

Les 10 aspects les plus importants concernant l'addiction

Doug Sellman

Professor of Psychiatry and Addiction Medicine, National Addiction Centre (NAC), Christchurch, New Zealand. E-mail: doug.sellman@otago.ac.nz
Mars 2009 Society for the Study of Addiction *Addiction*

Traduction Dr Christophe BARON

Résumé

Si l'on vous demandait « Quelles sont les choses les plus importantes à propos de l'addiction ? », que diriez-vous ? En réponse à une telle question, cet article rassemble des connaissances provenant de disciplines multiples et classées en une liste de 10 points sur l'addiction: (1) l'addiction est fondamentalement un comportement compulsif ; (2) l'origine de la recherche compulsive de drogue est située hors de la conscience ; (3) l'addiction est environ 50 % hérédité et 50 % complexité ; (4) la plupart des gens présentant une addiction et consultant pour de l'aide ont aussi d'autres problèmes psychiatriques ; (5) l'addiction est un problème chronique avec rechutes chez la plupart des personnes consultant pour de l'aide ; (6) les différentes techniques de psychothérapie semblent produire les mêmes résultats ; (7) « Revenez quand vous serez motivé(e) » n'est plus une réponse thérapeutique acceptable de nos jours ; (8) plus le traitement entrepris est individualisé et diversifié, meilleurs en seront les résultats ; (9) les épiphanies sont difficiles à fabriquer ; et (10) le changement prend du temps. L'article conclut par un appel à l'unité entre les acteurs du combat contre ce problème afin d'utiliser les connaissances déjà disponibles de manière plus efficace pour l'amélioration des patients souffrant de troubles addictifs.

Mots clés : Addiction, co-morbidité, compulsion, enthéogènes, connaissance, changement de mode de vie, entretien motivationnel.

Introduction

Cet article propose une liste des 10 aspects qui ont émergé au cours des trois ou quatre dernières décennies à propos de l'addiction et qui forment une vue d'ensemble des éléments que je pense être les plus importants et utiles pour la pratique de son traitement ou comme base de travaux de recherche. Cette liste n'a pas pour ambition d'être exhaustive, elle est naturellement orientée vers les travaux des acteurs du domaine qui ont le plus influencé notre groupe de travail. Si vous deviez ne retenir que les 10 éléments les plus importants sur l'addiction, votre liste serait-elle similaire à celle qui suit ?

I) L'ADDICTION EST FONDAMENTALEMENT UN COMPORTEMENT COMPULSIF

Un élément clé pour comprendre l'addiction est la façon dont le comportement de quelqu'un associé à divers objets d'addiction (alcool, autres drogues, jeu, sites internet pornographiques, etc.) devient de plus en plus compulsif. Bien que partiellement comprise sur le plan neurobiologique, la flexibilité normale du comportement humain, guidée par le « pouvoir supérieur » du néocortex [5] semble devenir de plus en plus diminuée vers un état déshumanisé de comportement compulsif, le répertoire « collant » du comportement habituel du mode de vie addictif, relayé par un « circuit compulsif » (noyau accumbens, pallidum ventral, cortex thalamique et orbito-frontal) [6] Il y a 30 ans, le concept diagnostique d'addiction (dépendance) dans le DSM-III était centré sur la neuroadaptation aux médicaments. Ce concept américain traditionnel a été revu dans le DSM-III-R en un concept bien plus proche d'un concept britannique antérieurement décrit [9], centré sur un syndrome comportemental comprenant perte de contrôle, saillance et neuro-adaptation, mais aussi comportement compulsif mis en évidence par la persistance de consommation de drogue malgré la connaissance de ses conséquences négatives au niveau médical et psychologique. Un enjeu pour l'avenir est de comprendre l'origine de la compulsivité au niveau neuro-chimique, pas seulement envers les drogues, mais pour l'ensemble des comportements addictifs émergents, et qui plus est d'arriver à mesurer la compulsivité de manière plus précise. Un outil comme l' Obsessive Compulsive Drinking Scale (Echelle du Buveur Obsessionnel Compulsif) [10] est un bon début, mais à terme un outil nécessite d'être en accord avec les avancées neurobiologiques de même qu'avec les caractéristiques psycho-comportementales du comportement compulsif.

