

Les modèles psychologiques de l'addiction

** Lydia FERNANDEZ *, Henri SZTULMAN **

Université Toulouse Le Mirail, Maison de la recherche, 5 Allées Antonio Machado

31058 TOULOUSE Cedex 01.

Résumé — Les insuffisances des modèles biologiques et sociaux orientent les psychopathologues vers une approche psychologique rendant de l'addiction visant à fournir des modèles psychologiques rendant compte des processus complexes en jeu dans l'addiction.

Les modèles psychologiques de l'addiction que nous présentons dans cet article sont le point de départ d'une réflexion sur une théorie générale des addictions qui reste à construire. Ils regroupent :

- les modèles cognitivo-comportementaux : le modèle comportemental fait référence à la contrainte et implique un apprentissage passif par continuité de stimuli (le stimulus de base entraînant la répétition du comportement) alors que le modèle cognitif prend en compte les processus mentaux (traitement de l'information, attribution d'un sens au vécu, transformation des informations en événements cognitifs).

- Dans le modèle de recherche de sensations, l'addiction aurait une valeur adaptative en modulant un bas niveau d'activation corticale. Si on a pu mettre en relation plusieurs conduites addictives et la recherche de

* Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche en Psychopathologie, Docteur en Psychopathologie, Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie (C.E.R.P.P.) - ** Professeur de Psychopathologie, Directeur du Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie (C.E.R.P.P.), Directeur de la Formation Doctorale en Psychopathologie

portements considérés, c'est-à-dire une classe de comportements déjà reconnus par ailleurs. Le toxicomane, le boulimique sont "addictifs" parce que le terme d'addiction vise à constituer une classe plus générale englobant différents comportements. Un modèle général devrait pouvoir intégrer des propriétés biologiques du produit mais aussi les conditionnements, les apprentissages, les modélisations sociales. Il devrait pouvoir permettre la prise en compte des données cognitives mais aussi des données intrapsychiques plus profondes comme les affects, les complexes et les fantasmes (Loonis, 1997). Il devrait donner des points de repère permettant de rendre compte de ce qui se produit dans une thérapie - notamment dans une psychothérapie - de sujets présentant un comportement addictif, c'est-à-dire de suivre les mouvements successifs du sujet dans son rapport à l'acte, à l'objet d'addiction et à ce qui se joue (Pédinielli et al., 1997). Il devrait enfin pouvoir fédérer sous un ensemble unique de principes, de lois et de fonctions "les petites addictions" de la vie quotidienne non pathologiques et les "grandes addictions" relevant de la pathologie (Loonis, 1997).

L'approche psychopathologique de l'addiction et les théories qui en découlent visent donc à fournir des modèles psychologiques rendant compte des processus de l'addiction (et non pas de son étiologie) qui ne sont pas exclusifs des autres modèles et qui peuvent même être complémentaires.

Il existe des modèles biologiques qui s'intéressent à une addiction spécifique, mais les hypothèses biologiques avancées sur le rôle de la dopamine impliquée dans la production des addictions et dans l'activation des systèmes de récompenses mésolimbiques sont insuffisantes pour rendre compte de l'addiction considérée et ne permettent pas de constituer un modèle biologique général de l'addiction. L'existence d'un substratum neurochimique commun aux addictions et mettant en cause plusieurs systèmes de neurotransmetteurs n'est pas démontrée (Pédinielli et al., 1997). Il faudra attendre les résultats des recherches sur les bases neurobiologiques des addictions (effets appétitifs des drogues, facteurs fragilisant...) pour savoir ce qui se passe dans le cerveau de l'homme dépendant de drogues.

Il faut aussi considérer que les addictions sont un phénomène moderne lié aux évolutions des mœurs et des coutumes de nos sociétés occidentales⁽¹⁾. Les facteurs sociaux favorisent l'apparition de certains produits sur le marché et leur consommation. L'évolution de nos sociétés renforce à la fois l'individualisme et la croyance qu'il existe toujours un produit - raccourci chimique - désinhibiteur de l'action permettant une quête du mieux-être et la performance individuelle. L'addiction deviendrait alors une dépendance à ce paradoxe de l'individualisme. Pourtant, la rencontre avec le produit

¹ mais aussi à la synthèse de substances purifiées et aux modes d'absorption (injection).

sensations, les relations complexes tant sur le plan biologique, clinique, que psychopathologique.

- le modèle psychologique considère l'addiction comme un mode de "coping" qui à la fois annule le sentiment de défaillance et majeure ses sources de gratification régulière. L'expérience addictive vient comme une réponse à un problème posé.

Abstract — The inadequacies of biological and social models turn researchers to a psychopathological approach of addiction and addiction. Psychological models of addiction include :

- Cognitive - behavioral models : the behavioral model involves control and implies passive learning associated to stimuli (the basic stimulus arousing repetitive behavior) while the cognitive model reveals underlying mental processes (information processing, attribution of meaning to experience, transformation of information into cognitive events).

- Within the sensation-seeking model, the addiction has an adaptive value which regulates the level of cortical activity. Linking the addictive behaviors to sensation-seeking still does not provide ample explanation for the complex relationships between biological, clinical, and psychopathological elements.

- The psychological model considers addiction to be a coping style which both neutralizes feelings of inadequacy and also provides dependable gratification.

Addiction provides the necessary response to a given problem.

Mois clés — Addiction - Modèle - Psychologie - Théorie - Stratégie d'adaptation.

Introduction

L'approche psychopathologique de l'addiction doit s'intéresser aux phénomènes particuliers retrouvés chez les sujets qui présentent ce comportement et proposer des constructions psychopathologiques (modèles de l'addiction) qui tiennent de rendre compte de la genèse du trouble, de sa fonction, de son sens et de ses conséquences. Mais elle a aussi pour but d'édifier un modèle explicatif général des addictions concernant diversément chacun des com-

n'implique pas toujours l'addiction. Elle ne se résume pas à la seule dépendance physiologique du produit et aux effets sociaux de la consommation du produit. Une approche sociologique de la disponibilité et de la consommation ne nous semble pas actuellement en mesure de répondre du phénomène de l'addiction. La question de l'addiction ne devient intéressante du point de vue social qu'à partir du moment où elle se présente comme irrationnelle, c'est-à-dire à partir du moment où des masses importantes de population sont prévenues du danger de telle conduite addictive et à partir du moment où cette conduite continue... Car la question est à la fois de savoir ce qui pousse les sujets à consommer un produit toxique mais aussi ce qui les pousse à persister ou ce qui les empêche de cesser. Dès lors qu'on considère l'addiction comme n'étant pas exclusivement déterminée par les propriétés biologiques et sociales du produit mais comme répondant à une logique de résolution inadéquate d'un problème interne ou externe, on s'ouvre à la nécessité d'une approche psychologique de l'addiction dont l'objectif est de rendre compte des processus complexes articulant à la fois une forme de souffrance psychique, spécifique ou non, et une solution par la substance, c'est-à-dire une forme particulière d'organisation des processus psychiques.

