

Addiction et thérapie comportementale et cognitive (TCC)

Cannabis, crack et cocaïne, opiacés, hallucinogènes et médicaments

B. Cochet*, A.M. Pezous*, S. Roy*, M. Brahimi*, J.P. Lépine*

Les TCC connaissent depuis plusieurs années un important succès. Elles ont démontré leur efficacité, notamment dans le trouble anxieux (en particulier les phobies), les obsessions-compulsions, mais aussi dans la dépression et d'autres troubles psychopathologiques.

Les thérapies comportementales apparaissent dans les années 1950 et sont enrichies, une décennie plus tard, par le développement des thérapies cognitives.

Ces psychothérapies sont appelées "comportementales", car elles agissent sur le comportement, et le terme "cognitives" signifie les pensées : celles-ci sont une cible de la thérapie lorsqu'elles sont associées au comportement à traiter.

Les thérapies du comportement font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage ; les thérapies cognitives, quant à elles, reposent sur des modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information.

Les TCC sont brèves, structurées et interviennent essentiellement sur trois domaines : le comportement, les pensées et les émotions. La thérapie, composée de différentes techniques comportementales et cognitives, consiste à déconditionner, à déconnecter certaines associations entre ces trois domaines et à apprendre de nouvelles façons de penser et d'agir.

Le trouble addictif est abordé en TCC comme un comportement appris, devenu inadapté pour la personne souffrante.

Une fois le comportement-problème défini, l'analyse fonctionnelle débute la thérapie : elle consiste à recueillir des observations pour élaborer des hypothèses sur les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble. Celui-ci est

évalué en prétraitement (c'est la ligne de base), puis en cours et en post-thérapie. La stratégie thérapeutique est décidée en accord avec le patient lorsque l'analyse fonctionnelle est terminée.

Les critères diagnostiques, l'épidémiologie et la définition des concepts sont exposés dans une première partie ; puis les modèles théoriques et les techniques thérapeutiques concernant la dépendance aux substances psychoactives sont présentés dans une deuxième partie. Enfin, les études menées dans le domaine des addictions et des TCC sont développées dans la dernière partie.

Nous abordons dans cet article la prise en charge des addictions avec produits – alcool et tabac exceptés, car ils méritent un développement spécifique du fait de l'importance des travaux menés dans ce domaine.

L'addiction aux substances psychoactives

Cette première partie offre une vision d'ensemble sur la toxicomanie, tout d'abord au travers d'une présentation succincte du diagnostic différentiel entre l'abus et la dépendance, suivie de quelques chiffres sur la consommation de différentes substances, et enfin de la définition des concepts utilisés dans le domaine des addictions.

Usage, abus et dépendance à une substance : diagnostic différentiel

L'OMS et l'Association américaine de psychiatrie distinguent trois comportements de consommation de substances : il s'agit de l'usage, de l'abus et de la dépendance.

► L'usage est une consommation de substances psychoactives n'entraînant pas de complication ni de dommage.

Selon le DSM IV (1), l'abus et la dépendance

sont des modes d'utilisation inadéquats d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative au cours d'une période de douze mois.

► L'abus se caractérise par la présence d'au moins l'une des manifestations symptomatiques suivantes :

- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
- consommation de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;
- utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux.

► Le diagnostic de dépendance repose, quant à lui, sur l'existence d'au moins trois manifestations symptomatiques telles que :

- le phénomène de tolérance ;
- les symptômes de sevrage ;
- la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets ;
- des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- l'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique.

Épidémiologie

Plusieurs sources de données épidémiologiques sont disponibles ; nous citons pour la France celles de l'OFDT (2).

Cannabis

Substance illicite la plus consommée dans la population générale adulte (18-75 ans), le cannabis a été expérimenté par un individu sur cinq en 2000. Au cours des dix dernières années, cette expérimentation a augmenté, avec une certaine banalisation de sa consommation chez les jeunes. La consommation,

* Service de psychiatrie adulte, hôpital Lariboisière, Paris. Équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD).

souvent occasionnelle en début d'adolescence, devient de plus en plus régulière : 60 % des garçons de 19 ans ont expérimenté le cannabis et, parmi eux, plus d'un tiers en consomment de façon régulière ou intensive.

