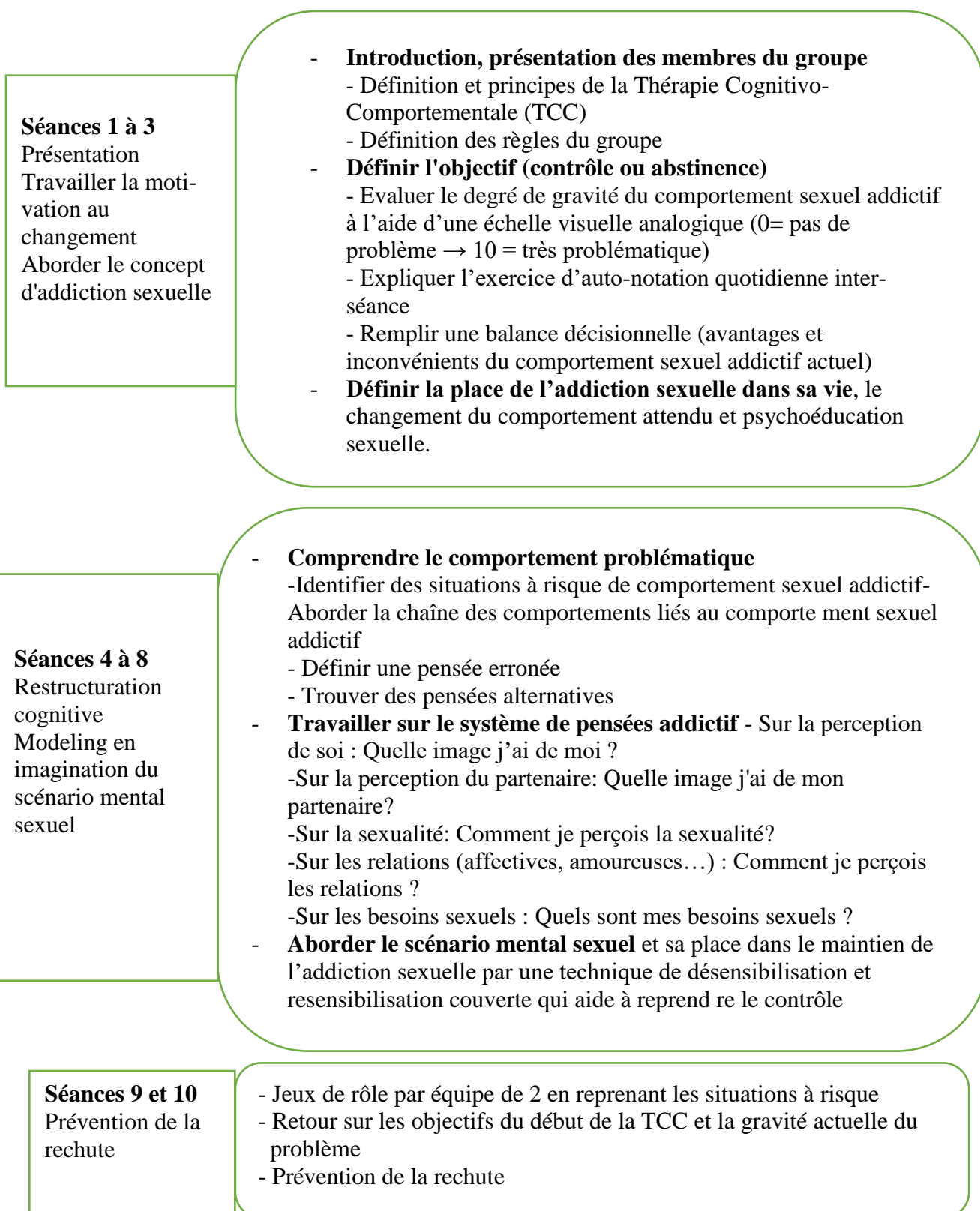


Figure 10 Programme de soin détaillé du groupe de restructuration cognitive proposé à Nantes
tiré de Poudat et Lagadec (2017)

NOTE D'INFORMATION

Bonjour,

Nous vous proposons de répondre à une étude concernant les différents facteurs impliqués dans l'addiction sexuelle (comportements sexuels excessifs, visionnage excessif de photos ou de vidéos pornographiques, chats sexuels, le cybersexe via des environnements virtuels...). Cette recherche est menée par M. Komlan Gnimavo HEGBE, Psychologue et doctorant en psychologie clinique. Elle est dirigée par M. Christian REVEILLERE, Professeur à l'Université de Tours et Mme Servane BARRAULT, Maître de Conférences-Habilitation à Diriger des Recherches à l'Université de Tours.

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les liens entre les caractéristiques de la personnalité, les difficultés de régulation des émotions et l'impact des événements de vie traumatiques vécus de l'enfance dans l'addiction sexuelle. Il s'agit donc d'une part de contribuer à la connaissance des facteurs psychologiques et psychopathologiques de cette addiction et d'autre part de proposer des pistes pour adapter son diagnostic et améliorer la prise en charge des sujets qui en souffrent.

Votre participation est libre, entièrement volontaire et anonyme. Les résultats seront soumis à des études statistiques, respectant la confidentialité de chacun. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude ou d'interrompre votre participation à tout moment.

Si vous acceptez de participer, vous devrez répondre à plusieurs questions, le temps de passation est d'environ 30 minutes. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Veuillez répondre spontanément et le plus sincèrement possible.

