

# Pédagogie et Enseignement des TCC

## LA PREVENTION DES RECHUTES ADDICTIVES

Philippe Kempeneers

*Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens  
Ruyff, 68, B-4841 Henri-Chapelle*

*Service de Psychologie Clinique, ULg  
Bd du Rectorat, B33, B-4000 Liège-Sart Tilman*

### RESUME

La *Prévention de la Rechute (PR)* désigne un modèle d'intervention thérapeutique élaboré dans le domaine des toxicomanies mais applicable à l'ensemble des comportements addictifs. Le présent article précise d'abord la notion d'addiction. Sont ensuite décrits les principes selon lesquels la PR aborde le processus de rechute, spécifiant de la sorte les contours théoriques et cliniques du modèle. Suit enfin une présentation plus détaillée de certains mécanismes caractéristiques des rechutes addictives ainsi que des modalités de traitement proposées par la PR.

**Mots-clés :** Addictions - Assuétudes - Prévention de la rechute - Traitement

### ABSTRACT

*Relapse Prevention (RP)* is a model of therapeutic intervention started in the field of substance abuses but also applicable to all addictive behaviors. This paper first specifies the concept of addiction. Follows a description of the principles of RP concerning the relapse process and a specification of RP as a clinical and theoretical model. Finally there is a more detailed presentation of several mechanisms characteristics of addictive relapses as well as the modes of treatment the RP model offers.

**Key-words :** Addictions - Relapse prevention - Treatment

Dans le domaine des thérapies cognitivo-comportementales, le terme prévention de la rechute (PR) désigne un modèle d'intervention spécialement approprié au traitement des troubles addictifs. De ces troubles, l'usage incontrôlé de produits psychotropes offre l'exemple le plus banal mais il n'est pas le seul du cru.

#### **Les addictions : circonscription du champ et précisions terminologiques**

A l'origine, élaborées par Marlatt et Gordon (1980, 1985) pour venir en aide aux toxicomanes, les techniques de PR se sont rapidement profilées comme thérapeutiquement porteuses aussi sur les terrains connexes du jeu pathologique (Ladouceur, 1992), de l'hyperphagie (Orimoto & Vitousek, 1992) et des comportements sexuels illicites (Laws, 1989 ; Pithers, 1990 ; Aubut, 1993). Dans leur ensemble, ces différentes difficultés se caractérisent par une commune déficience relative au contrôle d'un comportement donné.

En sa nature tantôt alimentaire, tantôt ludique, sexuelle ou psychodysléptique, le comportement susceptible de s'inscrire au coeur d'une relation de dépendance peut par ailleurs parfaitement faire partie du répertoire de n'importe quelle personne réputée normale. Cela est heureux et répond

certainement à des impératifs vitaux et sociaux intrinsèques à l'espèce humaine. Reste que, chez son auteur pathologique, ce comportement prend une allure systématiquement abusive. Là, en sa qualité problématique, l'exercice de la conduite semble obéir à une nécessité absolue qui transcende toute motivation contraire, anéantissant de la sorte la possibilité d'un contrôle et signant la dépendance du sujet à son endroit. Qu'il s'agisse de boire, de fumer, de jouer, de se nourrir ou d'avoir des relations sexuelles, la frontière entre le normal et le problématique ne tient pas au comportement lui-même, elle relève plutôt de la capacité de s'abstenir ou, à tout le moins, de modifier l'exécution du comportement concerné à partir du moment où on le sait dommageable pour soi et/ou pour autrui. Ainsi, en fonction des exigences du moment, le sujet sain pourra délibérément choisir de limiter sa consommation d'alcool par exemple ; de même pourra-t-il décider de ne pas avoir de relations sexuelles avec telle personne qui ne le désire point ou, encore, se tenir à un plafond de dépenses au casino. Le contraire pourrait lui en cuire. Dans les cas pathologiques en revanche, pareil exercice performatif d'une décision limitative apparaît cruellement défaillant. Par définition, le comportement prend alors un tour systématiquement excessif. De fait incapable de contrôle, la personne dépendante s'expose inmanquablement aux conséquences indésirables de ses pratiques effrénées : dégradation de l'état de santé, ennuis judi-

ciaires, difficultés familiales, financières, professionnelles et autres constituent à terme leur aboutissement quasi inéluctable.

La capacité d'exercer un contrôle apparaît donc le principal déterminant de la qualité aproblématique du rapport aux conduites nutritives, ludiques, sexuelles, psychédéliques et éthyliques. Lorsqu'elle fait défaut, le rapport de la personne à ces conduites est celui d'un assujettissement total. Sous le coup de poussées impérieuses récurrentes, le sujet se voit poser des actes d'intoxication, de jeu, etc ... dont il appréhende pourtant les répercussions funestes. Même si sa santé et sa situation sociale lui semblent devoir en pâtir, l'envie est là, tyrannique, qui induit l'acte envers et contre l'argument raisonnable. Cette poussée incoercible à laquelle réfère l'absence de contrôle est nommée "craving" dans la littérature anglo-saxonne. Nous recourrons volontiers à cette appellation dans la mesure où la langue française ne dispose pas d'un équivalent aussi pointu.

Parce qu'elle prime toute autre considération, l'envie impérieuse -le *craving*- ne suppose d'autre alternative que la consommation de la séquence comportementale dont elle fait l'objet. Même connu comme devant s'échouer dans l'abus, l'acte s'impose comme une nécessité subjective et son non accomplissement comme une source de détresse. Eu égard à pareille absence de choix, nous pouvons formellement assimiler la relation du sujet au comportement à une dépendance.

Afin d'en souligner la spécificité, cette forme de dépendance se désigne classiquement du néologisme *addiction*, lui aussi emprunté à l'anglais. D'aucun parmi les puristes lui préférèrent le terme *assuétude*, lequel a reçu l'imprimatur de l'Académie Française en 1969. En tout état de cause, sous la plume des scientifiques francophones, les deux termes continuent de faire bon ménage pour signifier la même réalité globale. De la manière la plus générale et la plus descriptive qui soit, les notions d'*addiction* et d'*assuétude* expriment l'une et l'autre la *dépendance d'un sujet à un comportement autoproduit*.

On s'accorde en outre à reconnaître le comportement objet d'une addiction en ce qu'il donne lieu à des sensations tenues pour plaisantes par son auteur. Néanmoins, même si elle apparaît parfois des plus singulière (I.e. relation sexuelle avec un enfant, automutilation), cette manière d'agrément produite de l'acte n'est pas l'apanage exclusif d'une relation de dépendance. Le suspense lié au jeu, l'ingurgitation d'aliments, l'altération des perceptions induite par les psychotropes, la volupté sexuelle sont des émois dont la personne dépendante n'est pas la seule à aimer s'enivrer. Pour lors, cette dimension particulière du plaisir ne peut en soi fournir une explication décisive au déficit de contrôle sur la conduite, elle ne peut suffire à caractériser l'assuétude. En réalité, dans un rapport addictif, tout se passe comme si la composante strictement récréative de l'acte, prévalante chez le sujet sain, le cédait à des exigences compulsives rendant l'abstinence difficilement tolérable. On le constate tout à fait communément chez le toxicomane par exemple. Les joies de l'ivresse sont devenues bien peu de chose en regard de l'inquiétude de tomber à court de drogue. L'absence de produit laisse avant tout transparaître un véritable "manque à vivre", un manque qui se traduit par l'épreuve du *craving* et que l'on ne peut en toute conscience réduire à un simple effet d'accoutumance physiologique : il demeure bien au-delà de la période indispensable à la jugulation des symptômes de sevrage. En définitive, pour bien comprendre la problématique addictive, on gagnera à interroger d'abord la détresse liée à la non production du comportement, au plaisir manquant. Expliquer la conduite en termes d'obtention de satisfactions positives uniquement ne peut aider à saisir pourquoi ladite conduite fait tantôt l'objet d'une assuétude et tantôt pas. Dans les termes de l'analyse fonctionnelle, on préférera ainsi se représenter le comportement du dépendant comme conditionné sur le mode du renforcement

négatif (échapper ou éviter les états aversifs liés à l'abstinence) plutôt que sur celui du renforcement positif. Le principal facteur de rechute n'est finalement autre qu'une insatisfaction liée à la sobriété comportementale, et c'est à ses facteurs que la PR entend s'attaquer.

