| **Une image contenant texte  Description générée automatiquement** | **PRÉSENTATION SUCCINCTE DE TROIS TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET DE LEURS DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS** |
| --- | --- |
| **Trouble psychologique** | **Caractéristiques principales** | **Impacts sur la sexualité** | **Impacts quotidiens** | **Autres considérations** |
| **A. Trouble dysthymique** (ou trouble dépressif persistant) | -Définition : Humeur dépressive presque toute la journée, au moins un jour sur deux pendant au moins deux ans.-Symptômes : insomnie ou hypersomnie, faible estime, difficulté de concentration.-Prévalence à vie : environ 2,5%. | -Homme : Diminution de la libido, de la capacité érectile et éjaculation prématurée (ou retardée sous médication ISRS). -Femme : Diminution de la lubrification chez la femme.\* Les difficultés sexuelles = présentes même sans médication (mais la médication peut les amplifier).  | -Faible estime de soi.-Découragement.-Amotivation. -Peu d’affects positifs. -Difficultés sur le plan de l’intimité.  | Il y aurait une amélioration bidirectionnelle des symptômes dépressifs avec le traitement de la dysfonction érectile chez l’homme (p.ex., avec Sildénafil). Le lien causal est mal expliqué.  |
| Autres : | Autres : | Autres : | Autres : |
|  |  |  |  |  |
| **B. Schizophrénie et trouble psychotique persistant** | -Symptômes positifs : idées délirantes, désorganisation conceptuelle, activité hallucinatoire, excitation, idées de grandeur, méfiance-persécution, hostilité.-Symptômes négatifs : émoussement de l’expression des émotions, retrait affectif, mauvais contact, repli social passif-apathique, difficultés d’abstraction, absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation, pensées stéréotypées.  | -Chez les patients considérés actifs mais stabilisés :-Prévalence à vie de dysfonction sexuelle = 30 à 85% chez patients (H et F), traités par médication. -Hommes : dysfonction érectile, perte de libido et éjaculation précoce (surtout mais pas exclusivement).-Femmes : perte de libido, anorgasmie et douleurs vaginales (surtout, mais pas exclusivement).  | -Passivité interpersonnelle.-Manque d’initiative grave.-Manque de confiance substantiel.-Amotivation.-Sentiment d’aliénation sociale.  | -La durée d’un épisode est supérieure à 6 mois. -Autres facteurs à considérer : beaucoup d’assuétudes à des substances, style de vie désorganisé, mauvaises habitudes de vie et de sommeil, résistance au traitement pharmaco…-Médications et impacts sur la sexualité (en ordre décroissant) : Rispéridone, amilsupride, olanzapine, clozapine, quétiapine, **aripiprazole** (ce dernier serait à favoriser…) |
| Autres : | Autres : | Autres : | Autres : |
| **C. Dépendance aux substances psychoactives (SPA)** | Voir les critères DSM-5 ou autres.  | -Sans SPA : gêne, comportements inadaptés, expression inadéquate des pulsions sexuelles, moins d’implication émotionnelle.-Hommes : désir amoindri, difficultés érectiles-éjaculatoires (éjaculation plus retardée) et orgasme moins intense.-Femmes : plus de douleurs physiques et psychologiques (surtout si traumatismes passés), **difficultés** de désir, excitation, lubrification, orgasme.-SPA favorisent à court terme : plaisir, réduction des inhibitions, excitation, multiplication des points érogènes, proximité sensuelle et affective. -SPA favorisent à moyen et long termes : enracinement des difficultés liées à la sexualité.  | -Immaturité affective.-Difficulté à tolérer la solitude.-Difficulté à établir des relations.-Sentiment identitaire fragile.-Sentiments de manque et de vide.-Faible estime de soi.-Difficulté à gérer le stress quotidien.  | -Effets renforçateurs puissants des SPA (noyau accumbens du système mésolimbique, neurotransmetteurs de dopamine) = Système de récompense suractivé = difficulté supplémentaire en traitement à changer l’approche sexuelle de l’individu. -Importance de considérer l’impact différentiel des substances. -Augmentation du risque de conduites atypiques, voire transgressives et/ou à risque. |
| Autres : | Autres : | Autres : | Autres : |

| **Une image contenant texte  Description générée automatiquement** | **INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLEADAPTÉES À LA PRÉSENCE D’UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT** |
| --- | --- |
| **Cadre théorique** | **Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle)****Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d’apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)** | **Caractéristique à laquelle répond cette intervention** |
| **INTERVENTIONS FONDÉES SUR L’APPROCHE DU GLM (BESOINS FONDAMENTAUX)** |
| Vie (vivre et survivre) | Ex. : Instaurer un régime de sommeil régulier avec une personne dysthymique.  | Ex. : fatigue et impact sur les émotions |
| Connaissance (apprendre-savoir) | Ex. : Connaître l’impact des symptômes dépressifs sur la sexualité.  | Ex. : Améliorer l’estime de soi en normalisant certaines difficultés.  |
| Performance dans le travail et loisirs |  |  |
| Autonomie (choix personnels et indépendance) |  |  |
| Équilibre (paix intérieure) |  |  |
| Relations (intimes et non-intimes) |  |  |
| Appartenance (faire partie d’un groupe, identité) |  |  |
| Spiritualité (sens à l’existence) |  |  |
| Bonheur |  |  |
| Créativité |  |  |
| **INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES FACTEURS DE RISQUE DYNAMIQUES PRINCIPAUX (STABLE-2007)** |
| Réseau social |  |  |
| Relations intimes |  |  |
| Identification émotionnelle aux enfants |  |  |
| Hostilité envers les femmes |  |  |
| Rejet social et solitude |  |  |
| Manque d’intérêt à l’égard d’autrui |  |  |
| Émotions négatives |  |  |
| Difficultés dans la résolution des problèmes |  |  |
| Préoccupations sexuelles |  |  |
| Recours à la sexualité comme mécanisme d’adaptation |  |  |
| Intérêts sexuels déviants |  |  |
| Coopération à la supervision |  |  |
| **INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES FACTEURS DE PROTECTION (SAPROF)** |
| Attachement sécure à l’enfance |  |  |
| Empathie |  |  |
| Stratégies d’adaptation |  |  |
| Maîtrise de soi |  |  |
| Travail |  |  |
| Activités de loisir |  |  |
| Gestion financière |  |  |
| Motivation au traitement |  |  |
| Attitudes envers l’autorité |  |  |
| Objectifs de vie |  |  |
| Médication |  |  |
| Réseau social |  |  |
| Relations intimes |  |  |
| Soins professionnels |  |  |
| Stratégies de contrôle externe |  |  |
| **AUTRES INTERVENTIONS** |
| Développer et maintenir l’alliance thérapeutique |  |  |
| Travailler les cognitions envers soi, les autres, la Vie |  |  |
| Travailler l’image de soi |  |  |
| Travailler les croyances fondamentales |  |  |
| Travailler les événements marquants-les traumas |  |  |
| Autre |  |  |
| Autre |  |  |
| Autre |  |  |
| Autre |  |  |
| Autre |  |  |