Dans le cadre de cette recherche, nous adoptons une démarche méthodologique mixte (quantitative et qualitative). Dans cette perspective, à l'issue de votre remplissage du questionnaire, nous souhaiterions avoir un entretien avec vous, afin de compléter les informations que vous nous avez transmises. La durée de cet entretien est d'environ une demi-heure. Si vous en êtes, d'accord, nous vous prions de nous en informer en nous envoyant un mail (à l'une des adresses mails indiquées ci-dessous). Nous définirons ensemble les modalités de cet entretien (par téléphone ou par skype selon vos possibilités). Vous disposez d'un droit de suivi des résultats de l'étude.

Pour participer à cette étude, vous devez être âgé de 18 ans ou plus, avoir l'habitude d'utiliser Internet pour des activités sexuelles et/ou avoir des difficultés à contrôler votre (vos) comportements sexuel (s). Vous devriez signer le formulaire de consentement. Pour toute question, renseignement ou accès aux résultats, vous pouvez nous contacter : komlan.hegbe@univ-tours.fr, servane.barrault@univ-tours.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Veillez cocher s'il vous plait chacune des cases ci-dessous, en guise de signature du formulaire de votre consentement à participer à cette étude :

- Je déclare avoir lu la note d'information relative à cette étude. J'ai été informé(e) que les données seront confidentielles, totalement anonymes et destinées uniquement à une étude statistique dans le cadre universitaire.
- J'ai été informé(e) des méthodes et du but de cette étude, ainsi que du fait que je suis totalement libre de participer et éventuellement de me retirer de l'étude à tout moment.
- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude, et qui seront rendues anonymes, puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi « Informatique et Liberté » (Article 40 de la loi n°78-17 du 06.01.1978, modifié par la loi 2002-303 du 04.03.2002), que ces données peuvent m'être communiquées par Gnimavo Komlan HEGBE et que je pourrais exercer mon droit de rectification auprès de ces derniers.
- J'accepte donc de participer à une recherche universitaire menée par Komlan Gnimavo HEGBE, dirigée par Christian REVEILLERE, Professeur et Servane BARRAULT, Maitre de conférences – HDR à l'Université de Tours (France).

Afin de nous faciliter le traitement des données de l'entretien que nous souhaiterions avoir avec vous, nous vous prions de choisir un pseudonyme confidentiel simple, que vous nous rappellerez au moment de l'entretien.

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE SITUATION PERSONNELLE

1. Quel âge avez-vous ?
.....ans
2. Etes-vous ?
 - Un homme
 - Une femme
3. Quelle est votre situation actuelle ?
 - Etudiant
 - Sans emploi
 - Actif à mi-temps
 - Actif à temps complet
 - Demandeur d'emploi
 - Retraité(e)
4. Etat civil :
 - Célibataire
 - Marié(e)
 - Séparé(e)
 - Divorcé(e)
 - Remarié(e)
 - Veuf (ve)
 - Union libre
5. Indiquez votre orientation sexuelle s'il vous plait :
 - Hétérosexuel(le) Homosexuel(le) Bisexuel(le)
6. Quel est votre niveau d'étude ?
 - Aucun
 - BEPC
 - CAP, BEP
 - Baccalauréat
 - Diplôme d'études supérieures

7. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- Exploitants agricoles
- Artisans, commerçants
- Cadres
- Profession intermédiaire (infirmiers, technicien, travailleurs sociaux, enseignants...)
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres

8. Estimez le nombre d'heure(s) que vous passez par semaine sur internet

9. Estimez le nombre d'heure(s) que vous passez par semaine sur internet pour des activités cybersexuelles

ECHELLE DE DEPISTAGE DE L'ADDICTION SEXUELLE - SAST-Fr

Pour faire ce test, veuillez répondre par **Oui** ou par **Non** aux questions suivantes :

1. Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence?
Oui Non
2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse? Oui Non
3. Vos parents avaient-ils des troubles des conduites sexuelles ? Oui Non
4. Etes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles? Oui Non
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal?
Oui Non
6. Est-ce que votre conjoint(e) ou d'autres personnes importantes de votre vie se sont déjà inquiétées ou plaintes de votre comportement sexuel? Oui Non
7. Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il est inapproprié? Oui Non
8. Vous sentez-vous mal à propos de votre comportement sexuel?
Oui Non
9. Votre comportement sexuel a-t-il déjà créé des problèmes pour vous ou votre famille?
Oui Non
10. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
Oui Non
11. Avez-vous déjà craint que des personnes ne découvrent vos activités sexuelles?
Oui Non
12. Est-ce que quelqu'un a été émotionnellement blessé par vos pratiques sexuelles? Oui
Non
13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ? Oui Non
14. Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de vos comportements sexuels? Oui Non
15. Avez-vous fait des efforts pour abandonner un certain type d'activité sexuelle et échoué ?
Oui Non
16. Devez-vous cacher une partie de votre comportement sexuel aux autres? Oui Non
17. Avez-vous essayé d'arrêter certaines de vos activités sexuelles? Oui Non

18. Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel? Oui Non
19. Le sexe a-t-il été un moyen pour vous d'échapper à vos problèmes? Oui Non
20. Quand vous avez un rapport sexuel, vous sentez-vous déprimé après? Oui Non
21. Avez-vous ressenti le besoin d'interrompre une certaine forme d'activité sexuelle?
Oui Non
22. Votre activité sexuelle a-t-elle interféré avec votre vie familiale? Oui Non
23. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des mineurs ? Oui Non
24. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel? Oui Non
25. Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous? Oui Non

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE PDO-4+

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous aviez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « Depuis plusieurs années... »

Vrai signifie que cet énoncé est généralement vrai pour vous.

Faux signifie que cet énoncé est généralement faux pour vous. Même si vous n'êtes pas tout à fait certain de votre réponse, veuillez indiquer V ou F à chaque question.