II) L'ORIGINE DE LA RECHERCHE COMPULSIVE DE DROGUE EST SITUEE HORS DE LA CONSCIENCE

Le comportement addictif semble impliquer des mécanismes en dehors de la conscience du malade par lesquels des signaux sont enregistrés et exécutés par des régions primitives du cerveau avant que la conscience ne se produise. Le noyau accumbens, une structure limbique clé de ces zones primitives, met le comportement de recherche de drogue en action [11], et donc la « prise de décision » peut être considérée comme produite sans initiation consciente. Ce supposé processus bouleverse le point de vue traditionnel selon lequel les gens exercent leur « libre arbitre » pour prendre de la drogue [12]. Le « plein gré » [13], impliquant sans doute un fonctionnement orbito-frontal sain [14], est une demi seconde après la « décision », étant donné le délai nécessaire d'une demi seconde pour « démarrer » la conscience dans le cerveau humain en réponse à des signaux [15]. Cependant, l'importance de ce délai habituel d'une demi seconde entre ce qui a déjà été « décidé » et la prise de conscience est accentuée chez les personnes ayant une addiction car le déclenchement du comportement de recherche de drogue suit un schéma bien rodé de comportement compulsif, court-circuitant la capacité de changer de cap quand les conséquences négatives attendues sont finalement réalisées. Le fonctionnement optimal du cerveau humain, avec toutes ses imperfections [16] est compromis par l'addiction.

III) L'ADDICTION EST ENVIRON 50% HEREDITE & 50% COMPLEXITE

Il y a 30 ans, il a été démontré que l'alcoolisme étant un grave trouble familial [17]. Sur cette fondation, une somme importante de littérature incluant des études de jumeaux, de demi-frères et sœurs, et d'enfants adoptés a démontré ensuite que la dépendance à l'alcool est un trouble influencé par la génétique pour l'homme comme pour la femme, avec un caractère héréditaire estimé allant de 40 à 60% [18,19]. Le développement de modèles animaux a renforcé le concept selon lequel l'addiction est un trouble influencé par la génétique [20]. De plus, des estimations d'héritabilité pour les addictions à d'autres drogues ont ensuite été évaluées de 0.4 pour les hallucinogènes à 0.7 pour la cocaïne et un peu plus de 0.5 pour l'alcool [21], et le concept selon lequel l'addiction est une « maladie génétique complexe » [22] impliquant de nombreux facteurs génétiques et environnementaux est devenu le paradigme dominant.

Cependant, il y a 30 ans les influences environnementales semblaient d'une complexité presque impossible à appréhender dans l'étiologie de l'addiction, étant donné la multitude de facteurs potentiels, allant de la vie intra-utérine aux traumatismes et aux privations de la petite enfance, aux familles défavorisées, aux influences de pairs à l'adolescence, aux attitudes sociales et aux politiques publiques. En revanche, avec la cartographie du génome humain au tournant du 21^{ème} siècle, la génétique moléculaire semblait audacieuse, claire et porteuse d'espoir, avec la promesse que la base génétique de nombreuses maladies, y compris l'addiction, serait rapidement révélée et qu'une nouvelle génération de traitements basés sur la génétique verrait le jour. La structure tridimensionnelle précoce de la personnalité [23], soulignant respectivement l'activation, l'inhibition et le maintien comportemental, évoquait la possibilité qu'il y ait peut-être trois influences génétiques clés dans les facteurs familiaux habituels associés aux addictions [24] qui sont basés sur l'humeur. Cependant, le rêve d'une compréhension rapide de la génétique de l'addiction ne s'est pas réalisé, et l'espoir d'une poignée de gènes impliqués s'est étendu à « des centaines » avec la complexité de la génétique, comprenant de multiples gènes liés, de multiples variants fonctionnels et des processus épigénétiques [25,26]. Les gènes et l'environnement ne sont plus considérés comme des entités séparées, mais comme intimement interconnectés dans un continuum du mystère de la vie.

IV) LA PLUPART DES GENS PRESENTANT UNE ADDICTION ET CONSULTANT POUR DE L'AIDE ONT AUSSI D'AUTRES PROBLEMES PSYCHIATRIQUES

Il est quelque part inhabituel de rencontrer une personne se présentant en consultation externe d'addictologie pour des problèmes d'addiction seuls. En Nouvelle Zélande, l'importance de la co-morbidité psychiatrique, avec un niveau de co-incidence de troubles psychiatriques bénins dans les services de consultations externes de ville à 74%, en fait une règle plutôt qu'une exception [28], les trois pathologies les plus fréquentes étant la phobie sociale, la dépression caractérisée et le stress post-traumatique. C'est le même ordre de grandeur de prévalence qu'on trouve dans d'autres études systématiques de patients consultant en addictologie en Scandinavie et au Royaume Uni, où 75 à 85% de ceux consultant pour un problème d'alcool et 75 à 90% de ceux consultant pour un problème de drogue autre que l'alcool ont aussi des problèmes psychiatriques [29,30].