L'envie irrésistible (*craving*) qui pousse un sujet vers l'exécution débridée d'un comportement originellement inducteur de *plaisirs*, la *perte de contrôle* et la *dépendance* qui en résultent représentent les principales marques d'identité d'une addiction. On retrouve assurément ces critères dans les toxicomanies, dans certaines formes d'abus sexuels, de paraphilies, dans certains troubles alimentaires et dans la frénésie du jeu. Bien que la littérature soit moins prolixe à leur propos, ils caractérisent également d'autres difficultés comme la *kleptomanie* (~~passion pathologique pour le vol~~), la *pyromanie* (besoins envahissants de bouter le feu) ou les explosions répétées de comportements destructeurs : autant troubles conçus par l'American Psychiatric Association comme procédant d'un contrôle déficient des impulsions (DSM IV, 1994). Le champ des comportements addictifs apparaît en somme assez vaste, au point que le DSM IV a prévu une catégorie résiduaire sensée regrouper les troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs. (impliquant par exemple des achats inconsidérés, des actes séducteurs, suicidants, un engouement sans limite pour l'internet, etc...). Pour reconnaître l'existence d'un désordre mental de la classe des troubles du contrôle, le DSM IV impose volontiers deux critères supplémentaires. Un critère de *durée* d'abord : le *craving*, actualisé ou non en comportements, doit avoir été présent pendant au moins 6 mois avant l'établissement du diagnostic ; un critère d'évaluation subjective ensuite : la présence du comportement ou des envies et fantasmes qui le sous-tendent doit être une source de souffrance pour l'individu et/ou la cause d'une perturbation significative de son fonctionnement socio-relational.

Ce second critère, l'évaluation subjective, amène à considérer la dose de relativisme personnel et culturel dont s'empreint l'abord des assuétudes. Pour autant qu'on puisse objectivement dire d'une personne qu'elle est asservie à l'émission d'une conduite, il n'y a pas automatiquement lieu d'y discerner matière à problème. Pour illustration, observons ces gens, ils sont nombreux, qui, en toute réalité, ne sauraient se passer d'alcool dans certaines situations plus ou moins limitées, les réunions mondaines par exemple. En dépit du fait que dans ces situations au moins, ces personnes présentent de nets traits addictifs, il serait certainement outrancier de leur accoler à toutes et sans nuances une étiquette pathologique. Toute indéniable soit pareille dépendance, son caractère problématique ressort quant à lui du degré de tolérance contenu dans l'appréciation du comportement, il dépend du regard de l'individu et de son milieu. La même objection apparaît plus éclatante encore en matière de tabagisme. Que ne sont légion les personnes asservies à la cigarette sans pour la cause en retirer l'ombre d'une souffrance et sans qu'il faille davantage y voir motif à dysfonctionnement socio-relational. Le "trouble" du comportement n'apparaît pas exactement ici une donnée établie d'emblée. Les notions d'excès, d'abus restent somme toute affaire d'appréciation. Même avérée, une dépendance n'est pas forcément envahissante, et même si elle canalise l'essentiel des ressources existentielles de l'individu, elle n'est pas nécessairement vécue comme un drame. Elle peut également s'inscrire dans la logique d'un style de vie délibérément choisi et assumé. En dernière analyse, l'assimilation d'une dépendance à une dysfonction ne peut prétendre s'abstraire des normes personnelles et socio-culturelles -relatives par essence- dont procède le jugement. Pratiquement, s'il peut être assez aisé d'établir l'existence d'une dépendance sur une base aussi objective que la difficulté ou l'impossibilité de s'abstenir d'un comportement caractéristique, l'ampleur problématique voire pathologique d'une addiction est quant à elle

subjective à des variations beaucoup plus subtiles. Elle joue notamment de normes individuelles et culturelles concernant l'efficacité sociale de la personne dépendante : autant d'étalons subjectifs qui transforment un simple fait clinique en une déficience plus ou moins significative. A sa manière, la PR s'accommode sans peine de la dimension subjective afférente aux assuétudes puisque, comme nous le verrons plus loin, elle réserve son champ d'action aux dépendants inquiets de leur état et de ce fait désireux de modifier leur rapport au comportement perçu comme problématique.

S'il convient de ne pas pathologiser à outrance tout phénomène addictif, il importe aussi de ne pas rapporter aveuglément à une assuétude toute émission même répétée, même problématique d'un comportement d'intoxication, de jeu, d'abus sexuel, etc... On s'accordera par exemple à considérer qu'un consommateur régulier de cocaïne ne tombe pas forcément sous le coup d'une dépendance. Même si sa consommation lui a déjà valu des démêlés avec la justice, son rapport au produit peut demeurer strictement récréatif, comme le demeure celui d'une majorité de gens qui "ne refusent que les coups de bâtons" mais peuvent parfaitement s'abstenir lorsque la situation le requiert. Des réserves similaires s'imposent également en matière d'abus sexuel. Les relations sexuelles d'un adulte avec un mineur de moins de 16 ans par exemple ne doivent pas nécessairement se porter au compte d'un trouble addictif. Il peut également s'agir du fruit ponctuel d'une méconnaissance des codes moraux qui, dans notre culture, régissent les activités sexuelles. Dans ce cas, le rapport à l'enfant ne procède pas à proprement parler d'un trouble du contrôle. Il ne fait pas l'objet d'un craving qui pousse à la consommation pédophile en pleine conscience du tabou qui la frappe. N'eût été une certaine ignorance de l'illégitimité de son acte, l'auteur eut pu y renoncer sans se faire violence. Dans le même ordre d'idées, nous veillerons à distinguer la kleptomanie d'une tendance aux vols répétés mue seulement d'une visée utilitaire ; nous ne nommerons pas non plus pyromanie un comportement incendiaire dicté par des interprétations délirantes ni ne confondrons les violences conjugales et les besoins addictifs de comportements destructeurs. Le diagnostic différentiel importe autant qu'il est inutile de recourir aux techniques de PR lorsqu'une éducation sexuelle, un traitement

neuroleptique ou une prise en charge conjugale s'avèrent mieux indiquées.

S'il a fallu nous étendre ainsi sur la circonscription du champ des assuétudes, c'est parce que les modèles cognitivo-comportementaux tendent beaucoup trop volontiers à ne s'intéresser qu'à certaines conduites addictives spécifiques (i.e. abus de substances, jeu pathologique, sexualité addictive) dans l'ignorance de leurs caractères communs. S'il convient assurément de tenir compte des particularités, il apparaît aussi indispensable de (ré)affirmer l'existence d'une identité structurelle commune. Par delà la diversité des comportements concernés, on observe en effet des constantes relatives à l'économie fonctionnelle du trouble, aux activités cognitives impliquées et aux principes efficaces de traitement (cf. infra). Ces constantes confèrent une forme d'unité à l'ensemble des addictions et rendent excessif le cloisonnement qui prévaut dans les approches comportementales actuelles. La situation en appelle pour lors à une opérationnalisation claire du concept général d'addiction, une opérationnalisation qui puisse recueillir l'assentiment d'une majorité au moins des spécialistes en sciences du comportement. Pour récapitulation, nous proposons les repères suivants :

- 1/ Le concept d'addiction porte sur un comportement, et non sur des objets extérieurs à l'organisme, tels une drogue, de la nourriture, un stimulus sexuel ou le feu, lesquels n'interviennent que comme précisions secondaires.
- 2/ Le phénomène de "craving" est le pivot des addictions. Il s'agit d'une envie irrésistible de produire le comportement en cause malgré ses conséquences connues comme fâcheuses. Ce phénomène est à la base d'une perte de contrôle et d'une relation de dépendance du sujet envers son propre comportement.
- 3/ Au moins à l'origine, le comportement addictif est dispensateur de plaisir (c'est ce qui le distingue d'une compulsion purement obsessionnelle).
- 4/ Néanmoins la composante plaisante du comportement le cède à une composante compulsive liée au caractère aversif de l'abstinence.
- 5/ Cette dynamique présente une certaine récurrence et donne lieu à une détresse suffisante pour qu'on puisse s'accorder à y voir un trouble du comportement.