Par exemple, à l'énoncé suivant :

- J'ai tendance à être têtu(e)

Si depuis plusieurs années, vous êtes effectivement têtu(e), vous répondrez « vrai » en entourant le V. Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez faux en entourant le F.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

Depuis plusieurs années :

1. J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer. V F
2. Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil et le soutien des autres. V F
3. Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus souvent de vision d'ensemble. V F
4. J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale. V F
5. J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent. V F
6. Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent. V F
7. Les autres se sont plaints que je ne sois pas à la hauteur professionnellement ou que je ne tiens pas mes engagements. V F
8. J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises ou (j'en aurais eu si j'avais été pris(e)).
V F
9. Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéressent pas vraiment. V F
10. Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi. V F

11. Je sais que si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper. V F
12. Parfois je me sens bouleversé. V F
13. Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment. V F
14. Je suis habituellement déprimé(e). V F
15. Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi. V F
16. Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement. V F
17. Je suis plus « sexy » que la plupart des gens. V F
18. Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour. V F
19. J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi. V F
20. Je me bagarre beaucoup physiquement. V F
21. Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas. V F
22. J'aime mieux faire les choses tout (e) seul (e) qu'avec les autres. V F
23. Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent. V F
24. Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance. V F
25. Parfois, je parle des gens dans leur dos. V F
26. Je suis inhibé(e) dans les relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e). V F
27. Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux. V F
28. Je souffre d'un manque d'estime de moi. V F
29. Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs. V F
30. Je montre facilement mes émotions. V F
31. Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre. V F
32. Je me demande souvent qui je suis réellement V F
33. J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi. V F
34. Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas. V F
35. Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique. V F
36. Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien. V F

37. Les autres utiliseront ce que je leur dis contre moi. V F
38. Il y a des gens que je n'aime pas. V F
39. Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens. V F
40. J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout seul (e). V F
41. J'ai un sens moral plus élevé que les autres gens. V F
42. Je suis mon « propre » pire critique V F
43. Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin. V F
44. J'ai un immense besoin que les autres me regardent et me fassent des compliments V F
45. J'ai essayé de me blesser ou de me tuer. V F
46. Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences. V F
47. Il n'y a pas beaucoup d'activité qui retiennent mon intérêt. V F
48. Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis. V F
49. Je m'oppose verbalement à mes supérieurs quand ils me disent de quelle façon faire mon travail.
V F
50. Je suis très attentif (ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent. V F
51. Je n'ai jamais dit un mensonge. V F
52. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat. V F
53. J'ai tellement envie que les gens m'aient que j'en viens à me porter volontaire à des choses
qu'en fait je préférerais ne pas faire. V F
54. J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter.
V F
55. Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.
56. Je me fais beaucoup de soucis. V F
57. J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas de mes
habitudes de leur en consentir. V F
58. Je suis très « soupe au lait » (susceptible) V F
59. Mentir m'est facile et je le fais souvent. V F
60. Je ne suis pas intéressé (e) à avoir des amis proches. V F
61. Je suis souvent sur mes gardes de peur que l'on ne profite de moi. V F
62. Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal. V F
63. J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi. V F
64. Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée. V F

65. Lorsque je suis seul(e) je me sens désemparé(e), incapable de m'occuper de moi-même. V F
66. Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même. V F
67. J'ai un penchant pour le « dramatique ». V F
68. Il y a des gens qui pensent que je profite des autres. V F
69. Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens. V F
70. Je suis critique à l'égard des autres. V F
71. Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet. V F
72. J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face. V F
73. Les autres se sont souvent plaints que je n'avais pas remarqués qu'ils étaient bouleversés. V F
74. En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre. V F
75. J'aime faire des choses risquées. V F
76. J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire. V F
77. Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai. V F
78. J'ai de la peine à contrôler ma colère et mes sautes d'humeur. V F
79. Certaines personnes sont jalouses de moi. V F
80. Je suis facilement influencé(e) par les autres. V F
81. J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingres. V F
82. Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager immédiatement dans une autre relation. V F
83. Je souffre d'un manque d'estime de soi. V F
84. Je suis un(e) pessimiste. V F
85. Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent. V F
86. Etre au milieu des gens me rend nerveux (se). V F
87. Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise. V F
88. Je suis terrifié(e) à l'idée de savoir que je vais devoir m'assumer tout(e)seul(e). V F
89. Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) comme une mule. V F
90. Je prends les relations avec les autres plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes.

91. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses. V F
92. Les autres pensent que je suis prétentieux. V F
93. Quand je suis stressé, il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience. V F
94. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent. V F
95. Je garde mes distances à l'égard des autres. V F
96. Je me demande souvent si ma femme (mari, ami (e)) m'a trompé(e). V F
97. Je me sens souvent coupable. V F
98. J'ai fait, de manière impulsive des choses (*comme celles indiquées ci-dessous*) qui pourraient me créer des problèmes. V F

Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- a- Dépenser plus d'argent que je n'en ai V F
- b- Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine V F
- c- Boire trop. V F
- d- Prendre des drogues. V F
- e- Manger de façon boulimique. V F
- f- Conduire imprudemment. V F
99. Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15ans), j'étais une sorte de délinquante(e) juvénile et je faisais certaine de ces choses ci-dessous.
Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous.
- a- J'étais considéré (e) comme une brute. V F
- b- J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants. V F
- c- J'ai utilisé une arme dans mes bagarres. V F
- d- J'ai volé ou agressé des gens. V F
- e- J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens. V F
- f- J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux. V F
- g- J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi. V F
- h- J'ai beaucoup menti. V F
- i- J'ai découché sans la permission de mes parents. V F
- j- J'ai dérobé des choses aux autres. V F

k- J'ai allumé des incendies. V F

l- J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui.

m- Je me suis plus d'une fois enfui (e) de la maison en pleine nuit. V F

n- J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant 13 ans. V F

o- Je me suis introduit (e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.

