

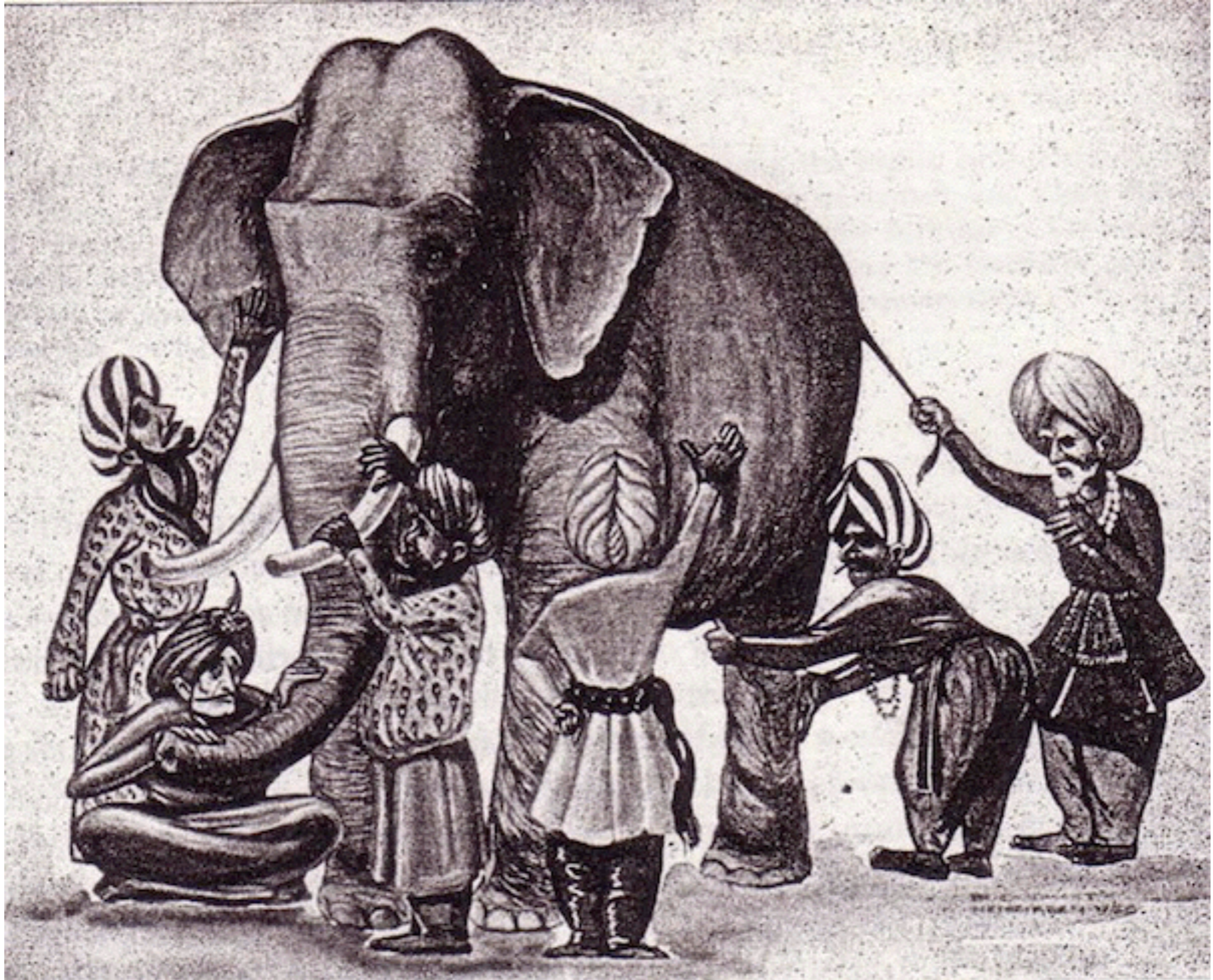
MODÈLES PSYCHOLOGIQUES ET APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES ADDICTIONS

FST Addictologie. 6 janvier 2021

Dr Mario BLAISE. Centre médical Marmottan

QU'EST CE QU'UN MODÈLE THÉORICO-CLINIQUE?

- Un modèle clinique peut être défini comme une conception globale sous tendant l'abord et la compréhension d'un phénomène (ex. maladie mentale) ordonnant parfois une nosographie mais pouvant être beaucoup plus segmentaire et n'intéresser que certains pans de la pathologie.
- Modèle = +/- Théorie
- Paradigme = modèle de référence
- Modélisation de la pathologie nécessitant une transaction de savoir entre le patient et le thérapeute
- Limites : Caractère opérant du modèle / Scientisme, réductionnisme / effet de mode, effacement théorique...



LES AVEUGLES ET L'ÉLÉPHANT

EVOLUTION DES MODELES

- **MODELE MORAL OU RELIGIEUX**

- **PREMIER MODELE DE MALADIE D'UNE ADDICTION : Dr Benjamin RUSH 1785**

(**modèle monovarié** de type « intoxication », noms en - isme)

- **THEORIE GENERALE DE LA DEGENERESCENCE : B.A. MOREL 1857 - ALCOOLIQUES ANONYMES 1934**

(**modèles bivariés** de type « individus dégénérés ou sensibilisés recherchant volontairement l'intoxication », - manie)

- **MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL FIN 1960**

(**modèle trivarié** de type vulnérabilité biologique s'exprimant selon histoire du sujet et contexte)

« La toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité, et d'un moment socioculturel »
Claude OLIEVENSTEIN

