

# Prédisposer et favoriser le changement dans l'addiction

Drs JEREMY GRIVEL<sup>a</sup> et ALEXANDER TOMEI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1186-8

**Le modèle de l'addiction comme une maladie cérébrale chronique et progressive a apporté son lot de progrès, mais nous confronte à présent à ses limites en termes de rémission des individus qui en souffrent. Nous exposons ici certains facteurs de changement auxquels cette définition fait obstacle et proposons une manière différente de favoriser le changement.**

## Predisposing and fostering change in addiction

*The model of addiction as a chronic and progressive brain disease has brought its share of progress. Nevertheless, the model reveals its limitation when it comes to remission. We outline here some factors of change that the disease model hinders, and suggest a different way to foster change.*

## DE LA DIMINUTION DE L'AUTONOMIE VERS LE SUPPORT AU CHANGEMENT

Le modèle de l'addiction comme maladie chronique et progressive est mis à mal aujourd'hui par les données épidémiologiques attestant de taux élevés de rémission spontanée, et par les investigations neuroscientifiques confirmant régulièrement les capacités neuroplastiques du cerveau à pouvoir modifier sa structure sous les effets de l'entraînement, et donc à pouvoir changer. Il est à présent apparent que la personne souffrant d'addiction dispose des moyens neurophysiologiques nécessaires à la réalisation de changements comportementaux profonds.

Dans une perspective de réhabilitation, il est dès lors urgent que la politique de prise en charge réadapte sa logique d'action en remplaçant le modèle de référence de l'addiction=maladie chronique par un modèle de référence qui place au cœur du suivi thérapeutique le principe du support au changement. La différence entre les deux modèles est de taille. D'une part, ce second modèle dépasse la logique de la stabilisation et du maintien en fixant comme objectif premier la rémission du patient. Il oriente donc *de facto* tous les efforts vers cet objectif. D'autre part, il soutient la motivation intrinsèque du patient à vouloir s'en sortir, dans la mesure où il articule le soutien du patient autour de son autonomie et de ses choix, deux éléments cruciaux à son autodétermination.<sup>1</sup>

## CHANGEMENTS DE TYPE I ET DE TYPE II

Selon l'approche systémique, nous pouvons distinguer deux catégories de changement: le changement de type I qui se produit à l'intérieur d'un système sans que le système ne change pour autant, et le changement de type II qui, lui, modifie le système en lui-même. Prenons l'exemple d'un cauchemar, nous pouvons par exemple décider de fuir, de nous cacher ou de combattre la menace à l'intérieur même du rêve, mais aucun de ces changements ne pourra y mettre fin. Ces changements sont de type I. L'unique possibilité de mettre fin au cauchemar est un changement de niveau, c'est-à-dire le fait de se réveiller. Il s'agirait là d'un changement de type II.

Le changement de type II nécessite un recadrage dans notre définition du réel en abordant le problème sous une perspective nouvelle, à un niveau supérieur. L'opération de recadrage prend place au niveau de la méta-réalité, niveau dans lequel un changement peut se produire alors même que les conditions objectives, physiques, de la situation n'ont pas besoin d'être atteignables. La plupart du temps, les problèmes ne sont pas absolus, mais dépendent de la situation et des points de vue impliqués. La prise de recul est difficile et la position «méta» que requiert le changement de type II pour passer d'un ancien cadre de référence à un nouveau fait défaut.

## PRÉDISPOSER AU CHANGEMENT PAR LES THÉORIES DE SOI

Pour qu'un changement de type II puisse être opéré, il est indispensable que l'individu motivé puisse être à même de libérer toutes les ressources mentales nécessaires au changement et, en ce sens, ôter les barrières psychologiques qui peuvent se dresser sur le chemin du changement.

Selon Dweck,<sup>2,3</sup> l'état d'esprit des individus (en anglais: *mind-set*) se situe quelque part sur un continuum qui oppose une conception de soi fixe à une conception de soi en croissance ou en progression. La conception fixe repose sur la croyance que ses propres capacités de base (par exemple, l'intelligence) sont déterminées et immuables. En revanche, la conception de soi en croissance exprime l'idée que ces capacités progressent en fonction de l'effort et du travail fourni. Un aspect central de cette théorie est par conséquent la gestion de l'échec. Les nombreuses études de Dweck et coll. arrivent systématiquement à la conclusion que les personnes qui ont un état d'esprit fixe perçoivent l'échec comme une condamnation et comme un obstacle à la poursuite du succès. Au contraire, les personnes avec un état d'esprit en croissance perçoivent l'échec comme une information à intégrer dans la

<sup>a</sup> Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire (DP-CHUV), Avenue Recordon 40, 1004 Lausanne  
jeremy.grivel@chuv.ch | alexander.tomei@chuv.ch

stratégie générale, comme un moyen de compréhension et un moyen de progresser.