Cocaïne et crack

Ces dernières années, la consommation et l'expérimentation des stimulants, et de la cocaïne en particulier, semblent avoir augmenté.

L'initiation à cette substance, à prédominance masculine, concerne surtout les jeunes adultes. Elle concerne aussi les jeunes qui fréquentent les fêtes techno (ils sont sept fois plus souvent expérimentateurs que les autres).

Entre 1995 et 1999, l'usage de la cocaïne au cours de la vie chez les 18-44 ans est passé de 0,5 à 1,2 % chez les femmes et de 2,8 à 3,7 % chez les hommes. Dans la population générale adulte en dehors de cette tranche d'âge, la consommation de cocaïne reste rare.

Ecstasy et amphétamines

La consommation d'ecstasy a augmenté au cours des dernières années. Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 7 % suivant l'âge et le sexe : en 2001, 5 % des garçons et 2,7 % des filles de 18 ans l'avaient essayée. La consommation d'ecstasy et d'amphétamines s'inscrit fréquemment dans un contexte festif associant différentes substances (alcool, cannabis, psychostimulants, etc.).

Héroïne et autres opiacés

La consommation régulière et exclusive d'héroïne est devenue rare, aussi bien chez les adultes que chez les adolescents, au profit de la consommation de rue et du détournement d'opiacés de substitution.

L'expérimentation chez l'adulte est exceptionnelle. L'usage d'héroïne a tendance à se stabiliser, voire à régresser ; à l'adolescence, l'expérimentation de ce produit reste stable depuis une dizaine d'années. Le développement des traitements de substitution est un facteur de diminution de la consommation.

Entre 1997 et 1999, le nombre de prises en charge liées aux opiacés n'a globalement pas changé.

LSD, champignons et autres hallucinogènes

En population générale adulte, l'expérimentation de LSD est rare et concerne principalement les jeunes. Il existe cependant une progression de l'expérimentation du LSD et des champignons hallucinogènes : en 1993, 0,9 % des filles et 2,6 % des garçons avaient expérimenté des champignons, contre respectivement 2 et 4,5 % actuellement.

Les médicaments psychotropes

Au cours des dix dernières années, en population générale adulte, les critères de consommation indiquent une relative stabilité de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques. La consommation de médicaments est à prédominance féminine, mais elle s'accroît avec l'âge pour les deux sexes. La consommation d'antidépresseurs est en augmentation.

Les médicaments psychotropes susceptibles d'être détournés de leur usage sont nombreux ; il s'agit le plus souvent des benzodiazépines. Ils sont consommés pour leur effet ou associés aux opiacés ou à l'alcool. Les toxicomanes en font souvent des consommations massives. Aux doses thérapeutiques, le problème est souvent de faire la différence entre une consommation justifiée, répondant à une indication, et les mésusages de ces substances.

Définitions des concepts d'addiction et de toxicomanie

Entre le XIX^e siècle et aujourd'hui, l'évolution des concepts a suivi celle de la société et de la médecine. Actuellement, le terme "toxicomane" est délaissé, car marqué par l'image d'une personne qui utilise des produits toxiques et bafoue l'interdit social : le toxicomane délinquant laisse la place à la représentation d'une personne malade, en état de souffrance psychologique, médicale et sociale. L'apparition du sida, ayant touché un grand nombre de toxicomanes injecteurs, et la médicalisation des prises en charge par les produits de substitution ont favorisé cette nouvelle perception de victimes à protéger et à soigner.

La dépendance devient la notion centrale de la problématique des addictions.

Celles-ci regroupent l'ensemble des conduites de dépendance, avec ou sans substance (trouble des conduites alimentaires, jeu pathologique, etc.).

Les modèles théoriques

Comprendre l'application des TCC aux troubles addictifs nécessite tout d'abord une présentation globale des modèles théoriques du comportement et de la cognition, puis l'application de ces modèles à la toxicomanie et, enfin, l'explication des principes et des techniques thérapeutiques utilisés en TCC.