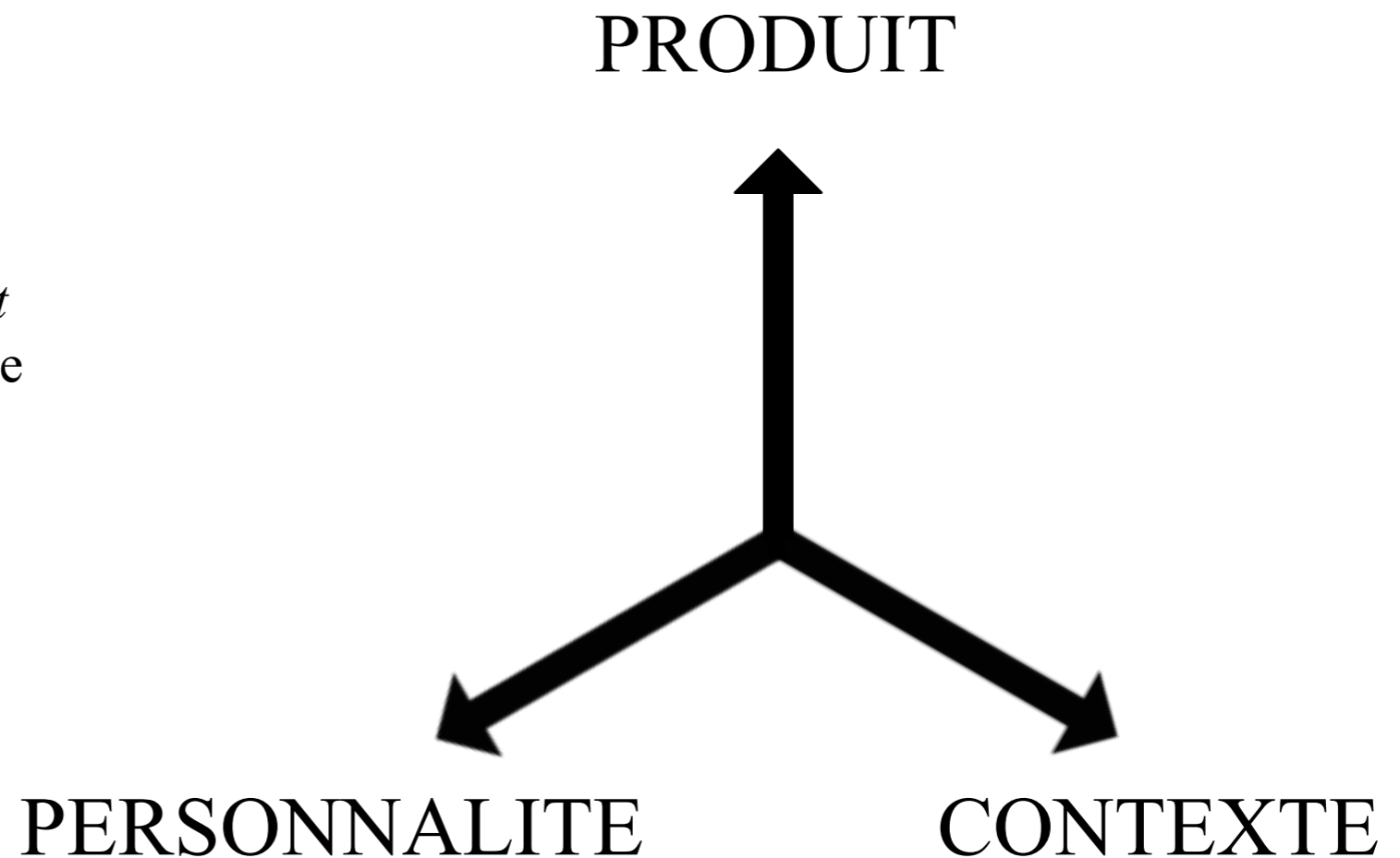
- **LES ADDICTIONS Aviel GOODMAN 1990**

Arguments bio-psycho-sociaux pour rapprochement conduites de dépendance avec ou sans produit

BIO - PSYCHO- SOCIAL

MODELE TRIVARIE

*« La toxicomanie est la rencontre
d'un produit, d'une personnalité, et
d'un moment socioculturel »* Claude
OLIEVENSTEIN



Les 7 « principes du nouveau paradigme médical » de G. L. Engel (1977, 1980)

1 Une altération biochimique ne se traduit pas directement en maladie. Le tableau de la maladie provient de **l'interaction de plusieurs facteurs** désignant une cause, incluant les facteurs de niveaux moléculaire, individuel et social. À l'inverse, des altérations psychologiques peuvent se manifester comme des maladies ou des formes de souffrance qui constituent des problèmes de santé avec, parfois, des corrélats biochimiques.

2 **La présence d'un trouble biologique ne fournit pas d'éclairage sur la signification du symptôme pour le patient** et ne permet pas non plus nécessairement d'inférer les attitudes et les compétences nécessaires au clinicien pour recueillir l'information et la traiter correctement.

3 Les **variables psychosociales sont des déterminants plus importants** de la prédisposition, de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie.

4 Adopter **un rôle de malade ne renvoie pas nécessairement à la présence d'un trouble biologique.**

5 **L'efficacité de la plupart des traitements biologiques est influencée par des facteurs psychosociaux,** par exemple l'effet dit « placebo ».

6 La **relation médecin-malade** influence l'issue médicale, même si c'est seulement en jouant sur l'adhésion au traitement.

7 Contrairement aux sujets inanimés de l'investigation scientifique, **les patients sont profondément influencés par la façon dont ils sont étudiés,** et les scientifiques engagés dans la recherche sont influencés par leurs sujets

UN TRES GRAND NOMBRE DE MODELES PSYCHOLOGIQUES DES ADDICTIONS

- Selon l'approche :
phénoménologique,
psychanalytique, cognitivo-
comportemental, systémique,
psycho-social...
- Selon le type d'addiction:
drogues illicites, alcool, TCA,
JHA
- Selon les auteurs
- Vers des approches intégrées

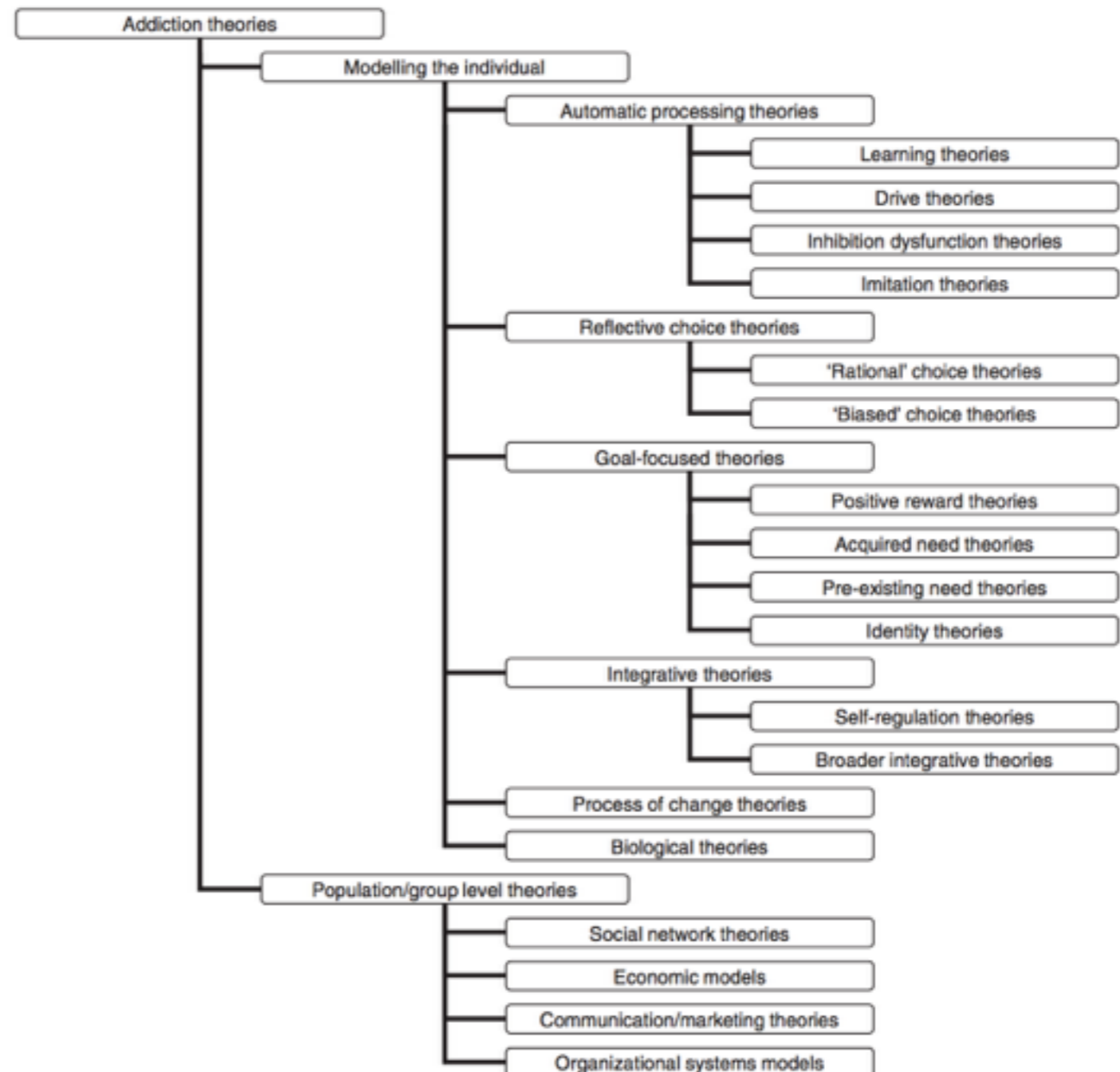


Figure 7.1 Classification of theories of addiction (West 2013).

APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE : LA CLINIQUE DE L'INTENSITE

- Claude Olievenstein

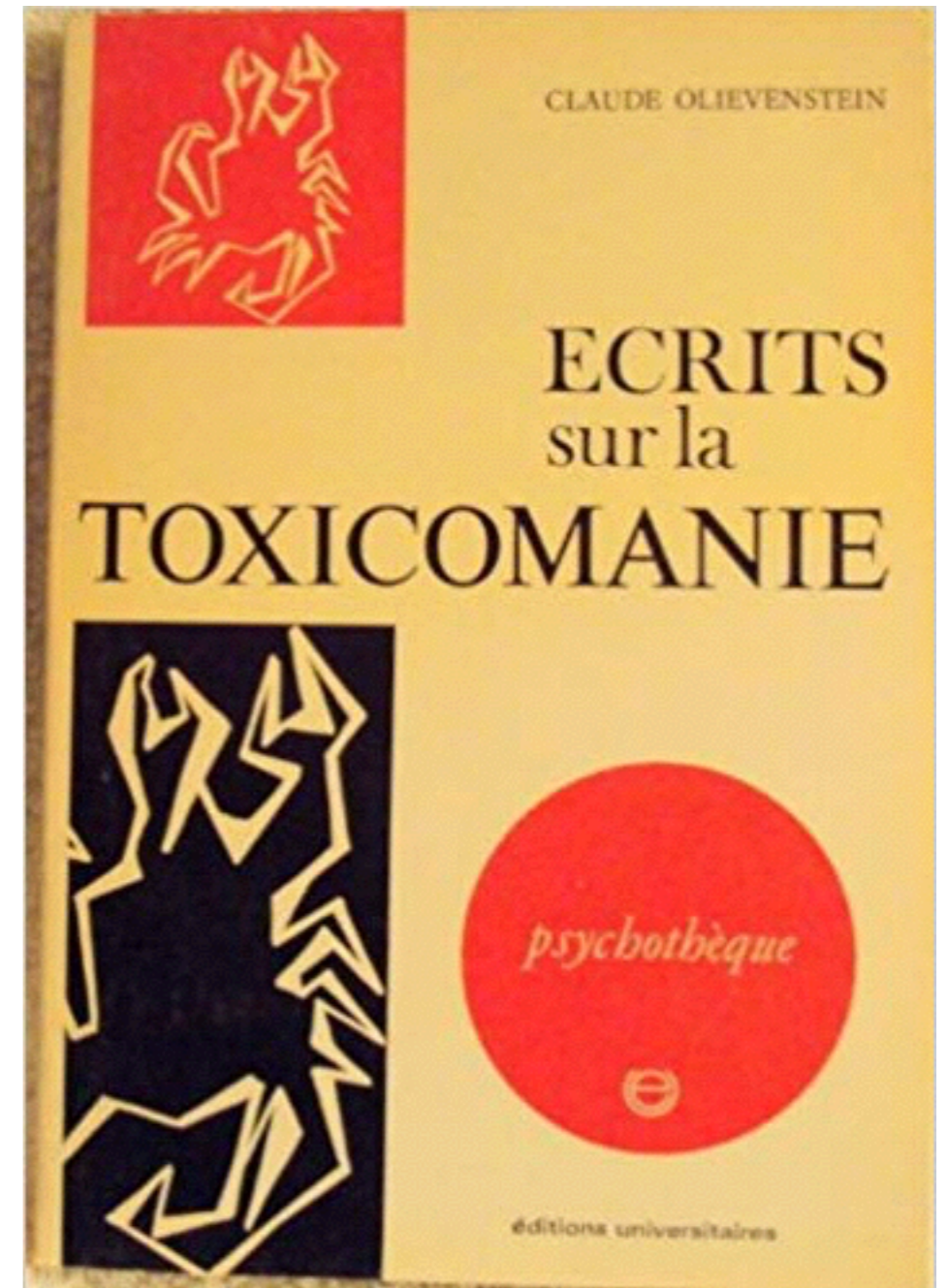
- Une clinique à réinventer, explosion des cadres nosographiques (Toxicomane un peu névrosé, un peu psychotique, un peu artiste, un peu pervers)

Approche phénoménologique et psychanalytique : Vécu subjectif du toxicomane très intense, le manque de manque, le flash, la planète, la galère...

Tentative de théorisation Stade du miroir brisé, éléments psychotraumatiques

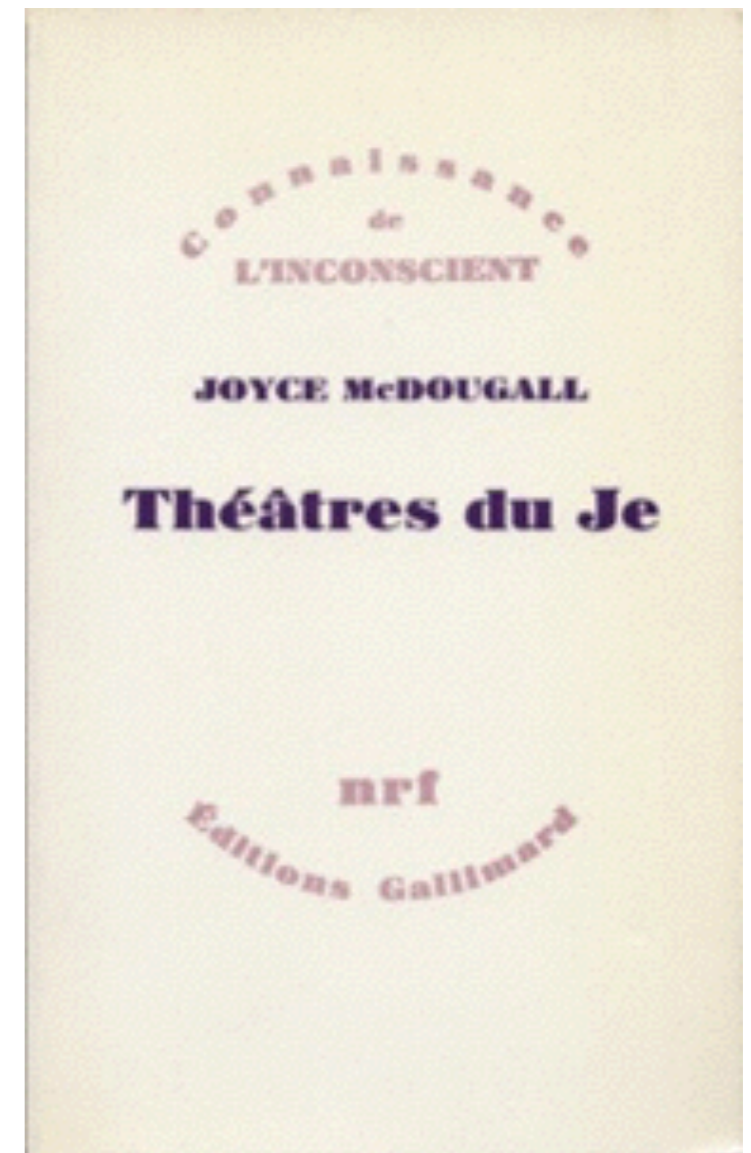
Importance du moment socioculturel, des notions d'identité de toxicomane, de communauté...

