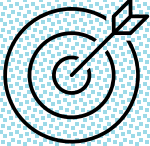
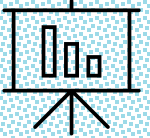


APPLICATION DU MODÈLE RBR AUX DÉLINQUANTS SEXUELS SOUFFRANT D'UNE COMORBIDITÉ PAR MATHIEU COUTURE PH.D. PSYCHOLOGIE, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES, RIMAS

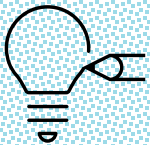


L'échange clinique avait pour objectif d'identifier des interventions issues du domaine de la délinquance sexuelle en les adaptant le mieux possible aux particularités d'une clientèle souffrant d'un trouble comorbide sur le plan de la santé mentale. Il s'agit ici de répondre à un aspect du modèle RBR (Risque-Besoins-Réceptivité), soit la composante de Réceptivité, qui implique, entre autres choses, qu'il importe de nuancer les interventions en fonction des spécificités de l'individu rencontré, par exemple, en fonction de sa présentation clinique globale.

Les équipes ayant travaillé sur ce thème ont choisi la problématique de Trouble dépressif persistant (dysthymie) et de Trouble d'utilisation de substances psychoactives. Il sera intéressant dans les prochains temps d'élargir la réflexion à d'autres problématiques de santé mentale.



Le tableau de deux pages suivantes répertorie certaines caractéristiques des troubles de santé mentale retenus par les équipes. Dans les pages subséquentes, un tableau d'interventions adaptées est dressé, en fonction des réponses des équipes et des compléments du responsable du développement des pratiques, pour chacune des problématiques de santé mentale, soit le trouble dépressif persistant puis le trouble de dépendance à des substances psychoactives.



Il est important de préciser qu'il s'agit ici d'un exercice de réflexion clinique fondé sur les expériences des clinicien.ne.s avec ces populations spécifiques. Les tableaux ne sont pas fondés sur des faits démontrés empiriquement. Le principe RBR dispose de bons fondements scientifiques. En revanche, il est plus difficile de déterminer quel aspect précis, par exemple sur le plan de la Réceptivité, joue un rôle clé en lien avec une gestion adéquate d'une clientèle de délinquants sexuels et le risque de récidive. Par exemple, travailler la consommation et la sexualité de front avec une personne qui présente une problématique sexuelle et une problématique de dépendance aux substances psychoactives semble aller de soi, cliniquement parlant. En effet, les deux problématiques partagent possiblement de nombreux facteurs communs (p.ex., les facteurs susceptibles de déclencher les comportements problématiques). Mais nous ne savons pas (encore) si ce type de travail est associé à une diminution du risque de récidive ou à l'amélioration d'autres indicateurs de changement chez une population de délinquants sexuels.

Bref, les tableaux sont des outils cliniques utiles dont la valeur scientifique est toutefois incertaine.



ANNEXE

Exercices



PRÉSENTATION SUCCINCTE DE DEUX 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)	<p><u>-Définition</u> : Humeur dépressive presque toute la journée, au moins un jour sur deux pendant au moins deux ans.</p> <p><u>-Symptômes</u> : insomnie ou hypersomnie, faible estime, difficulté de concentration.</p> <p><u>-Prévalence à vie</u> : environ 2,5%.</p>	<p><u>-Homme</u> : Diminution de la libido, de la capacité érectile et éjaculation prématurée (ou retardée sous médication ISRS).</p> <p><u>-Femme</u> : Diminution de la lubrification chez la femme.</p> <p>* Les difficultés sexuelles = présentes même sans médication (mais la médication peut les amplifier).</p>	<p>-Faible estime de soi.</p> <p>-Découragement.</p> <p>-Amotivation.</p> <p>-Peu d'affects positifs.</p> <p>-Difficultés sur le plan de l'intimité.</p>	<p>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.</p>
B. Dépendance aux substances psychoactives (SPA)	Voir les critères DSM-5 ou autres.	<p><u>-Sans SPA</u> : gêne, comportements inadaptés, expression inadéquate des pulsions sexuelles, moins d'implication émotionnelle.</p> <p><u>-Hommes</u> : désir amoindri, difficultés érectiles-éjaculatoires (éjaculation plus retardée) et orgasme moins intense.</p> <p><u>-Femmes</u> : plus de douleurs physiques et psychologiques (surtout si traumatismes passés), difficultés de désir, excitation, lubrification, orgasme.</p> <p><u>-SPA favorisent à court terme</u> : plaisir, réduction des inhibitions, excitation, multiplication des points érogènes, proximité sensuelle et affective.</p> <p><u>-SPA favorisent à moyen et long termes</u> : enracinement des difficultés liées à la sexualité.</p>	<p>-Immaturité affective.</p> <p>-Difficulté à tolérer la solitude.</p> <p>-Difficulté à établir des relations.</p> <p>-Sentiment identitaire fragile.</p> <p>-Sentiments de manque et de vide.</p> <p>-Faible estime de soi.</p> <p>-Difficulté à gérer le stress quotidien.</p>	<p>-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.</p> <p>-Importance de considérer l'impact différentiel des substances.</p> <p>-Augmentation du risque de conduites atypiques, voire transgressives et/ou à risque.</p>

**INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE
ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT
TROUBLE DYSTHYMIQUE (TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT)**