Les modèles psychologiques⁽²⁾ que nous proposons de présenter dans cet article (les modèles cognitivo-comportementaux, le modèle psychologique de S. Peete et le modèle de recherche de sensations de M. Zuckerman) sont le point de départ d'une réflexion sur une théorie générale des addictions qui reste à construire.

Les modèles cognitivo-comportementaux

2 Les modèles psychologiques sont complémentaires des modèles psychanalytiques que nous ne développerons pas dans cet article parce qu'ils feront l'objet d'un travail ultérieur.

Les modèles cognitivo-comportementaux peuvent être divisés en deux grands types :

- les *modèles unidirectionnels* (le conditionnement classique pavlovien ou répondant ; le conditionnement opérant, skinnérien ou instrumental) qui mettent en avant le conditionnement de l'organisme par l'environnement.
- les *modèles bi-directionnels* (la théorie de l'apprentissage social ; les théories cognitives de traitement de l'information) qui mettent l'accent sur l'autorégulation, les phénomènes cognitifs et l'interaction entre l'individu et l'environnement (Fontaine et al., 1989 ; Coitiaux, 1990).

Les théories de l'apprentissage

Le conditionnement classique pavlovien ou répondant :
déclenchement d'une réponse par association

Le comportement répondant⁽³⁾ a été décrit par Pavlov (1963) selon le schéma : **Stimulus** → **Réponse**. Le stimulus précède la réponse. Pavlov a décrit la possibilité de créer une réponse conditionnelle (**R.C.**) en associant un stimulus conditionnel (**S.C.**) neutre (diapason) annonciateur de la présentation d'un stimulus inconditionnel (**S.I.** : nourriture) qui déclenche toujours la réponse de salivation en l'état de déprivation (**R.C.**) chez le chien selon le schéma : **S.C.** → **S.I.** → **R.I.** ou **R.C.** Le conditionnement classique est un apprentissage par substitution de stimulus de telle sorte que les fonctions du stimulus inconditionnel (**S.I.**) soient acquises par association répétée par le stimulus conditionnel (**S.C.**).

Par exemple, le stimulus conditionnel **allumette** peut être annonciateur de la présentation d'un stimulus conditionnel **cigarette** qui déclenche toujours la réponse conditionnelle **fumer (allumette → cigarette → fumer)**⁽⁴⁾.

Le conditionnement opérant, skinnérien ou instrumental : sélection d'une réponse par renforcement.

Selon Skinner (1971), la variable dépendante à étudier dans tout comportement est la réponse et son débit. L'organisme agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répètera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences. Les renforcements positifs ou négatifs sont des

3 Le comportement répondant se définit comme la réponse par un organisme à une situation stimulus spécifique qui représente un antécédent.

4 Tous les stimuli associés à la consommation des toxiques (alcool, drogues) peuvent provoquer la rechute même après un longue abstinence.

conséquences du comportement. Dans le cas d'un renforcement positif, le comportement aboutit à la présence du "renforceur" tandis que dans le cas d'un renforcement négatif, le comportement évite le renforceur ou s'en éloigne. Trois niveaux d'analyse fonctionnelle spécifient l'interaction entre un organisme et son milieu : **S.D. → Rép → R** :

- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, autrement dit le stimulus discriminatif (S.D.) qui indique au sujet qu'il doit répondre : un signal lumineux par exemple.
- la ou les réponses (Rép) elles-mêmes (appuyer sur un levier).
- les conséquences renforçantes (R : la nourriture).

Le conditionnement opérant est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement. Les conséquences d'un comportement peuvent être plaisantes ou déplaisantes. Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif). Inversement devant les conséquences négatives d'une action l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement de la situation susceptibles de provoquer des désagréments (renforcement négatif). L'absence de conséquences négatives ou positives a une action entraînant progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Par exemple, le fumeur se voit offrir une cigarette (S.D.). Il prend une cigarette (Rép) et la fume (R).

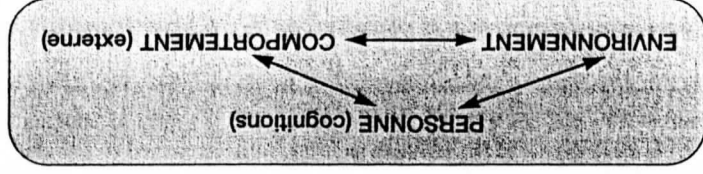
Offrir une cigarette → prendre une cigarette → fumer une cigarette (avec des renforcements positifs : plaisir, amélioration des performances intellectuelles, ... ou des renforcements négatifs : sédation, d'un déplaisir (soulagement du syndrome d'abstinence de la nicotine), d'une souffrance (réduction de l'anxiété, de la tension), évitement de l'augmentation du poids, ...).

La théorie de l'apprentissage social

Cette théorie sociale renvoyant essentiellement au comportement humain élaborée par Bandura (1969, 1977) permet d'intégrer les phénomènes cognitifs (phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli externes et internes) souvent négligés par les précédentes théories. Bandura critique les écoles psychodynamiques qui pla-cent la motivation à l'intérieur de l'individu (motivation interne) ⁽⁵⁾ sans justification causale précise fondée sur une analyse expérimentale. Il met en cause

5 Par motivation interne, il faut entendre l'attention vis-à-vis du renforcement, l'anticipation du renforcement ainsi que l'autorenforcement.

le behaviorisme radical de Skinner qui place la motivation dans l'environnement (motivation externe) ⁽⁶⁾ et les contingences de renforcement externes. Contrairement à la théorie de Skinner, l'importance repose sur l'anticipation du renforcement. Bandura insiste sur la notion d'anticipation et de renforcement différenté comme étant fondamentale chez l'être humain ainsi que sur le rôle de la conscience et de la personne sur la sélection des comportements qui ne s'opèrent pas de façon mécanique comme le montre les théories skinneriennes. Le renforcement externe n'est qu'un cas particulier d'une théorie plus générale de l'apprentissage social. Bandura propose un modèle à déterminer (modèle réciproque (modèle interactionnel) qui postule, à l'inverse du conditionnement opérant, un organisme actif. Le comportement externe, la personne et l'environnement sont en interaction.