Les modèles comportementaux

Ils se réfèrent aux théories de l'apprentissage pour expliquer l'acquisition et le maintien d'un comportement.

Le conditionnement classique, pavlovien ou répétant

Décrit par Pavlov, ce conditionnement consiste dans le déclenchement d'une réponse (la salivation) par l'association répétée d'un stimulus conditionnel (un son) précédant un stimulus inconditionnel (la nourriture). La répétition de cette association son-nourriture forme un apprentissage au terme duquel le son seul suffit pour déclencher la réponse de salivation.

Le conditionnement opérant, Skinnerien ou instrumental

Mis en évidence par Skinner, l'élément fondamental de cet apprentissage est l'action exercée par le sujet sur son environnement. Il s'agit d'un apprentissage par les conséquences de l'action. Ces conséquences seront sélectionnées selon leur effet positif ou négatif : on parle alors de renforcement. L'intervention active du sujet peut être renforcée positivement (le comportement a de grandes probabilités de se répéter) ou négativement (action d'évitement). Les renforçateurs peuvent être primaires (biologiquement nécessaires) ou secondaires (de nature sociale (approbation), symbolique (argent, médaille) ou conditionnelle (échangeable contre des renforçateurs matériels).

Lorsque le comportement n'est suivi d'aucune conséquence, d'aucun renforcement, il disparaît progressivement : on parle d'extinction du comportement.

Pour appliquer ce modèle à la toxicomanie, la consommation répétée d'une substance peut être considérée comme un comportement maintenu par ses conséquences : le produit est un renforçateur positif du comportement de par les effets gratifiants qu'il procure.

L'apprentissage social

Cette théorie, élaborée par Albert Bandura, est un apprentissage actif par l'observation et l'imitation d'un modèle. Celui-ci peut être réel, symbolique ou imaginaire. On parle d'apprentissage vicariant, car le sujet est actif dans son apprentissage : il existe en effet un processus de conditionnement opérant dans lequel le renforcement est primordial, car le sujet observe chez son modèle la conséquence de son comportement. Si celui-ci est renforcé positivement, le sujet observateur aura alors tendance à l'imiter.

Cette technique thérapeutique est utilisée dans le traitement des phobies où on montre au patient un modèle (le thérapeute ou un patient) qui réagit correctement aux difficultés qu'il rencontre.

Le modèle cognitif

La cognition se définit comme l'acquisition et l'utilisation de la connaissance. Le modèle cognitif est celui du traitement de l'information : un sujet perçoit et traite les informations en fonction de schémas cognitifs acquis. Les schémas sont des représentations de nos connaissances et des expériences antérieures. Ils sont des structures inconscientes, stockées dans la mémoire à long terme. Ils gèrent toutes les étapes du traitement de l'information : ils filtrent, organisent et donnent un sens aux informations, ce qui induit de l'émotion. Ces schémas constituent les structures de base de l'organisation cognitive. Celle-ci est hiérarchique : on distingue les schémas de base, les constellations (lorsque les schémas partagent des éléments communs et forment un thème) et les modes (niveau d'organisation supérieure, le

mode est une façon caractéristique de traiter l'information).

Chaque trouble psychopathologique est dominé par un mode : on parle de mode dépressif ou de mode anxieux. Ce qui différencie les individus normaux des cas pathologiques, c'est le niveau d'activation des schémas : trop sollicités, ils deviennent rigides et envahissent la pensée.

Les processus cognitifs transforment ces informations en événements cognitifs (pensées, images mentales) qui interagissent avec les comportements. Parmi tous ces processus cognitifs, certains peuvent devenir dysfonctionnels pour diverses raisons et entraîner des distorsions cognitives, des erreurs de raisonnement. Ces erreurs amènent le sujet à manifester des comportements inadaptés.