- |  |
|--|
| <p><b>A/</b> Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser un comportement</p> <p><b>B/</b> Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement</p> <p><b>C/</b> Plaisir ou soulagement pendant sa durée</p> <p><b>D/</b> Sensation de perte de contrôle pendant le comportement</p> <p><b>E/</b> Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation</li> <li>2. intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaité à l'origine</li> <li>3. tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement</li> <li>4. temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre</li> <li>5. survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales</li> <li>6. activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement</li> <li>7. perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique</li> <li>8. tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité</li> <li>9. agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement</li> </ol> <p><b>F/</b> Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue</p> |
|--|

Tableau I

Critères définitionnels du trouble addictif selon Goodman  
(adapté de l'anglais par Pedinielli, Rouan et Bertagne, 1997)

Hélas pour nos vœux, le DSM IV privilégie lui aussi une approche nosographique fondée sur le critère de l'objet d'appétence (I.e. drogue, objet sexuel atypique) plutôt que sur la base de la structure comportementale. En fait la classe des troubles du contrôle (312.3), celle dont le procès addictif est le plus clair, ne s'offre que par défaut d'un classement dans celles des dépendances aux substances (304.), des paraphilies (302.) et des troubles alimentaires (307.). Or, nous l'avons signalé, ces diverses difficultés peuvent ne pas forcément correspondre à un problème addictif. On le voit, le DSM cultive un flou qui ne favorise pas exactement la perception d'une classe addictive caractérisée. Sensible à cette lacune, Goodman (1990) a proposé un amendement au système DSM. Privilégiant le critère d'une homologie fonctionnelle commune à une grande variété de conduites, il conseillait la création d'une classe superordinatrice regroupant toutes les formes d'addiction. Cette classe nouvelle dite "des troubles addictifs" était présentée en un langage typique du DSM, c'est-à-dire en une suite de critères définitionnels du syndrome (voir tableau 1). Ils apparaissent parfaitement compatibles avec l'opérationnalisation du concept d'addiction préconisée ci-avant. Regrettons seulement que l'amendement de Goodman n'ait pas

reçu plus d'attention dans la littérature cognitivo-comportementale traitant des assuétudes.

### Principes thérapeutiques de la PR

L'objectif ultime de l'approche PR consiste à restituer des moyens de contrôle sur un comportement devenu l'objet d'une dépendance.

Afin de bien comprendre les principes directeurs de la PR et pour saisir la place qu'elle occupe dans l'éventail thérapeutique, nous devons d'abord comprendre les tenants généraux de la dynamique fonctionnelle qui voit la personne dépendante partagée entre un besoin d'accomplir ses comportements abusifs et le désir d'y mettre un terme.

Nous pouvons nous représenter la difficulté de sa position comme le résultat d'un conflit d'intérêts, un conflit qui met en présence deux constellations antagonistes d'occurrences aversives (Cf. figure. 1).

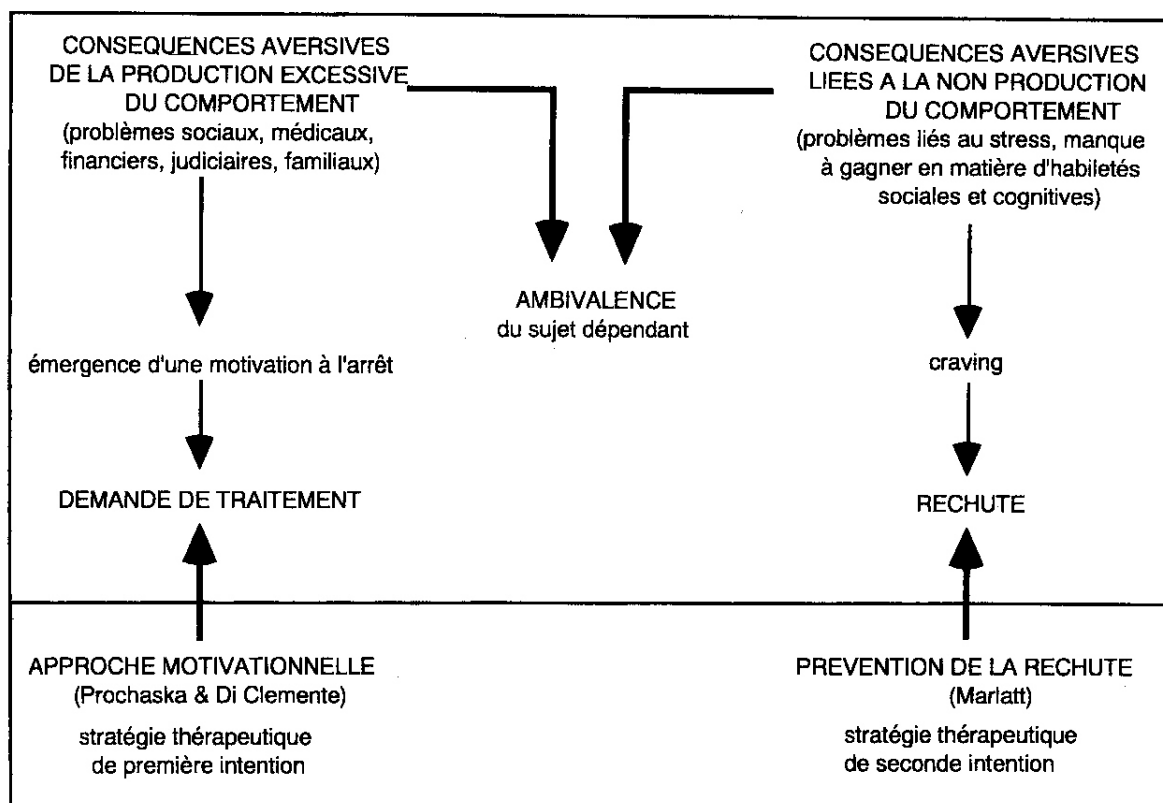


Figure 1  
Dynamique du sujet dépendant, articulation des stratégies thérapeutiques

Le premier pôle de répulsion correspond aux effets indésirables à long terme de la production excessive du comportement problème. Fonctionnellement, de telles conséquences justifieraient une cessation du comportement en cause, son extinction, mais ce serait compter sans l'incidence du second pôle aversif, celui qui correspond aux désagréments produits de la perte des bénéfices à court terme du comportement. Dans l'optique fonctionnaliste qui caractérise l'approche comportementale, le recours au comportement problème équivaut à une stratégie mise en place pour obtenir certains avantages. Chez le dépendant, ces avantages revêtent une allure presque vitale, si bien que la perspective de leur

défaut devient un important facteur de stress, lequel stress se traduit par l'épreuve du craving : un besoin farouche de consommer la conduite sans égard pour ses conséquences fâcheuses dans le long terme.

En phase de dépendance active, les avantages à court terme de la consommation priment sur toute considération pour ses inconvénients à long terme. Ces derniers, soit demeurent tout bonnement ignorés, soit se voient activement minimisés dans un souci de réduction de dissonance cognitive (Festinger, 1957). A titre d'exemple, nous pourrions évoquer le cas du violeur addictif qui oblitère le tort causé à sa victime ("elle était consentante, elle en avait envie et y a pris plaisir")

ou celui de l'alcoolique qui tempère les risques et surestime ses capacités de contrôle ("je pourrais m'arrêter si je le voulais mais la situation actuelle ne le justifie pas"). Toutefois, les problèmes associés au comportement abusif peuvent aussi devenir plus saillants. Émerge alors le souhait de "s'en sortir". Ainsi motivé à la cessation, le sujet peut s'essayer à réduire sa consommation, il peut s'engager dans l'abstinence et, si une situation d'accoutumance physiologique le requiert, il peut même se prêter à un programme médical de désintoxication physique. Mais toute empreinte de volontarisme et médicalement assistée soit-elle, cette démarche ne peut en sa qualité propre suffire à aplanir le stress intrinsèque à la perte des bénéfices à court terme du comportement. Signe aigu d'un manque qualitatif à gagner, le craving persiste dans ce cas à réclamer du sujet un retour à ses anciennes amours délétères. Ceci explique la tendance générale des personnes dépendantes à osciller de décisions d'abstinence en rétractations, ceci explique aussi la fréquence des *rechutes* survenant par delà de sincères décisions d'arrêt et par delà la jugulation des symptômes physiques de sevrage.

C'est que, explique Marlatt, la "motivation n'est pas tout". S'il importe évidemment de savoir "pourquoi ne plus consommer", il apparaît essentiel de savoir également "comment y parvenir" (Marlatt in Foreword to Monti et al., 1989). C'est à cette seconde question que la démarche PR propose d'apporter quelques éléments de réponse.

En positionnant de la sorte son approche de la dépendance, Marlatt érige sans ambiguïté la PR en thérapie de seconde intention. Aider une personne à se doter des moyens de sa politique d'abstinence suppose effectivement qu'elle en ait fait le choix préalable. Techniquement, la PR vise à réduire le stress inhérent à la perte des bénéfices du comportement problème, elle vise à promouvoir des stratégies adaptatives susceptibles d'aider la personne à gérer l'inconfort produit de son abstinence dans un sens autre que menant à la rechute. Semblable ambition n'exempte cependant en rien le dépendant de devoir poser le choix d'une cessation. Ce n'est que du moment où le sujet a trouvé pourquoi ne plus consommer et accepte de décréter l'impasse sur son comportement problème que la PR peut prétendre lui devenir utile. Bref la question souvent délicate de la motivation à l'arrêt demeure entière en amont du champ d'impact de la PR.