La démocratie psychique



L'ÉCONOMIE PSYCHIQUE DE L'ADDICTION. JOYCE MCDUGALL

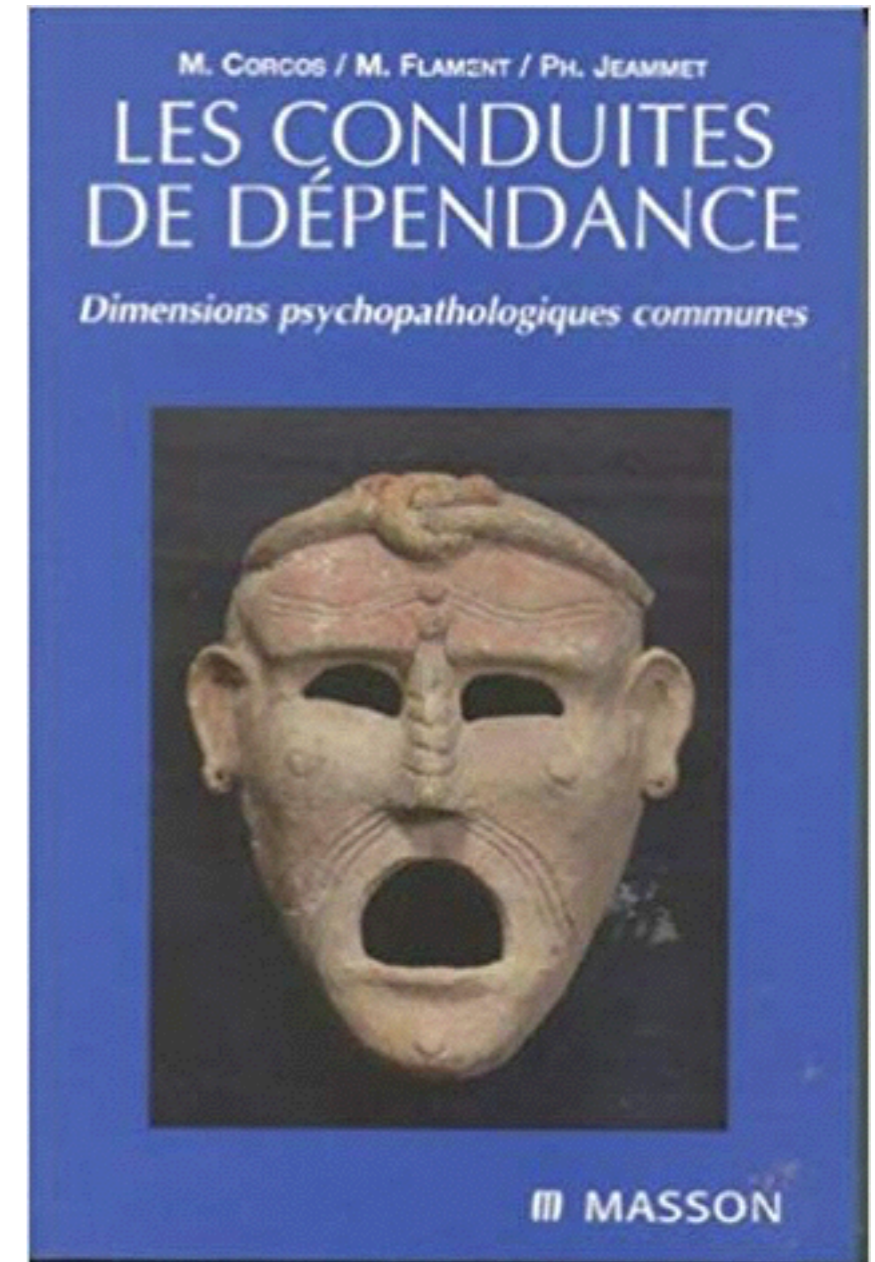
- *L'économie addictive* vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. Court-circuite la pensée.
- La *solution addictive* devient une solution somato-psychique au stress mental, *un néo-besoin*.
- Addict = esclave d'une seule solution pour échapper à la douleur mentale
- hypothèse psycho-développementale : défaillance des phénomènes transitionnels, échec de constitution d'un objet interne sécurisant et recours à des objets externes partiels



McDougall, Joyce. « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 68, no. 2, 2004, pp. 511-527.

LES ASSISES NARCISSIQUES ET L'OBJET. P. JEAMMET

- A partir de l'expérience clinique de l'adolescence et des TCA
- Phénomène transnosographique, conçu comme une réponse à certaines troubles de la séparation
- Utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défailante ou menaçante
 - => recherche paradoxale d'un objet maîtrisable à l'extérieur de ce qui manque à l'intérieur