Les processus symboliques ou cognitifs (pensées, images mentales, croyances, ...) et l'apprentissage social par imitation et vicariance sont étroitement liés et jouent un rôle prépondérant dans l'autorégulation du comportement humain. Bandura préfère parler chez l'homme de régulation du comportement que de renforcement (terme souvent utilisé dans les expérimentations animales).

La théorie de l'apprentissage social met l'accent sur la personne et ses choix ainsi que sur la notion de liberté qui est valorisée. Peu importe que la liberté existe ou n'existe pas : dans la mesure où un certain nombre de personnes y croient, cette représentation va régir leur comportement. Les systèmes de croyances mais aussi les capacités d'autocontrôle, de volonté personnelle et d'échappement au renforcement externe ont une influence sur la réalité externe. Sans l'autorenforcement, le changement est impossible. Par exemple, chez les adolescents fumeurs, le besoin et le désir de fumer sont renforcés par les motivations, les croyances liées au rôle et à l'usage social du tabac (**personne : cognitions**). Ces adolescents recherchent d'autres liens, d'autres pôles d'attraction mais aussi les grandes amitiés et les bandes. Celles-ci répondent aux besoins des adolescents car elles reproduisent une micro-société en marge de celle des adultes (**environnement**) qui leur permet

6 La motivation externe est représentée par l'observation de modèles qui obtiennent un renforcement (renforcement vicariant) et l'obtention par le sujet du renforcement (renforcement externe).

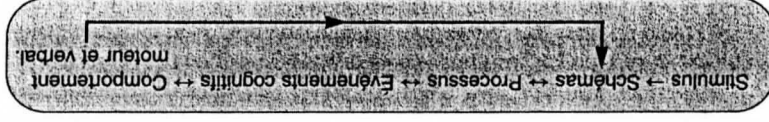
ment addictif à deux particularités : - il évoque le rôle des phénomènes d'ap-
prentissage et du traitement de certaines émotions ; - il révèle le rôle de
conditionnement opérant (les effets résultant de la prise du produit vont deve-
nir la cause de la prise du produit, les résultats négatifs de la consommation
vont induire le recours au produit pour les effacer). Dans l'addiction, il y a
deux phases : *la phase de préparation* (cognitive) et *la phase de consumma-
tion* (comportementale). Les relations entre la situation cognitive et la situa-
tion comportementale doivent donc être étudiées de même que les émotions,
les comportements et les cognitions en relation avec l'environnement. Les
phénomènes cognitifs (qui participent à la détermination des comportements)
et comportementaux dépendent de processus de conditionnement (opérant,
répondant, apprentissage social, ...). Le modèle cognitiviste prend en compte
les processus mentaux (à la différence du modèle comportemental qui
implique un apprentissage passif par continuité de stimuli). Le sujet est actif
dans la mesure où les structures cognitives (inconscientes) traitent l'informa-
tion et donnent un sens au vécu puis avec l'aide de processus cognitifs parti-
culiers (modes de raisonnement), transformant les informations en événe-
ments cognitifs (représentations internes, images, ...) qui vont déclencher ou
maintenir ces comportements. L'analyse fonctionnelle⁽⁷⁾ des différents
troubles addictifs permet de relayer les facteurs qui peuvent rendre compte de
l'apparition et du maintien de ces troubles. Les types de personnalité, les
traits psychologiques facilitant le recours, le système cognitif, les stratégies
d'ajustement et les modérateurs (soutien social par exemple) interviennent à
ce moment là. Dans le cycle typique que présente l'addiction, on retrouve
certains invariants : la frustration, le manque, les phénomènes anxieux, le
comportement, les cognitions. L'analyse va se focaliser sur deux aspects de
l'addiction : le comportement et l'histoire. L'analyse du comportement s'in-
téressera aux composantes cognitive, comportementale et émotionnelle de
l'addiction ainsi qu'à ces conséquences sur l'individu et sur l'environnement.
L'analyse de l'histoire privilégie les situations ou événements déclenchants et
des facteurs de fragilisation qui facilitent le comportement ou ne permettent
pas d'inhiber le recours à l'addiction. L'interaction entre les situations de
fragilisation (des états comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, les
difficultés de communication, la dépressivité, la faible estime de soi, l'impul-

7 L'analyse fonctionnelle porte sur l'observation du comportement directement ou indirectement
quantifiable. Son but est de préciser les conditions de maintien ou de déclenchement des comportements.
Elle précèdera ou, quand, avec quelle fréquence, avec quelle intensité, en présence de qui se déclenchent
les réponses inadaptes. Elle précèdera aussi les conséquences du comportement du sujet sur les proches
et l'environnement social ainsi que les bénéfices ou les résultats néfastes obtenus. L'analyse fonctionnelle
cherche encore à isoler le ou les problèmes clés, dont la solution modifiera de façon durable et importante
le comportement.

d'imposer les idées, les valeurs et les goûts du groupe et où la cigarette les
aide à apaiser leur tension, favorise les rapports amicaux formels et atténue
les difficultés interindividuelles. La "fume" (comportement) en groupe
(apprentissage social par imitation) augmente le sentiment de communauté et
de fraternité. La cigarette facilite les contacts et confère un statut, un style,
une personnalité. Ces interactions entre la personne (le fumeur), le
comportement (la "fume") et l'environnement (la bande) jouent un rôle
prépondérant dans l'autorégulation du comportement de l'adolescent.

Les théories cognitives

Nous nous limiterons aux théories résultant des travaux sur le traitement
de l'information. L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de
schémas acquis par interaction entre les événements et les contraintes du sys-
tème nerveux central. Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire
à long terme, et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la
conscience du sujet. Ils contiennent un ensemble de savoirs acquis sur le
monde et sont organisés en constellations. Ils peuvent être activés par des
émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés. Ils
régulent également les comportements qui vont les confirmer (assimilation de
la réalité aux schémas) ou les modifier (accommodation des schémas à la réa-
lité). Assimilation et accommodation représentent des processus cognitifs qui
permettent de passer des structures profondes que sont les schémas aux struc-
tures superficielles représentées par les événements cognitifs.



