

Canadian Counsellor
 Conseiller Canadien
 1982, Vol. 16, No. 4, 231-236

TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL DES DÉSORDRES D'APPÉTENCE ET DE DÉPENDANCE AU SEIN D'UNE POPULATION DÉLINQUANTE

FLORENT DUMONT

McGill University

PETER VAMOS

Institut Portage

Résumé

Les désordres d'appétence et de dépendance d'une population délinquante découlent de problèmes émotionnels et de personnalité. Une réadaptation à long terme dépend des changements à ces deux niveaux. L'article suivant étudie certains des biais perceptuels et des attitudes d'inadaptation de délinquants dépendants de produits chimiques. Plusieurs principes relatifs à l'élaboration de programmes de traitement sont avancés en vue de remédier aux lacunes existantes.

Abstract

Appetitive and addictive disorders in a delinquent population are grounded in personality and emotional problems. Long-term rehabilitation depends on changes taking place in that substrate. This article examines some of the perceptual biases and maladaptive attitudes of chemically dependent delinquents. Several principles for developing treatment programs addressed to the remediation of those deficits are offered.

En Amérique du Nord, un grand nombre d'individus sont atteints de désordres d'appétence et de dépendance. Bien qu'un nombre important d'obèses, d'alcooliques, d'usagers d'héroïne ou de nicotine cherchent un traitement professionnel non médical de leur désordre, plusieurs n'y ont pas recours. Et comme le rappelle Schachter (1982), parmi ces derniers, un fort pourcentage se guérissent eux-mêmes. En fait, "le taux d'auto-guérison du tabagisme et de l'obésité (par exemple) dépasse de loin tout ce qui a pu être rapporté dans les publications scientifiques" (Schachter, 1982, p. 141).¹

On peut évoquer plusieurs hypothèses

pour expliquer ces résultats. Selon l'une d'elles, les méthodes utilisées par ceux qui se guérissent eux-mêmes — elles ne sont ni rigoureuses, ni standardisées — sont intrinsèquement plus efficaces que celles suivies par les établissements thérapeutiques. La plausibilité de cette hypothèse est difficile à vérifier. Une autre hypothèse voudrait que la population qui choisit de son propre gré une institution pour le traitement de la dépendance de l'héroïne, par exemple, diffère de celle qui ne le fait pas. Cette assertion semble davantage plausible. Il existe une gamme étendue de programmes de traitement utilisant des approches thérapeutiques variées auprès d'une clientèle qui a essuyé des échecs répétés dans sa tentative de surmonter sa dépendance de produits chimiques. Le programme des Alcooliques anonymes (AA) demeure l'un des meilleurs à cet égard tout comme celui des communautés thérapeutiques (CT) qui s'en inspire directement. Ils se sont révélés efficaces dans la mesure où ils ont modifié la personnalité de leurs membres (DeLeon, Skodol, & Rosenthal,

Pour une copie de cet article, adresser la demande à Florent Dumont, Department of Educational Psychology and Counselling, McGill University, 3700 McTavish, Montréal, Qué., H3A 1Y2.

¹La traduction est de nous.

1973), particulièrement leur sens des responsabilités dans leur travail et dans leurs relations interpersonnelles.

Quelques variables sous-jacentes

Il suffit de comparer la population d'une CT typique avec un échantillon témoin provenant d'un environnement "non thérapeutique" pour prendre conscience des divergences psychométriques considérables entre les deux (Dumont & Vamos, 1975). Une brève visite dans un endroit du genre où la presque totalité des pensionnaires sont des fumeurs invétérés permet d'établir *prima facie* que le problème des toxicomanes relève moins de leur dépendance que de leurs traits de personnalité qui les prédisposent à des comportements de dépendance et d'inadaptation.

Cummings (1979) a souligné que les toxicomanes qui se présentent au Mental Research Institute de Palo Alto ne le font pas pour se débarrasser de leur dépendance mais plutôt pour échapper à ses effets négatifs. Ils éprouvent de graves problèmes de personnalité ou d'ordre vocationnel qui les ont conduits à chercher refuge dans une substance chimique ou d'une autre nature. Par conséquent, le traitement doit provoquer des changements de personnalité et d'attitudes sinon l'abstention de drogues comme l'héroïne, les barbituriques, les amphétamines, la cocaïne, la nicotine, l'alcool ou toute autre substance ne sera que passagère.