V F

TEST DE DEPENDANCE SEXUELLE - PEACCE

Pour faire ce test, veuillez répondre par **Oui** ou par **Non** aux questions suivantes :

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

ECHELLE D'EVALUATION DES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE BFI-10-Fr

Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.

Par exemple, acceptez-vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres ?

Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :

1 désapprouve fortement	2 désapprouve un peu	3 n'approuve ni ne désapprouve	4 Approuve un peu	5 approuve fortement
-------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	----------------------	-------------------------

Je me vois comme quelqu'un qui

1. est réservé : 1 2 3 4 5
2. a tendance à critiquer les autres : 1 2 3 4 5
3. travaille consciencieusement : 1 2 3 4 5
4. est "relaxé", détendu, gère bien les stress : 1 2 3 4 5
5. a une grande imagination : 1 2 3 4 5
6. est sociable, extraverti(e): 1 2 3 4 5
7. fait généralement confiance aux autres: 1 2 3 4 5
8. a tendance à être paresseux : 1 2 3 4 5
9. est facilement anxieux : 1 2 3 4 5
10. est peu intéressé(e) par tout ce qui est artistique : 1 2 3 4 5

ECHELLE MULTIDIMENSIONNELLE D'IMPULSIVITE - UPPS

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous **êtes tout à fait en désaccord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1**, si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **2**, si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **3**, et si vous êtes **tout à fait d'accord** encerclez le chiffre **4**.

Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous.

Il y a encore d'autres énoncés sur la page suivante.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. J'ai une attitude réservée et prudente dans la vie.	1	2	3	4
2. J'ai des difficultés à contrôler mes impulsions.	1	2	3	4
3. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.	1	2	3	4
4. Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.	1	2	3	4
5. Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse.	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à résister à mes envies (pour la nourriture, les cigarettes, etc.).	1	2	3	4
7. J'essayerais tout.	1	2	3	4
8. J'ai tendance à abandonner facilement.	1	2	3	4
9. Je ne suis pas de ces gens qui parlent sans réfléchir.	1	2	3	4
10. Je m'implique souvent dans des situations dont j'aimerais pouvoir me sortir par la suite.	1	2	3	4
11. J'aime les sports et les jeux dans lesquels on doit choisir son prochain mouvement très rapidement.	1	2	3	4
12. Je n'aime vraiment pas les tâches inachevées.	1	2	3	4
13. Je préfère m'interrompre et réfléchir avant d'agir.	1	2	3	4
14. Quand je ne me sens pas bien, je fais souvent des choses que je regrette ensuite, afin de me sentir mieux tout de suite.	1	2	3	4
15. Ça me plairait de faire du ski nautique.	1	2	3	4

16. Une fois que je commence quelque chose je déteste m'interrompre.	1	2	3	4
17. Je n'aime pas commencer un projet avant de savoir exactement comment procéder.	1	2	3	4
18. Parfois quand je ne me sens pas bien, je ne parviens pas à arrêter ce que je suis en train de faire même si cela me fait me sentir plus mal.	1	2	3	4
19. J'éprouve du plaisir à prendre des risques.	1	2	3	4
20. Je me concentre facilement.	1	2	3	4
21. J'aimerais faire du saut en parachute.	1	2	3	4
22. J'achève ce que je commence.	1	2	3	4
23. J'ai tendance à valoriser et à suivre une approche rationnelle et « sensée » des choses.	1	2	3	4
24. Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
25. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non conformistes.	1	2	3	4
26. Je m'organise de façon à ce que les choses soient faites à temps.	1	2	3	4
27. D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.	1	2	3	4
28. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
29. J'aimerais apprendre à conduire un avion.	1	2	3	4
30. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.	1	2	3	4
31. Je suis une personne prudente.	1	2	3	4
32. C'est difficile pour moi de me retenir d'agir selon mes sentiments.	1	2	3	4
33. J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayant	1	2	3	4
34. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.	1	2	3	4
35. Avant de m'impliquer dans une nouvelle situation, je préfère savoir ce que je dois en attendre.	1	2	3	4

36. J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).	1	2	3	4
37. J'aimerais la sensation de skier très vite sur des pentes raides.	1	2	3	4
38. Il y a tant de petites tâches qui doivent être faites que parfois je les ignore simplement toutes.	1	2	3	4
39. D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4
40. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.	1	2	3	4
41. Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
42. J'aimerais aller faire de la plongée sous-marine.	1	2	3	4
43. Je suis toujours capable de maîtriser mes émotions.	1	2	3	4
44. J'aimerais conduire vite.	1	2	3	4
45. Parfois je fais des choses sur un coup de tête que je regrette par la suite.	1	2	3	4

Age :ans

Sexe : féminin / masculin (entourer)

Langue maternelle française : oui / non (entourer) ; Sinon,
français parlé depuis.....années

ECHELLE DE REGULATION EMOTIONNELLE – DERS F

Les questions suivantes permettent d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon que celui-ci vous correspond :

- 1- Presque jamais
- 2- Quelques fois
- 3- La moitié du temps
- 4- La plupart du temps
- 5- Presque toujours

Code :.....