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
INTERVENTIONS FONDÉES SUR L'APPROCHE DU GLM (BESOINS FONDAMENTAUX) :		
Vie (vivre et survivre)	Activation comportementale. Préservation de l'hygiène fondamentale (corporelle, dentaire, etc.).	Briser le cycle de l'apathie. Favoriser l'atteinte de certains succès et améliorer ainsi l'estime de soi.
Connaissance (apprendre-savoir)	Connaître l'impact des symptômes dépressifs sur la sexualité : exploration, clarification, confrontation au besoin.	Prendre conscience du monde interne.
Performance dans le travail et loisirs	Réfléchir à ce qui est apprécié au travail. Miser sur ces aspects. Renforcer, valoriser, valider, activer. Réfléchir aux exigences personnelles environnementales et identifier solutions requises.	Réduire le sentiment de culpabilité. Reprendre goût au travail. Sortir de l'isolement. Développer un sentiment de compétence.
Autonomie (choix personnels et indépendance)	Reprendre ou ne pas laisser tomber les responsabilités de la vie adulte. Clarifier les exigences au quotidien.	Sentiment d'empowerment et diminution de la culpabilité.
Équilibre (paix intérieure)	Ici et point précédent : psychoéducation auprès des proches qui pensent bien faire mais prennent souvent trop en charge.	Favoriser la responsabilisation, l'autonomisation vers la recherche d'équilibre.
Relations (intimes et non-intimes)	Interventions plus prescriptives afin d'inviter l'individu à des sorties sociales.	Augmenter la satisfaction relationnelle.
Appartenance (faire partie d'un groupe, identité)	Idem précédent.	
Spiritualité (sens à l'existence)	Ne pas convaincre du sens de la Vie, mais accompagner l'individu dans l'identification de ses objectifs de vie.	Recadrer, remotiver.

**INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE
ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT
TROUBLE DYSTHYMIQUE (TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT)**

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Bonheur	Favoriser un bon équilibre entre les différents besoins et la cohérence avec les valeurs de vie.	Déséquilibres besoins-valeurs souvent causes de symptômes dépressifs.
Créativité	Dresser une liste des intérêts passés. Balance décisionnelle : coûts et bénéfices associés à reprendre certaines activités. Petits défis et activation comportementale.	Équilibre, estime de soi, accomplissement...
INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES FACTEURS DE RISQUE DYNAMIQUES PRINCIPAUX (STABLE-2007)		
Réseau social	Si pairs antisociaux : explorer les avantages et inconvénients d'investir ces relations en lien avec l'humeur et en lien avec la délinquance. Intervention systémique. Prendre conscience des dynamiques relationnelles associées à un style de vie délinquant.	Valider l'expérience émotionnelle tout en sensibilisant au risque de délinquance.
Relations intimes	Psychoéducation sur les compétences interpersonnelles et psychosexuelles. Nuancer les perceptions des relations et de la sexualité.	Réduire la culpabilité. Diminuer les attentes. Prévenir l'idéalisation.
Identification émotionnelle aux enfants	Encourager le développement d'intérêts et activités plus matures. Explorer les craintes liées au monde adulte et favoriser la restructuration.	Interventions non-spécifiques.
Hostilité envers les femmes	Nuancer les perceptions et expériences via la restructuration cognitive, sans invalider le vécu émotionnel.	Renforcer l'identité de genre en réduisant le recours à des mécanismes compensatoires fondés sur l'agressivité.
Rejet social et solitude	Voir GLM précédemment.	
Manque d'intérêt à l'égard d'autrui	Explorer le monde interne. Réfléter l'impact des défenses sur l'isolement. Aborder l'isolement et le conflit comme précurseurs et facteurs de maintien de la dépression.	Isolement, impact des relations sur l'humeur, etc.
Émotions négatives	Voir avant.	

**INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE
ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT
TROUBLE DYSTHYMIQUE (TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT)**

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Difficultés dans la résolution des problèmes	Considérer les difficultés cognitives associées à la dépression : attention soutenue, organisation, récupération en mémoire épisodique. Travailler la résolution de problèmes en fonction de ces aspects.	Caractéristiques neuropsychologiques associées à la dépression.
Préoccupations sexuelles	Aider au développement d'autres stratégies de défense que le recours à la sexualité. Apprivoiser les malaises émotionnels. Phobie des émotions et des sensations intéroceptives souvent présente.	Augmenter le sentiment de contrôle face aux émotions difficiles.
Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation	Dans le cas d'une hyposexualité : normaliser le vécu sexuel; mettre l'accent sur les avantages d'entretenir une sexualité saine, expliquer le lien entre la sexualité et l'amélioration de l'humeur. Éviter de mettre de la pression cependant. Respecter le rythme.	Travailler l'humeur via la sexualité saine.
Intérêts sexuels déviants	Techniques habituelles.	Interventions non-spécifiques.
Coopération à la supervision	L'idée de lier la coopération à l'impact sur l'humeur personnelle ressort souvent et peut être garante de succès chez une personne dépressive.	Travailler l'humeur.

INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT

DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
INTERVENTIONS FONDÉES SUR L'APPROCHE DU GLM (BESOINS FONDAMENTAUX) :		
Vie (vivre et survivre)	Instaurer de bonnes habitudes de vie en lien avec la consommation. Réinstaurer une routine de vie plus équilibrée. Comparer le fonctionnement avec et sans consommation.	On cible ici les mauvaises habitudes de vie associées directement ou indirectement à la dépendance aux SPA.
Connaissance (apprendre-savoir)	Connaître les impacts de la consommation et du sevrage sur la sexualité. Cycle de l'assuétude. Cycle du changement.	On cible la dépendance et ses processus, ainsi que le lien entre la consommation et la sexualité. Les deux problématiques sont prises de front car elles s'interinfluent.
Performance dans le travail et loisirs	Impacts de la consommation dans ces sphères. Balance décisionnelle.	Considérer les sphères du travail et loisirs en relation avec la consommation est essentiel.
Autonomie (choix personnels et indépendance)	Cycle du changement. Exercice sur les valeurs. Influences sociales positives ou négatives.	Processus liés à la consommation. Reprise de pouvoir sur la dépendance. Mieux combler l'autonomie ainsi.
Équilibre (paix intérieure)	Stratégies adaptatives. Autorégulation. Fonction de la consommation et lien avec la sexualité. Considérer la réduction des méfaits en consommation.	Comment la consommation et la sexualité problématiques nuisent à ce besoin fondamental.
Relations (intimes et non-intimes)	Influences sociales positives ou négatives. Adresser le style d'attachement. Résolution des conflits (lien avec l'impact de la consommation sur les conflits).	Rôle de la consommation en lien avec les mécanismes non-optimaux de gestion de cette sphère.
Appartenance (faire partie d'un groupe, identité)	Influences sociales positives et négatives. Examiner les croyances et valeurs. Choix plus cohérents.	Revoir les valeurs qui guident les choix comme la consommation (peut-être aussi la sexualité).

INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT **DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)**

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Spiritualité (sens à l'existence)	Besoins derrière l'appartenance à un groupe de consommateurs, si c'est le cas. Fraternité? Développer un réseau plus sain répondant à ce sens ou autres sens trouvés.	Trouver un sens. Travailler les enjeux existentiels sous-tendant souvent les abus de substances et les problèmes sexuels.
Bonheur	Fonctions de la consommation et impact des substances avec le temps sur la capacité à ressentir les choses. Présence d'un rituel réconfortant en consommation?	Capacité à ressentir les choses. Briser l'idéalisation du bonheur. Notion plus nuancée de ce que c'est.
Créativité	Explorer les forces, intérêts, passions qui pourraient être des substituts assez puissants à la consommation.	Fonctions de la consommation, comme la recherche de sensations particulières, le désir de nouveauté, briser l'ennui.
INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES FACTEURS DE RISQUE DYNAMIQUES PRINCIPAUX (STABLE-2007)		
Réseau social	Influences sociales. Trajectoire du réseau social. Satisfaction générale. Approche systémique. Développer/renforcer un réseau de soutien.	Soutien social essentiel pour gérer des problématiques comme la consommation et une problématique sexuelle hautement stigmatisée.
Relations intimes	Impacts de la consommation sur les relations intimes, les modes relationnels, la sexualité.	Aborder la consommation et la sexualité de front.
Identification émotionnelle aux enfants	Identifier les aspects plus enfantins. Explorer les compétences avec les adultes, les malaises, le rôle de la consommation. Développer les habiletés déficitaires.	Interventions non-spécifiques.
Hostilité envers les femmes	Explorer le ressenti envers les femmes. Historique des relations intimes, expériences négatives, blessures, etc.	Rôles de la consommation dans les blessures de vie. Impacts sur la sexualité.
Rejet social et solitude	Identifier le rôle habituel dans un groupe, l'attachement, la perception des parents, les premières relations dans la fratrie. Dénouer les événements marquants, les postures, les perceptions.	Rôle de la consommation dans la gestion des événements marquants et interprétations subséquentes.

INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT **DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)**

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Manque d'intérêt à l'égard d'autrui	Sensibilisation aux impacts des comportements sexuels ET de consommation sur autrui. Lier au rôle de la consommation pour entrer en relation.	ok
Émotions négatives	Gestion émotionnelle. Psychoéducation. Autorégulation.	Élaborer les répertoires de stratégies pour gérer les tentations, les pulsions, etc., tant sexuelles que de consommation.
Difficultés dans la résolution des problèmes	Développer les répertoire de stratégies adaptatives.	Idem
Préoccupations sexuelles	Explorer la fantasmagie. Explorer les liens entre la consommation et la sexualité. Impacts de la consommation sur l'hypersexualité. Analyser selon la substance de prédilection.	Considérer le lien proximal entre la consommation et la sexualité.
Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation	Idem. Explorer aussi le rôle de la sexualité dans la gestion émotionnelle et le rôle spécifique ou combinatoire de la consommation.	Idem
Intérêts sexuels déviants	Explorer les liens entre la consommation et la sexualité problématique. Explorer le rôle de la consommation dans le passage à l'acte ou le risque de récurrence. Aborder les deux problématiques de front.	Idem Considérer l'impact de la consommation dans l'agir transgressif. Considérer l'influence de diverses substances.
Coopération à la supervision	Importance du cadre thérapeutique en lien avec la consommation (conditions à établir conjointement). Référence en service spécialisé au besoin.	Impact de la consommation sur l'engagement, le respect des conditions, la motivation, la persistance.
INTERVENTIONS FONDÉES SUR LES FACTEURS DE PROTECTION (SAPROF)		
Attachement sécuritaire à l'enfance	Explorer les attachements précoces, les événements marquants. Restructuration, reparentage, etc. Réattribuer au besoin les manquements au parent.	Rôle de la consommation. Chemins du trauma à travers le développement psychosexuel.
Empathie	Sensibilisation sur les impacts aux victimes. Lien avec la consommation et l'impact sur lui-même comme victime. Lien aussi entre consommation et perceptions erronées de l'Autre.	ok


INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)


Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Stratégies d'adaptation	Psychoéducation. Accompagnement. Substituer. Diversifier.	Développer les répertoires pour améliorer la maîtrise de soi.
Maîtrise de soi	Favoriser la résolution de problèmes. Gestion des émotions. Gestion des signes précurseurs (consommation et/ou sexualité).	Idem
Travail	Voir précédemment.	
Activités de loisir	Explorer les intérêts. Diversifier les loisirs prosociaux. Faire un lien avec les fonctions de la consommation.	Structurer la vie, réduire les occasions de consommer, améliorer la satisfaction d'autres besoins, briser l'ennui, etc.
Gestion financière	Impacts de la consommation. Référence pour l'aide au budget, au besoin.	ok
Motivation au traitement	Entretien motivationnel. Explorer l'ambivalence et comparer les stades de changement en lien avec la consommation et la problématique sexuelle. Aborder de front peut favoriser la motivation.	Impact de la consommation sur l'engagement, la motivation, la persistance.
Attitudes envers l'autorité	Explorer les perceptions, expériences passées. Différenciation rôle thérapeute-autres intervenant.es.	Modifications des perceptions du contrôle extérieur sous la dépendance à une substance (l'Autre est contraignant vs l'Autre est aidant).
Objectifs de vie	Résolution de problèmes. Les processus associés à la dépendance aux SPA provoquent souvent un rétrécissement du « prisme temporel ».	Modifier le prisme interprétatif : voir à court vs à moyen et long terme.