Si la PR de Marlatt et Gordon ne s'adresse qu'à des gens motivés, il revient à l'approche de Miller et Rollnick, comme de juste nommée "*motivationale*", de nous éclairer sur le processus de motivation et sur les moyens de favoriser son décours (Miller & Rollnick, 1991 ; Cungi, 1997 ; Donovan & Rosengren, 1999). Suite aux travaux de Prochaska et Di Clemente (1982, 1984, 1986), Miller et Rollnick conçoivent la motivation à l'arrêt du comportement addictif comme un processus évolutif en plusieurs étapes. Chaque étape se caractérise par un pattern attitudinal précis vis-à-vis du comportement addictif, et à chacune s'indiquent des interventions thérapeutiques d'un type particulier. L'identification du stade où se situe le sujet dépendant permet ainsi au thérapeute de poser les interventions les mieux adaptées à sa dynamique du moment et d'influencer de la sorte la maturation d'une décision d'arrêt. Au terme d'un tel travail, le sujet est normalement prêt à s'engager dans l'abstinence mais, à ce stade, la rechute menace. Elle renverrait le sujet à la case départ si l'on ne se souciait d'en prévenir l'occurrence. C'est alors en ce second temps, en qualité de *stratégies de maintien de l'abstinence* que les techniques de PR trouveront leur indication spécifique (Cf. figure 1).

## Assises théoriques de la PR

Qui pose la question de la rechute en vient automatiquement à poser le craving en problème d'avant plan.

En bons comportementalistes, Marlatt et Gordon adoptent une conception fonctionnelle du craving. Poussant à cette option stratégique en quoi réside la consommation, le craving exprime le stress d'un sujet qui, du fait de son abstinence, se trouve démuné face à certaines situations de l'existence. C'est dès lors l'inaptitude du patient à s'assurer un confort situationnel par un truchement autre que le comportement problème qui va s'ériger en cible d'intervention. Dans semblable optique, le comportement devient avant tout une réponse maladaptée à diverses contingences stressantes. Partant, prévenir la rechute suppose que l'on aide le sujet à s'équiper au plan des habiletés comportementales et cognitives de sorte que la consommation cesse de représenter la voie royale de résolution des situations critiques. L'impact du craving s'estompera à mesure que s'atténuera le sentiment d'impuissance à agir autrement que par le biais du comportement problème, le caractère impérieux de l'envie d'accomplir l'acte problématique s'amendera proportionnellement à la mise à disposition de voies de coping alternatives. Moyennant quoi la sobriété comportementale sera rendue moins accablante.

Cette conception qui voit dans le craving l'expression aigüe d'un déficit adaptatif s'agissant d'affronter des circonstances stressantes n'est pas l'apanage exclusif de Marlatt et Gordon. Elle caractérise également l'esprit d'autres chercheurs et cliniciens comportementalistes qui, avant eux, s'étaient déjà penchés sur les addictions.

L'attention se portait alors principalement sur les toxicomanies. Sommairement, deux grands axes théoriques en balisaient l'approche. L'un, plutôt pavlovien, considérait le craving sous l'angle du conditionnement répondant (Wolpe, 1958 ; Ludwig & Wikler, 1974), l'autre, davantage teinté de behaviorisme, sous celui du conditionnement opérant (Hunt & Azrin, 1974 ; Pelc & Antoine, 1989).

Le modèle répondant mettait l'accent sur la part de stress sous-tendue dans l'épreuve du craving. Il l'assimilait à une *réaction conditionnelle*, anxieuse en dernier ressort, émise par l'organisme face à certains signaux de l'environnement (exemple, se trouver en présence de consommateurs). Dans cette optique, le craving constituait avant toute chose une réponse neurovégétative inconfortable, et y échapper représentait le bénéfice essentiel de la consommation. Pratiquement, réduire le risque de rechute reviendrait à éteindre la réaction conditionnelle du sujet. L'efficace thérapeutique s'appuyerait dès lors largement sur le principe de la *désensibilisation* par inhibition réciproque. Maintenu sobre et soutenu émotionnellement, le sujet dépendant se verrait exposé progressivement à des stimuli de plus en plus critiques, ce jusqu'à extinction de la réaction conditionnelle de craving.

L'approche opérante insistait quant à elle sur les *conséquences renforçantes* de l'intoxication. L'étude du craving en qualité de réaction émotionnelle passait ici au second plan, l'intérêt se déplaçait vers sa composante orientatrice de l'action. Dans l'optique behavioriste, le craving devenait avant tout une aspiration à poser une conduite très précise, la consommation. Or une aspiration aussi précise ne pouvait décemment s'expliquer par la seule valeur échappatoire de la conduite. Pour comprendre le dévolu si particulier jeté sur la



consommation parmi l'éventail des multiples possibilités d'échappement, il fallait nécessairement prendre en ligne de compte une série de bénéfices surajoutés à la simple anxiolyse. L'habitude entre toutes de recourir aux psychotropes ne s'expliquait fonctionnellement que par une différenciation pointue de ses avantages. Boire ne pouvait par exemple plus se concevoir comme une simple oeuvre d'apaisement de tensions internes. Dans sa spécificité, cette conduite devait forcément jouer d'incitants annexes. Sa "valeur ajoutée" pouvait notamment s'associer aux délices d'une ambiance de chaude camaraderie typique de certaine coterie de buveurs. Le rituel du passage au bistrot pouvait aussi fournir au sujet l'heureuse occasion de combler une période d'ennui ou, encore, de postposer un retour au sein d'un foyer où sévissent souvent discordes conjugales et pénibles tâches ménagères. L'intoxication éthylique pouvait de même lui procurer une meilleure assurance dans ses contacts à autrui ou bien s'agissant d'affronter un problème. Bref l'envie de boire émanait d'un panel élargi de renforcements. Transposée sur le plan thérapeutique, l'approche opérante voudrait que le sujet parvienne à s'adjoindre ces mêmes renforcements tout en restant sobre. Pour ce faire, le traitement allait emprunter deux

directions. Il s'agirait d'une part, *d'intervenir sur l'environnement* (Hunt & Azrin, 1973 ; Azrin et al., 1994 ; Higgins, 1999). S'assurer la collaboration de l'épouse permettrait par exemple au sujet de trouver dans son couple l'affection qu'il recherchait au café ; l'aménagement d'activités de loisirs raréfierait les périodes d'ennui ; des contacts avec d'autres abstinentes déboucheraient vers de nouvelles amitiés,... D'autre part, il conviendrait de promouvoir les *compétences sociales* du patient. On l'entraînerait à diverses aptitudes comportementales susceptibles de déboucher sobrement sur des renforcements analogues à ceux de l'intoxication. Des techniques comme l'affirmation de soi, la gestion de conflit ou l'éveil à de nouvelles formes de plaisirs viendraient à point nommé combler certaines de ces exigences opérantes qui, chez le dépendant abstinent se traduisent en craving. (Ladouceur, Bouchard & Granger, 1977 ; Pelc & Antoine, 1989).

La figure 2 illustre la double détermination du craving : une expérience ancrée à la fois dans les lois du conditionnement classique et dans celles du conditionnement opérant.