Après avoir présenté les différents concepts de l'approche cognitive-
comportementale dans une perspective historique et les avoir rattachés aux
auteurs qui les ont développés, nous devons revenir que chez tout "addicte",
le comportement addictif peut être expliqué par les modèles issus du condi-
tionnement opérant et de l'apprentissage social. Dans les modèles cognitivo-
toxicomanie, alcoolisme, tabagisme..., le comportement addictif, avec son
processus de répétition est l'exemple simplifié d'un conditionnement répon-
dant (la vue de la nourriture, le regard sur le corps, l'objet sexuel, l'alcool ou
la cigarette dans un groupe, ...), le stimulus de base entraînant la répétition du
comportement. Ainsi, l'addiction est une impulsion irrésistible à s'engager
dans un comportement néfaste (addiction comportementale). Le comporte-

montrant que l'addiction est un montage complexe⁽⁸⁾ dans lequel interviennent, sur le plan psychologique, un traitement particulier de l'information et des procédures de conditionnement⁽⁹⁾ ainsi qu'un mode particulier de résolution d'un problème qui dépend aussi d'éléments psychologiques comme les facteurs de personnalité, les structures cognitives et les renforçateurs de la situation, mais aussi des facteurs organiques préalables qui, à l'occasion de la rencontre avec le produit provoquée par des événements de vie, des situations tales et sociales l'addiction avec ses conséquences émotionnelles, comportementales et sociales susceptibles d'interagir avec les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation. Les traits et les types de personnalité sont des opérateurs essentiels qui favorisent un certain traitement de l'information et reposent sur des structures cognitives susceptibles de déclencher la recherche de solution par l'addiction et surtout l'impossibilité de renoncer au comportement. L'interaction entre les situations de fragilisation et les situations déclenchantes entraîne aussi une série de besoins : se protéger, reprendre confiance en soi, restituer une forme de normalité apparente, agir, contrôler les situations, renforcer l'image de soi, annuler les effets négatifs de l'addiction. Les distorsions cognitives (pensée dichotomique, minimisation, filtre négatif, ...) liées aux structures cognitives assurent l'interprétation erronée des situations et après avoir initialisé le comportement, le rendent impossible à juguler. Plusieurs niveaux d'interventions sont alors possibles : - intervention préventive des effets pathogènes de ces facteurs dans le cas d'une addiction existante : - intervention sur les facteurs favorisants (entraine-ment aux aptitudes sociales, cognitives, baisse de la perception de l'émotion, apprentissage de l'interprétation du stimulus émotionnel, ...) : - intervention spécifique et symptomatique (modification du comportement et de ses conséquences par restriction cognitive, jeu de rôle, activité de maîtrise, extinction, exposition en imagination). L'intervention consiste à opérer des modifications de l'estime de soi et du traitement des émotions sur les conduites addictives et sur les renforçateurs. Elle consiste aussi en des processus d'autonomisation pour rompre le cycle de la dépendance (Pedinielli et al., 1997).

La prise en charge cognitive-comportementale peut être "une étape spécifique, un regard sur le symptôme addictif dans le cheminement de ces patients qui utilisent un objet externe (le tabac, l'aliment, le toxique, l'alcool, le jeu, ...), un système interne (rites tabagiques, rites du joueur pathologique, ...), le corps total ou partiel (addictions sexuelles, ...) ou l'être dans sa globalité (addictions affectives, ...)" (Jeammet, 1995).

Tels que nous venons de les exposer, les modèles cognitivo-comportementaux sont à reconsidérer en fonction de chaque addiction qui possède sa spécificité, ses mécanismes et ses conséquences. Ces modèles

Ce modèle psychologique ne se résume pas à la psychanalyse et ne repose pas sur l'hypothèse de l'inconscient. Malgré cette singularité, les préoccupations de S. Peele restent proches de celles des autres auteurs, mais formulées en termes totalement différents et incompatibles avec la logique de l'inconscient. Le modèle de S. Peele est éclecétique, descriptif. Il recourt à des concepts comportementaux et cognitifs et emprunte au constructivisme social. Le modèle endogène de Peele (1975, 1985) s'oppose au modèle exogène médical comme nous pouvons le voir dans le tableau I présenté par Pedinielli et al. (1996).

Le modèle psychologique de S. PEELE

Le premier modèle de la maladie est probablement le modèle rushien à propos de l'alcool introduit à la fin du XVIII^e siècle (Vallieur, 1991). Il s'agit d'un modèle "monovariable", c'est-à-dire à cause unique exogène : la drogue porte en elle-même des pouvoirs d'intoxication. Ce causalisme exogène, nous le retrouvons au cours du XIX^e siècle au moment des découvertes des alcaloïdes et de la description des empoisonnements, puis des intoxications atropéennes faisant suite à des traitements. On assiste alors à la définition de l'opiomane, du morphinomane, de l'héroïnomanie et du cocaïnomanie, chacun étant défini par son produit d'élection. Le mal est essentiellement attribué au produit et non aux causes personnelles. C'est la drogue⁽¹⁰⁾ et la société⁽¹¹⁾ qui

8 cf. schéma 1 qui montre les relations entre les divers facteurs.

9 Les propriétés renforçantes du toxique maintiennent la dépendance par les mécanismes habituels du conditionnement opérant.

10 Il faut combattre le produit responsable de ce mal. Ce modèle est celui sur lequel repose toute la logique de la loi française de 1970 qui prône la pénalisation de l'usage de tout stupéfiant.