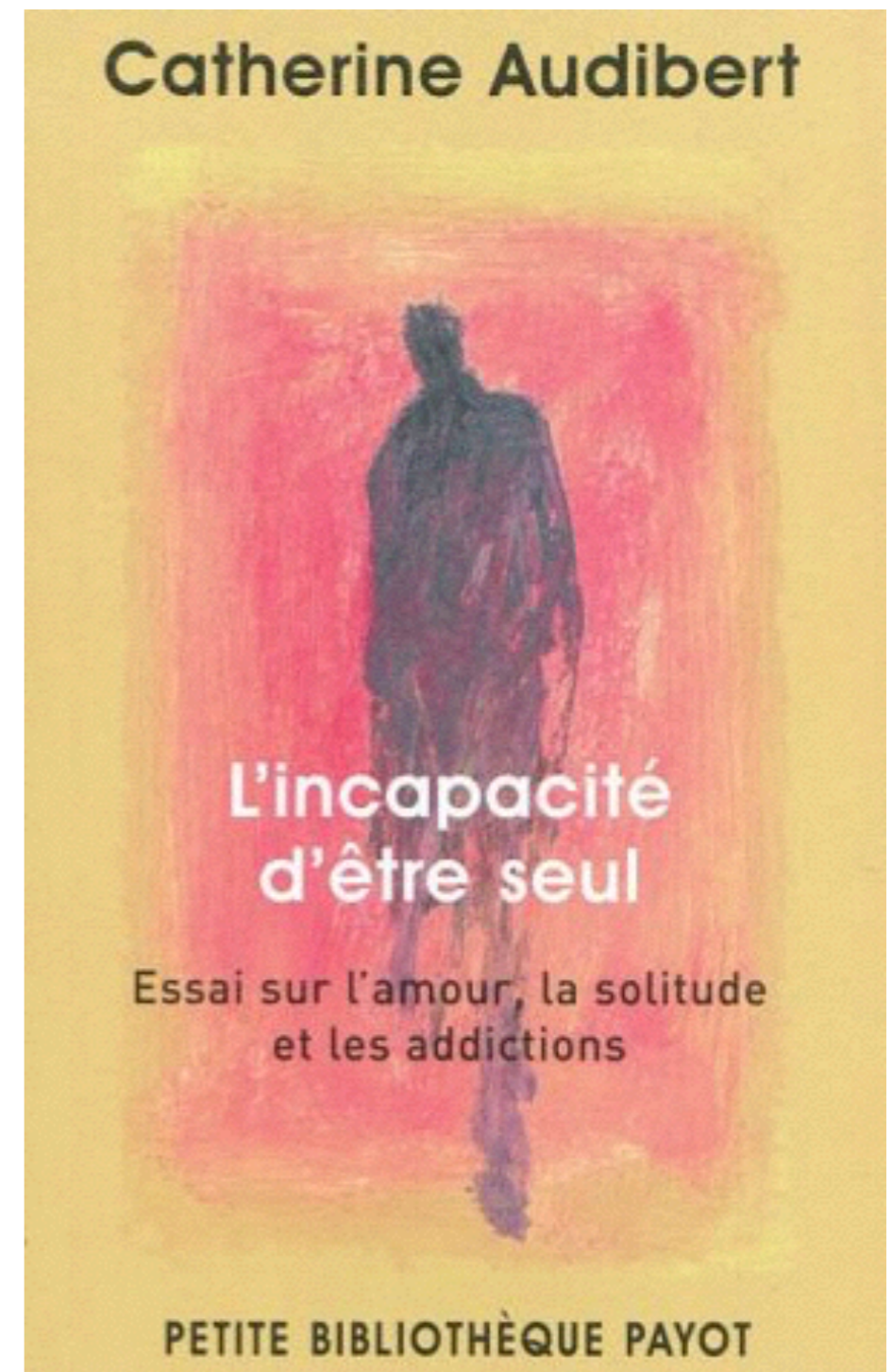


CATHERINE AUDIBERT : L'INCAPACITÉ D'ÊTRE SEUL

Se réfère à « la capacité d'être seul » de Winnicott

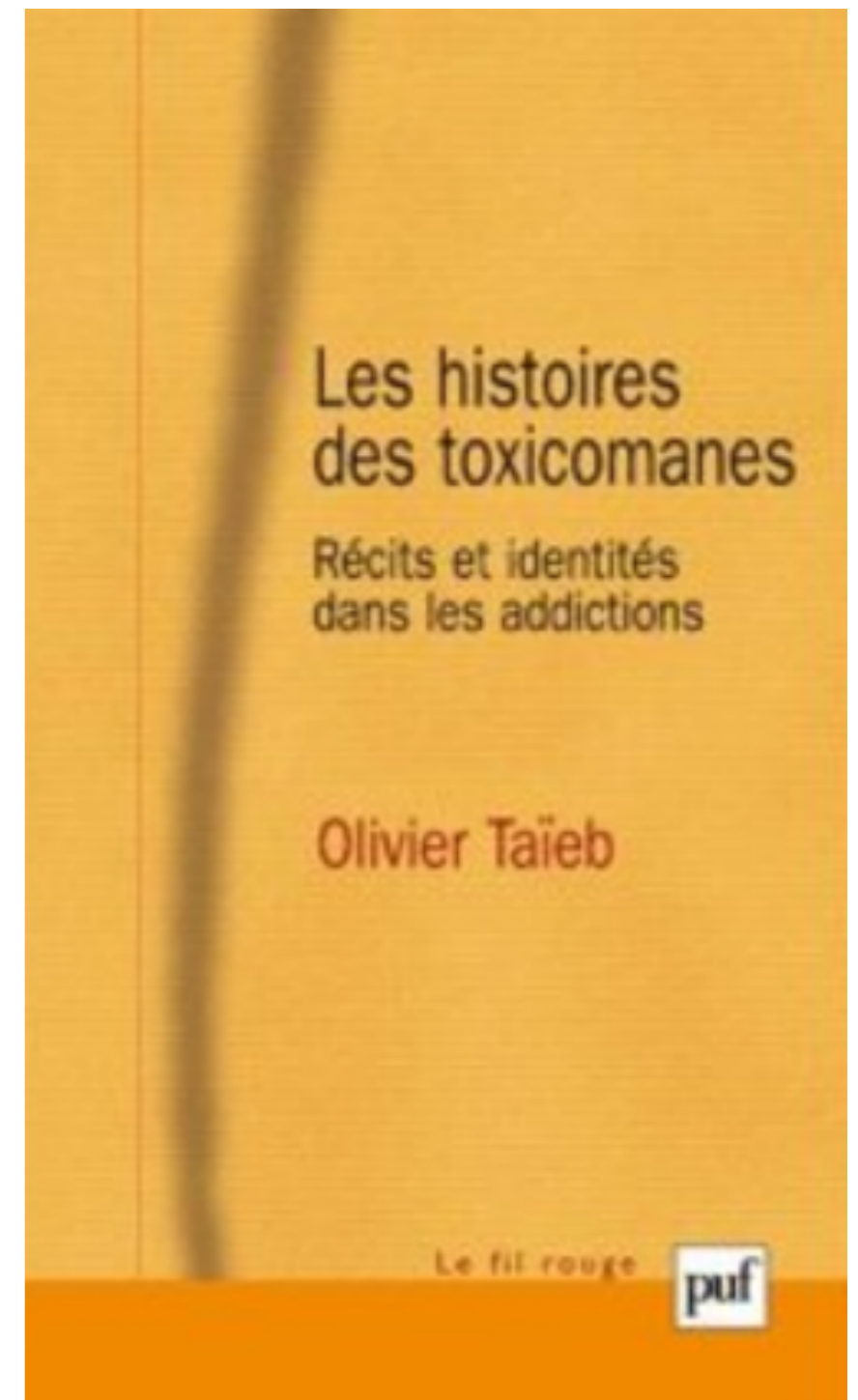
- Le sujet qui a acquis la capacité d'être seul peut alors tirer profit des moments de solitude sans se sentir dévasté, car cela signifie qu'il a acquis un sentiment d'unité.
- Amour et relation addictive
- Relation transférentielle particulière avec des patients dans l'incapacité d'être seuls et addicts

Audibert, Catherine. « Incapacité d'être seul, amour et stratégies addictives », *Psychotropes*, vol. vol. 20, no. 4, 2014, pp. 9-26.



IDENTITE NARRATIVE DU TOXICOMANE. O. TAIEB

- Paul Ricoeur : l'identité de l'être humain est fondamentalement une **identité narrative**. La narrativité et le secours de la fiction permet de trouver des repères temporels indispensables pour organiser notre vie, pour tenter de saisir notre expérience.
- Patients toxicomanes aux assises narcissiques souvent fragiles ont des difficultés à verbaliser et intégrer ce qu'ils vivent, et à construire leur identité. Chez ses patients, un idéal, une croyance ou une identité de surface peuvent devenir des objets de complétude narcissique (appétence pour modèles identificatoires).
- Récits proposés aux patients à travers le dispositif de soin leur offrent une possible "refiguration" de soi.
- Toute théorie joue le rôle de « matrice de récit »



MODELE DE L'AUTOMEDICATION. E. KHANTZIAN

Dimension d'automédication de l'addiction liée à des troubles préexistants (dépression, anxiété, etc.).

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1259-64.

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence

Edward J. Khantzian, M.D.

Recent clinical observations and psychiatric diagnostic findings of drug-dependent individuals suggest that they are predisposed to addiction because they suffer with painful affect states and related psychiatric disorders. The drugs that addicts select are not chosen randomly. Their drug of choice is the result of an interaction between the psychopharmacologic action of the drug and the dominant painful feelings with which they struggle. Narcotic addicts prefer opiates because of their powerful numbing action on the disorganizing and threatening affects of rage and aggression. Cocaine has its appeal because of its ability to relieve distress associated with depression, hypomania, and hyperactivity.
(*Am J Psychiatry* 142:1259-1264, 1985)

Developments in psychoanalysis and psychiatry over the past 50 years have provided enabling new insights and approaches in understanding mental life and in treating its aberrations. In psychoanalysis, there has been a shift from a focus on drives and conflict to a greater emphasis on the importance of ego and self structures in regulating emotions, self-esteem, behavior, and adaptation to reality. In psychiatry, we have witnessed the advent of psychotropic medications, a more precise understanding of the neurobiol-

ogy of the brain, and the development of standardized diagnostic approaches for identifying and classifying psychiatric disorders. Such developments have had implications for understanding and treating addictions, especially given the recent dramatic rise in drug abuse in all sectors of our society and our growing inclination to treat our drug-dependent patients through private practice, in community mental health centers, and in methadone-maintenance or self-help programs, in close proximity to the surroundings in which their addictions evolved.