- 1- Je comprends bien mes sentiments
 - Presque jamais
 - Quelques fois
 - La moitié du temps
 - La plupart du temps
 - Presque toujours

- 2- Je fais attention à ce que je ressens
 - Presque jamais
 - Quelques fois
 - La moitié du temps
 - La plupart du temps
 - Presque toujours

- 3- Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables
 - Presque jamais
 - Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

4- Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

5- J'ai des difficultés à donner sens à mes sentiments

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

6- Je fais attention à mes sentiments

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

7- Je sais exactement comment je me sens

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

8- Je prends garde à ce que je ressens

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

9- Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

10- Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

11- Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

12- Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion

- Presque jamais

- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

13- Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

14- Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

15- Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

16- Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

17- Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

18- Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

19- Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

20- Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

21- Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps

Presque toujours

22- Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

23- Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

24- Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

25- Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

26- Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

27- Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

28- Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

29- Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

30- Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

31- Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire.

Presque jamais

Quelques fois

La moitié du temps

La plupart du temps

Presque toujours

32- Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

33- Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

34- Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

35- Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

36- Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus

- Presque jamais
- Quelques fois
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Presque toujours

Avez-vous répondu à tous les énoncés?

Merci !

TEST DES CONDUITES ADDICTIVES (CRITERES DE GOODMAN)

Pour faire ce test, veuillez répondre par **Vrai** ou par **Faux** aux questions suivantes :

1. Il m'est impossible de résister aux impulsions à réaliser mon comportement sexuel. V F
2. J'ai une sensation croissante de tension qui précède immédiatement le début de mon comportement sexuel. V F
3. Je ressens du plaisir ou me sens soulagé pendant la durée de mon comportement sexuel. V F
4. J'ai une sensation de perte de contrôle pendant mon comportement sexuel. V F
5. Je suis fréquemment préoccupé au sujet de mon comportement sexuel ou de sa préparation. V F
6. L'intensité et la durée des épisodes sont plus importantes que souhaitées à l'origine. V F
7. J'ai répété des tentatives pour réduire, contrôler ou abandonner mon comportement sexuel. V F
8. Je consacre un temps important à la préparation, à l'entreprise ou me remettre de mon comportement sexuel. V F
9. Mon comportement sexuel survient fréquemment lorsque je dois accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales. V F
10. J'ai sacrifié des activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures du fait de mon comportement sexuel. V F
11. Je perpétue mon comportement sexuel, bien que je sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique. V F
12. J'ai besoin d'avoir d'augmenter l'intensité ou la fréquence de mon comportement sexuel pour obtenir ou atteindre l'état de satisfaction ou d'excitation désiré, ou diminuer l'effet procuré par un comportement de même intensité. V F
13. Je suis irritable ou agité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de mon comportement sexuel. V F

ECHELLE DE RECHERCHE DE SENSATIONS - AISS

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indique à quel point chacune est vraie pour vous en cochant la case appropriée :

1. = Ne me correspond pas du tout. ; 2 = Ne me correspond pas vraiment ; 3= Me correspond un peu ; 4= Me correspond parfaitement.
1. Je peux concevoir qu'il serait intéressant de se marier à une personne originaire d'un pays étranger.
1 2 3 4
 2. Je trouve qu'il est agréable et excitant de donner un spectacle ou de parler devant un groupe.
1 2 3 4
 3. Si je me rendais à un parc d'attractions, j'irais dans les montagnes russes et d'autres manèges à haute vitesse.
1 2 3 4
 4. J'aimerais voyager dans des endroits étranges et lointains.
1 2 3 4
 5. Je ne jouerais jamais à des jeux d'argent même si je pouvais me le permettre.
1 2 3 4
 6. J'aurais aimé être l'un des premiers explorateurs d'un territoire inconnu
1 2 3 4
 7. J'aime les films où il y a beaucoup d'explosions et de poursuites.
1 2 3 4
 8. Ce serait intéressant d'être témoin d'un accident de voiture.
1 2 3 4
 9. Au restaurant, je pense qu'il est mieux de commander un plat que l'on connaît déjà.
1 2 3 4
 10. Dans un endroit élevé, j'aime la sensation de me tenir près du bord et de regarder en bas. 1
2 3 4
 11. Si on pouvait visiter gratuitement une autre planète ou la lune, je serais parmi les premiers à réserver une place. 1 2 3 4
 12. Je peux comprendre qu'il doit être excitant de participer à une bataille dans une guerre.
1 2 3 4

QUESTIONNAIRE HADs (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

Ce questionnaire a été conçu de façon à vous permettre d'exprimer ce que vous ressentez sur le plan émotionnel. Lisez chaque question et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler (une seule réponse par question).

Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION D'ÉVÉNEMENT DE VIE

TRAUMATIQUE

Veillez répondre à ces questions en cochant OUI, NON ou INCERTAIN(E) selon ce qui s'applique à vous, s'il vous plait :

1. Quand vous étiez enfant ou adolescent(e), étiez-vous régulièrement frappé(e) avec un instrument (comme une ceinture ou un bâton) ou à coups de poings, ou à coups de pieds ou brûlé(e) par quelqu'un vivant sous votre toit?

- Oui
 Non
 Incertain(e)

2. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent(e), avez-vous eu des expériences sexuelles non consenties?

- Oui
 Non
 Incertain(e)

3. Quelqu'un vous a-t-il forcé(e) ou persuadé(e) d'avoir un rapport sexuel contre votre gré avant l'âge de 17 ans?

- Oui
 Non
 Incertain(e)

4. Vous rappelez-vous expériences sexuelles troublantes avant l'âge de 17 ans avec un adulte de votre famille ou une personne représentant l'autorité (comme par exemple un professeur)?

- Oui
 Non
 Incertain(e)

5. Lorsque vous étiez enfant ou adolescent(e), quelqu'un vous a -t-il interdit d'exprimer vos émotions ? (par exemple : vous amener à éprouver de la peur et de la culpabilité au lieu de la colère ; avez-vous l'impression que vos besoins d'affection étaient teintés de peur et de haine...)