11 C'est l'environnement qui crée les conditions pour que la drogue fasse le toxicomane.

tion difficile ; b) incapables de satisfaire leurs besoins existentiels ; c) avec une absence de valeurs s'opposant à l'addiction (réalisation de soi, accomplissement de ses propres valeurs, conscience critique en matière de santé personnelle) ; d) avec un manque d'efficacité et un sentiment d'incapacité à peser sur l'addiction. Ces personnes ne présentent pas nécessairement une pathologie avérée, ne constituent pas une classe nosologique particulière et ont généralement le plus de mal à faire face : - à des périodes critiques de l'existence (adolescence, stress, isolement, divorce, ...), - à des situations déprécatives marquées par une absence d'options positives (zones de conflits armés, groupes sociaux désavantagés, etc.) et de vide, - à un faible soutien social (structures familiales et amicales perturbées). L'expérience addictive vient comme une réponse à un problème posé en créant des sensations prévisibles et étayées. Elle organise, structure et remplit le temps du sujet. Elle est aussi une source de gratification régulière pour la personne. L'addiction aide le sujet à se sentir accepté par lui-même, à "effacer" le sentiment de fragilité de l'estime de soi dans un premier temps, car ce gommage de la fragilité ontillu-soires et transitioires. Elle fournit un sentiment artificiel de la valeur de soi, de pouvoir, de contrôle omnipotent, de sécurité, d'intimité et de réalisation de son être. L'addiction apaise les humeurs négatives (anxiété, dépression), suspend temporairement les sensations déplaisantes et la douleur, devient le centre d'intérêt primordial et attire toute l'attention. Mais elle aggrave le fonctionnement social quand survient un événement négatif source de défaillance et que le comportement addictif apparaît comme solution illusoire. Peete considère enfin que l'addiction serait un mal de la socialité (les gens sont de plus en plus introvertis, prisonniers des addictions parce qu'ils sont trop égoïstes, trop centrés sur eux-mêmes et pas assez sur les autres et le monde externe) d'où l'importance des valeurs et de leur reconstitution pour le traitement. Cet auteur estime, en effet, que certaines valeurs comme le contrôle de soi et la modération, l'estime de soi, l'accomplissement et les compétences, l'évaluation consciente et critique de son environnement ont un rôle protecteur car un comportement adapté pro-social serait la meilleure voie d'accès aux récompenses de l'existence. De plus, elles mettent l'accent sur les processus de maturation en insistant sur les constructions relationnelles à la force individuelle et à l'environnement social. A la différence du modèle médical, l'addiction peut être dépassée car le sujet peut identifier le problème et chercher les solutions qui lui conviennent pour s'améliorer. Il lui suffit d'être à son écoute et de changer d'environnement, c'est à dire de côtoyer des personnes sans ce type de problème.

S. Peete donne une définition très extensive de l'addiction qui est apparemment synonyme de conduite de dépendance mais qui ne se réduit pas à certains aspects de celle-ci. Le sujet addicté n'est pas qu'un sujet

font le *toxicomane*. Les addictions sont des pathologies primaires, des maladies, dont les sujets sont atteints ou pas, caractérisées par une perte de contrôle due à la substance responsable de la dépendance. Les addictions sont effets nocifs des addictions (symptômes) sur l'organisme et faire reconnaître aux sujets dans le déni de leur addiction qu'ils ont une maladie permanente⁽¹⁷⁾ qu'ils doivent accepter et qui doit être prise en charge par des experts du milieu médical et des anciens addicts.

Cette définition très restrictive de l'addiction synonyme de maladie n'est pas sans conséquence sur le traitement de l'addiction car "le traitement médical n'est pas le traitement de l'addiction, il en est une composante" (Morel, 1997). Interpréter la maladie comme le résultat d'une agression externe et la guérison comme l'élimination de l'agent en cause, c'est restituer au corps sa santé en le débarrassant de ce qui l'altère, mais c'est aussi oublier les douleurs de l'existence, les maux du psychisme et du lien social de toute personne addictée.

A côté des modèles exogènes ont été proposés des modèles endogènes attribuant des causes internes à l'individu, c'est à dire axés sur la personnalité de l'addicté : *c'est le toxicomane qui fait la drogue*.

Pour Peete, l'addiction provient, se génère à partir des problèmes de vie du sujet. Elle est une stratégie de *coping* pour le sujet entre lui et le monde. L'addiction est en rapport avec l'échec du sujet devant une tâche, échec qui met en doute sa capacité de réussir (sentiment d'incompétence personnelle et sociale). Dans l'addiction, la personne se détourne de ses autres centres d'intérêts, avec incapacité de choisir de ne pas réaliser le geste addictif qui ne constitue pas une expérience agréable. L'addiction apparaît comme satisfactrice et possède un pouvoir renforçateur. Les effets de l'addiction modifient le sentiment d'estime de soi dans un sens négatif et confrontent le sujet à la répétition du comportement pour alléger les effets de cette mésestime. La problématique de S. Peete s'exprime donc en termes de compétence et de renforcement, mais on perçoit quelques références à l'écart entre la réalité et ce qui est attendu, ainsi qu'à la question de l'identité. Pour cet auteur, l'addiction est une expérience nécessaire pour satisfaire ses besoins essentiels et maintenir sa subjectivité. Elle est aussi une source de gratuité et de sécurité. Peete insiste sur les fonctions de l'addiction qui à la fois annule le sentiment de défaillance et majore ses sources. L'addiction s'inscrit dans un continuum : le comportement du sujet peut être plus ou moins addictif. L'expérience addictive est le fait de personnes : a) présentant certaines caractéristiques transitoires ou constantes et confrontées à une situa-

12 La maladie est dite permanente parce que le sujet peut rechuter à tout moment au moindre déséquilibre.

lation sensorielle (Zuckerman et al., 1965). Puis, la recherche de sensations, distinguée en plusieurs dimensions (Zuckerman, 1971), a été posée comme un trait de personnalité (Zuckerman et al., 1972). Ce niveau optimum d'activation (*arousal*) est plus bas chez les amateurs de sensations fortes d'où leur capacité d'activation (*arousability*) plus forte (recherche de sensations) que chez les non amateurs de sensations. Ce concept général d'activation a ensuite été spécifié au vu des nombreux systèmes d'activation qui avaient un effet direct ou indirect sur l'activation corticale. De nombreuses mesures psychophysologiques et biochimiques (Zuckerman, 1984, 1990) ont, depuis lors, suggéré un modèle biologique de la recherche de sensations (Zuckerman et al., 1980). La théorie postule que les amateurs de recherche de sensations dans un état de non-stimulation ont une activité catécholaminergique faible (bas niveau d'activation) et recherchent des substances ou comportements qui relèvent cette activité (Zuckerman, 1984). La nicotine, par exemple, est une substance augmentant cette activité.