Popular or simplistic formulations in the early 1970s emphasized peer group pressure, escape, euphoria, or self-destructive themes to explain the compelling nature of drug dependency. In contrast, the work of a number of psychoanalysts in the 1960s and 1970s has led to observations, theoretical formulations, and subsequent studies representing a significant departure from these previous approaches and explanations. On the basis of a modern psychodynamic perspective, these analysts succeeded in better identifying the nature of the psychological vulnerabilities, disturbances, and pain that predispose certain individuals to drug dependence. This perspective, which has spawned a series of diagnostic studies over the past decade, emphasizes that heavy reliance on and continuous use of illicit drugs (i.e., individuals who become and remain addicted) are associated with severe and significant psychopathology. Moreover, the drug of choice that individuals come upon is not a random phenomenon.

On the basis of recent psychodynamic and psychiatric perspectives and findings, I will elaborate on a self-medication hypothesis of addictive disorders, emphasizing problems with heroin and cocaine dependence. This point of view suggests that the specific psychotropic effects of these drugs interact with psychiatric disturbances and painful affect states to make them compelling in susceptible individuals.

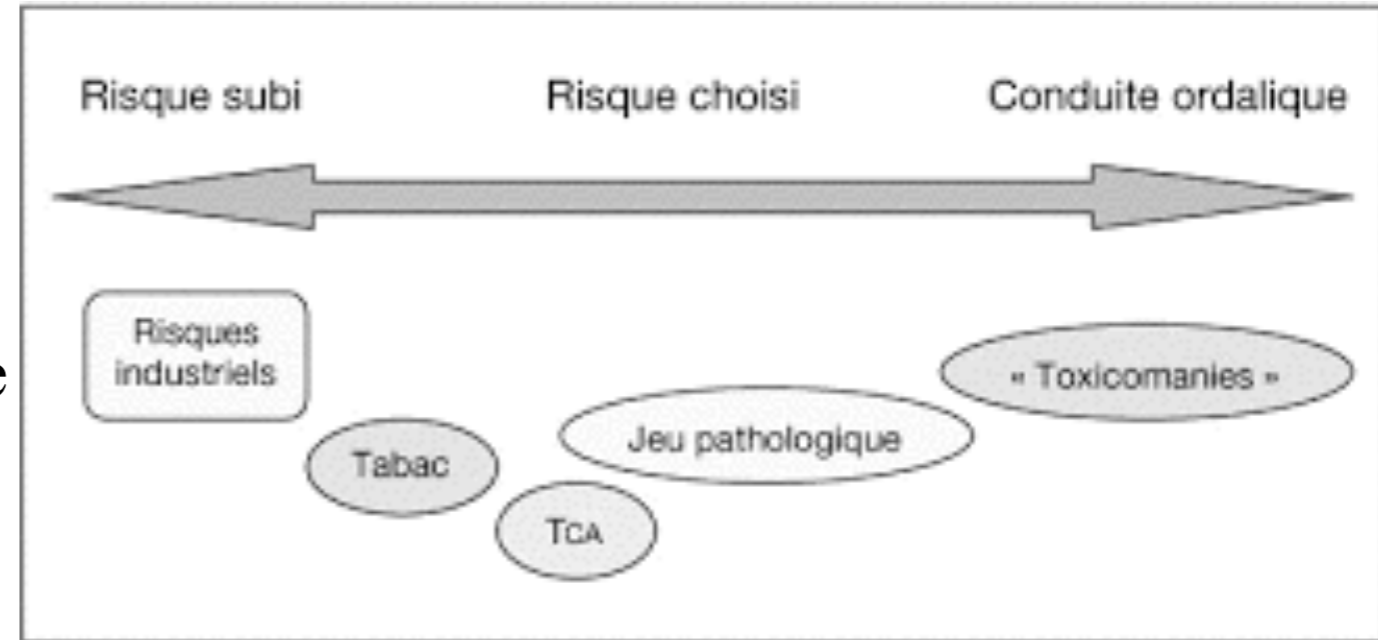
Received Oct. 9, 1984; revised Jan. 28, 1985; accepted Feb. 27, 1985. From Harvard Medical School at the Cambridge Hospital. Address reprint requests to Dr. Khantzian, Department of Psychiatry, the Cambridge Hospital, 1491 Cambridge St., Cambridge, MA 02139.

Supported in part by contract 271-77-1431 and grant DA-01828 from the National Institute on Drug Abuse.
Copyright © 1985 American Psychiatric Association.

LES CONDUITES ORDALIQUES. MARC VALLEUR

Caractéristiques des conduites ordaliques :

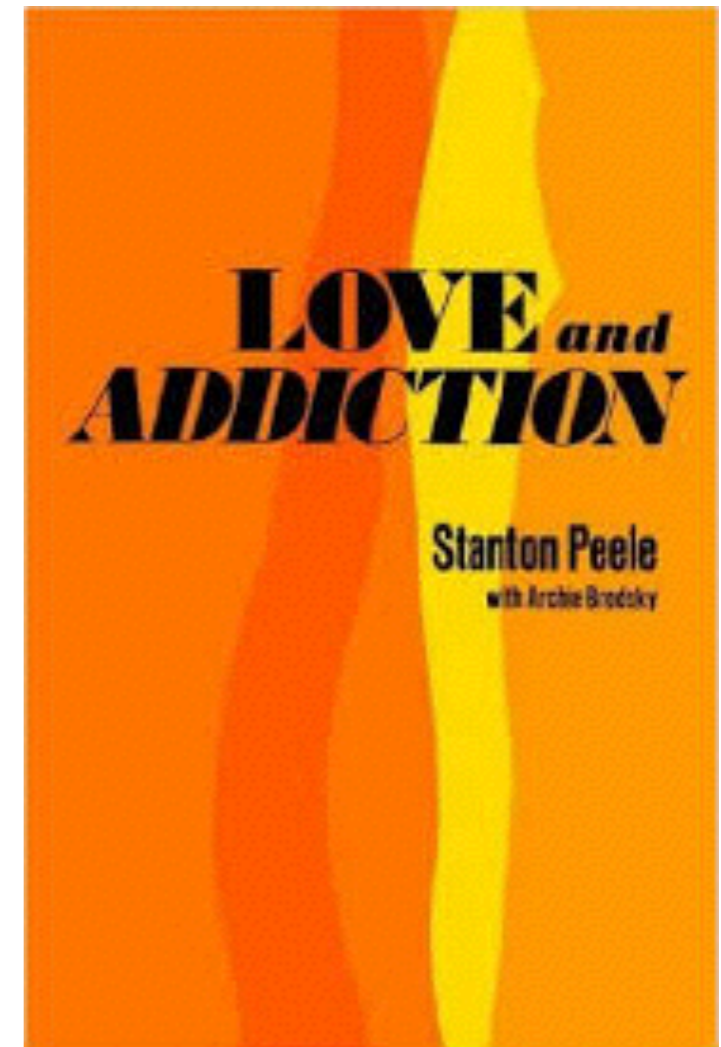
- Issue grave voire irrémédiable
- Caractère aléatoire, non prévisible
- Caractère « choisi » et non subi du risque
- Caractère transgressif
- Un appel à la loi
- Sentiment d'existence renouvelé
- Tendance au caractère répétitif



- Met en avant le caractère positif et la recherche de sens de l'addiction
- Permet de voir les addictions entre deux poles : refuge et exploration
- Sujets plus impulsifs seraient plus transgression et plus ordalisant

APPROCHE EXPÉRIENTIELLE ET PSYCHOSOCIALE DE STANTON PEELE

- Emprunte au constructionnisme social et à des concepts cognitivo-comportementaux
- Conception opposée à celle de la médecine: l'addiction n'est pas une maladie, ne dure pas toute la vie, plus mode adaptatif que maladie.
- **L'addiction est une expérience**, réponse et source de gratification et de sécurité, nécessaire pour satisfaire ses besoins ou maintenir ses structures de subjectivité
- Touche personnes en situation difficile (absence d'options positives, faible soutien social ou périodes critiques de l'existence)
- Addiction plus un mal de la socialité => conséquences sur l'aide, plus de communauté et d'entraide, pas renvoyer le sujet à sa maladie



Peele, Stanton. « L'addiction au xxe siècle », *Psychotropes*, vol. vol. 15, no. 4, 2009, pp. 27-40.