Or, l'échec est étroitement lié à l'addiction. Il peut mener aux substances et aux comportements addictifs lorsque sa récurrence et son intensité deviennent insoutenables pour la personne qui le subit. Il peut maintenir dans l'addiction lorsqu'il est associé aux rechutes qui suivent les tentatives d'arrêt et qui entament progressivement l'estime de soi et la motivation à renouveler ces tentatives. La répétition de ces échecs peut conduire à la génération d'un sentiment d'impuissance acquise qui affecte la perception de l'échec et de la réussite. Un individu habité par un sentiment d'impuissance acquise perçoit l'échec comme étant insurmontable, il a tendance à sous-estimer le nombre de succès obtenus (et inversement à surestimer le nombre d'échecs essayés), à dénier l'attribution du succès à ses propres capacités, et à douter d'une possible poursuite du succès.<sup>4</sup>

Intégrant les notions d'apprentissage, de développement et de motivation, les théories de soi ont été amplement vérifiées dans le domaine de l'apprentissage et l'éducation, mais elles ne l'ont pas encore été dans le domaine de l'addiction. Or, elles sont d'un intérêt majeur dans ce domaine également. D'une part, parce que l'état d'esprit est intimement lié au fonctionnement cognitif de la personne souffrant d'addiction. D'autre part, parce qu'autant la recherche sur le modèle animal que celle sur l'humain concluent au fait que l'addiction est un trouble de l'apprentissage et de la motivation, plutôt qu'un trouble impliquant la recherche de plaisir, comme cela avait été avancé jusque-là.

Une étude menée avec la participation de patients suivant un traitement de stabilisation à la méthadone a examiné dans quelle mesure la motivation à suivre un traitement, la perception du support à l'autonomie par les soignants, et l'état d'esprit des participants par rapport à l'addiction (état d'esprit fixe ou en croissance) influent sur l'adhésion au traitement et la rechute. Les résultats montrent des taux d'adhésion plus élevés et des taux de rechute plus bas chez les individus dont la motivation à suivre un traitement était interne (venant des individus eux-mêmes), et chez les individus percevant le personnel soignant comme soutenant leur autonomie. En ce qui concerne l'état d'esprit, il a également eu un impact sur les mesures liées au traitement. Mais le résultat était inattendu, dans la mesure où il a été observé que c'est plutôt une croyance fixe de leur addiction (l'addiction comme maladie chronique) qui a mené à une issue positive en termes d'adhésion au traitement et de prévention de la rechute. Ce résultat a été attribué à la nature même du traitement à la méthadone, traitement qui vise davantage le maintien dans la consommation dans un but de stabilisation par la substitution que la sortie de la consommation. Cependant, en dehors du cas spécifique du traitement par la méthadone (changement de type I), l'hypothèse est avancée qu'un état d'esprit en croissance prédispose, de manière générale, à un changement de type II. Le fait de présenter l'addiction comme maladie cérébrale est donc contre-productif, puisque cela fait obstacle à un état d'esprit en croissance.

Tant que l'addiction est considérée comme une maladie chronique et progressive, ce cadre conceptuel empêche le change-

ment, car on ne peut aucunement la maîtriser par soi-même. Un recadrage réussi doit déplacer le problème de son cadre «symptomatique» et le mettre dans un autre qui ne comporte pas l'implication d'immuabilité. L'addiction n'est pas simplement une condition biologique, elle n'est pas différente d'autres aspects des pensées et actions humaines en étant sujette à des influences sociales et cognitives. La survenue de changements de type II dans l'addiction est tout à fait possible comme le démontre le taux de rémissions dites spontanées.

## FACILITER LE CHANGEMENT PAR LA SYMBOLIQUE

L'utilisation d'un événement comportemental symbolique qui matérialise à un niveau «méta» les interprétations de la réalité augmente le contrôle ressenti sur la situation problématique, ceci grâce à la prise de distance et à l'action possible sur ce nouveau niveau de représentation.<sup>5</sup> Le sentiment de contrôle est associé à une augmentation du bien-être, de la santé physique et des capacités de *coping*.<sup>6</sup> Hobson et coll.<sup>7</sup> montrent également que cela offre une protection contre l'incertitude et l'anxiété en modulant le monitoring des erreurs dans la région dorsale du cortex cingulaire antérieur. Les rituels peuvent donc être utilisés à cette fin. Dans les rituels, les actions et gestes les plus ordinaires sont transformés en expressions symboliques, ce qui engage les mécanismes et processus neurocognitifs, affectifs et motivationnels, et leur confère leur efficacité en termes de réduction de l'anxiété<sup>8</sup> ou d'allègement de la douleur ressentie par des individus ayant vécu une perte.<sup>9</sup> Le changement de type II provoqué par le rituel est sous-tendu par la pensée magique qui est définie comme la croyance que certaines actions peuvent influencer les objets ou les événements alors qu'il n'y a aucun lien de causalité matériel entre eux.<sup>9</sup>