La mesure de la recherche de sensations a été réalisée à l'aide d'une échelle de recherche de sensations (traduction et validation : Carton et al., 1990) décrivant une multiplicité de comportements, de goûts, de recherches de stimulations fortes censées, a priori, procurer des sensations fortes chez le sujet. Elle est composée de 72 items à choix-forcé (forme IV), regroupés en cinq facteurs : Général, Recherche de Danger et d'Aventure, Recherche d'Expériences, Désinhibition, Susceptibilité à l'ennui. Les travaux utilisant cette échelle ont montré qu'il existait une corrélation positive entre recherche de sensation forte et impulsivité, agressivité, exhibitionnisme et extraversion (Eysenck, 1967) ou le besoin d'autonomie, l'indépendance vis à vis de l'espace, l'attrait pour le jeu ou le changement. En psychopathologie, les relations entre toxicomanie, alcoolisme et recherche de sensations sont complexes et semblent n'impliquer que certaines dimensions comme la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui. Les travaux ont retrouvé une sensation forte dans la psychopathie (Zuckerman, 1972, 1978 ; Farley, 1973 ; Quay, 1965), l'alcoolisme (chez les grands consommateurs d'alcool), la toxicomanie (chez les grands consommateurs de drogues) (Kohn et Coulas, 1985 ; Zuckerman, Nech, 1979 ; Platt, 1975) et les expériences sexuelles excessives. Les amateurs de recherche de sensations fortes sont aussi fréquemment retrouvés parmi les fumeurs (Carton et al., 1992), les joueurs pathologiques et les auteurs de conduite à risque (Adès, 1994). L'utilisation du MMPI (Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota) a permis de dégager dans plusieurs études une forte corrélation entre recherche de sensations et l'échelle de manie (Zuckerman et al., 1972 ; Thorne, 1971 ; Blackbum, 1969). Pour Zuckerman (1991), "les formes les plus extrêmes de recherche de sensations peuvent se voir dans les désordres maniaques".

biologique, fruit d'une histoire biologique, mais un sujet social, acteur de sa propre socialisation et qui, tout au long de sa vie, interagit avec d'autres au sein d'une société. Il est aussi un sujet psychologique en quête de sens et de liberté intérieure, qui pense, se détermine et s'évalue lui-même : un sujet qui, par-delà les contraintes biologiques et les pressions sociales ou psychologiques, peut s'efforcer de donner, par lui-même et pour lui-même, un sens et une cohérence à sa vie (Karl, 1995).

Aujourd'hui, la plupart des théorisations de la clinique des addictions produisent des conceptions tournées vers le biopsychosocial, c'est à dire vers l'interaction des variables exogènes et endogènes et vers la recherche de prises en charge globales, de traitements composites et divers introduisant la pluridisciplinarité. Les modèles mono et bivariés ont montré leurs limites et les dangers de leur réductionnisme causaliste. Du biologique au social, tous les registres humains sont impliqués dans l'addiction, chaque discipline est obligée d'admettre son incapacité à la définir entièrement et à proposer un traitement pour tous. Il est donc nécessaire de travailler sur plusieurs registres cliniques à la fois et de concevoir un modèle transdisciplinaire tenant compte des approches biologique, sociale et psychologique. Il ne s'agit plus d'un modèle de causalité mais d'un modèle destiné à organiser le dialogue interdisciplinaire pour permettre la théorisation via un modèle général des addictions.

Le modèle de recherche de sensations de M. Zuckerman

Le modèle de recherche de sensations introduit par Zuckerman (1969) s'est développé à partir du concept de "niveau optimum de stimulation", concept formulé par de nombreux auteurs dont Berlyne (1960) et Hebb (1955). La tendance à rechercher des sensations, expériences intenses et nouvelles était dirigée par le besoin d'atteindre et de maintenir un niveau optimum d'activation élevée (Zuckerman et al., 1972). Le développement de ce concept de niveau optimum d'activation comme caractéristique individuelle a conduit Zuckerman à définir un trait de personnalité, la recherche de sensations. La première théorie de la recherche de sensations suggérait que l'augmentation de l'activation corticale était la motivation générale de tout type d'activité de recherche de stimulation (Zuckerman, 1969, 1974). L'échelle de recherche de sensations dans sa première forme (Zuckerman et al., 1964) a été construite dans le but de mesurer ce besoin de stimulation, identifiant les individus sur un continuum allant d'une recherche de sensations faibles à une recherche de sensations fortes ainsi que les différences individuelles dans ce niveau optimum d'activation recherché par le sujet dans des situations d'iso-

1. LES PRINCIPALES ÉTAPES DE TOUTE CONDUITE

ADDICTIVE

Dans l'addiction, les modèles psychologiques distinguent plusieurs phases :

- une phase de préparation qui participe à la détermination de la conduite addictive ;
- une phase d'initiation (rencontre avec le produit) et de consommation (comportementale) du produit ;
- une phase d'installation et de maintenance, c'est-à-dire d'usage du produit sous l'influence de facteurs de personnalité et de facteurs psychologiques et environnementaux.

2. LA RENCONTRE D'UNE "SITUATION DE FRAGILISATION" ET D'UNE SUBSTANCE

Comme nous l'avons déjà souligné, des situations d'existence difficiles (situations déprimantes, faible soutien social, impossibilité de satisfaire les besoins existentiels, ...) entraînent l'addiction avec ses conséquences émotionnelles, comportementales et sociales.

3. LE PHÉNOMÈNE DE L'AUTOMÉDICATION PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE

La substance s'utilise pour apaiser certaines émotions (humeurs négatives : anxiété, dépression, ...) et la douleur physique (pour annuler les effets négatifs du sevrage : manque), mais aussi pour renforcer l'estime de soi (en se donnant un sentiment artificiel de valeur de soi, de pouvoir, d'efficacité et de normalité apparente, pour se protéger de l'environnement social (introversion, égocentrisme).

4. LA SIGNIFICATION ET LE RÔLE DE L'ADDICTION

Que l'addiction soit vécue comme une contrainte, une exigence adaptée (pour un échec du sujet devant une tâche, elle est toujours une réponse "illustrative" à un problème posé, une expérience nécessaire pour juguler le comportement (satisfaire des besoins, maintenir sa subjectivité, réguler l'estime de soi).