Les modèles théoriques de la toxicomanie

Au niveau comportemental, ce sont les mécanismes du conditionnement opérant qui maintiennent le trouble : les propriétés renforçantes du toxique étant un des facteurs de répétition du comportement. Les autres facteurs de déclenchement et de maintien des comportements acquis sont étudiés lors de l'analyse fonctionnelle en début de thérapie.

Au niveau cognitif, plusieurs modèles proposent des explications sur le maintien du comportement addictif au travers de l'analyse des pensées et des croyances liées à la consommation. Deux modèles, les plus cités, sont présentés ci-dessous :
▶ Beck et al. (3) ont proposé un modèle cognitif de la dépendance : certaines personnes présenteraient tout d'abord une prédisposition à la toxicomanie. Ces sujets se caractérisent par une faible tolérance à la frustration, par de l'impulsivité, de l'anxiété, de la tristesse et un manque d'affirmation de soi. Cette perception négative de soi-même se traduit, sur le plan cognitif, par une pensée principale d'auto-dépréciation ; le produit toxique sert alors de remède, d'automédication, et la dépendance peut s'installer sur ce mode.

Trois types de croyances spécifiques, activées par le stress, se succèdent :

– les croyances anticipatoires liées aux attentes positives de la consommation du produit ;

– les croyances liées au soulagement de la consommation ;

– les croyances permissives donnant l'autorisation de consommer.

Dans un contexte de mal-être et très fréquemment de compulsion à consommer (le *craving*), l'anticipation du plaisir et du soulagement que la substance va apporter déclenche l'activation de la pensée permissive. Des stratégies d'action sont alors mises en œuvre pour trouver des toxiques.

Le système de croyances entretient le comportement addictif.

Des distorsions cognitives, participant au maintien du trouble, ont été relevées concernant le sevrage : les patients pensent que le sevrage provoque des effets secondaires intolérables ou qu'ils sont incapables de contrôler leur besoin. Un second modèle cognitif concerne la prévention de la rechute :

▶ proposé par Marlatt et Gordon (4), ce modèle global est fondé sur la notion de la perte du sens de l'efficacité personnelle, notion fréquemment retrouvée dans la dépression.

Ces auteurs décrivent quatre processus cognitifs :

– l'efficacité personnelle, qui renvoie à des cognitions concernant la capacité de l'individu de faire face avec compétence aux défis et aux situations à haut risque dans la vie. De hauts niveaux d'auto-efficacité seraient associés à l'abstinence, alors que les bas niveaux corrélent avec la rechute ;

– les attentes de résultats, qui sont les anticipations des conséquences qu'une activité de consommation ou d'abstinence pourrait avoir ;

– les attributions de causalité, qui réfèrent aux croyances de l'individu que l'usage d'une substance est à attribuer à des facteurs externes ou internes. Les attributions de causalité externe seraient prédicteurs de rechutes ;

– le processus de prise de décision, qui serait le résultat d'un ensemble de cognitions et de décisions.

Ce modèle de prévention des rechutes souligne l'importance de ne pas culpabiliser les manquements à l'abstinence pour ne pas précipiter une rechute complète. L'intervention thérapeutique consiste à identifier les situations à haut

risque, à travailler le style de *coping* (stratégies d'adaptation au stress) dans ces situations, à augmenter l'efficacité personnelle, à restructurer la perception sur les processus de rechute et à employer des techniques de contrôle des stimulus.

Principes et techniques thérapeutiques

Les techniques comportementales dans les addictions aux substances

▀ Le contre-conditionnement et l'inhibition réciproque : il s'agit de l'apprentissage d'un nouveau comportement incompatible avec une réponse, dans le but de briser le conditionnement. La relaxation, par exemple (nouveau comportement), est associée à la présentation progressive de stimulus anxiogènes ; le comportement de décontraction, incompatible avec l'anxiété, inhibe puis remplace cette réponse anxieuse.

▀ Le principe de l'exposition aux situations anxiogènes a pour objectifs de désensibiliser la personne de ses réponses physiologiques, émotionnelles et d'induire l'extinction du comportement. Différentes techniques d'exposition existent (de l'exposition systématique à l'immersion). Il s'agit d'affronter la situation anxiogène, en imagination et/ou en réalité, à des degrés de relaxation différents. Le but reste de s'exercer à la confrontation aux stimulus anxieux dans la réalité.