APPROCHES SYSTEMIQUES ET FAMILIALES

Problématiques de séparation/individuation

Difficile autonomisation par rapport à leur famille d'origine, malgré l'apparente revendication d'autonomie (couple Autonomie-Appartenance)

Comme l'ont montré plusieurs auteurs, la « drogue » semble jouer un rôle paradoxal à la fois d'ébranlement et de maintien de la famille

Loyautés et légitimité destructrice, dette inversée

Clinique du paradoxe

The Family
Therapy
of Drug Abuse
and Addiction

M. DUNCAN STANTON,
THOMAS C. TODD,
AND ASSOCIATES

FOREWORD BY SALVADOR MINUCHIN



- Cassen, Myriam, et Jean-Michel Delile. « Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives », *Psychotropes*, vol. vol. 13, no. 3, 2007, pp. 229-249.

- ANGEL, Pierre ; ANGEL, Sylvie. Armand Colin : 2002, 203 p. (Collection U)

THREE PATHWAYS TO PATHOLOGICAL GAMBLING

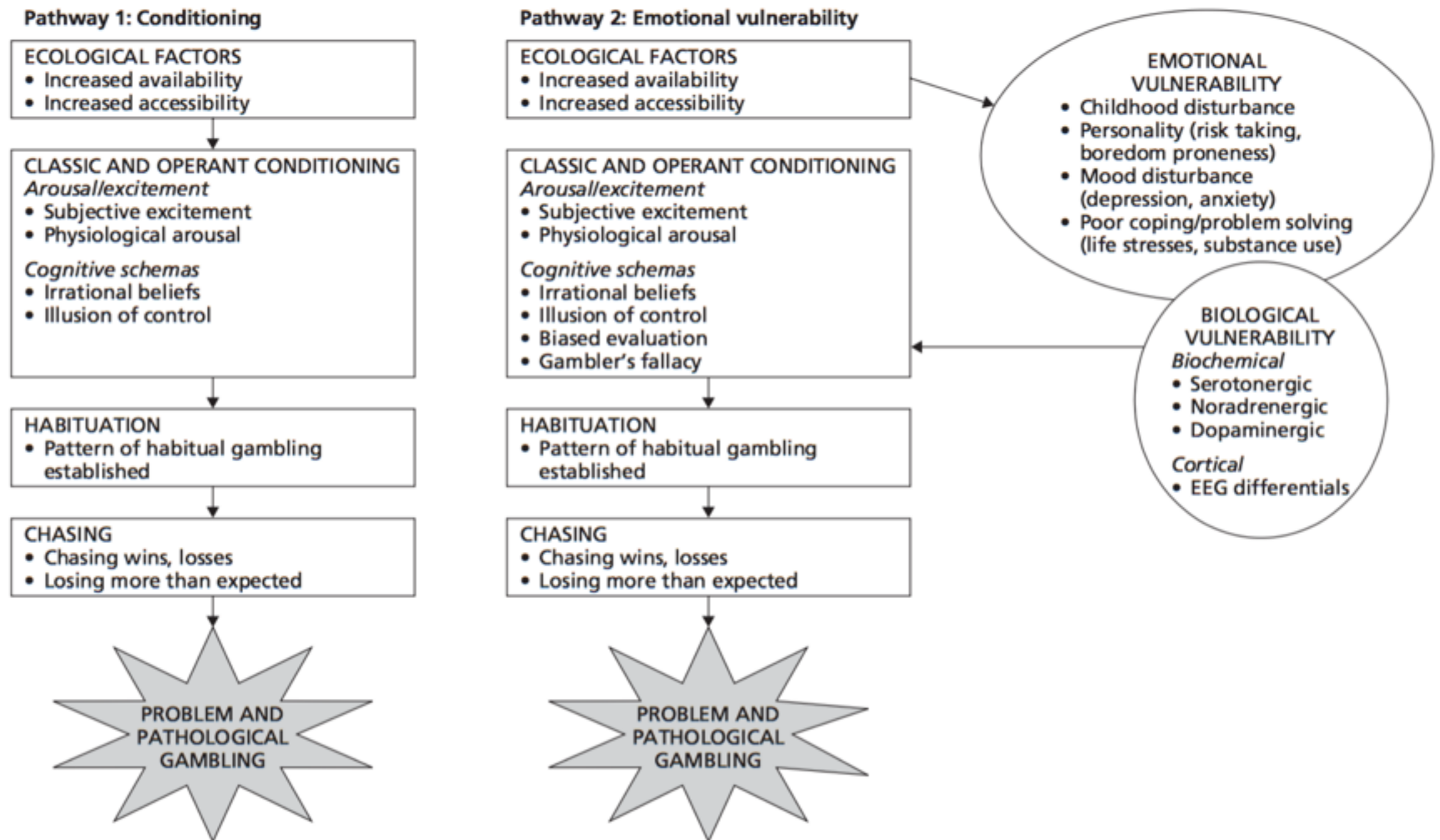


Figure 6.2 The three pathways to pathological gambling (adapted from Blaszczynski and Nower 2002).

THREE PATHWAYS TO PATHOLOGICAL GAMBLING (SUITE)