La relation étroite mais non spécifique et non exclusive entre addictions et recherches de sensations permet d'expliquer les parentés entre les différentes addictions et a suscité des hypothèses explicatives. L'addiction aurait une valeur adaptative en modulant un bas niveau d'activation corticale. Deux périodes sont à distinguer : la phase d'initiation et la phase d'installation dans la dépendance. Dans la phase d'initiation, la recherche de sensation pourrait jouer un rôle essentiel dans la rencontre du produit servant de base à l'addiction et dans son pouvoir d'accroître les sensations. Dans la phase d'installation de la dépendance plus tardive, l'usage du produit se poursuit sous l'influence des exigences adaptatives liées à l'anxiété et au sevrage, aux conséquences de l'addiction. Avec l'élargissement du concept de dépendance jusqu'aux "addictions sans drogues", et les affinités entre les notions qui entourent le concept de recherche de sensations et les critères qui modélisent le concept d'addiction, on pourra se poser la question de la nature addictive de la recherche de sensations. Si l'on a pu mettre en relation plusieurs conduites addictives et la recherche de sensations, les relations restent complexes, tant sur le plan biologique, clinique que psychopathologique. Une réflexion psychanalytique sur le passage de la recherche de sensation à l'addiction pourrait s'interroger sur la place dévolue aux sensations au détriment des émotions, sur l'externalisation des contenus internes, ou sur l'insuffisance des objets internes, sur la réduction du désir au besoin et sur le besoin répétitif de générer l'émergence régulière d'excitation dont il faut sans cesse contrôler le devenir. On pourrait également s'interroger sur la question du plaisir - la recherche de sensations, quel hédonisme ? - (Carton, 1995), la création de néo-besoins et sur la question du corps dans la recherche de sensations.

Si le modèle de recherche de sensations paraît assez bien adapté à certaines formes d'addiction comme l'alcoolisme ou le jeu, il n'en est pas de même pour la boulimie qui semble correspondre à une extinction de sensations insupportables accompagnée toutefois d'excitation. La recherche de sensations peut être un modèle pertinent et heuristique mais il ne semble répondre qu'à l'aspect d'élation et hédonique des situations d'addiction et il laisse de côté l'aspect sédatif de certaines addictions. Il faut signaler aussi que le modèle qui s'appuie sur des réalités biologiques et physiologiques répond à des questions que se posent les psychopathologues se référant à la psychanalyse et notamment à la question du plaisir.

Conclusion

La mise en relation des modèles psychologiques fait apparaître des *convergences* qui mettent l'accent sur :

Reçu en décembre 1996

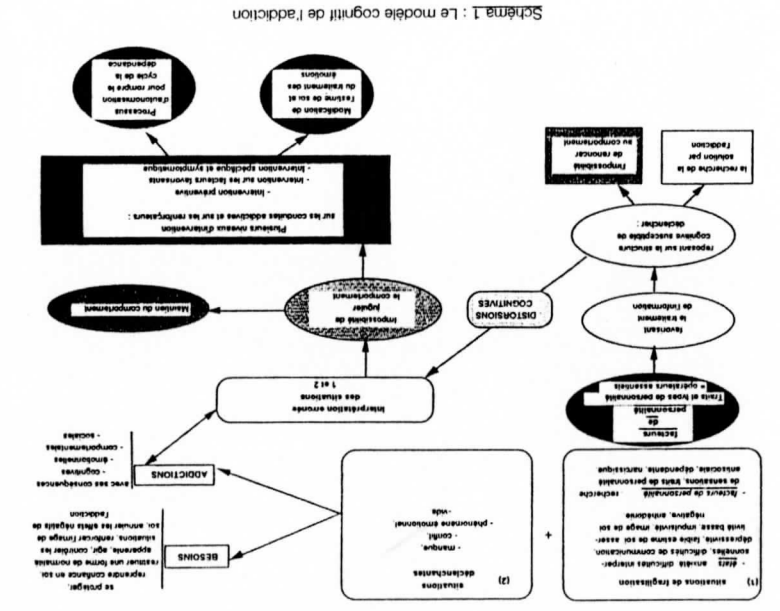
La prise en compte des modèles psychologiques de l'addiction est une étape intéressante de la démarche clinique et thérapeutique. L'intérêt réside dans la manière de regarder le trouble addictif tel qu'il se présente à nous, d'évaluer les renforcements de ce symptôme dans le contexte vécu du patient et de l'intégrer dans son histoire. La prise en compte des données psychologiques, comportementales, cognitives, émotionnelles permet de mieux comprendre le pourquoi de la présence et de l'utilisation des symptômes chez les sujets mais surtout le fonctionnement du symptôme dans le présent et la manière dont il a fonctionné dans le passé. Quel que soit le modèle addictif, la lecture psychologique va se structurer autour de ce que le patient dit, vit et ressent de son trouble. "Lorsque nous parlons d'addictions (...) au corps, à l'objet, à la relation, c'est de l'utilisation d'un intermédiaire pour remplacer un vide, pour mieux contrôler un espace, pour mieux maîtriser la dépendance" (Jeanneret, 1995). Les modèles psychologiques vont permettre ainsi de mieux cerner le cycle addictif et de comprendre son processus.

Au delà de ces convergences, particulières du processus addictif, articulant souffrance psychique et solution par la substance, il faut mettre en avant les *divergences* renvoyant aux élaborations théoriques des auteurs :

- le modèle de recherche de sensations de Zuckerman est un modèle psychophysiolgique basé sur le concept de niveau optimum d'activation (activation corticale et activation du système limbique). Plus le niveau d'activation est bas chez un sujet, plus il sera amateur de sensations. L'addiction a ici une valeur adaptative.
- le modèle de Peete est un modèle psychologique, comportemental et cognitif. L'addiction correspond à un mode de coping avec soi-même et le monde. Ce modèle a pour but de permettre au sujet d'identifier le comportement-problème et de trouver des solutions pour dépasser ce comportement (changer d'environnement, par exemple).
- les autres modèles *cognitivo-comportementaux* insistent sur le rôle des phénomènes d'apprentissage, du traitement de certaines émotions et sur le rôle du conditionnement opérant. Les conceptions cognitives et comportementales impliquent un déterminisme réciproque des émotions, des cognitions et des comportements, lesquels sont aussi en relation avec l'environnement.

Tableau 1 : Opposition entre deux modèles de l'addiction, le modèle médical de la maladie et le modèle psychologique de S. Peete (Pedinielli et al., 1996).