INTERVENTIONS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ADAPTÉES À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL CONCOMITANT DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

Cadre théorique	Intervention adaptée (générale et/ou en lien direct avec la problématique sexuelle) <small>Avoir en tête : R-B-R (besoins criminogènes spécifiques et styles d'apprentissage, interventions spécifiques, particularités de la clientèle, etc.)</small>	Caractéristique à laquelle répond cette intervention
Médication	Explorer s'il y a comorbidité. Explorer s'il y a automédication via la consommation. Référer à un médecin au besoin.	Fonctions substitutives de la consommation.
Stratégies de contrôle externe	Fraternité. Groupes d'entraide. Collaboration. Services d'urgence.	Besoin de soutien social pour guérir une dépendance.
AUTRES INTERVENTIONS		
Développer et maintenir l'alliance thérapeutique	Attention aux ruptures d'alliance. Voir impact de la consommation sur le suivi. Mentalisation. Transfert-contre transfert.	Impact de la consommation sur l'engagement, la motivation, la persistance.
Travailler les cognitions envers soi, les autres, la Vie	Distorsions cognitives. Schémas précoces inadaptés. Chaîne délictuelle.	Facteurs contributifs à la consommation (et la problématique sexuelle) et facteurs de maintien aussi.
Travailler l'image de soi	Distorsions cognitives. Lunette de la consommation et son impact. Objectif en lien avec l'hygiène, l'estime, l'image de soi.	Les prismes de vision distorsionnée du consommateur (soi, le monde, la vie).
Travailler les croyances fondamentales	Schémas. Identification des valeurs.	Facteurs contributifs. Prismes de vision.
Travailler les événements marquants-les traumatismes	Identifier les impacts des traumatismes sur la consommation et/ou la problématique sexuelle.	Les chemins du trauma dans le développement psychosexuel et le rôle de la consommation comme gestion de la souffrance.
Autre	Explorer le type de consommation et son impact sur la fantasmagorie. Explorer l'impact sur ses comportements sexuels.	Analyser l'impact différentiel des substances.

LA FINE DÉLIMITATION ENTRE LES INTÉRÊTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET NORMATIFS PAR MATHIEU COUTURE PH.D. PSYCHOLOGIE, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES, RIMAS

 Ce thème discuté par certaines équipes lors des échanges cliniques consistait en un exercice de classification de différentes activités sexuelles (voir le tableau ci-dessous). Les gens devaient déterminer si l'activité sexuelle décrite était paraphilique, limite, non-paraphilique ou non-paraphilique mais d'intérêt clinique. Ils devaient aussi se prononcer sur le concept qui leur permettait de catégoriser une activité sexuelle précise. Les contenus ont été analysés et sont rapportés dans les boîtes subséquentes.

Nous avons convenu de mettre l'accent sur les concepts qui permettaient de classer les activités sexuelles dans les différentes catégories après avoir constaté que les classements étaient très subjectifs et variaient beaucoup d'une équipe à l'autre. Ainsi, il apparaissait plus informatif de savoir  ce qui guide les gens dans leur catégorisation plutôt que d'avoir une réponse absolue quant à la nature paraphilique ou non d'une activité sexuelle précise (ce qui, de toute manière, semblait impossible à établir).

PRINCIPALES RAISONS ÉVOQUÉES POUR CATÉGORISER COMME ÉTANT **PARAPHILIQUE OU LIMITE** :

On peut dégager des réponses des gens 9 critères principaux pour catégoriser les intérêts comme étant paraphiliques (voir les notes ci-après) :

1. Absence de consentement/consentement partiel d'une des parties (inclut une relation d'autorité et une forte vulnérabilité). Induit la notion de victime.
2. Aspect officiellement criminel de la conduite sexuelle.
3. Type de victime inacceptable en soi (enfants, jeunes adolescent.e.s, personnes hautement vulnérables, animaux).
4. Détresse/souffrance d'une des parties impliquées.
5. Présence d'un niveau de violence significatif dans la pratique sexuelle (reste à définir ce qu'est un niveau de violence significatif!).
6. Présence d'un risque de blessure significatif de la pratique sexuelle (reste à définir ce qu'est un risque de blessure significatif!).
7. Nécessité/aspect préférentiel de l'intérêt sexuel (non-normatif) pour atteindre l'excitation sexuelle.
8. Intérêt sexuel ou pratique sexuelle qui augmente le risque d'une conduite délictuelle sexuelle/escalade possible.
9. Aspect hautement compulsif d'une conduite sexuelle autrement normative.

*Possiblement que les termes : « *Intérêt sexuel problématique* », seraient préférables.

**Les critères pourraient être indépendants, bien que leurs combinaisons pourraient amplifier le caractère « problématique » de la conduite ou de l'intérêt sexuel.

***Les critères pourraient peut-être être pondérés selon leur gravité. Par exemple : Les critères 1-2-3 semblent plus importants (*indication soutenue d'un intérêt sexuel problématique?*); les critères 4-5-6 semblent un peu moins importants quoique très pertinents (*indication forte d'un intérêt sexuel problématique?*); les critères 7 et 8 sont un peu plus périphériques, mais pertinents (*indication modérée d'un intérêt sexuel problématique?*); le critère 9 semble moins important (*indication faible d'un intérêt sexuel problématique?*).

PRINCIPALES RAISONS ÉVOQUÉES POUR CATÉGORISER COMME ÉTANT **NON-PARAPHILIQUE** :

En général, les critères ci-dessus, lorsqu'inversés, permettent de conclure à un intérêt non-paraphilique (consentement des parties, conduite légale, partenaire approprié, absence de souffrance des parties impliquées, niveau de violence non-significatif, risque de blessure non-significatif, non-nécessité de l'intérêt non-normatif pour atteindre l'excitation sexuelle, absence d'un lien entre l'intérêt sexuel et une conduite délictuelle sexuelle, aspect non-compulsif de l'intérêt sexuel).

En général, lorsque les partenaires sont consentants et qu'ils apprécient les deux la pratique sexuelle, la conduite est jugée non-paraphilique.

Les pratiques plus inhabituelles sont généralement vues comme des déviations légères d'intérêts normatifs et relevant de l'intérêt personnel non-problématique.

Il demeure une controverse. Certaines personnes jugent que l'aspect « exclusivement fantasmatique » de l'intérêt sexuel rend le tout non-problématique. D'autres croient plutôt que ça rend cet intérêt limite, voire paraphilique en soi.