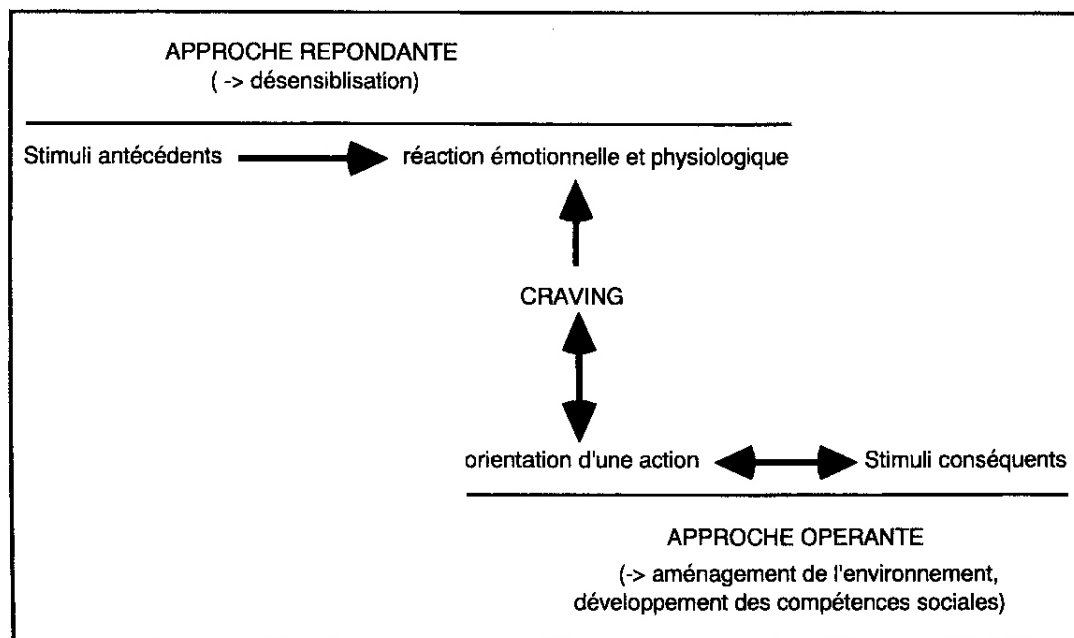


Figure 2  
La double détermination du craving

Les travaux de Marlatt et Gordon se situent dans le prolongement direct des vues pavloviennes et skinnériennes sur les assuétudes. Leur originalité tient essentiellement en l'insertion d'un troisième terme entre les données déterminantes de l'environnement et la réponse du sujet dépendant, à savoir *l'activité cognitive* de ce dernier. Participant de cette mouvance théorique dite de *l'apprentissage social* (Bandura, 1976, 1980 pour trad. franç.), Marlatt et Gordon n'ont eu de cesse de mettre en exergue le rôle décisif imparti aux interprétations du sujet dans le processus de rechute. Leurs recherches faisaient déjà grand bruit durant les années '70 (Marlatt, 1973), mais c'est en 1980, à partir d'une étude systématique d'épisodes de rechute survenus chez des toxicomanes abstinentes, qu'ils portèrent leur modèle, la

*prévention de la rechute* (PR), sur les fonds baptismaux. En 1985, ils en développèrent les multiples aspects techniques dans un ouvrage désormais devenu un inspirateur princeps du champ entier de la clinique cognitivo-comportementale des addictions.

Le modèle PR insiste tout particulièrement sur la part active prise par l'équation individuelle du dépendant dans le processus de rechute. Le stress situationnel de l'abstinent, le craving qui en découle y sont fondamentalement rapportés à l'activité cognitive. La signification allouée aux événements, les convictions relatives au moyens d'y faire face deviennent des déterminants de premier ordre dans l'occurrence du craving et dans son actualisation en rechute. Le *tableau II* illustre cette proposition.

- 1/ Un abstinent est mis en présence de consommateurs (un stimulus conditionnel)
- 2/ La situation peut tout d'abord aviver certaines croyances de fond, telle une impression générale de non valeur personnelle profondément installée chez le sujet. Eu égard à sa médiocrité présumée, il s'attend à être rejeté du groupe.
- 3/ Il s'y attend d'autant plus que, dans son chef, un refus de consommer risque a priori d'être stigmatisé par les convives comme une attitude de retrait, comme un manque de solidarité, voire de savoir vivre.
- 4/ L'anxiété alors éprouvée se solde par une inhibition du comportement sociable. Tout en circonspection, le sujet trouve dans sa position effective de retrait la confirmation de son incompétence sociale et de la froideur de l'entourage à son égard. En retour, semblable appréciation accroît l'angoisse jusqu'à donner lieu à une forme de cercle vicieux. A cette anxiété sociale de base s'ajoute une appétence pour le produit (une réaction conditionnelle de craving) dans la mesure où le sujet perçoit la consommation comme l'unique parade à son inconfort. L'alcool seul, pense-t-il, lui fournira la gaieté, l'assurance, la répartie et la gestuelle symbolique indispensables à son intégration (le renforcement attendu).
- 5/ L'immixtion d'une envie d'alcool associée au tumulte émotionnel se code alors comme la résurgence d'un manque physiologique du produit. La confiance du sujet en ses capacités de demeurer abstinent en ressort ébranlée. La peur de reconsommer ne fait qu'en rajouter à l'angoisse, l'aspiration à boire s'en trouve accrue et ainsi de suite, de sorte qu'engouffré dans un véritable entonnoir mental,...
- 6/... il en arrive finalement à prendre un verre, puis un second. Ce faisant, il tente de dédramatiser son geste, de le justifier : "bah, ce n'est pas pour une fois!"
- 7/ Après coup, considérant sa reconsommation, il se prend à perdre l'espoir de pouvoir un jour réellement se passer d'alcool. Et de noyer alors son amertume dans l'alcool. Ainsi, ce qui eut pu rester un accident sans lendemain se métamorphose en une rechute en bonne et due forme.

**Tableau II**  
*La rechute comme processus : illustration*

Comme l'indique le *tableau II*, craving et rechute apparaissent bien moins des réponses linéaires à des patrons situationnels donnés que le résultat complexe d'une *succession d'événements environnementaux, émotionnels et cognitifs en interaction*. Bref la rechute s'apparente à un processus de réactions en chaîne dont l'aiguillage relève des interprétations du sujet.

Selon Marlatt et Gordon, prévenir la rechute implique dès lors une pratique systématique de restructuration cognitive à chacune des étapes critiques de la chaîne. Depuis les croyances de fond relatives à la valeur sociale de la personne jusqu'à celles qui, en bout de parcours, président à l'évaluation de l'épisode de reconsommation, il s'agira de promouvoir des interprétations alternatives, ce de manière à désclérouter l'engrenage, de manière à l'ouvrir à d'autres aboutissants.

En objectivant les mécanismes interprétatifs en oeuvre dans le processus de rechute, Marlatt et Gordon allaient justifier l'arrivée massive des techniques d'inspiration cognitive (questionnement socratique, triple colonne, flèche descendante, réattribution causale, ...) dans le traitement des assuétudes. Ces techniques n'allaient pas pour autant détrôner les méthodes de désensibilisation et d'entraînement aux habiletés sociales chères aux modèles pavloviens et skinnériens. Elles viendraient au contraire s'y associer de manière à doter la thérapie des dépendances d'une prime d'efficacité. L'héritage technique des approches antérieures se verrait en somme intégré à l'approche PR, dans une conception processuelle complexe de la rechute, une conception qui, pour mettre en lumière l'impact des mécanismes cognitifs, n'exclurait cependant en rien les méthodes plus strictement comportementales (Oei & Jackson, 1982 ; Klanjer, Hartman & Sobell, 1984). Environnement, comportements, émotions et cognitions entretiennent il est vrai des rapports de réciprocity causale, au point qu'il serait absurde de nier la complémentarité des divers modes d'intervention.

Aujourd'hui la PR est tenue pour un modèle des mieux aboutis par tous les spécialistes des toxicomanies. Dans le domaine des thérapies cognitivo-comportementales en tout cas, aucune publication en la matière n'élude la référence à

Marlatt et Gordon. Dans leur sillage, nombreux sont les cliniciens à y être allés de leurs ajouts. Creusant tantôt tel ou tel aspect théorique ou technique, échafaudant tout à l'heure des modules d'intervention, ils offrent actuellement au praticien une source documentaire abondante (Monti et al., 1989 ; Wilson, 1992 ; Beck et al., 1993 ; Uehlinger, 1996 ; Liese & Franz, 1996).

Le modèle PR allait rapidement dépasser le cadre étroit des seules dépendances aux psychotropes. On ne pouvait en effet rester insensible à une homologie marquée entre, d'une part, le processus de rechute toxicomane et, d'autre part, les processus de rechute en vigueur dans d'autres troubles addictifs. Moyennant quelques aménagements de surface, la PR se vit promptement habilitée dans la thérapie des addictions dites "sans toxiques". De façon directe ou implicite, plusieurs publications font actuellement état de leur applicabilité dans divers domaines : le jeu pathologique (Ladouceur, 1992 ; Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997), les abus sexuels (Marshall, Laws & Barbaree, 1990 ; Aubut, 1993), l'hyperphagie (Orimoto & Vitousek, 1992 ; Smith, Marcus & Kaye, 1992 ; Fairburn & Wilson, 1993 ; Fairburn, 1995 ; Vitousek, 1996).

Dans ses principes et méthodes, la PR se prête à la prise en charge individuelle aussi bien qu'à la thérapie de groupe. Cette seconde possibilité représente évidemment un avantage économique non négligeable, notamment pour les institutions de soins souvent astreintes à gérer des demandes en nombre impressionnant avec de maigres moyens en termes de personnel qualifié au plan psychothérapeutique.