Modèle Maladie	Modèle de S. Peete
1- L'addiction est innée et biologique.	1- L'addiction est un mode de coping avec vous-même et votre monde.
2- La solution est médicale puis relayée par des groupes "spirituels" (exemple A.A.).	2- La solution demande attention de soi et de changer votre environnement.
3- L'addiction, c'est tout ou rien : vous êtes ou vous n'êtes pas.	3- L'addiction s'inscrit dans un continuum : votre comportement est plus ou moins addictif.
4- L'addiction est permanente	4- L'addiction peut être dépassée.
5- Les addicts sont "dans le déni" et on doit les forcer à reconnaître qu'ils ont une maladie.	5- Vous devez identifier le problème et les solutions de la façon qui marche pour vous et vous convient.
6- Le traitement relève des experts qui sont ceux qui, addicts eux-mêmes, sont en phase de récupération.	6- Les personnes sans addiction sont les meilleurs modèles.
7- L'addiction est une pathologie primaire.	7- L'addiction provient, se génère, à partir des autres problèmes de vie que vous avez.
8- Vos principaux associés doivent être d'autres addicts en phase de récupération.	8- Vous devrez fréquenter des personnes sans ce type de problèmes.
9- Vous devez accepter la philosophie de la maladie pour récupérer.	9- S'améliorer n'a rien à voir avec la croyance et l'adhésion à un dogme.
10- Se livrer à un pouvoir supérieur est la clé de la récupération.	10- Vous devez développer votre propre pouvoir pour vous améliorer.



- Peele S., *Love and addiction*, New York, Taplinger, 1975.
- Peele S., *The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation*, Lexington, Mass, Lexington Books, 1985.
- Platt J.J., "Addiction proneness" and personality in heroin addicts, *J Abnorm Psychol*, 1975, 84, 303-306.
- Quay H.C., Psychopathic personality as pathological stimulation seeking, *Am J Psychiatry*, 1965, 122, 180-183.
- Skinner B.F., *L'analyse expérimentale du comportement*, Bruxelles, Descartes et Mardaga, 1971.
- Thorne G.L., The sensation seeking scale with deviant populations, *J Consult Clin Psychol*, 1971, 37, 106-110.
- Valleur M., Toxicomanie et dépendances : évolution des discours, *Aujourd'hui l'alcoolologie*, 1991, 47, 11-15.
- Zuckerman M. et al., Development of a sensation-seeking scale, *J Consult Clin Psychol*, 1964, 28 (6), 477-482.
- Zuckerman M. et al., Need for stimulation as a source of stress response to perceptual isolation, *J Abnorm Psychol*, 1965, 70, 371-377.
- Zuckerman M., Theoretical formulations, In : *Sensory deprivation : fifteen years of research*, New York, Zubeck, eds, Appleton-Century, 1969.
- Zuckerman M., Dimensions of sensation seeking, *J Consult Clin Psychol*, 1971, 36, 45-52.
- Zuckerman M. et al., What is the sensation seeker ? Personality trait and experience correlates of the sensation-seeking scales, *J Consult Clin Psychol*, 1972, 39, 308-321.
- Zuckerman M., The Sensation Seeking Motive, In : *Progress in Experimental Personality Research*, vol. 7, New York, B. A. Malher, Academic Press, 1974.
- Zuckerman M., Sensation seeking and psychopathy. In : *Psychopathic behavior. Approaches to research*, New York, Wiley, Are R.D., Schalling, D. eds, 1978.
- Karfi P., *Le cerveau et la liberté*, Paris, Odile Jacob, 1996.
- Kohn P.M., Coujas J.T., Sensation seeking, augmenting-reducing, and the perceived and preferred effects of drugs, *J Pers Soc Psychol*, 1985, 48, 99-106.
- Loonis E., *Noire cerveau est un drogue. Vers une théorie générale des addictions*, Toulouse, P.U.M., 1997.
- Morel A., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
- Pedinielli J.L., Rouan G., Analyse descriptive et psychopathologique des comportements addictifs, Polycopie du groupe thématique sur les addictions, DESS de Psychologie clinique et Pathologique, Aix-en-Provence, Université de Provence Aix-Marseille I, 1996.
- Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P., Rouan G., Bertagne P., P.U.F., Nodules, 1997.
- Pavlov I., *Réflexes conditionnels et inhibition*, Paris, Gonthier, 1963.

Bibliographie

- Adès J., Conduites de dépendance et recherche de sensations. In : *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 1994, 147-166.
- Bandura A., *Principles of behavior modification*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura A., *Social learning theory*, Prentice Hall Englewood Cliffs N.J., 1977.
- Berlyne D.E., *Conflict arousal and curiosity*, New York, McGraw-Hill, 1960.
- Blackburn R., Sensation seeking, impulsivity, and psychopathic personality, *J Consult Clin Psychol*, 1969, 33, 571-574.
- Blackburn I.N., Cottreau J., *Thérapies cognitives de la dépression*, Paris, Masson, 1988, 25-32.
- Carton S. et al., Le concept de recherche de sensations : traduction et validation de l'échelle de Zuckerman, *Psychiatr Psychobiol*, 1990, 5, 39-44.
- Carton S., Recherche de sensations et dimensions de l'humeur dans les états dépressifs, *Encéphale*, 1992, XVII, 567-574.
- Carton S., La recherche de sensation : Quel hédonisme ? *Rev Intern Psychol*, 1995, 17, 71-93.
- Cottreau J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 1990.
- Eysenck H.J., *The biological basis of personality*, Springfield, C.C. Thomas, 1967.
- Farley F.H., *Implications for a theory of delinquency*, Communication au meeting annuel de l'American Psychological Association, Montréal, 1973.
- Fontaine O., Cottreau J., Ladouceur R., *Cliniques de thérapie comportementale*, Bruxelles, Mardaga, 1989.
- Hebb D.O., Dives and C.N.S. conceptual nervous system, *Psychol Rev*, 1955, 62, 243-254.
- Jeammet Ph., Abord cognitif et comportemental, In *Conduites de dépendance du sujet jeune*, Paris, ESF, 1995, 157-179.
- Karfi P., *Le cerveau et la liberté*, Paris, Odile Jacob, 1996.
- Kohn P.M., Coujas J.T., Sensation seeking, augmenting-reducing, and the perceived and preferred effects of drugs, *J Pers Soc Psychol*, 1985, 48, 99-106.
- Loonis E., *Noire cerveau est un drogue. Vers une théorie générale des addictions*, Toulouse, P.U.M., 1997.
- Morel A., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
- Pedinielli J.L., Rouan G., Analyse descriptive et psychopathologique des comportements addictifs, Polycopie du groupe thématique sur les addictions, DESS de Psychologie clinique et Pathologique, Aix-en-Provence, Université de Provence Aix-Marseille I, 1996.
- Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P., Rouan G., Bertagne P., P.U.F., Nodules, 1997.
- Pavlov I., *Réflexes conditionnels et inhibition*, Paris, Gonthier, 1963.