PRINCIPALES RAISONS ÉVOQUÉES POUR CATÉGORISER COMME ÉTANT **D'INTÉRÊT CLINIQUE** :

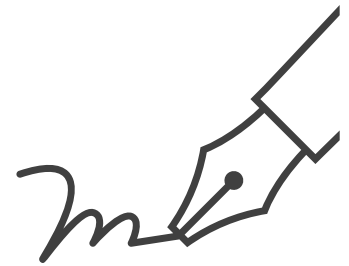
Certains critères peuvent aussi être dégagés à ce niveau :

1. Détresse possible de l'individu sur un plan non-sexuel (enjeu clinique hors-sexualité, p.ex., affirmation de soi, besoin de reconnaissance illimité, etc.).
2. Compulsivité de l'intérêt sexuel normatif.
3. Risque de blessure *psychologique* en lien avec la pratique trop intense d'une conduite sexuelle normative.
4. Fonctions/motivations douteuses ou potentiellement informatives derrière une pratique sexuelle.
5. Conduite sexuelle atypique non-paraphilique (p.ex., nudisme).



ANNEXE

Exercices



THÈME C - INTÉRÊTS PARAPHILIQUES

<p>LISTE DE SITUATIONS SEXUELLES</p> <p><u>AVERTISSEMENT!!!!</u></p> <p>Certains contenus peuvent être offensants.</p>	Paraphilique	Non-paraphilique	Limite	Non-paraphilique mais d'intérêt clinique	Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas paraphilique? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est paraphilique ou limite? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est d'intérêt clinique? (un mot)
1. Deux partenaires apprécient se donner des tapes au visage pendant la relation sexuelle.							
2. Un homme porte parfois les sous-vêtements de sa conjointe pendant sa masturbation.							
3. Deux couples d'amis sont excités par le fait de faire l'amour l'un devant l'autre.							
4. Un homme apprécie que sa conjointe le pince et le griffonne légèrement pendant l'acte sexuel.							
5. Une femme aime pratiquer la pénétration anale sur son conjoint avec un « strap-on ».							
6. Un homme est satisfait de l'intensité des orgasmes qu'il obtient lorsqu'il bloque sa respiration pendant environ trente secondes.							
7. Une femme pense parfois à de jeunes garçons lorsqu'elle fait l'amour avec son mari.							
8. Lorsque la famille est absente de la maison, un homme utilise parfois le chat pour satisfaire ses besoins sexuels.							
9. Une femme se résigne de plus en plus à l'escalade des comportements BDSM que son conjoint souhaite avoir avec elle.							
10. Deux femmes apprécient pratiquer une forme de BDSM impliquant des brûlures.							

THÈME C - INTÉRÊTS PARAPHILIQUES

<p>LISTE DE SITUATIONS SEXUELLES</p> <p><u>AVERTISSEMENT!!!!</u></p> <p>Certains contenus peuvent être offensants.</p>	Paraphilique	Non-paraphilique	Limite	Non-paraphilique mais d'intérêt clinique	Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas paraphilique? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est paraphilique ou limite? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est d'intérêt clinique? (un mot)
<p>11. Un couple aime jouer avec le feu en s'embrassant puis en se caressant devant des invités lors d'une soirée chez eux.</p>							
<p>12. Un adolescent de 16 ans a régulièrement des activités sexuelles avec sa voisine de 15 ans, souffrant d'une DI modérée.</p>							
<p>13. Un homme embrasse parfois la gardienne de ses enfants, une ado de 17 ans, lorsqu'il va la reconduire chez elle.</p>							
<p>14. Une femme pratique le nudisme chez elle, devant ses ados de 12 et 15 ans.</p>							
<p>15. Un homme aime regarder de la porno impliquant une femme qui reçoit l'éjaculation multiple de plusieurs hommes au visage. Il ne voudrait pas que sa conjointe subisse ça cependant.</p>							
<p>16. Une femme pense parfois à l'idée de se faire violer lorsqu'elle a des pensées sexuelles.</p>							
<p>17. Un homme dévêtit mentalement les adolescentes lorsqu'il les voit. Il les trouve attirantes, mais n'a jamais agi ses pensées sexuelles (masturbation, PJ, etc.).</p>							
<p>18. Un homme prend parfois des détours afin d'apercevoir les filles à la sortie de l'école secondaire. Il est sexuellement excité à leur vue.</p>							

THÈME C - INTÉRÊTS PARAPHILIQUES

<p>LISTE DE SITUATIONS SEXUELLES</p> <p><u>AVERTISSEMENT!!!!</u></p> <p>Certains contenus peuvent être offensants.</p>	Paraphilique	Non-paraphilique	Limite	Non-paraphilique mais d'intérêt clinique	Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas paraphilique? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est paraphilique ou limite ? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est d'intérêt clinique ? (un mot)
19. Un homme se masturbe entre 8 et 12 fois par jour. Il ne peut tolérer une fréquence moindre.							
20. Un homme ne peut parvenir à éjaculer avec un partenaire s'il ne regarde pas ses pieds.							
21. Une femme doit porter des « bas d'hommes » lorsqu'elle se masturbe pour parvenir à l'orgasme.							
22. Pour atteindre l'orgasme, une femme doit se faire prendre par le cou et être légèrement étouffée (« choking »).							
23. Un homme pratiquant le BDSM attache ses partenaires au moins deux heures avant la pratique sexuelle, pour faire monter le désir.							
24. Chaque jour, une femme colle ses cuisses à celles des hommes à côté de qui elle s'assit dans l'autobus.							
25. Une adolescente de 15 ans se masturbe quotidiennement avec des objets divers, dont des branches d'arbre.							
26. Un jeune homme dans la vingtaine apprécie les relations sexuelles avec des femmes de plus de 60 ans.							
27. Une femme de 40 ans a parfois des relations sexuelles avec des jeunes hommes de 17 ou 18 ans.							
28. Une adolescente admet un intérêt non préférentiel mais bien présent envers les « grands-papas ».							