En contraste avec cela, les trois plus grands essais randomisés de ces 30 dernières années dans notre domaine, le projet MATCH [31], les études UKATT [32] et COMBINE [33], ont tous été menés avec des critères d'exclusion qui auraient exclus de nombreuses personnes ayant des troubles psychiatriques qui sont monnaie courante en service d'addictologie : les personnes avec multi-toxicomanies, celles avec des troubles psychiatriques nécessitant traitement, y compris les psychotiques, et les personnes en situation de précarité. Il existe donc un décalage de crédibilité entre les résultats des études les plus importantes (et les

plus coûteuses) dans le domaine, et les difficultés du travail sur le traitement de l'addiction dans la vie [34]. Une priorité des recherches futures sur le traitement des addictions doit être que les critères d'inclusion/exclusion produisent des échantillons de population plus fiables, particulièrement en termes de troubles psychiatriques co-existants.

V) L'ADDICTION EST UN PROBLEME CHRONIQUE AVEC RECHUTES CHEZ LA PLUPART DES PERSONNES CONSULTANT POUR DE L'AIDE

L'abstinence est maintenant une base bien établie de guérison des problèmes sévères avec l'alcool, étayée par l'éditorial fondateur d' *Addiction* en 1995 qui effaça 25 ans de recherches sur la modération dans l'alcoolisme [35]. Cependant, bien que jusqu'à un tiers des personnes alcooliques dépendantes vont réussir à devenir abstinentes à court ou moyen terme en suivant un traitement [36-38], la persistance de l'abstinence d'alcool chez celles alcooliques dépendantes, ou l'abstinence d'autres drogues dans d'autres addictions, est relativement inhabituelle à long terme. En fait, moins de 10% des gens avec addiction (dépendance à l'alcool/dépendance aux opiacés) auront une abstinence persistante à long terme après traitement [39]. La majorité des personnes ayant une addiction ont un cheminement chronique avec rechutes de leur maladie, bien que nombre d'entre elles traversent des périodes significatives de stabilisation et d'amélioration le long de leur trajet.

L'addiction en tant que « trouble chronique avec rechutes » a été étayée par une comparaison illustrative avec trois maladies organiques chroniques : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et l'asthme [40]. Des fréquences similaires de récurrence de symptômes et de rechutes sont trouvées entre ces trois maladies classiques et l'addiction, de même que des taux similaires d'adhésion au traitement, particulièrement dans le domaine du changement de mode de vie où moins de 30% des patients atteints de ces trois maladies adhèrent aux prescriptions diététiques et/ou aux conseils de changement de comportement visant à améliorer leur état de santé. La place de l'addiction comme simple maladie parmi un éventail de maladies liées au mode de vie contemporain est bien établie sur le plan conceptuel et phénoménologique, mais le niveau d'expression d'attitudes humanitaires positives envers les gens souffrant d'addiction reste bas par rapport à ceux souffrant d'autres maladies chroniques. La guérison miraculeuse (abstinence continue à long terme) est encore considérée comme la norme par les personnes s'engageant dans le traitement de l'addiction, non seulement par le grand public, mais aussi par de nombreux professionnels du domaine. Les attentes irréalistes inhibent probablement les personnes pour consulter une première fois pour de l'aide, mais qui plus est les dissuade de re-consulter quand survient une récurrence.

VI) DIFFERENTES TECHNIQUES DE PSYCHOTHERAPIE SEMBLENT PRODUIRE LES MEMES RESULTATS

Avant l'avènement d'une nouvelle génération de médicaments anti-« craving » (*envie extrême de consommer et de ressentir les effets du produit, ndt*) [41,42], le traitement de l'addiction était dominé par les méthodes d'intervention psycho-sociales. Deux décennies réellement fascinantes de recherche sur le traitement psychologique de l'addiction ont maintenant passé, ciblées sur l'alcool-dépendance et comprenant quatre principales psychothérapies : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie de facilitation en 12 étapes (TF12), la thérapie par renforcement motivationnel (TRM), et la thérapie sociale et comportementale en réseau (TSCR). Le projet MATCH, « le plus grand, le plus statistiquement puissant des essais de psychothérapie jamais conduit », a ouvert le chemin avec 1726 patients randomisés pour recevoir soit une TCC, une TF12 ou une TRM. En terme d'effets thérapeutiques, il n'a pas été montré de différences significatives entre ces différentes techniques [31]. Deux études ultérieures se sont montrées très instructives. Une initiative britannique a entrepris un essai thérapeutique tout autant ambitieux dans l'alcool-dépendance en comparant TRM et TSCR chez 742 patients. Des résultats similaires ont été obtenus : pas de différences significatives dans les résultats thérapeutiques malgré l'application de méthodes de psychothérapie assez différentes [32]. Ici en Nouvelle Zélande la même TRM que celle utilisée dans les études MATCH et UKATT a été testée versus deux autres groupes contrôles : une psychothérapie placebo consistant en une « écoute réflexive non directive » (ERND) et un groupe sans traitement [43]. Contre toute attente, les groupes ERND et sans traitement se sont montrés similaires en efficacité mais tous les deux moins efficaces que la TRM.