Pour la toxicomanie, l'analyse fonctionnelle dicte le type de désensibilisation à employer (si cette stratégie thérapeutique est choisie). On peut relaxer un patient tout en lui présentant en imagination et/ou en réalité des stimulus liés à son comportement addictif (de la drogue, un certain lieu) dans le but d'être moins impulsif, moins désireux face à ces stimulus.

▀ Le renforcement : il peut suivre immédiatement l'émission de la réponse ou être différé. La thérapie par renforcement positif augmente la fréquence d'apparition d'un comportement, alors que la thérapie aversive (quand un stimulus déplaisant est présenté comme conséquence d'un comportement) en diminue l'intensité ou la fréquence. Les stimulus aversifs peuvent être administrés

par autrui ou par le sujet lui-même.

▀ Le *feed-back* : notion appartenant au conditionnement opérant, ce principe de base vise à donner ou à recevoir des informations sur la performance de la conduite à améliorer. Cette rétroaction sert de renforçateur positif ou négatif.

▀ Entraînement aux compétences sociales ou affirmation de soi : le principe de cette méthode est l'expression de ses opinions, des sentiments et des besoins d'une façon affirmée, permettant des relations interpersonnelles plus satisfaisantes.

Les techniques cognitives

Méthode classique, la restructuration cognitive implique tout d'abord l'identification, l'évaluation, puis le remplacement des pensées automatiques. Le questionnement socratique permet le repérage des croyances et des distorsions cognitives. La validité de ces schémas de base est testée, puis le thérapeute et son patient mettent en place des pensées alternatives, pensées plus réalistes et mieux adaptées à la réalité.

Les notions d'attente et d'attribution de causalité représentent des exemples précis et concrets du travail cognitif. Après leurs évaluations, trois stratégies peuvent être utilisées dans les entretiens pour les modifier : la première concerne le changement du contenu de ces attentes par des techniques d'exposition et d'attribution de causalité ; la deuxième consiste en une réflexion sur la force et la valeur de ces attentes ; enfin, la dernière vise à trouver des alternatives de pensée à ces attentes, l'objectif à long terme étant le maintien du comportement d'abstinence en s'appuyant sur ces nouvelles réflexions (5).

Avant de présenter les résultats d'efficacité des TCC, il est important de rappeler que le moment de débuter une TCC dépend de l'itinéraire, de la clinique et du mode de vie du patient. Par exemple, pour les utilisateurs de crack très désocialisés, polytoxicomanes, sans domicile, ces thérapies représentent un espoir thérapeutique, mais elles ne peuvent s'envisager que lorsque le patient a retrouvé une certaine stabilité dans son mode de vie. Pour d'autres substances, en particulier les opiacés, les TCC sont

un atout complémentaire des prises en charge pharmacologiques et psychosociales classiques. Ces psychothérapies sont d'autant plus intéressantes pour la dépendance aux substances qui ne bénéficient pas d'aide pharmacologique actuelle (telles que le cannabis, le crack, etc.). Des prises en charge de ce type peuvent aussi aider à traiter les comorbidités psychiatriques associées.

Modalités et résultats des TCC dans les abus et dépendances aux substances psychoactives

Il n'existe actuellement aucune évaluation scientifiquement validée des TCC dans le domaine des troubles addictifs aux substances illicites. Les études menées apportant des résultats soulignent la nécessité d'être reproduites, car le nombre de sujets est insuffisant. Certaines études portent sur un cas unique.