Oui

Non

Incertain(e)

ECHELLE DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE- PCLS

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin puis choisir un chiffre pour indiquer à quel point vous avez été perturbé (e) par ce problème dans le mois précédent.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Parfois
 - 4 Souvent
 - Très souvent
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de coeur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Parfois
 - 4 Souvent
 - Très souvent
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Parfois
 - 4 Souvent
 - Très souvent
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Parfois
 - 4 Souvent
 - Très souvent
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.
- 1 Pas du tout
 - 2 Un peu
 - 3 Parfois

- 4 Souvent
- Très souvent

9. Perte d'intérêt pour des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

12. Se sentir comme si l'avenir était raccourci ou bouché.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).

- 1 Pas du tout

- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

15. Avoir des difficultés à vous concentrer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

16. Être en état de super-alarme, sur la défensive en permanence.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- Très souvent

Nous vous remercions très sincèrement de votre participation à cette étude. Afin de compléter les informations que vous avez accepté de nous transmettre, nous souhaiterions échanger avec vous toujours sur la thématique de l'addiction sexuelle. Pour cela et pour toute autre question, renseignement ou accès aux résultats, si vous le souhaitez, vous pouvez nous contacter via :

komlan.hegbe@univ-tours.fr ou servane.barrault@univ-tours.fr

GRILLE D'ENTRETIEN : CROYANCES ERRONEES SUR LA SEXUALITE

➤ **Expositions précoces aux expériences sexuelles**

1. Quand vous étiez enfant ou adolescent(e), avez-vous été forcé à faire une ou des expériences sexuelles contre votre gré ?
2. Vous souvenez-vous de votre première rencontre avec la sexualité ? Pouvez-vous en dire quelques mots ?
3. A quel moment, période, avez-vous constaté que vous avez perdu le contrôle de votre vie sexuelle ? y-a-t-il eu un/des événements particuliers ayant précédé ou marqué cette période ?
4. Vous est-il arrivé de penser que votre difficulté à contrôler votre comportement sexuel compulsif serait liée à cette (ces) expérience (s) ?
5. Dans votre difficulté à contrôler votre comportement sexuel, avez-vous le sentiment de rechercher ou de reproduire certaines situations auxquelles vous auriez été confronté ?

➤ **Croyances anticipatoires**

1. Quelles idées vous viennent à l'esprit quand vous entendez le mot « sexe » ou « sexualité » ?
2. Quelles situations, événements sont susceptibles de vous amener absolument à l'activité sexuelle sans que vous puissiez vous en empêcher ou vous contrôler ? Pouvez-vous en décrire quelques-uns ?
3. Pensez-vous qu'il existe des situations ou des comportements particuliers qui augmentent vos chances de vous engager ou de vous réengager dans les activités sexuelles (de façon compulsive) après un précédent passage à l'acte ?

➤ **Croyances soulageantes**

1. Est-ce que pour vous le sexe ou les activités sexuelles sont un moyen d'essayer de résoudre les problèmes de la vie et/ou d'y échapper ?
2. Les activités sexuelles sont-elles un moyen de retrouver un certain équilibre ? Avez-vous des situations en particulier qui vous viennent à l'esprit ?

3. Pouvez-vous nous dire comment vous vous sentez quand ces situations vous viennent à l'esprit ? ou encore quelles émotions vous animent quand vous pensez à ces situations ? Comment les décririez-vous ?
4. Pensez-vous que votre activité sexuelle est la seule chose de votre vie qui puisse vous détendre ? vous permettre de vous sentir bien ?

➤ **Croyances permissives**

1. Vous est-il déjà arrivé de penser que le besoin sexuel de l'Homme est incontrôlable ?
2. Pensez-vous que contrôler sa sexualité est contre nature ?
3. Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous et que vous ne pouvez pas fonctionner sans activité sexuelle ?
4. Vous arrive-t-il de penser qu'il n'y a rien de meilleur dans votre vie qui pourrait arriver à vous exciter ?
5. Vous arrive-t-il de penser qu'il vous est difficile de mieux gérer vos comportements sexuels parce que vous en avez perdu le contrôle ?
6. Avez-vous le sentiment que dans une relation affective, votre seule (ou votre principale) motivation réside dans votre habilité sexuelle ; dans votre capacité à procurer ou à obtenir une intense excitation émotionnelle ?

Annexe 31. Avis favorable du comité d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Servane Barrault
Titre du projet de recherche : Etude des croyances, de la régulation émotionnelle et des facteurs de personnalité dans l'addiction sexuelle

N° du projet : 2018 079

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 079

A Tours, le 22 octobre 2018

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

Sexual addiction and Personality features

K.G. Hegbe¹, C. Réveillère¹, P. Brunault^{1,3,4} & S. Barrault^{1,2}

1. Qualiopsy EE 1901, Université de Tours, Tours, France; 2. CSAPA-37 Port Bretagne, CHRU de Tours, Tours, France; 3. UMR 1253, iBrain, Université de Tours, Inserm, Tours, France; 4. Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie, CHRU de Tours, Tours, France.

INTRODUCTION

Sexual addiction is a disorder characterized by an increasing loss of control over the practice of sexuality. It is associated to intense and instable emotional states, and the persistence of this behavior despite negative psychological, social, emotional, family or financial consequences (Carnes, 1991; Goodman, 1998; Kafka, 2013). There is currently a controversy concerning its definition or diagnostic criteria. However, its negative and often very destructive consequences lead practitioners and researchers to increasingly recognize its existence and its clinical reality.