### Pratique de la PR

#### 1. Repérer les situations à hauts risques

L'inflexion du processus de rechute commence bien entendu par l'identification des circonstances à risques (soit les stimuli conditionnels ; pour illustr., voir *tableau II*, étape 1).

En termes très concrets d'abord, il s'agit de planter le décor des envies et des consommations. Où cela arrive-t-il ? (à la maison ? au travail ? au cours de réunions mondaines ? au bistrot ?), quand ? (à quels moments de la journée, de la semaine, de la vie ?), en compagnie de qui ? (seul, en présence d'amis, d'inconnus ?), etc... Ce genre de questionnement emprunte les voies rétrospective (l'expérience passée du comportement problème), actuelle (les tentations survenant durant la période du traitement) et prospective (les situations à venir pressenties comme dangereuses).

Lorsque la tâche s'avère difficile pour un sujet, le thérapeute peut lui suggérer des pistes de réflexion à partir de situations qu'il sait souvent délicates pour nombre de dépendants. Exemple : "Beaucoup de personnes dans votre cas décrivent de grosses difficultés à s'abstenir de boire lorsqu'ils sont entourés de consommateurs, dans les fêtes de famille par exemple. Comment vous positionneriez-vous dans une situation de cette sorte ?" On peut aussi recourir à l'exercice des courbes de consommation. Le patient est invité à évaluer son comportement à l'aide d'un graphique. L'axe des abscisses représente le temps écoulé depuis les premières manifestations du comportement problème et l'axe des ordonnées correspond à son intensité. Le sujet peut ainsi prendre conscience des fluctuations de sa consommation, il peut les mettre en rapport à des événements marquants de son existence, à certaines conditions de vie pour s'apercevoir alors que l'élément risque n'est pas étranger aux données de contexte.

Ce premier débroussaillage donne au sujet l'occasion de se familiariser à la valeur fonctionnelle du comportement problème. L'envie ne surgit pas tout à fait n'importe quand. Certaines situations s'avèrent plus sensibles que d'autres, et la consommation commence à apparaître comme un moyen de s'en faciliter l'épreuve.

A ce stade, l'identification de situations critiques et non critiques fournit déjà au patient des indications quant à un éventuel réaménagement du cadre de vie, un réaménagement qui ferait la part belle aux circonstances à faibles risques et diminuerait celle des situations critiques. Ainsi tel alcoolique pourrait-il par exemple décider de ne plus se rendre au bistrot et de raréfier ses moments de solitude par la fréquentation régulière d'un club de sport et par un réinvestissement de la vie de famille, des activités reconnues par lui comme non dangereuses. Ce genre de réaménagement évoque d'ailleurs une certaine optique behavioriste du traitement particulièrement soucieuse des renforcements produits de l'environnement externe (Hunt & Azrin, 1974). En qualité d'unique mesure thérapeutique, semblable politique d'évitement et de remplacement de situations demeure néanmoins encore fort précaire. En reprenant l'exemple de l'alcoolique, on se rendra vite compte que si les moments de solitude se raréfient, ils n'en deviennent pas pour autant inexistantes et, dans l'état actuel des choses, le patient ne dispose guère de nouveaux moyens pour en gérer la résurgence. En d'autres termes, tout objectivement moins fréquentes puissent devenir les circonstances stressantes, leur vécu subjectif reste pour sa part inchangé, leur moindre quantité n'implique automatiquement ni leur disparition, ni une modification de leur qualité stressante, ni une alternative réfléchie à la réponse consommatoire. Aussi convient-il de dépasser la simple identification générique de situations et d'états d'âme à risques de rechute (i.e. solitude, présence d'autres consommateurs, déprime, conflit, stress au travail, etc...) pour entamer l'analyse des processus psycho-émotionnels qui justement leur confère un caractère critique.

## 2. Analyse du facteur risque : démonter le processus de rechute pour suggérer l'alternative

Tandis que le sujet parvient à répertorier différentes situations sous leur jour critique, le craving ressenti alors l'est

comme par nécessité intrinsèque à la situation. Le but de l'analyse est de rétrocéder au sujet sa place d'auteur dans l'émergence du craving. On va aller de l'externalité vers l'internalité du contrôle. Le but est qu'il puisse assimiler son rôle de sujet à chacun des maillons de la chaîne processuelle (voir tableau II) de façon à pouvoir en modifier le cours.

A mesure que l'on détaille le contexte des situations à risques, le sujet commence à percevoir la consommation sous sa valeur d'usage, sa valeur fonctionnelle.

Exemples :

- je bois pour m'affranchir dans les groupes,
- l'héro me permet de m'apaiser suite à un conflit avec mes parents,
- je fume pour me calmer quand survient un problème,
- je mange pour me désennuyer quand je suis seul,
- les relations sexuelles avec les jeunes viennent dans le prolongement d'une intimité, d'un bien-être en leur compagnie.

En fait, cette valeur fonctionnelle laisse surtout percevoir des états aversifs liés à l'abstinence comportementale. Respectivement :

- inhibition, anxiété en groupe,
- tensions difficilement gérables dans la relation aux parents,
- désarmé quand problème,
- stress lié à l'isolement, au désœuvrement,
- difficile intimité avec des adultes.

Ces diverses difficultés vont être mises en exergue. Le comportement devient le moyen d'accéder à leur dépassement et non plus une fin en soi. Progressivement, l'idée s'installe chez le patient que "ce n'est pas de drogue dont j'ai envie mais d'être bien avec les autres", "ce n'est pas tant que je recherche électivement des enfants en qualité de partenaires sexuels mais des personnes avec qui je me sente en confiance, qui m'apprécient et avec qui je puis me laisser aller sans crainte du ridicule : cela m'est difficile avec mes pairs d'âge". On va favoriser une sorte de glissement épistémologique dans le chef des sujets qui fait qu'à leurs yeux l'envie de poser le comportement addictif devient secondaire à une détresse situationnelle, laquelle va alors pouvoir s'ériger en cible d'intervention.

En définitive, la détresse situationnelle que l'on cherche à mettre ici en relief procède de cognitions fondamentales fort variables d'un individu à l'autre et absolument non spécifiques à telle ou telle forme précise d'addiction ou même à l'ensemble des addictions. On peut par exemple retrouver une croyance de base en un environnement contrôlable, un sens exagéré de la responsabilité personnelle, une conviction de médiocrité personnelle, de la malveillance d'autrui,.... En leur nature, ces cognitions de fond, ces "core beliefs" comme disent les anglo-saxons, ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre dans la clinique des troubles anxieux, thymiques ou de la personnalité. Les traitements indiqués à ce niveau (noté 2 dans le scénario type rapporté au tableau II) ne diffèrent par conséquent guère de ceux en vigueur dans d'autres domaines de la psychopathologie. Ceci exige du clinicien spécialiste des assuétudes d'être en outre largement polyvalent puisque, fonction des problématiques individuelles de base mises en lumière, il va lui falloir jouer d'une gamme diversifiée de techniques thérapeutiques. C'est ici que vont s'appliquer les techniques d'affirmation de soi, de résolution de problèmes, d'exposition, de relaxation, etc... telles qu'on les connaît par ailleurs. Les habiletés cognitives et comportementales qu'elles cherchent à promouvoir constituent de fait des solutions de remplacement pour une conduite addictive elle-même palliative de difficultés communes à d'autres entités pathologiques. "Grattez une assuétude, serait-on tenté de dire, et vous trouverez tantôt une dépression, tantôt une anxiété sociale, tantôt des tendances obsessionnelles ou autre chose encore".



Passé le seuil de la signification psychiatrique, ces diverses difficultés sous-jacentes et non spécifiques aux addictions rendent du reste compte des importants taux de comorbidité généralement associés aux addictions (Beck et al., 1993 ; Ladouceur, Dubé & Bujold, 1994 ; Vitousek, 1996 ; Valleur & Bucher, 1997).

L'objectif de la PR est bien sûr d'accéder à ce niveau ultime de la dysfonction individuelle. Sa visée idéale est de traiter les racines de l'addiction pour le plus grand confort de l'abstiné. Mais dans la majorité des cas, cela ne pourra se faire sans qu'il faille d'abord neutraliser les multiples mécanismes qui métabolisent les tenants profonds de la détresse en un vécu de craving, ces mécanismes qui oeuvrent à l'élection d'une solution addictive parmi d'autres possibles. Au tableau II, les étapes 3 à 7 illustrent cette mécanique complexe. Les activités cognitives impliquées ici sont leur part hautement spécifiques : les unes caractérisent l'ensemble des troubles addictifs, les autres telle ou telle addiction particulière. Nous allons à présent en passer quelques-unes en revue parmi les plus importantes (\*).