La plupart des individus souffrant de dépendances graves de produits chimiques ignorent ce que veut dire *normal*, que ce soit par rapport à leurs buts dans la vie, à leurs besoins émotionnels, à leurs aspirations professionnelles ou à leur consommation de produits chimiques. La dépendance en soi n'est pas le vrai problème, car certains toxicomanes ont travaillé pendant 20 ans ou plus dans des professions exigeantes tout en contrôlant leur dépendance, par exemple, de la morphine (Ray, 1978). Les problèmes sont plutôt occasionnés par: a) le manque de jugement pratique que l'on trouve fréquemment chez ceux qui ont recours aux produits chimiques pour atténuer les souffrances du désappointement chronique; b) la sous-culture criminelle dans laquelle ils peuvent avoir à s'infiltrer pour obtenir des drogues illicites; c) le coût élevé de ces drogues (ce qui est moins important pour les bien nantis); d) les perturbations au travail engendrées par les difficultés d'approvisionnement et e) la tension que leur "habitude" peut provoquer dans leurs relations

personnelles avec leur famille immédiate.

Traditionnellement, les programmes de traitement ont établi des objectifs qui rejoignent certaines des préoccupations décrites auparavant. Il est important de noter que les foyers thérapeutiques sont parvenus, à l'aide de traitements qui ont duré de plusieurs mois à un an ou plus, à libérer leurs patients de leur dépendance de l'héroïne (si tel était le cas) et à les conduire à l'abstinence totale de stupéfiants (Bourne & Ramsey, 1974; Casriel & Grover, 1971). Ils ont également réussi à développer les aptitudes interpersonnelles des pensionnaires (Collier & Rijazi, 1974; Densen, Gerber, Johnson, & Dougherty, 1971), à améliorer leur niveau d'estime d'eux-mêmes (Brock & Whitehead, 1976; DeLeon, Rosenthal, & Brodney, 1971) et à les encourager à réintégrer la société, ce qui leur aura permis d'avoir des attentes réalistes par rapport à la vie.

Au sujet de ce dernier objectif, les thérapeutes et les responsables de programmes relatifs au traitement de la dépendance ont reconnu le besoin de revoir les modalités d'intervention visant la réadaptation du toxicomane. En effet, ceux qui ont connu des années durant la vie de toxicomane font preuve d'un certain manque de réalisme à l'égard: a) de ce qu'en général ils peuvent réaliser dans la société dont ils veulent faire partie; b) de l'autodiscipline, des compétences professionnelles et du temps requis pour atteindre ne serait-ce que des buts modestes. Ces patients ne sont que de grands rêveurs. Ils ont convoité le pouvoir, les ressources financières, les aventures sexuelles, le mode de vie que certaines de leurs connaissances ont obtenu par le commerce de la drogue ou par d'autres activités illicites. Même après avoir retrouvé le droit chemin et une vie "rangée", leurs espoirs démesurés persistent et refont subséquemment surface de façon vigoureuse.

A cela se rattache un manque de réalisme quant à leurs propres capacités. Ils semblent appartenir à ce groupe d'individus frustrés ayant un besoin excessif de se dépasser. Ce sont des "hyperaspirants" qui n'établissent pas de lien entre la fin et les moyens. Il n'est pas rare de voir d'anciens toxicomanes avec une scolarité de 9e année (et peu d'autres connaissances à l'exception des combines de la rue) se renseigner sur le mode d'obtention d'un diplôme de maîtrise. Parfois ils désirent également devenir administrateurs, psychologues cliniciens ou directeurs du personnel d'une grande société. Et presque toujours,

Traitement psychosocial des désordres

ils comptent y parvenir en 24 mois ou moins. Aussi, ils sont ébahis et consternés d'apprendre qu'un salaire de professionnel et un statut social nécessitent des efforts soutenus; ils perdent alors rapidement tout intérêt.

De plus, les "hyperaspirations" de ces ex-surconsommateurs s'appliquent non seulement à leurs compétences réelles mais aussi à leur potentiel. Quoique dépourvus d'aptitudes mathématico-spatiales ou de talents musicaux ou de capacités linguistiques créatives, ils aspirent aux hauts sommets de domaines qui exigent en abondance certaines de ces aptitudes. Le plus étrange, c'est que fréquemment, quelques mois auparavant, ils manifestaient un total mépris d'eux-mêmes et de forts sentiments d'incompétence. Selon la métaphore de Cummings (1979), qui identifiait le toxicomane à une maison inachevée avec grenier et sous-sol seulement, même chez les toxicomanes abstinents les attentes quant à la vie bondissent du sous-sol au toit. Dans la conjoncture la plus favorable, leurs aspirations (non révisées) ne sauraient se réaliser.

Leur manque de réalisme n'a d'égal que leur impatience. Le rythme de vie s'accélère. Leurs perspectives temporelles se réduisent à des intervalles brefs et épisodiques. Ils essaient de vivre existentiellement le moment présent. Le manque de maturité qui les pousse à rechercher la gratification immédiate et à s'immuniser contre la lutte, le travail ingrat et les déceptions, risque constamment de les jeter directement dans l'ornière des adeptes, l'autre possibilité.