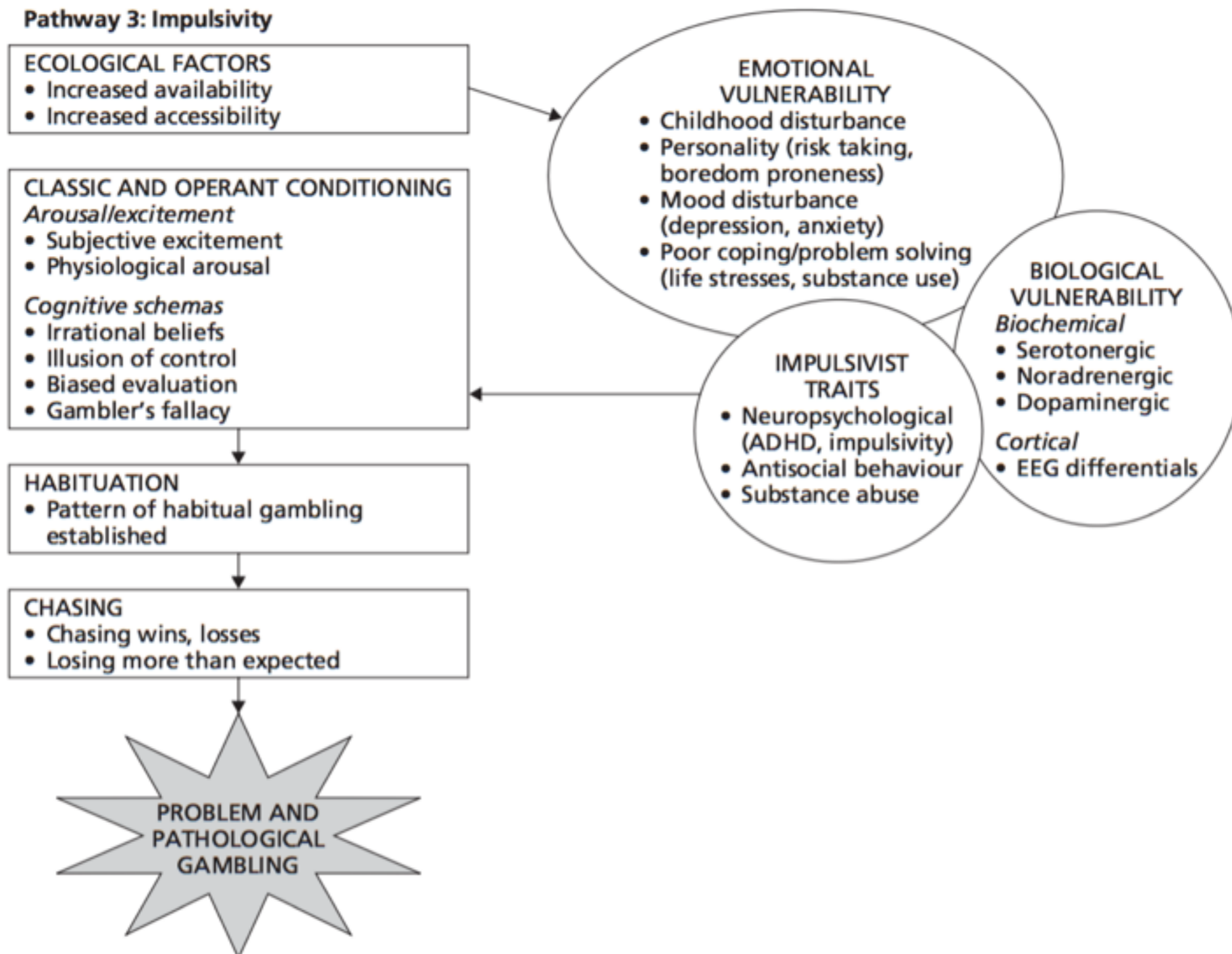


Figure 6.2 (Continued)

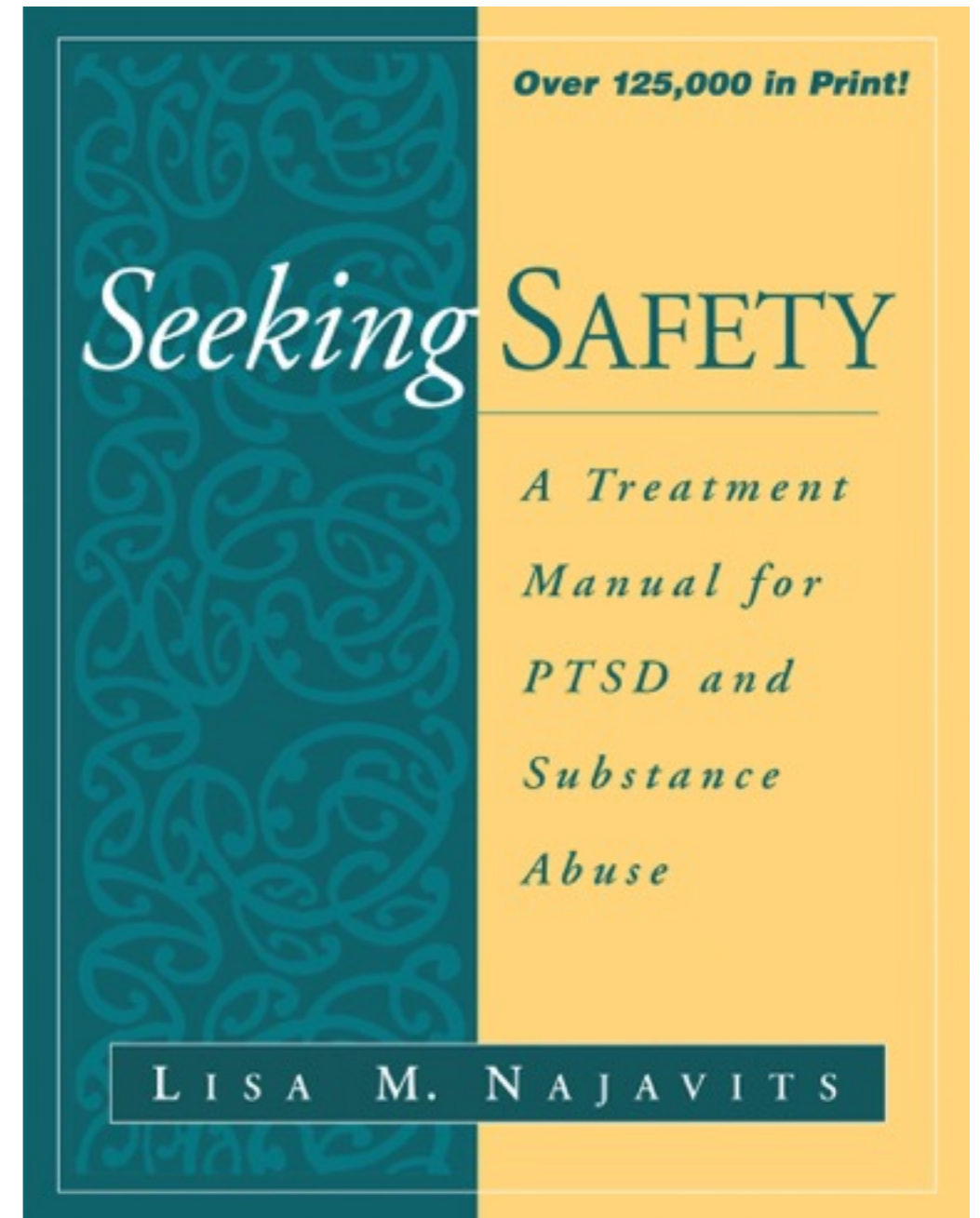
PSYCHOTRAUMATISME ET ADDICTION

Modèles TCC de 3eme génération (plus intégratifs)

Symptomatologie psychotrauma et addiction commune : insécurité physique, psychique, sociale..., conduites dissociations et paradoxales

Rétablissement en plusieurs temps : Stabilisation, Apaisement, intégration

Thérapies multimodales intégratives



INTÉRÊTS DES MODÈLES PSYCHOPATHOLOGIQUES

- Eviter de penser, assises narcissiques fragiles, impulsivité, dépressivité, variabilité symptomatologique, difficile distance relationnelle à l'autre, identité, paradoxalité... sont autant de **problématiques qui vont influencer les soins et le devenir des troubles**
- Quelle est la **fonction de l'addiction** pour le sujet ? Ne pas négliger la part positive des addictions et la quête de sens
- Qu'est ce qui amène à consommer, empêche d'arrêter ? Repérer les **facteurs de vulnérabilité** : psychologiques, familiaux, sociaux
- **Aide à penser ce qui se joue pour les patients, dans leur vie et dans la relation thérapeutique.** Permet d'éviter certains pièges (paradoxe, dette inversée, défiance, clivage, sentiment d'impuissance du soignant, défi à soi même...)

EN PRATIQUE : VERS DES APPROCHES INTEGREES

- Pas de concepts purs
- Difficultés à rendre compte du caractère **symptomatologique** et aussi **processuel** du phénomène
- **Grande variabilité des situations d'addictions** en terme de produits/conduites, prise de risque, sévérité
- Pour une Clinique « bricolée » aux sens de Lévi-Strauss,
 - => **des références théoriques plurielles en fonction de la clinique**
- Pour des modèles adaptés aux différentes addictions, aux différents patients, aux différents moments de la trajectoire pour un même patient : **plusieurs portes d'entrée**