Des études dans le domaine de la cognition incarnée (*embodied cognition*) fournissent des exemples de rituels possibles. Alors que, dans notre culture dualiste, il est assumé que les pensées ne peuvent pas être traitées comme des objets matériels, notre langage est pourtant rempli de métaphores suggérant le contraire (et l'utilisation du verbe «remplir» dans cette phrase en est un exemple). Briñol et coll.<sup>10</sup> montrent que le fait de chiffonner et de jeter un papier sur lequel nos pensées ont été écrites permet de se débarrasser de ces pensées elles-mêmes. A l'inverse, elles seront plus présentes à l'esprit lorsque le papier est gardé intact physiquement sur soi. Les résultats de ces études montrent que les effets sont plus forts lorsque les actions sont réalisées physiquement que mentalement. De nombreuses études sur la cognition incarnée suggèrent que les métaphores abstraites puissent être basées sur des expériences physiques. Ainsi, l'expression «avoir un poids sur la conscience» suggère que la culpabilité ait des propriétés similaires à un objet physique avec un poids réel. Il a été effectivement montré que des actes non éthiques, au travers du sentiment de culpabilité, augmentent l'expérience subjective de poids.<sup>11</sup> Il devient alors envisageable d'utiliser cette symbolique lors d'un rituel pour que ce poids puisse être déposé ailleurs que sur la conscience ! L'accès à l'action concrète fourni par les rituels leur confère un pouvoir de réduction de l'anxiété et de regain de sentiment de contrôle sur la situation infra avec une modification du point de vue qui favorise le changement de type II.

## CONCLUSION

La prédisposition au changement par la modification de l'état d'esprit et sa facilitation par l'utilisation de la symbolique sont deux éléments importants pour favoriser le changement de type II dans l'addiction. Conceptuellement, la définition de l'addiction comme maladie chronique et progressive représente cependant un obstacle à la notion de changement et de rémission. Bien qu'elle ait favorisé la recherche et le développement de nouveaux traitements pharmacologiques, qu'elle ait fait progresser la prise en charge médicale et sociale des personnes qui étaient dépourvues de soins, cette approche a maintenant la possibilité d'aller plus loin en tenant compte de ses limites dans le processus de rémission.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un cadre de soins soutenant la motivation intrinsèque au changement (sentiment d'autonomie et de compétence) et prenant en compte l'état d'esprit sous-jacent aux attitudes au changement prédisposerait favorablement l'engagement dans un changement de type II
- Le changement de type II peut être facilité par le recours à la symbolique et au rituel qui renforcent le sentiment de contrôle de l'individu, baissent son anxiété et augmentent ses capacités de *coping*
- Le modèle de l'addiction comme maladie chronique atteint ses limites pour ce qui est de la rémission. Il peut évoluer par un remaniement de la définition de l'addiction qui verrait le patient comme agent de sa propre vie, motivé à retrouver son autonomie malgré la durée et l'intensité de ses difficultés

1 \* Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55:68-78.

2 \*\* Dweck CS. *Mindset : changing the way you think to fulfil your potential*. London: Little, Brown Book Group, 2017.

3 Dweck CS, Molden D. Self-theories : their impact on competence motivation and acquisition. In: Elliot AJ, Dweck CS, eds. *Handbook of competence and motivation*.

New York: Guilford, 2005, 122-40.

4 Diener CI, Dweck CS. An analysis of learned helplessness : II. The processing of success. *J Pers Soc Psychol* 1980;39:940.

5 \* Norton MI, Gino F. Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *J Exp Psychol Gen* 2014;143:266.

6 Ai AL, Tice TN, Peterson C, et al. Prayers, spiritual support, and positive attitudes in coping with the September 11

national crisis. *J Pers* 2005;73:763-92.

7 Hobson NM, Bonk D, Inzlicht M. Rituals decrease the neural response to performance failure. *PeerJ* 2017;5:e3363.

8 Brooks AW, Schroeder J, Risen JL, et al. Don't stop believing : rituals improve performance by decreasing anxiety. *Organ Behav Hum Decis Process* 2016;137:71-85.

9 Henslin JM. Craps and Magic. *Am J Sociol* 1967;73:316-30.

10 \*\* Briñol P, Gascó M, Petty RE,

Horcajo J. Treating thoughts as material objects can increase or decrease their impact on evaluation. *Psychol Sci* 2013;24:41-7.

11 Day MV, Bobocel DR. The weight of a guilty conscience : subjective body weight as an embodiment of guilt. *PLoS One* 2013;8:e69546.

\* à lire

\*\* à lire absolument