Cependant, toutes ces études excluaient de nombreux patients avec des troubles psychiatriques coexistants ou ciblaient des cas peu sévères, renforçant le besoin de recherche en psychothérapie plus proche de la réalité [34]. Néanmoins, Jim Oxford a raison à propos du besoin d'un changement radical dans la manière dont les psychothérapies de l'addiction sont conceptualisées [44] afin d'aller plus loin que de simples contributions à la somme de résultats négatifs importants ; et Jerome Frank (1909-2005) peut encore être entendu depuis outre-tombe sur le fait que les résultats probants de psychothérapies disparates implique un éventail de facteurs communs : « Premièrement nous devons acquérir une meilleure compréhension des interactions entre patients, thérapeutes, cadres thérapeutiques et raisonnement thérapeutique qui éveillent les espoirs des patients, leur procurent des expériences positives, les éveillent

émotionnellement et proposent des solutions alternatives à leurs problèmes » [45]. Montrer des qualités d'amitiés telle qu'être flexible, honnête et digne de confiance, et être intéressé et chaleureux, de même qu'avoir des compétences thérapeutiques telles que l'exploration, la réflexion, de bonnes qualités d'interprétation, une expression facilitante des affects et être affirmatif, sont la base pour former de solides alliances thérapeutiques [46]. Les solides alliances thérapeutiques sont à leur tour de forts facteurs prédictifs de l'implication et du maintien des patients en thérapie, y compris chez ceux avec co-morbidité psychiatrique [47], si l'on prend en compte les différences inhérentes respectives entre hommes et femmes en terme de besoins utilitaires et d'empathie [48].

VII) « REVEZ QUAND VOUS SEREZ MOTIVE » N'EST PLUS UNE REPONSE THERAPEUTIQUE ACCEPTABLE

Bien que jamais formellement adoptée comme une réponse appropriée aux besoins de ceux qui se débattent avec leur comportement compulsif ou, plus vraisemblablement, n'ont pas effectué le premier pas vers le processus du changement, la remarque de rejet « revenez quand vous serez motivé(e) » (et/ou « quand vous aurez touché le fond ») a longtemps été répandue dans les services de soins. Cependant, les temps ont changé, et il n'y a pas plus influent défenseur contemporain de l'importance de commencer le traitement là où en est le patient plutôt que là où le thérapeute veut qu'il soit, que Bill Miller ; à travers le développement de l'entretien motivationnel (EM) [49], incorporant le modèle des étapes du changement de Prochaska & DiClemente [50,51], et s'appuyant bien sûr sur l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers [52]. L'EM a apporté un changement capital dans l'approche de l'aide à la personne souffrant d'addiction au cours des dernières décennies, de stratégies de confrontation brutale vers des approches douces d'écoute, en particulier aux USA où les modèles de confrontation étaient prépondérants. Au cours de cette période le traitement de l'addiction et l'entretien motivationnel sont devenus aussi synonymes entre eux que le traitement de l'addiction et les programmes en 12 étapes, et l'EM a maintenant été étudié dans des dizaines d'essais thérapeutiques randomisés sur un large éventail de problèmes humains [53,54]. Le point de départ du travail thérapeutique est l'implication à travers une relation humaine empathique et respectueuse, qui prend en compte le degré de préparation au changement de la personne. Les cliniciens vont varier dans leur capacité à voir le monde à travers les yeux de leurs patients, néanmoins l'expérience et l'expression de l'empathie ont été démontrées comme étant des compétences qu'on peut apprendre [55]. En parallèle à ces méthodes de renforcement motivationnel à travers une relation thérapeutique, est apparue une prise de conscience croissante qu'un certain nombre de pressions sociales externes pouvaient aussi être utiles dans l'assistance des personnes à s'engager dans un traitement et à changer leur comportement addictif [56]. Cependant, le traitement de l'addiction n'est pas différent de n'importe quelle autre intervention sur un problème de santé en termes d'importance du maintien d'un haut niveau d'exigence éthique, et particulièrement en ce qui concerne le consentement éclairé au traitement [57]. L'expertise du traitement de l'addiction doit être applicable aux patients les plus sévères et les plus compliqués qui consultent pour de l'aide, faute de quoi la spécialité addictologie sera vue comme vaine et manquant de crédibilité. Les modèles efficaces doivent être applicables à ceux avec des pathologies mentales coexistant avec l'addiction autant qu'ils le sont à ceux qui ont des problèmes d'addiction plus légers et moins compliqués. Le travail d'Osher & Koefeld [58] se distingue à ce sujet, avec un modèle qui combine des méthodes pragmatiques internes et externes d'implication, de persuasion et de prévention de rechutes dans l'assistance à la personne avec problèmes complexes.