Le cannabis

En 1988, 22 adultes volontaires ont participé à une thérapie aversive. Elle consistait en des séances de 50 minutes par jour pendant 5 jours consécutifs, suivies de conseil psychologique pour mener soi-même l'abstinence. Les résultats de cet essai clinique d'une durée totale de quatre semaines montrent que 90,5 % des sujets étaient abstinentes en fin de traitement et que 75 % avaient maintenu ce résultat 6 mois plus tard (6). L'évaluation de l'efficacité des interventions brèves en TCC (7) fut menée en 2001 sur 229 participants en comparant deux programmes, composés d'une ou six séances, avec un groupe contrôle. L'objectif étant l'abstinence et son maintien, les techniques utilisées ont été un programme de prévention de la rechute, des informations sur le cannabis, de la relaxation, des séances d'affirmation de soi, de la restructuration cognitive et des techniques de résolution de problèmes. Le groupe des six séances de TCC a permis une meilleure compliance au traitement, associée à une réduction

significative de la dépendance et des problèmes liés au cannabis. Cette étude montre l'efficacité des interventions brèves en individuel.

Deux autres études portant respectivement sur la représentation du cannabis chez 159 adolescents et sur les croyances liées à son usage (8, 9) montrent que la consommation et la dépendance sont liées aux croyances concernant cette substance : il existe un lien entre l'intensité des croyances et l'importance de la consommation. Ces croyances dysfonctionnelles sont donc une cible pour la prévention et pour le traitement cognitif. Dans la pratique clinique, des thérapeutes utilisent sans validation scientifique la relaxation, les techniques d'affirmation de soi, le renforcement positif et le *feed-back*.

Les stimulants : cocaïne, crack, amphétamines

Le programme de prévention des rechutes est beaucoup utilisé dans le traitement des addictions aux stimulants, en étant associé à d'autres techniques telles que la restructuration cognitive et le renforcement positif.

Des études portent sur des techniques pour motiver et garder les patients en thérapie : en 2001, une étude pilote (10) évalue les entretiens motivationnels chez 105 sujets en comparant un groupe de TCC avec ces entretiens et un autre groupe ne bénéficiant pas de cette approche : le groupe avec entretiens diminue davantage sa consommation, utilise plus les stratégies de *coping* et est plus apte à mener la cure de sevrage. Par ailleurs, l'ajout de la vidéo favorise l'engagement dans la thérapie, permet le dialogue et aide à l'acquisition de compétences sociales (11).

Deux études, menées en 1994 et en 1995, ont montré l'intérêt du renforcement positif et de la restructuration cognitive dans un programme de prévention des rechutes pour obtenir une réduction de la consommation de cocaïne chez des patients sous traitement de substitution (12, 13).

Une étude de 1996 centrée sur le travail cognitif, émotionnel et relationnel trouve que l'amélioration des relations interpersonnelles représente le domaine le plus efficace pour la diminution de la consommation (14).

Enfin, une étude de 1999 compare

l'efficacité de différents traitements avec 87 patients. Les auteurs ont formé trois groupes : le premier consiste en de l'assistance psychosociale et des conseils sur les drogues en individuel et en groupe ; le deuxième suit une TCC et des séances de conseils en groupe ; le troisième se compose d'une thérapie favorisant l'expression et des séances de conseil en groupe. Évalués à partir de l'échelle *Addiction Severity Index Drug Use Composite*, les résultats montrent une efficacité supérieure des techniques du premier groupe par rapport aux autres modalités de traitement (15).

Pour le traitement des abus et dépendances aux amphétamines, une étude datant de 2001 évalue l'efficacité des interventions brèves en TCC comparées à un groupe contrôle. Ces interventions se composent d'entretiens motivationnels, d'entraînement à des compétences pour affronter l'évitement, de travail sur le contrôle du *craving* et le style de *coping* et enfin, un programme de prévention de la rechute. Les résultats vont dans le sens de la faisabilité et de la supériorité des TCC : comparés au groupe contrôle, les sujets sont significativement plus abstinent six mois après le traitement (16).

En 2000, un article didactique propose comme techniques l'information sur la substance et la responsabilisation du sujet par les moyens de l'auto-observation et de l'auto-évaluation (17).

Les résultats de l'ensemble de ces protocoles ne vont pas tous dans le sens de la supériorité des TCC, mais ces travaux n'étant pas validés, il est difficile de se prononcer sur la conduite thérapeutique à tenir.