1 / Commune à l'ensemble des sujets dépendants, on observe une tendance à se montrer *intolérant aux frustrations* (Beck et al., 1993). L'inconfort psychologique est souvent dramatisé, il appelle à sa résolution immédiate. Dans semblable dynamique, le plaisir inhérent à la pratique addictive représente assurément un antidote de choix. C'est ainsi que l'on pourra par exemple assister à des rechutes sur le thème "c'est normal j'étais énervé", exactement comme si le stress n'avait tout bonnement pas à être. En réponse à cette problématique, le clinicien se livre habituellement à une véritable pédagogie du stress. Il importe de réhabiliter son épreuve en tant que vicissitude normale voire positive de l'existence.

2 / Cette première tendance n'est probablement pas étrangère à ce second constat : les personnes présentant une assuétude oblitèrent volontiers les perspectives à long terme au profit d'une *recherche de gratifications immédiates* (Marlatt, 1989). Les émotions du moment, l'urgence de leur résolution captent à ce point le sujet qu'il peut en perdre toute considération pour le bénéfice discret mais constant d'une abstinence qui dure. Il s'agit alors de l'aider à rééquilibrer la balance, à restaurer la force attractive des avantages à long terme de la sobriété, celle répulsive de la rechute et, en même temps, à relativiser l'importance des difficultés immédiates et à trouver de meilleures voies de coping.

3 / On relève aussi une certaine propension à la *confusion dans la perception des états internes*. Du fait sans doute de l'habitude qui associe une conduite addictive donnée à presque toute forme d'agitation neurovégétative, les sujets dépendants ont en quelque sorte appris à coder les manifestations internes et émotionnelles les plus diverses comme émergeant au registre du craving. Ainsi tel agresseur sexuel compulsif prendra-t-il par exemple sa colère pour de l'excitation sexuelle si d'aventure il croise une jeune fille alors qu'il est en rage, ainsi encore tel alcoolique pourtant sevré confondra-t-il anxiété sociale et résurgence d'un manque d'alcool (Cf. tableau II, étape 5), et telle boulimique verra-t-elle en sa tristesse l'expression d'une fringale. Sur le plan thérapeutique, il convient bien entendu d'amener les sujets à une discrimination plus fine de leurs vécus. Un travail sur le corps et ses sensations apparaît ici indispensable pour gérer les aspects somatiques de la question.

(\*) Les divers phénomènes cognitifs exposés ici ne sont pas nécessairement conceptuellement indépendants. Jusqu'à un certain point, on peut même dire qu'ils s'expliquent l'un par l'autre. Leur présentation en 8 points distincts obéit surtout à un souci de clarté didactique.

4 / *La détresse situationnelle est quelquefois occultée par le plaisir produit du comportement addictif*. De ce plaisir, l'usage d'alcool dans des ambiances festives représente un exemple éloquent. La gaieté conviviale est pour ainsi dire rapportée aux propriétés intrinsèques du produit si bien que l'illusion de boire de la "bonne humeur en cannette" estompe la réalité primordiale d'une anxiété sociale seulement mise entre parenthèses par l'ivresse. L'agrément retiré de l'excitation ludique, de la volupté sexuelle, de la stimulation des papilles gustatives, de l'ivresse, etc... tend à s'ériger en pur plaisir positif et, au bout du compte, à masquer la véritable valeur fonctionnelle du comportement addictif, à savoir éviter ou échapper à une situation aversive. On l'aura compris, favoriser la reconnaissance par le sujet de telles situations aversives requiert de sa part une abstinence réelle.

5 / Et quand bien même les sujets dépendants parviennent à identifier comme tels leurs états internes désagréables, on les dirait parfois incapables d'imaginer qu'ils puissent par eux-mêmes modifier la donne. On les dirait persuadés que leurs états d'inconfort sont intrinsèques aux seuls événements externes (I.e. pressions professionnelles, revers financier, incompréhension familiale) et que leur régulation doit nécessairement se médiatiser par une action sur le monde extérieur. Du reste l'action addictive, c'est-à-dire le recours à un objet tiers comme la drogue le feu, un stimulus sexuel, la nourriture ou l'argent, cette voie particulière ne représente jamais qu'un avatar privilégié de cette négligence générale des ressources propres. Du point de vue thérapeutique, ce problème *d'attribution externe du contrôle émotionnel* requiert une mise en valeur continue des ressources personnelles du sujet, tant au plan mental (I.e. triple colonne) que psychophysiologique (I.e. relaxation).

6 / *L'effet de violation de la règle d'abstinence* (Marlatt, Demming & Reid, 1973 ; Aubut, 1993) veut que lorsque un sujet devenu abstinent déroge ne serait-ce que d'un pas à l'impératif d'abstinence qu'il s'était précisément fixé, il se prend à se décevoir lui-même, à perdre confiance en ses capacités de gérer les choses autrement que via le comportement problème et à renoncer aussi radicalement qu'il ne l'avait idéalisée à son image d'abstiné. Ce phénomène (illustré au tableau II, étape 7) est de nature à transformer le moindre dérapage occasionnel en une franche rechute. Or dans la mesure où les habiletés nouvellement acquises par un dépendant en traitement restent fragiles, surtout au début, la probabilité d'écarts demeure élevée. Afin dès lors d'éviter qu'ils ne précipitent de graves rechutes, il convient d'emblée de les dédramatiser quelque peu, de les considérer peut-être davantage comme des occasions de réajuster la barre, éventuellement à l'aide d'un thérapeute, que comme des échecs. Il importe que patient et thérapeute parviennent à inscrire le traitement dans la durée et à intégrer les dérapages comme des possibilités qui ne remettent pas forcément en cause le mouvement évolutif global. Attentifs à cet aspect des choses, les cliniciens cognitivo-comportementalistes se défient volontiers de certains modèles qui, essentiellement dans le champ des toxicomanies, adoptent une conception fort carrée de l'abstinence sans concessions comme solution unique aux assuétudes (Marlatt, 1983 ; Cormier, 1989).

7 / Il existe encore toute une série de *distorsions cognitives spécifiques* à certaines formes d'assuétudes. On observe parfois des croyances, des représentations qui, relatives à des objets comme le jeu, les partenaires sexuels, l'alcool ou les aliments, favorisent leur élection en qualité de média addictifs. Par exemple :

- Liese et Franz (1996) pensent que les toxicomanes surestiment le rôle du produit comme ciment groupal et voient souvent en la non-consommation un motif de rejet (Cf. l'illustration du tableau II, étape 3).

- Pour Mizes et Christiano (1995), les boulimiques, tout comme les anorexiques d'ailleurs, surévaluent totalement l'effet des aliments sur leur fonctionnement corporel. Elles attendent en outre des vomissements et des prises de laxatifs un effet de purification immédiate de leur organisme.

- Segal et Stermac (1990) ont montré que les abuseurs sexuels d'enfants tendent à ignorer les différences qualitatives entre une sexualité adulte et une sexualité infantine. Ainsi s'imaginent-ils exagérément les enfants désireux et ravis de contacts génitaux avec des adultes.

- D'après Ladouceur (1990), les joueurs pathologiques versent volontiers dans le déni des règles de probabilité et ils entretiennent parfois l'illusion de pouvoir infléchir le hasard.

- Murphy (1990) rapporte que certains violeurs ont des difficultés à assimiler comme tels les signaux de refus émis par une femme. La coercition leur semble quelquefois faire partie intégrante d'une sexualité normale.

La mise en évidence par la recherche de ce genre de mécanismes est très utile au clinicien. Elle lui permet de concevoir des interventions psycho-éducatives pointues. Remarquons seulement que si ces distorsions accompagnent fréquemment les types d'assuétudes qu'elles renforcent alors, elles n'apparaissent pour autant ni leur lot exclusif, ni conditions suffisantes à leur existence. L'addiction ne se résume tout de même pas à une simple aberration culturelle.