VIII) PLUS LE TRAITEMENT ENTREPRIS EST INDIVIDUALISE ET DIVERSIFIE, MEILLEURS EN SERONT LES RESULTATS

Il n'y a pas que dans le domaine du traitement de l'addiction que des groupes de professionnels différents s'affrontent quand à la nature des problèmes pour lequel les gens consultent et quand à la meilleure façon d'intervenir sur ces problèmes. Un exemple fréquent est de savoir si les difficultés d'une personne devraient être considérées via un diagnostic catégorisé ou via une formulation individualisée. Comme bien d'autres conflits conceptuels comme celui-ci, c'est une dichotomie erronée, car les deux peuvent utilement contribuer à une compréhension complète d'un patient consultant pour des problèmes en relation avec une addiction, pour renseigner un plan complet de traitement. Un service engagé dans de tels conflits conceptuels, ou manquant d'expertise clinique diversifiée, peut être limité de manière importante dans l'assistance qu'il apporte aux patients souffrant d'addiction.

La nouvelle génération de médicaments anti-« craving » apporte la puissance de l'approche médicale nomothétique du traitement de l'addiction impliquant de faire des diagnostics et d'en instaurer leur traitement, s'additionnant ainsi à la gamme des traitements de substitution qui restent l'intervention spécifique la plus efficace pour les personnes dépendantes aux opiacés [59] ou à la nicotine [60,61]. Cependant, cela ne devrait jamais remplacer l'approche idéographique vitale qui consiste à se mettre à l'écoute de l'unicité de chaque individu et à élaborer un plan ensemble. Des solutions pratiques à des

problèmes sociaux sont souvent incluses dans ce plan, comme un logement, une aide juridique, une orientation professionnelle, de même qu'une orientation spécialisée pour des problèmes organiques ou psychiatriques spécifiques, ou des questions familiales. Plus un plan de traitement identifie les besoins diversifiés et individualisés d'une personne, plus il est efficace [62,63], et la gestion de cas cliniques est une manière efficace de s'assurer que les patients reçoivent ces aides [64].

IX) LES EPIPHANIES SONT DIFFICILES A FABRIQUER

Un des aspects les plus fascinants du travail dans le domaine du traitement de l'addiction, est l'expérience occasionnelle de guérison spectaculaire qui est souvent indépendante du traitement dans lequel s'est engagé le patient. L'expérience de Dieu de Bill Wilson, sous la forme d'un « éclair blanc » au milieu du désespoir de la désintoxication, après lequel il est dit qu'il n'a jamais plus bu un verre d'alcool [65], n'a pas seulement transformé sa vie, mais a eu aussi un effet profondément positif sur toute notre discipline, avec l'avènement des Alcooliques Anonymes comme groupe prototype d'entraide et le développement du programme en 12 étapes comme chemin spirituel vers la guérison. Cependant, les expériences de changement de vie spectaculaire sont difficiles à fabriquer.

L'acide lysergique diéthylamide (LSD) a été utilisé de manière intensive en Europe et aux USA pendant les années 50 et 60 [66], et la recherche systématique menée à la fin des années 60 a montré que ceux traités par LSD avait des résultats de traitement significativement meilleurs que ceux des groupes contrôles pendant les 3 premiers mois de traitement [67-69]. La psilocybine est peut être un hallucinogène utile à étudier comme autre « enthéogène » thérapeutique chez les personnes souffrant d'addiction [70] si on se fie à la démonstration de son impact significatif sur l'augmentation de la perception du sens de la vie chez les sujets sans addiction [71]. Menée par les Américains et basée sur la religion, la « Guerre à la Drogue », est cependant un obstacle à la pensée rationnelle et à la recherche sérieuse, ainsi qu'au développement de nouvelles technologies génératrices d'épiphanies comme celle-ci (*les épiphanies sont les manifestations du divin, ce qu'ont pourrait traduire aussi par miracles, ndt*). Il faut remarquer que des travaux venant de St Petersburg [72] sur la psychothérapie associée à l'administration de kétamine ont contribué à garder vivante cette voie de recherche sur le traitement de l'addiction. Où en serions-nous aujourd'hui si la recherche sur le LSD des années 50 et 60 avait continué avec la même intensité aux USA, avec les énormes ressources du National Institute on Drug Abuse (NIDA) et du National Institute on Drug Abuse and Alcoholism (NIAAA) ?