Les opiacés

En 1992, une revue de la littérature a été réalisée sur l'utilisation des techniques en TCC lors du traitement des sujets dépendants aux opiacés (18).

Parmi les techniques comportementales, l'importance de structurer et de gérer le temps avec ces patients s'effectue par l'agenda. Celui-ci permet aussi la mise en place des comportements alternatifs et le suivi des tâches à domicile. Les activités qui augmentent le plaisir et la maîtrise sont utilisées ainsi que la résolution de problèmes. Les comportements

allant à l'encontre de l'impulsion à consommer et de la recherche de drogue doivent être renforcés. Sur le plan cognitif, la restructuration est très employée.

Depuis 1998, de nombreuses études ont été menées avec des polytoxicomanes (héroïne et cocaïne) sous traitement de substitution en travaillant essentiellement avec les techniques du renforcement positif pour obtenir le maintien de l'abstinence et améliorer la compliance au traitement. Preston et son équipe (19) appliquent en 1999 ce type de traitement en ambulatoire pendant douze semaines avec 59 patients. Les renforçateurs sont des bons échangeables pour obtenir un service. Trois groupes sont constitués : le premier reçoit un renforçateur après chaque dose de traitement de substitution consommé (naltrexone), le deuxième reçoit un renforçateur indépendamment de la consommation et le troisième n'en reçoit aucun. Le premier groupe a significativement respecté toute la durée du traitement et consommé plus régulièrement de la naltrexone que les deux autres groupes.

Ces résultats se trouvent confirmés par d'autres études similaires.

Sur le plan cognitif, une étude de 1998 (20) porte sur la mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez 43 héroïnomanes, et une thérapie cognitive de sept séances a été testée avec succès sur un patient. Les sujets et un groupe contrôle ont complété le questionnaire de croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanies : une différence significative existe entre ces deux groupes de sujets concernant les trois types de croyances. Les scores élevés des toxicomanes traduisent une forte adhésion à la croyance proposée. Le patient ayant suivi la thérapie cognitive obtient en fin de traitement des scores au questionnaire correspondant à ceux du groupe contrôle. Les auteurs notent que la croyance soulageante a le plus fortement diminué, c'est-à-dire que le schéma "il faut que je prenne de l'héroïne pour me sentir mieux" a été nettement nuancé, voire remplacé par d'autres pensées. Les auteurs précisent également qu'il faudrait contrôler l'évolution des schémas selon le type de produits consommés et les années de

dépendance. En effet, certains toxicomanes pourraient être caractérisés par des schémas spécifiques, par la présence exclusive d'un schéma d'anticipation, par exemple.

Les hallucinogènes

Il ne semble pas exister de modèle spécifique à la consommation de produits hallucinogènes.

Une étude datant de 1978 (21) a expérimenté un traitement en groupe de onze adolescents usagers de LSD. D'une durée de onze séances réparties sur six semaines, la technique employée fut la sensibilisation couverte (la technique est auto-aversive, le comportement et les conséquences à faire disparaître sont imaginés par le sujet). Dix-huit mois après ce traitement, cinq sujets sur les onze avaient rechuté.

Certains thérapeutes emploieraient la relaxation et d'autres techniques comportementales, mais celles-ci ne sont pas actuellement validées.

Les hypnotiques, les sédatifs et les anxiolytiques

Il semble que peu d'études en TCC aient été menées dans ce domaine.

Une étude de 1996 (22) s'est intéressée aux liens unissant cette consommation de substances avec le style de *coping* et l'impact des événements de vie. Après plusieurs évaluations, il semble que la prise de conscience du problème et le travail sur les différentes possibilités de s'adapter à des situations difficiles sans avoir recours à ces produits produisent des effets bénéfiques. Les auteurs concluent l'étude en suggérant de travailler sur les aspects cognitifs, comportementaux et affectifs des styles de *coping* employés par les patients.