8 / Fort proche de ces distorsions cognitives systématiques, on trouve la notion de *croiances permissives* décrite par Beck et al. (1993). L'idée de permission insiste ici sur le fait que certaines croyances interviennent surtout en fin de processus de chute, comme pour justifier la production d'un comportement addictif quand le sujet ne parvient plus à gérer une situation par des ressources autres (illustration : tableau II, étape 6). Pour l'essentiel, ces croyances visent à dénier que l'acte addictif sur le point de se produire puisse occasionner un tort réel. Typiquement, on a affaire à des réflexions du style "ce n'est pas pour une fois". Elles peuvent prendre des allures différentes selon la situation - "mon problème étant l'alcool, je puis sans problème fumer un joint", "tout le monde boit dans cette soirée, pourquoi pas moi ? Ce n'est tout de même pas comme si j'étais seul à la maison", "elle fait la coquette mais je suis sûr qu'elle appréciera mes attouchements" -, cependant ces croyances remplissent en commun une fonction de réassurance vis-à-vis du danger contenu dans la conduite, un danger dont le sujet n'est pas tout à fait dupe mais qu'il renonce à éviter tant l'alternative au comportement problème lui paraît difficile ou improbable.

### Synthèse

La prévention des rechutes addictives (PR) est un modèle thérapeutique élaboré durant les années '80 par Marlatt et Gordon dans le cadre des dépendances aux substances. La rechute y est perçue comme une réponse maladaptée à un ensemble d'agents stressants, elle résulte d'un processus interactif entre un sujet et son environnement, et l'activité cognitive du sujet apparaît le pivot de ce processus. Dans son principe, l'intervention clinique consiste à recenser les mécanismes par lesquels une existence abstinentive peut s'avérer désagréable (stressante) et à aménager des alternatives afin de prévenir, contourner, surpasser pareil stress sans devoir recourir à la consommation.

Participant de la théorie de l'apprentissage social, Marlatt et Gordon ont principalement insisté sur les mécanismes cognitifs en jeu dans le processus de rechute. Pour autant, la PR ne néglige pas les mécanismes et modes d'action plus strictement comportementaux mis en exergue par des approches antérieures (i.e. désensibilisation, relaxation, amé-

nagement de l'environnement, habiletés comportementales). Simplement, elle les intègre dans une conception où les croyances et interprétations du sujet occupent l'avant plan.

A partir des dépendances aux toxiques, l'indication de la PR s'est élargie à l'ensemble des troubles addictifs : le processus de rechute y est analogue.

Depuis l'impulsion donnée par Marlatt et Gordon, le modèle PR s'est enrichi des vues de nombreux auteurs, surtout cognitivistes, concernant le processus de transformation d'un stress situationnel en une rechute addictive donnée et concernant les modalités d'intervention thérapeutique.

Comme son nom l'indique, la prévention de la rechute ne s'adresse qu'à des gens rendus abstinents et soucieux de le rester. Il s'agit effectivement d'une thérapie de seconde intention qui laisse en amont de son champ les questions relatives à la cessation primaire du comportement addictif.

---

Article reçu le 15/09/99 et Accepté le 20/11/99

---

### Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM IV). Washington, DC: A.P.A.
- AUBUT, J. (1993). La prévention de la récidive : une approche bio-psychosociale. In Aubut, J. (Ed.), *Les agresseurs sexuels*. Théorie, Evaluation et traitement. Montréal : Chenelière.
- AZRIN, N.H., Mc MAHON, P.T., DONOHUE, B., BESALEL, V.A., LAPINSKI, K.J., KOGAN, E.S., ACIERNO, R.E., GALLOWAY, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse : a controlled treatment study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 8, 857-866.
- BANDURA, A. (1980 pour trad. franç.). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga.
- BECK, A.T., WRIGHT, F.D., NEWMAN, C.F., LIESE, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York : Guilford Press.
- CORMIER, D. (1989). *Alcoolisme, Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Editions du Méridien.
- CUNGI, C. (1997). L'utilisation clinique de l'ambivalence à propos de quatre cas de toxicomanie. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2, 2, 17-25.
- DONOVAN, D.M., ROSENGREN, D.B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In Tucker, J.A., Donovan, D.M., Marlatt, G.A. (Eds.), *Changing addictive behavior*. New York : Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York : Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G., WILSON, G.T. (Eds.) (1993). *Binge eating : nature, assessment and treatment*. New York : Guilford Press.
- FESTINGER, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Row-Peterson.
- GOODMAN, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- HUNT, G.M., AZRIN, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- HIGGINS, S.T. (1999). Potential contributions of the community-reinforcement approach and contingency management to broadening the base of substance abuse treatment. In Tucker, J.A., Donovan, D.M., Marlatt, G.A. (Eds.), *Changing addictive behavior*. New York : Guilford Press.
- KLAJNER, F., HARTMAN, L.M., SOBELL, M.B. (1984). Treatment of substance abuse by relaxation training : a review of its rationale, efficacy and mechanisms. *Addictive Behaviors*, 9, 41-54

- LADOUCEUR, R. (1990). Lorsque la raison déraile: psychologie des jeux de hasard et d'argent. *Actualités Psychiatriques*, 7, 11-17.
- LADOUCEUR, R. (1992). Jeu pathologique. In Ladouceur, R., Fontaine, O., Cottraux, J. (Eds.), *Thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Masson.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.A., GRANGER, L. (1977). *Principes et applications des thérapies comportementales*. Montréal : Maloine.
- LADOUCEUR, R., DUBE, D., BUJOLD, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 289-293.
- LAWS, D.R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York : Guilford Press.
- LIESE, B.S., FRANZ, R.A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy. In Salkovskis, P.M. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York : Guilford Press.
- LUDWIG, A., WIKLER, A. (1974). Craving and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- LUDWIG, A., WIKLER, A., STARK, L.H. (1974) The first drink : psychobiological aspects of craving. *Archives of General Psychiatry*, 30, 539-547.
- MARLATT, G.A. (1983). The controlled drinking controversy : a commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1110.
- MARLATT, G.A. (1989). Feeding the Pig : the problem of immediate gratification. In Laws, D.R. (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders*. New York : Guilford Press.
- MARLATT, G.A., DEMMING, B., REID, J.B. (1973). Lost of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.
- MARLATT, G.A., GORDON, J.R. (1980). Determinants of relapse: implication for the maintenance of behavior change. In Davidson, P.O., Davidson, S.M. (Eds.), *Behavioral medicine : changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
- MARLATT, G.A., GORDON, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York : Guilford Press.
- MARSHALL, W.L., LAWS, D.R., BARBAREE, H.E. (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York : Guilford Press.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (1991). *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York : Guilford Press.
- MIZES, J.S., CHRISTIANO, B.A. (1995). Assessment of cognitive variables relevant to cognitive behavioral perspectives in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 33, 95-105
- MONTI, P.M., ABRAMS, D.B., KADDEN, R.M., COONEY, N.L. (1989). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. New York : Guilford Press.
- MURPHY, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E. (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York : Guilford Press.
- OEI, T.P.S., JACKSON, P.R. (1982). Social skills and cognitive behavioural approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-546.
- ORIMOTO, L., VITOUSEK, K.M. (1992). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Wilson, P.H. (Ed.), *Principles and practice of relapse prevention*. New York : Guilford Press.
- PEDINIELLI, J-L., ROUAN, G., BERTAGNE, P. (1997). Psychopathologie des addictions. Paris : PUF, collection Nodules.
- PELC, I., ANTOINE, J. (1989). Analyse et thérapeutique comportementale de l'alcoolisme. In Fontaine, O., Cottraux, J., Ladouceur, R. (Eds.), *Cliniques de thérapie comportementale*. Bruxelles : Mardaga.
- PITHERS, W.D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E. (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York : Guilford Press.
- PROCHASKA, J.O., DI CLEMENTE, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- PROCHASKA, J.O., DI CLEMENTE, C.C. (1984). *The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL : Dow Jones/Irwin.
- PROCHASKA, J.O., DI CLEMENTE, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W.R., Heater, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors : processes of change*. New York : Plenum Press.
- SEGAL, Z.V., STERMAC, L.E. (1990). The role of cognition in sexual assault. In Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E. (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York : Guilford Press.
- SMITH, D.E., MARCUS, M.D., KAYE, W. (1992). Cognitive-behavioral treatment of binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 257-262;
- SYLVAIN, C., LADOUCEUR, R., BOISVERT, J-M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling : a controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 727-732.
- UEHLINGER, C. (1996). Abstinence. Manuel du praticien pour l'aide à la prévention des rechutes alcooliques. Genève : Médecine et Hygiène.
- VALLEUR, M., BUCHEK, C. (1997). *Le jeu pathologique*. Paris : PUF, collection "Que sais-je?".
- VITOUSEK, K.M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Salkovskis, P.M. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York : Guilford Press.
- WILSON, P.H. (1992). *Principles and practice of relapse prevention*. New York : Guilford Press.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition therapy*. Stanford University Press.