Guérir de l'addiction implique une réorientation pour aller d'une déception personnelle vers la recherche d'un idéal [5]. Cela requiert de trouver un nouveau sens et un nouvel espoir dans la vie, une expérience spirituelle qui pour certains est mieux décrite par « trouver Dieu ». La recherche de moyens d'aider les gens plus efficacement et de réorienter leur vie de manière prévisible est urgemment nécessaire pour combler le décalage entre les méthodes de traitement actuelles et la propre vision du monde des gens, leur interprétation personnelle des notions d'objectif et de sens des choses. La transformation des personnes souffrant d'addiction à travers une re-connexion avec leur monde ethnique et indigène est à un stade précoce d'investigation scientifique, menée par des travaux Néo-Zélandais [73].

X) LE CHANGEMENT PREND DU TEMPS

Avoir une épiphanie, ce qui réoriente la vision qu'une personne a d'elle-même et la resitue dans l'univers, est une chose, consolider ce nouvel éclairage avec un comportement durable dans la vraie vie en est une autre. La guérison de l'addiction n'est pas tellement le fait de changer l'avis de quelqu'un mais plutôt de changer le cerveau de quelqu'un. L'expression de gènes par le biais d'expériences thérapeutiques (formelles et informelles) doit produire suffisamment de synthèse protéique pour que le nouveau comportement en réponse aux signaux internes et externes commence à supplanter la réponse ancienne. C'est un processus progressif plutôt qu'un évènement unique [74], qui peut-être comparé à une évolution de carrière [75]. L'élément clé, c'est que ça prend du temps, qui se chiffre en mois plutôt qu'en jours ou semaines [76,77]. La guérison implique qu'une personne fasse des changements substantiels dans son « schéma général de vie » [39]. Il est donc utile de considérer la guérison en termes de changement de mode de vie, et pour ceux qui accèdent aux services d'addictologie ceci implique une supervision clinique laissant la place à une auto-supervision à travers quatre étapes :

- 1) Traitement (ramasser les morceaux d'une vie en échec) ;
- 2) Rééducation (échafauder le nouveau mode de vie) ;
- 3) Post-cure (s'entraîner au nouveau mode de vie) ; et
- 4) Auto-gestion (vivre le nouveau mode de vie) [78].

Une des clés pour réussir à guérir d'un comportement compulsif est d'avoir la patience de s'entraîner à pratiquer son nouveau comportement sur une longue période [79]. Les personnes souffrant d'addiction qui sont peu persévérantes [80] tireront bénéfice d'un thérapeute persévérant qui pourra prendre part au processus, valorisant réellement les petits progrès au long du cheminement et continuant malgré les déceptions.

RESUME ET CONCLUSIONS

Ces 10 points représentent un large balayage des connaissances sur l'addiction, allant des molécules au sens de la vie, qui ont émergé au cours des 40 dernières années. L'addiction implique un ensemble de comportements génétiquement influencés, qui deviennent de plus en plus compulsifs avec leur répétition, bien que la conscience ne soit pas particulièrement requise pour que l'apprentissage ait lieu. La plupart des gens consultant pour de l'aide ont des problèmes multiples, et la majorité d'entre eux vont par conséquent suivre un parcours chronique de leurs problèmes d'addiction avec des rechutes. Des traitements psychologiques variés semblent produire des résultats similaires, mais plus ils seront diversifiés et individualisés, meilleurs en seront les résultats. L'écoute empathique tient une place centrale dans l'amorce du processus de changement, mais le changement durable de mode de vie prend du temps, même chez ceux qui guérissent de l'addiction après une expérience en apparence miraculeuse de changement de vie. Il est clair que les professionnels actuels du traitement de l'addiction sont face au défi de réfléchir et développer des compétences dans de nombreux domaines, mais il est triste de constater que la scène internationale de l'addictologie continue d'être freinée par de continuels combats entre des courants différents. Les rivalités professionnelles et le manque de respect entre différents groupes, tels qu'entre chercheurs et cliniciens, médecins et physiologistes, neurosciences et sciences sociales, ville et hôpital, praticiens et gestionnaires, empêchent le progrès. Nous devons tous travailler plus dur pour nous élever au dessus de ces aspects reptiliens de notre nature humaine qui nous enferment dans des comportements protectionnistes et des positions compétitives afin que tout le savoir disponible soit utilisé plus efficacement pour le bénéfice de nos *tangata whaiora* (clients en Maori).