AIMS

Our research aimed to study the relationship between sexual addiction and personality features. The latter were jointly considered in both categorical and dimensional approaches.

METHOD

Participants and procedure

322 subjects recruited online through forums dedicated to exchanges on sexual activities. The sample is also composed of a few patients followed in addictology centers (CSAPA-37) for sexual addiction.

Measures

Completion of questionnaires including socio-demographic data, assessment of sexual addiction (SAST-Fr), personality disorders (PDQ 4+) and personality dimensions (BFI-10-Fr).

Statistical analysis

Data were analyzed with SPSS® version 25. Performance of descriptive, comparison and multiple linear regression analysis. Significance level for all analyses: $p < .05$.

RESULTS

Descriptive analysis

The sample is consisted of 58.39% (n= 188) of women and 41.61% of men (n= 134). Their average age was 28.17 (± 10.40). Concerning their family situation, 63.04% (n=203) of participants were single. In the sample, 22.05% (n= 71) had a sexual addiction. In this group, men represented 64.79% (n= 46) of the sex addict participants.

Comparison of BFI-10-Fr's mean scores of subjects in groups with and without sexual addiction

The Student's t-test showed significant high level of Neuroticism ($t = 2.46$; $p = .01$), high level of Conscientiousness ($t = 1.98$; $p < .05$) and low level of Extraversion ($t = 2.04$; $p = .04$) in sexual addiction group compared to the non-addiction group.

Multiple linear regression analysis

Multiple regression analysis highlighted Openness and Conscientiousness dimensions of the BFI-10-Fr and Schizoid, Narcissistic, Antisocial and Dependent personality disorders of the PDQ4+ as predictors of sexual addiction (Adjusted $R^2 = .29$; $F(7,314) = 19.80$; $p < .001$).

DISCUSSION

The high rate (22.05%) of participants who exhibit sexual addiction can be explained by the fact that our study targeted specifically people who reported difficulties in controlling their sexual behavior.

The current study provides significant support that personality factors may relate to sexual addiction.

-Firstly, it confirmed previous evidence for higher score at Neuroticism dimension in sexual addiction. This result suggested that individuals with this addiction might have a stronger tendency towards negative emotions. Engaging in sexual addiction behaviors might help them regulate these negative affects (Carvalho et al., 2015).

-Secondly, it outlined some characteristics of personality factors (low Extraversion and high Conscientiousness) which, to the best of our knowledge, had not clearly been highlighted in sexual addiction. The low level of Extraversion found in subject with sexual addiction can be related to the type of sexual activity and the kind of sexual desire in which they engaged (solitary sexual desire and online sexual activities than dyadic one). Furthermore, the high level of Conscientiousness might maladaptively indicate a strong tendency to compulsive behaviors, feelings of loneliness and guilt, or even a tendency to blame oneself (Luminet, 2008; Trull & Widiger, 2013). These are clinical characteristics also described in people exhibiting sexual addiction (McBride et al., 2008).

Finally, our results confirmed that some personality disorders might lie along the same latent traits with dimensions of personality, for which they represent a maladaptive variant (Widiger & Costa, 1994). This maladaptation might play a fundamental role in individuals reporting sexual addiction.

In conclusion, the current study seems to be consistent with the literature on the issue of sexual addiction. It opens clinical and research perspectives. At the clinical level, it substantiated the necessity for practitioners to include personality factors' assessment in the clinical assessment and treatment planning of sexual addiction. From a research perspective, our future studies should distinguish the type of sexual activities in which individuals engaged and explore motivational and socio-cultural factors related to this addiction.

- Carnes, P. (1991). *Don't call it Love: Recovery from sexual addiction*. New York, E.-U.: Bantam Books.
- Carvalho, J., Guerra, L., Neves, S., & Nobre, P. J. (2015). Psychopathological predictors characterizing sexual compulsivity in a nonclinical sample of women. *Journal of sex & marital therapy*, 41(5), 467-480
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Kafka, M. P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 20(1-2), 19-26.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2008). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62.
- Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 135.
- Widiger, T. A., & Costa Jr, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 78.



The role of post-traumatic stress disorder and emotion dysregulation in sexual addiction



Hegbe, K.G.,¹ Réveillère, C.,¹ & Barrault, S.^{1,2,3}
1. EE 1901 QualiPsy, University of Tours, Tours, France
2. CHU de Tours, Tours, France

3. University of Paris, Laboratory of Psychopathology and Health Processes, F-92100, Boulogne-Billancourt, France

INTRODUCTION

Sexual addiction is characterized by obsessive thoughts about sex, increasing loss of control over sexual behaviors and their persistence despite negative psychological, social, emotional, family or financial consequences for individuals (Carnes, 1991; Goodman, 1998; Grubbs, 2020). Despite the controversies associated with the criteria of its definition and diagnosis, its clinical reality is increasingly accepted. This justifies the growing number of studies on the psychological and psychopathological factors associated with it, including emotional regulation and traumatic life events (Barrault et al., 2016; Hegbe et al., 2021; Slavin et al., 2020).

AIMS

This research aimed to contribute to the knowledge of sexual addiction by exploring its relationship with emotion dysregulation and post-traumatic stress disorder.

METHOD

Participants and procedure

A total of 327 voluntary subjects were recruited online through forums dedicated to exchanges on sexual activities. The sample is also composed of a few patients followed in addictology centers (CSAPA-37) for sexual addiction.

Measure

The participants completed questionnaires including socio-demographic data, measures of sexual addiction (SAST-Fr), post-traumatic stress disorder (PCLs), and difficulty in emotional regulation (DERS-F).

Statistical analysis

Data were analyzed with JASP 0.14. We performed descriptive, comparison, correlation and logistic regression analysis. The significance level for all analyses: $p < .05$.