THÈME C - INTÉRÊTS PARAPHILIQUES

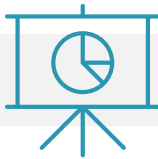
<p>LISTE DE SITUATIONS SEXUELLES</p> <p><i>AVERTISSEMENT!!!!</i></p> <p>Certains contenus peuvent être offensants.</p>	Paraphilique	Non-paraphilique	Limite	Non-paraphilique mais d'intérêt clinique	Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas paraphilique? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est paraphilique ou limite? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est d'intérêt clinique? (un mot)
<p>29. Un homme dans la cinquantaine se définit comme un « sugar daddy » et apprécie la compagnie des hommes dans la jeune vingtaine.</p>							
<p>30. Un homme qui pratique parfois un BDSM léger (p.ex. attacher et donner des tapes sur les fesses), se sent coupable et déprimé après l'activité sexuelle.</p>							
<p>31. Une femme qui a besoin de se faire « dominer » pendant la relation sexuelle, se sent comme une « catin » après chaque relation.</p>							
<p>32. Lorsqu'il s'habille avec les sous-vêtements de sa conjointe, un homme passe les jours suivants avec un sentiment d'infériorité et s'isole des autres.</p>							
<p>33. Lorsqu'elle accepte un « trip à 3 » pour plaire à son mari, une femme en veut à ce dernier pendant le mois suivant, bien qu'elle ait été entièrement consentante à le faire.</p>							
<p>34. Un homme a augmenté sa consommation de pornographie adulte à 3 fois par semaine. Il n'est plus capable d'avoir des relations sexuelles avec sa conjointe depuis ce temps.</p>							
<p>35. Le temps qu'il passe à magasiner des accessoires liés à son fétichisme des cheveux nuit à la productivité au travail de cet homme.</p>							

THÈME C - INTÉRÊTS PARAPHILIQUES

LISTE DE SITUATIONS SEXUELLES <u>AVERTISSEMENT!!!!</u> Certains contenus peuvent être offensants.	Paraphilique	Non-paraphilique	Limite	Non-paraphilique mais d'intérêt clinique	Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas paraphilique? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est paraphilique ou limite? (un mot)	Qu'est-ce qui fait que c'est d'intérêt clinique? (un mot)
36. Sploshing : plaisir sexuel ressenti en regardant quelqu'un s'asseoir sur un gâteau.							
37. Looning : fétichisme de la balloune, consiste à retirer un plaisir sexuel en s'allongeant, se frottant ou en éclatant des ballounes.							
38. Agalmatophilie : plaisir sexuel retiré avec des êtres humains artificiels (poupées, statues, mannequins, etc.)							
39. Katoptronophilie : excitation sexuelle due au fait de se contempler ou de contempler l'autre dans un miroir pendant un acte sexuel.							
40. Hybristophilie : être sexuellement attiré.e par une personne criminelle.							
41. Dacryphilie : excitation sexuelle face aux larmes de son.sa partenaire sexuel.le.							

LA PSYCHOTHÉRAPIE : CE QU'ELLE EST ET CE QU'ELLE N'EST PAS DANS LE DOMAINE DE LA DÉLINQUANCE SEXUELLE PAR MATHIEU COUTURE, PH.D. PSYCHOLOGIE, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES, RIMAS

Durant cet exercice, les membres des équipes participantes devaient catégoriser une série d'interventions issues du domaine de la délinquance sexuelle comme étant une intervention psychothérapeutique ou non-psychothérapeutique, à partir des critères établis par l'Ordre des psychologues du Québec par rapport à ce qu'est et à ce que n'est pas la psychothérapie (voir ces critères en annexe du tableau présenté plus bas). L'objectif était de dresser un répertoire des interventions possibles qui, bien que non-exhaustif, permettrait de guider les différents types d'intervenant.e.s du domaine.



CONCLUSIONS DE L'EXERCICE

1. **Plus de 50%** des interventions en délinquance sexuelle n'impliquent pas nécessairement de la psychothérapie (33 sur 51 dans la présente grille).
2. **Attention** : cela ne veut pas dire que ce pourcentage soit représentatif de l'ensemble des interventions dans le domaine. En effet, d'abord, il est impossible de répertorier l'ensemble des interventions. Par surcroît, *nous avons fourni un effort délibéré afin de lister des interventions qui requièrent de la psychothérapie et des interventions qui ne la requièrent pas*. Le taux est donc nécessairement biaisé.
3. **Les objectifs de l'exercice** :
 - a. Démontrer qu'il est possible d'intervenir en délinquance sexuelle sans détenir un permis de psychothérapeute puisque le champ des possibilités est assez large.
 - b. Aider les psychothérapeutes et les non-psychothérapeutes à bien distinguer ce qui constitue et ce qui ne constitue pas de la psychothérapie.
 - c. But inavouable : réconcilier les parties, le cas échéant!
4. Parfois, une forme de travail peut précéder la psychothérapie. On parle alors *d'intervention en délinquance sexuelle*. Cette phase peut permettre de stabiliser l'individu avant de l'amener en psychothérapie. Toutes et tous peuvent y contribuer, psychothérapeutes ou non (les ressources humaines étant limitées, d'ailleurs, c'est bien à notre avantage!). La seconde phase, la psychothérapie, devient alors complémentaire. Elle permet de comprendre et dénouer ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique, sexuel, systémique de l'individu, en lien avec la délinquance sexuelle. Cette seconde phase peut aussi être proposée en premier lieu, ou en concomitance avec une intervention en délinquance sexuelle. Bien entendu, seul.e.s les psychothérapeutes peuvent procéder à cette phase de l'intervention.



RÉSULTATS DES EXERCICES

Les résultats de 4 équipes ont pu être comptabilisés. Sans les nommer, il est possible d'affirmer que le taux d'identification correct de ce qu'est ou n'est pas une intervention psychothérapeutique est **TRÈS BON**, soit, globalement : **90,3 %!** (le plus bas score est de 86 %, le plus élevé de 95 %).

Fait intéressant : sur **19** erreurs d'identification (au total), **13** penchent vers l'identification de la psychothérapie, soit **68,4 %**. Cela constitue un bon réflexe puisque dans le doute, mieux vaut s'abstenir et considérer qu'il s'agit de psychothérapie.

Nous pouvons prétendre, sur la base de cet échantillon d'intervenant.e.s dans le domaine, que la distinction entre des interventions qui sont de l'ordre de la psychothérapie et celles qui ne le sont pas est bien comprise!

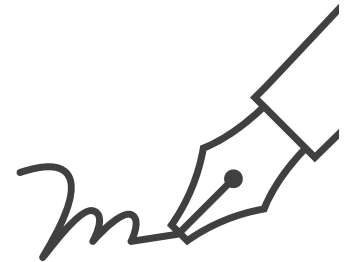
Les pages suivantes constituent un « corrigé » des différentes interventions. Des explications supplémentaires sont offertes en fin de document, ainsi qu'à l'intérieur même du tableau. Bonne lecture!