References

1. Kenny P. J. Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends Pharmacol Sci* 2007; **28**: 135–41.
2. Hyman S. E., Malenka R. C., Nestler E. J. Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annu Rev Neurosci* 2006; **29**: 565–98.
3. Everitt B. J., Robbins T. W. Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat Neurosci* 2005; **8**: 1481–9.
4. Lubman D. I., Yucel M., Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* 2004; **99**: 1491–502.
5. Sellman J. D., Baker M. P., Adamson S. J., Geering L. G. Future of God in recovery from drug addiction. *Aust NZ J Psychiatry* 2007; **41**: 800–8.
6. Koob G. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction* 2006; **101**: 23–30.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
9. Edwards G., Gross M. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *BMJ* 1976; **1**: 1058–61.
10. Anton R. F., Moak D. H., Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; **19**: 92–9.
11. Hammer R. P. Neural circuitry and signaling in psychiatry. Chapter 4. In: Kaplan G. B., Hammer R. P., editors. *Brain Circuitry and Signaling in Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002, p. 99–124.
12. Burns K., Bechara A. Decision making and free will: a neuroscience perspective. *Behav Sci Law* 2007; **25**: 263–80.
13. Obhi S., Haggard P. Free will and free won't. *New Sci* 2004; **92**: 358–65.
14. Schoenbaum G., Shaham Y. The role of orbitofrontal cortex in drug addiction: a review of preclinical studies. *Biol Psychiatry* 2008; **63**: 256–62.
15. Libet B., Gleason C. A., Wright E. W., Pearl D. K. Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential): the unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain* 1983; **106**: 623–42.
16. Kluge M. G. *The Haphazard Construction of the Human Mind*. London: Faber and Faber; 2008.
17. Cotton N. The familial incidence of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1979; **40**: 89–116.
18. Prescott C. A., Aggen S. H., Kendler K. S. Sex differences in the sources of genetic liability to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of US twins. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; **23**: 1136–44.
19. Hesselbrock M. N., Hesselbrock V. M., Epstein E. E. Theories of etiology of alcohol and other drug use disorders. Chapter 3. In: McCrady B. S., Epstein E. E., editors. *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1999, p. 50–72.
20. Li T. K., Lumeng L., Doolittle D. P. Selective breeding for alcohol preference and associated responses. *Behav Genet* 1993; **23**: 163–70.
21. Goldman D., Oroszi G., Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet* 2005; **6**: 521–32.
22. Edenberg H. J., Kranzler H. R. The contribution of genetics to addiction therapy approaches. *Pharmacol Ther* 2005; **108**: 86–93.
23. Cloninger C. R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; **236**: 410–6.
24. Bierut L. J., Dinwiddie S. H., Begleiter H., Crowe R. R., Hesselbrock V., Nurnberger J. I. et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine and habitual smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998; **55**: 982–8.
25. Kruglyak L. The road to genome-wide association studies. *Nat Rev* 2008; **9**: 314–8.
26. Ducci F., Goldman D. Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. *Addiction* 2008; **103**: 1414–28.
27. Ridley M. *Nature via Nurture: Genes, Experience and What Makes Us Human*. New York: HarperCollins; 2003.
28. Adamson S. J., Todd F. C., Sellman J. D., Huriwai T., Porter J. Co-existing psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; **40**: 164–70.
29. Tomasson K., Vaglum T. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; **92**: 378–85.
30. Weaver T., Madden P., Charles V., Stimson G., Renton A., Tyrer P. et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry* 2003; **183**: 304–13.
31. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997; **58**: 7–29.