RESULTS

Descriptive statistics

The sample is consisted of 55.96% women ($n = 183$) and 44.04% men ($n = 144$). Their average age was 29.44 (± 11.44). Concerning their family situation, 62.08% ($n=203$) of participants were single. In the sample, 20.49% ($n= 67$) had a sexual addiction. In this group, men represented 68.66% ($n= 46$) of the sex addict participants.

Comparison of the scores (DERS-F; PCLS) of subjects in groups with and without sexual addiction

A Mann-Whitney test showed that individuals with sexual addiction reported more post-traumatic stress symptoms ($U = 5738$; $p < .001$) and more difficulty regulating their emotions ($U = 5318$; $p < .001$), than those who were not defined as having a sexual addiction.

Correlation analysis

Correlation analysis showed that sexual addiction were associated with emotion dysregulation ($r = .28$; $P < .001$) and with Post traumatic stress disorder ($r = .35$; $p < .001$).

Logistic regression analysis

Logistic regression analysis highlighted that avoidance syndrome ($OR = 1.10$; 95% CI [.04 - .15], $p = .001$) and non-acceptance of one's emotional response ($OR = 1.12$; 95% CI [.05 - .17], $p < .01$) seemed to predict sexual addiction. However, The resulting model explained only 14 % of the variance of sexual addiction.

DISCUSSION

The high rate (20.49%) of participants who exhibit sexual addiction can be explained by the fact that our study targeted specifically people who reported difficulties in controlling their sexual behavior.

The fact that the avoidance syndrome and non acceptance of one's emotional response predicted sexual addiction in our subjects is consistent with the literature. This result suggested that sexual addiction is **an inappropriate strategy used by subjects to regulate their emotions**. Indeed, in context of negative affectivity, they should use sexual behavior to cope with emotional distress, to reduce or avoid negative emotions (Cashwell et al., 2016; Chatzittofis, 2016).

Furthermore, this addiction may be considered **as dissociative behaviour** (in other words, a certain act of reliving) that enables emotional regulation in subjects who have been victims of psychotrauma (Duriez, 2016).

In conclusion, the current study seems to be consistent with the literature on the issue of sexual addiction. It opens clinical and research perspectives.

At the clinical level, it substantiated the necessity for practitioners who treat patients with this addiction to focus their intervention on exploring the contexts of the occurrence of trauma, the cognitions and emotions associated with these events, in order to help this subjects to reduce the negative feelings.

From a research perspective, our future studies should distinguish the type of sexual activities in which individuals engaged and explore motivational factors related to this addiction.

REFERENCES

- Barrault, S., Hegbe, K., Bertsch, I. & Courtois, R. (2016). "Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques." *Psychotropes*, 3(3-4), 65-81. <https://doi.org/10.3917/psvt.223.0065>
- Carnes, P. (1991). *Don't call it Love: Recovery from sexual addiction*. New York, É.-U.: Bantam Books.
- Chatzittofis, A., Arver, S., Öberg, K., Hallberg, J., Nordström, P., & Jokinen, J. (2016). HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.002>
- Duriez, N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, 22(3), 47. <https://doi.org/10.3917/psvt.223.0047>
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors : The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1952361>

Résumé

L'objectif de cette thèse sur articles était de contribuer à la connaissance de cette addiction, à travers l'exploration des facteurs psychologiques et psychopathologiques qui lui sont associés. Elle s'articule autour de cinq études. En effet, la première, qui constituait une étude préliminaire avait permis de mettre en évidence la relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. La deuxième qui est une étude qualitative exploratoire, a permis d'explorer les modalités potentielles d'exposition précoce à la sexualité et les liens entre les croyances dysfonctionnelles addictives chez nos sujets présentant une addiction sexuelle. La troisième étude a porté sur la validation de la version francophone du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr) et suggère que cet outil présente de très bonnes qualités psychométriques et peut être utilisé dans l'évaluation de l'addiction sexuelle. La quatrième étude a mis en évidence que les personnes souffrant d'une addiction sexuelle ont plus de difficultés à réguler leurs émotions et présentent des niveaux d'impulsivité plus élevés que les personnes n'en présentant pas. Enfin la cinquième étude a mis en évidence que certaines caractéristiques de personnalité (considérées selon une approche à la fois dimensionnelle et catégorielle) sont liées à l'addiction sexuelle. Ces différentes études ouvrent la voie à différentes réflexions et applications cliniques et offrent des perspectives de recherche.

Mots-clés: Addiction sexuelle, Croyances addictives, Schémas cognitifs, Régulation émotionnelle, Personnalité.

Résumé en anglais

This article thesis aimed to contribute to the knowledge of this addiction through the exploration of the psychological and psychopathological factors associated with it. It is based on five studies. The first, which was a preliminary study, highlighted the relationship between traumatic life events in childhood, borderline personality disorder and problematic cybersex behaviors. The second, which was an exploratory qualitative study, explored the potential modalities of early exposure to sexuality and the links between addictive dysfunctional beliefs in our subjects with sexual addiction. The third study focused on the validation of the French version of the Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr) and suggests that this tool has very good psychometric qualities and can be used in the assessment of sexual addiction. The fourth study showed that people suffering from sexual addiction have more difficulty regulating their emotions and have higher levels of impulsivity than people without sexual addiction. Finally, the fifth study showed that certain personality characteristics (considered from both a dimensional and categorical approach) are related to sexual addiction. These different studies open the way to different reflections and clinical applications and offer research perspectives.

Keywords: Sexual addiction, Addictive Beliefs, Cognitive schemas, Emotional regulation, Personality.