Celles et ceux qui souhaiteraient obtenir des précisions, n'hésitez pas à communiquer avec le Responsable du développement des pratiques, Mathieu Couture, à rdp@rimas.qc.ca.



ANNEXE

Exercices



La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psycho- thérapie?
MOTIVATION	1.« Créer » une dissonance cognitive entre les comportements actuels et les besoins-valeurs de l'individu		X	X	NON
	2.Aider le client à dénouer les <u>obstacles chroniques</u> à sa motivation (p.ex., <u>les traits de personnalité</u>)	X	X	X	OUI
	3.Aider le client à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle en focussant sur ses forces et compétences (sans toucher aux croyances)		X	X	NON
ATTITUDES ET DÉLINQUANCE SEXUELLE	4.Identifier les distorsions cognitives (DC*) du client en lien avec le délit sexuel (p.ex., les enfants et la PJ)	DC comme résultat	X	X	NON
	5.Aider l'usager à modifier ses DC* en lien avec le délit sexuel	DC comme résultat	X	X	NON
	6.Mettre en lien les DC du client et ses croyances fondamentales afin de restructurer ces dernières	X	X	X	OUI
	7.Relever et corriger les processus cognitifs de l'usager, par ex., ses principales formes de distorsions cognitives (p.ex., l'inférence arbitraire)	X DC comme cause	X	X	OUI
	8.Remettre en question des pensées erronées spécifiques et les remplacer par des pensées plus adaptées et prosociales	DC comme résultat	X	X	NON
	9. <u>Reconnaître</u> les pensées automatiques qui guident les choix comportementaux du client	(X)	X	X	NON
	Zone Limite (ZL). Si on tombe dans les croyances fondamentales, ça commence à être de la psychothérapie.				
	Ici, on vise directement les croyances fondamentales par la technique. On est en psychothérapie.	10.Explorer par des techniques comme la Flèche descendante les pensées automatiques et les croyances fondamentales liées	X	X	X

La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psychothérapie?
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION/ BESOINS (GLM)	11. Identifier les facteurs contributifs à la délinquance sexuelle (ZL)	(x)	x	x	NON
S'il ressort des facteurs plus «profonds» = la stratégie peut être d'aller travailler ce facteur en psychothérapie! Donc, si on s'en tient à ce travail, ce n'est pas de la psychothérapie.	12. Travailler des stratégies à mettre en place pour susciter des changements par rapport aux différents facteurs contributifs		x	x	NON
	13. Travailler les <u>obstacles psychologiques qui interfèrent</u> avec la satisfaction des besoins du GLM	x	x	x	OUI
	14. Travailler les <u>événements d'origine qui ont prédisposé</u> le client à commettre ses délits sexuels	x	x	x	OUI
ZL. Si on analyse les obstacles, au-delà de la simple identification = psychothérapie.	15. Identifier les besoins du GLM peu satisfaits, les obstacles à leur satisfaction et les stratégies pour mieux y répondre	(x)	x	x	NON
	16. Comprendre et <u>dénouer les processus de mentalisation</u> qui affectent la progression du client en rapport à certains facteurs de risque comme l'impulsivité	x	x	x	OUI
	17. Identifier les facteurs de protection principaux et développer un plan comportemental afin que l'usager les développe ou les mette de l'avant davantage		(x)	x	NON
ACQUISITION DE COMPÉTENCES	18. Assouplir les schémas (p.ex., Méfiance-abus) afin de favoriser les relations interpersonnelles du client	x	x	x	OUI
	19. Améliorer les compétences interpersonnelles du client par l'intermédiaire de diverses techniques éducatives et comportementales		x	x	NON
	20. Soutenir le développement de stratégies adaptatives (p.ex., gestion des émotions) et		x	x	NON

La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psychothérapie?
	s'assurer de l'application adéquate de ces stratégies et du progrès du client				
	21. <u>Approfondir la dynamique entre la personnalité du client et ses difficultés</u> à mettre en pratique les stratégies de coping efficaces	X	X	X	OUI
TRAVAIL SYSTÉMIQUE	22. Intervenir sur les modes d'interrelations et d'échanges entre les sous-systèmes de la famille du client		X	X	NON
En travail systémique, tant qu'on travaille les dynamiques extérieures du client, mais dans lesquelles il se trouve, on ne fait pas de la psychothérapie.	23. <u>Travailler les règles intériorisées d'un client</u> en lien avec un de ses sous-systèmes	X	X	X	OUI
	24. Travailler la dynamique interactionnelle d'un client avec sa fratrie		X	X	NON
	25. Intervenir auprès du couple du client afin d'améliorer la communication et la prise de décision du couple-conjugal et/ou parental		X	X	NON
MODE DE FONCTIONNEMENT DU CLIENT	26. Comprendre les situations qui déclenchent l'activation de pensées automatiques liées aux relations interpersonnelles		X	X	NON
ZL. On risque d'ouvrir ce qu'on ne pourra pas fermer. Référer si ça ressort par contre. On peut vouloir aider le client en dégageant une croyance fondamentale, mais on ne pourra pas la travailler sans être psychothérapeute.	27. Dégager les pensées automatiques communes afin de les lier à une croyance fondamentale d'intérêt	(x)	X	X	(NON)
ZL. Si ça reste concret, on ne joue pas dans ce qui organise et régule. Si	28. Remettre en question certaines pensées automatiques d'un client en lien avec sa capacité à aborder et séduire un.e partenaire éventuel.le		X	X	NON