32. UKATT Research Team Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *Br Med J* 2005; **331**: 541–6.
33. Anton R. F., O'Malley S. S., Ciraulo D.A., Cisler R. A., Couper D., Donovan D. M. *et al.* for the COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence: the COMBINE Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; **295**: 2003–17.
34. Humphreys K., Weingardt K. R., Horst D., Joshi A. A., Finney J. W. Prevalence and predictors of research participant eligibility criteria in alcohol treatment outcome studies, 1970–98. *Addiction* 2005; **100**: 1249–57.
35. Sobell M. B., Sobell L. C. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction* 1995; **90**: 1149–53.
36. Armor D., Polich J., Stambul H. *Alcoholism and treatment*. New York: John Wiley; 1978.
37. Edwards G., Orford J., Ebert S., Guthrie A., Hawker C., Hensman M. *et al.* A controlled trial of treatment and advice. *J Stud Alcohol* 1977; **38**: 1004–31.
38. Sellman J. D., Joyce P. R. Does depression predict relapse in the six months following treatment for men with alcohol dependence? *Aust NZ J Psychiatry* 1996; **30**: 573–8.
39. Vaillant G. E. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *Br J Addict* 1988; **83**: 1147–57.
40. McLellan A. T., Lew D. C., O'Brien C. P., Kleber H. D. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; **284**: 1689–95.
41. Volpicelli J. R., Alterman A. I., Hayashida M., O'Brien C. P. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; **49**: 876–80.
42. O'Malley S. S., Jaffe A. J., Chang G., Schottenfeld R. S., Meyer R. E., Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; **49**: 881–7.
43. Sellman J. D., Sullivan P., Dore G. M., Adamson S. J., MacEwan I. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2001; **62**: 389–96.
44. Orford J. Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction* 2008; **103**: 875–85.
45. Frank J. D. Common features of psychotherapy. *Aust NZ J Psychiatry* 1972; **6**: 34–40.
46. Ackerman S. J., Hilsenroth M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 2003; **23**: 1–33.
47. Meier P. S., Barrowclough C., Donmall M. C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005; **100**: 304–16.
48. Fiorentine R., Nakashima J., Anglin M.D. Client engagement in drug treatment. *J Subst Abuse Treat* 1999; **17**: 199–206.
49. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change*. New York: Guilford Press; 2002.
50. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; **51**: 390–5.
51. DiClemente C. C., Velasquez M. M. Motivational interviewing and the stages of change. Chapter 15. In: Miller W. R., Rollnick S., editors. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change*. New York: Guilford Press; 2002, p. 201–16.
52. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
53. Burke B. L., Arkowitz H., Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: ameta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; **71**: 843–61.
54. Hettima J., Steele J., Miller W. R. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; **1**: 91–111.
55. Miller W. R., Yahne C. E., Moyers T. B., Martinez J., Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2004; **72**: 1050–62.
56. Wild T. C., Roberts A. B., Cooper E. L. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res* 2002; **8**: 84–93.
57. Wild T. C. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction* 2006; **101**: 40–9.
58. Osher F. C., Kofoed L. L. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Commun Psychiatry* 1989; **40**: 1025–30.
59. Ward J., Hall W., Mattick R. P. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999; **353**: 221–6.
60. Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; **121**: S20–31.
61. Stead L. F., Perera R., Bullen C., Mant D., Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; **1**: CD000146.
62. McLellan A. T., Arndt I. O., Metzger D. S., Woody G. E., O'Brien C. P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; **269**: 1953–9.
63. Platt J. J. Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychol Bull* 1995; **117**: 416–33.
64. McLellan A. T., Hagan T. A., Levine M., Meyers K., Gould F., Bencivengo M. *et al.* Does clinical case management improve outpatient addiction treatment? *Drug Alcohol Depend* 1999; **55**: 91–103.
65. White W. L. Transformational change: a historical review. *J Clin Psychol* 2004; **60**: 461–70.
66. Dobkin de Rios M., Grob C. S., Baker J. R. Hallucinogens and redemption. *Journal of Psychoact Drugs* 2002; **34**: 239–48.
67. Johnson F. G. LSD in the treatment of alcoholism. *Am J Psychiatry* 1969; **126**: 481–7.
68. Pahnke W. N., Kurland A. A., Unger S., Savage C., Grof S. The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. *JAMA* 1970; **212**: 1856–63.
69. Soskin R. A. Personality and attitude change after two alcoholism treatment programs: comparative contributions of lysergide and human relations training. *Q J Stud Alcohol* 1970; **31**: 920–31.
70. Ruck C., Bigwood J., Staples D., Ott J., Wasson R. G. Entheogens. *J Psychedelic Drugs* 1979; **11**: 145–6.
71. Griffiths R. R., Richards W. A., McCann U., Jesse R. Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology* 2006; **187**: 268–83.
72. Krupitsky E., Burakov A., Romanova T. Ketamine psychotherapy for heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 2002; **23**: 273–83.
73. Huriwai T., Sellman J. D., Sullivan P., Potiki T. Optimal treatment for Maori with alcohol and drug problems: an investigation of the importance of cultural factors in treatment. *Subst Use Misuse* 2000; **35**: 281–300.
74. Gossop M., Marsden J., Stewart D. The UK National Treatment Outcome Research Study and its implications. *Drug Alcohol Rev* 2000; **19**: 5–7.
75. Anglin M. D., Hser Y., Grella C. E. Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997; **11**: 308–23.
76. Simpson D. D., Joe G. W., Brown B. S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997; **11**: 294–307.
77. Gossop M., Marsden J., Stewart D., Kidd T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5-year follow-up results. *Addiction* 2003; **98**: 291–303.
78. Sellman J. D. Drug addiction and the meaning of life. Keynote address, International Addiction Summit, Melbourne, July 2008.
79. Sellman J. D. *RealWeight Loss: A Practical Guide To Changing Your Lifestyle and Achieving Long-Term Weight Loss*. Nelson: Craig Potton Publishing; 2008.
80. Cloninger C. R. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; **50**: 975–90.