Conclusion

Les TCC sont appliquées avec succès dans les troubles addictifs tels que l'anorexie-boulimie ou l'alcoolisme. Leur application au domaine de la toxicomanie n'a intéressé que tardivement les thérapeutes. Diverses explications peuvent être avancées, mais il est certain que les toxicomanes, auparavant perçus comme des déviants, ne consti-

tuaient pas une priorité par rapport à d'autres malades à soigner. L'abord du toxicomane en tant que patient, l'augmentation de la consommation de certaines substances telles que l'ecstasy, la cocaïne ou le crack, la prise de conscience des troubles psychiatriques associés ou secondaires à ces consommations ont accéléré la réflexion sur la prise en charge de ces personnes. Les TCC se développent dans un contexte d'évaluation et de validation de certaines techniques. Elles doivent s'adapter à ce type de population ainsi qu'à leurs difficultés spécifiques. Des études sont menées pour garder les patients et les traiter ; les entretiens de motivation, le programme de prévention des rechutes, le renforcement positif, la restructuration cognitive et l'affirmation de soi semblent assez probantes. La validité scientifique de ces méthodes, dans le domaine de la toxicomanie, est à venir, et les TCC restent une voie de traitement encourageante pour les patients et les thérapeutes. ■

Références

1. Association américaine de psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e éd.). Washington, 1994.
2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances, 2002. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD 2001 : 69.
3. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York : Guilford Press, 1993.
4. Marlatt A, Gordon J. Relapse prevention. New York : Guilford Press, 1985.
5. Brown S. Drug effect expectancies and addictive behavior change. *Experimental Clin Psychopharmacol* 1993 ; 1 : 55-67.
6. Smith JW, Schmeling G, Knowles PL. A marijuana smoking cessation clinical trial utilizing THC-free marijuana, aversion therapy, and self-management counseling. *J Subst Abuse Treat* 1998 ; 5 (2) : 89-98.
7. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001 ; 21 (2) : 55-64.
8. Massot E, Callahan S, Fremolle J et al. Représentations du cannabis, mode de consommation et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs. In : 29^{es} Journées scientifiques de TCC (hors-série). JTCC 2001 ; 11 : 11.
9. Chabrol H, Massot E, Chouicha K et al. Étude du questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanes dans l'usage du cannabis à l'adolescence. JTCC 2001 ; 11 (3) : 105-8.
10. Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM et al. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients : a pilot study. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 (5) : 858-62.
11. Seligman M, Foote J et al. Video techniques with chemically-dependent patients. *Subst Use Misuse* 1996 ; 31 (8) : 965-1000.
12. Foote J, Seligman M, Magura S et al. An enhanced positive reinforcement model for the severely impaired cocaine abuser. *J Subst Abuse Treat* 1994 ; 11 (6) : 525-39.
13. Lovejoy M, Rosenblum A, Magura S et al. Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1995 ; 12 (4) : 269-82.
14. Bell DC, Richard AJ, Feltz LC. Mediators of drug treatment outcomes. *Addict Behav* 1996 ; 21 (5) : 597-613.
15. Crits-Christoph P, Siqueland L et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence : National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 (6) : 493-502.
16. Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001 ; 96 (9) : 1279-87.
17. Morel A. Modes d'approche et de prise en charge des usagers de psychostimulants. *Alcoologie et addictologie* 2000 ; 22 (4) : 319-24.
18. Baranackie K, Crits-Christoph P, Kurcias JS. Therapist techniques used during the cognitive therapy of opiate-dependent patients. *J Subst Abuse Treat* 1992 ; 9 (3) : 221-8.
19. Preston KL, Silverman K et al. Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. *Drug Alcohol Depend* 1999 ; 54 (2) : 127-35.
20. Tison PH, Hautekeete M. Mise en évidence des schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. JTCC 1998 ; 8 (2) : 43-9.
21. Duehn WD. Covert sensitization in group treatment of adolescent drug abusers. *The International Journal of the Addictions* 1978 ; 13 : 485-91.
22. Bish A, Golombok S et al. The role of coping strategies in protecting individuals against long-term tranquilizer use. *Br J Med Psychol* 1996 ; 69 (2) : 101-15.