La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psycho- thérapie?
on voit des croyances fondamentales = référer en psychothérapie. Ex. : travailler sur stratégies pour améliorer séduction (attitude, habillement, etc.)					
	29. Remplacer les pensées automatiques erronées du client concernant les actions d'un autre usager d'un groupe afin de favoriser une dynamique interactionnelle positive dans le groupe		X	X	NON
	30. Procéder à la restructuration cognitive des croyances fondamentales	X	X	X	OUI
	31. Guider un client dans ses exercices d'exposition en vue de soutenir une meilleure gestion de l'anxiété qu'il vit en lien avec la participation à des activités de loisirs structurées		X	X	NON
Ne pas tenter de modifier les schémas, sinon, ça devient de la psychothérapie.	32. Utiliser les schémas de Young pour obtenir de l'information sur le client et mieux comprendre avec lui son fonctionnement	(X)	X	X	NON
On tente ici de modifier les schémas, qui organisent et régulent selon la théorie, le fonctionnement psychologique de l'individu.	33. Tenir un journal des schémas avec le client (comportements qui corroborent ou qui assouplissent les schémas)	X	X	X	OUI
	34. Modifier les croyances qu'a un client envers un groupe ethnique ou identitaire particulier afin de favoriser sa tolérance		(X)	X	NON
Ici, tout dépend de l'objet de la technique. L'état en séance n'est pas vu	35. Faire de l'hypnothérapie avec un client afin de favoriser un état de calme en rencontre individuelle		X	X	NON

La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psycho- thérapie?
comme ce qui organise et régule, mais comme un état circonstancié.					
	36.Aider le client à verbaliser les émotions réprimées qui influencent son état actuel		X	X	NON
Avec les traumatismes, c'est un automatisme : dès qu'on en parle, ça devrait être considéré comme de la psychothérapie. Sujet TRÈS délicat.	37.Travailler les traumatismes liés à la vie du client	X	X	X	OUI
	38.Offrir des conseils au client concernant les techniques qu'il pourrait utiliser, les comportements qui pourraient mieux répondre à ses besoins, etc.		X	X	NON
SEXUALITÉ					
	39.Faire l'inventaire des événements de la vie psychosexuelle du client et identifier les étapes où des interférences semblent avoir eu lieu		X	X	NON
	40.Explorer <u>les fonctions symboliques de la fantasmagorie</u> d'un client	X	X	X	OUI
	41. <u>Réinterpréter</u> certains événements du développement psychosexuel avec le client	X	X	X	OUI
	42.Appliquer des procédures comme le conditionnement par aversion ou la satiété masturbatoire ou verbale	X	X	X	OUI
Tant qu'on ne travaille pas ce qui organise et régule ces dites préoccupations sexuelles.	43.Développer un répertoire de stratégies pour aider le client à mieux gérer ses préoccupations sexuelles ou recourir moins à la sexualité comme mécanisme d'adaptation		X	X	NON

La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psychothérapie?
ZL. Important de rester sur l'enfance de manière théorique. Peuvent émerger des obstacles qui pourraient devoir être travaillés en psychothérapie.	44. Remettre en question certaines pensées erronées d'un client par rapport à sa vision idéalisée du monde de l'enfance (p.ex., l'enfant est pur)	(x)	x	x	(NON)
	45. Dénouer les obstacles du fonctionnement de l'usager liés à ses comportements sexuels, p.ex., ses échecs répétés à l'adolescence et le développement d'un intérêt sexuel hétérophilique	x	x	x	OUI
ZL. Stratégies de base importantes; ne sont pas de la psychothérapie. Si on doit travailler sur ce qui cause le fantasme = psychothérapie!	46. Comprendre les situations qui augmentent les intérêts sexuels problématiques et développer une série d'actions alternatives pour encourager plutôt la consolidation des intérêts sexuels normatifs	(x)	x	x	NON
	47. Élaborer avec le client une liste de comportements qui pourraient favoriser l'intimité et la sexualité avec son/sa partenaire		x	x	NON
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES	48. Aider le client à développer un mode de résolution de problèmes plus rationnel et moins impulsif en appliquant des techniques psychoéducatives.		x	x	NON
	49. Comprendre et modifier les interférences émotionnelles nuisant au choix de stratégies de coping efficaces.	x	x	x	OUI
ZL. Peut glisser vers une psychothérapie de type systémique. Comprendre ce qui organise et régule d'un point de vue systémique. Pas aller plus loin que reconnaître et identifier stratégies.	50. Comprendre l'impact des modèles parentaux sur le style de coping.	(x)	x	x	NON



La psychothérapie : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas (en délinquance sexuelle!)

DOMAINE	INTERVENTION SPÉCIFIQUE (Note 1 en bas de document)	Critère Nature (note 2)	Critère Objet (note 3)	Critère Finalité (note 4)	Résultat : Psycho- thérapie?
Pourrait valoir référence en psychothérapie systémique.					
	51.Dresser un répertoire de stratégies de coping positives et négatives avec le client et veiller à une amélioration des stratégies choisies.		X	X	NON

PRÉCISIONS

1. La liste des interventions ne se veut pas exhaustive!
2. **Critère Nature** : ...l'intervention porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Cela dépend de l'approche théorique qui sous-tend l'intervention. Voici quelques exemples : les conflits intrapsychiques, les fantasmes et ses représentations, les angoisses existentielles, les schèmes émotionnels, etc. Ce critère est déterminant et implique habituellement les 2 autres.
3. **Critère Objet** : L'intervention vise à travailler (ce qui organise et régule) un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.
4. **Critère Finalité** : ...dans le but de favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental; dans le système interpersonnel, la personnalité ou l'état de santé du client.

***Dès qu'on travaille, on vise un changement...** Il y a une hiérarchie des critères. Si le critère NATURE est présent, c'est qu'il y a souffrance (consciente ou non) et qu'on souhaite un changement (critères Objet et Finalité sont donc présents).

*****C'est la PRÉSENCE SIMULTANÉE DES 3 CRITÈRES QUI DÉFINIT UN ACTE DE PSYCHOTHÉRAPIE.
LE CRITÈRE NATURE EST DÉTERMINANT.**

5. ***Attention** : le mot « croyance » peut avoir différents sens.
6. ***Attention** : le concept de « distorsion cognitive » peut être vu comme un « résultat » d'un processus cognitif ou comme la « source » de ces processus cognitifs qui causera alors des pensées erronées. On peut travailler la «DC comme résultat» sans faire de la psychothérapie. Lorsqu'elle est liée à une croyance fondamentale, on entre dans la psychothérapie.
7. Il reste une part résiduelle de subjectivité dans ce corrigé!