A propos du développement vocationnel

De nombreux sujets qui participent à des programmes de réadaptation, sur une base volontaire ou non, ont du mal à s'imaginer qu'on puisse tirer un plaisir du travail comme tel; ils n'en voient que de faire ou d'être. L'identité est fréquemment conçue en fonction de la voiture de sport que l'on conduit (sans nécessairement la posséder), des vêtements, des objets sexuels, de "l'influence" politique et des amis.

Aucune recherche ne vient confirmer qu'un grand nombre de ces individus peuvent

par eux-mêmes se défaire de cet ensemble d'attitudes dysfonctionnelles qui sous-tendent leur surconsommation de produits chimiques.* Il se peut qu'un jour ils se libèrent eux-mêmes de leur dépendance de l'héroïne. En fait, beaucoup perdent avec le temps leur appétence de l'héroïne (Laurie, 1972). Toutefois, il est fort probable que seuls ceux qui ont le moins de propension à la dépendance des stupéfiants se débarrasseront assez facilement de "l'habitude".

Les spécialistes du domaine s'inquiètent depuis des années du fait que même les établissements les plus réputés n'ont pas mis sur pied des programmes réellement destinés à doter les ex-toxicomanes d'habiletés efficaces au plan vocationnel. Pour les thérapeutes, l'objectif primordial était l'abstinence des drogues fortes et illicites. Cependant, l'abstinence ne signifie pas automatiquement la réintégration d'un individu dans la vie courante. On le déplace plutôt d'une déviance vers une autre, celle du *lumpenprolétariat*, situation que nos conditions économiques actuelles accentuent.

On a constaté qu'un participant qui s'est libéré d'une dépendance se sent très satisfait de lui-même dans la serre chaude d'un programme en résidence. Toutefois, comme on l'a souvent fait remarquer, face aux vents froids du monde extérieur, l'abstinence ne saurait suffire à payer un billet d'autobus ou un café. L'ex-toxicomane, privé d'une communauté qui l'appuie, sans grand-chose pour remplacer les récompenses et les gratifications de ce foyer "bienveillant" qu'il a quitté, et sans capacités manuelles ni compétences particulières, éprouve le besoin de retourner dans la "rue".

La dynamique qui pousse les individus à maîtriser un domaine particulier (White, 1974) n'est pas assez puissante chez ceux qui veulent être traités en établissement pour leur dépendance de produits chimiques. Les toxicomanes manquent tout particulièrement de compétences vocationnelles, ce qui ne contribue nullement à relever leur niveau d'estime d'eux-mêmes (Blemm & Bach, 1968; Gossop, 1976). Ce qui leur en reste dépend largement de leur déviance. Typiquement, ils se vantent de la quantité de drogue qu'ils ont consommée et du temps depuis lequel ils sont toxicomanes.

* La dépendance de l'héroïne est un symptôme qui offre un soulagement passager des sentiments chroniques de confusion, de mépris de soi, d'anxiété et d'angoisse.

Leur identité ne peut se raccrocher à grand-chose d'autre. L'effet cumulatif de toutes ces variables crée un sentiment de détresse et de désespoir que seuls leurs fantasmes de succès facile sauraient soulager. Ce sont les pôles de leurs oscillations psychiques, le sous-soi et le grenier de leur esprit.

Typiquement, dans la société nord-américaine, l'identité de l'individu dépend largement de son métier ou de sa profession. Mais le toxicomane n'a pas d'autre occupation que celle du trafiquant; il n'a pas d'identité, comme nous l'avons mentionné auparavant, hormis celle du consommateur. C'est pourquoi il semble indispensable qu'un programme de réadaptation comprenne une sous-section à caractère technique et professionnel qui, à la fin du traitement, permettrait à l'individu d'avoir tout de suite un emploi rémunérateur. Ce dernier acquerrait un sentiment d'importance et d'utilité qui lui serait d'un grand secours pendant les jours pénibles qui souvent font suite à son départ du foyer.

Conclusions

Comme l'ont démontré de nombreux commentateurs, le programme de traitement pour un surconsommateur doit comporter plusieurs volets (Tsoi-Hoshmond, 1976). Il faut réformer et internaliser les valeurs, améliorer les habitudes de travail (dont la ponctualité n'est pas la moindre), éliminer certaines attitudes, en développer d'autres, susciter des intérêts et formuler des objectifs et des aspirations réalistes au moyen de l'orientation professionnelle (Densen-Gerber & Drassner, 1974).

Compte tenu de ces considérations, nous proposons un certain nombre de principes (qui ne sont pas complètement nouveaux) pour la mise sur pied ou l'amélioration de programmes de traitement de personnes dépendantes de produits chimiques. Ces principes ont été formulés surtout à l'intention de programmes en résidence; toutefois, nous croyons qu'ils sont nécessaires et utiles à l'élaboration de n'importe quelle sorte de programme de traitement d'individus souffrant de problèmes de dépendance.

1. *Il faut restructurer les attitudes fondamentales de l'individu* (Einstein & Garitano, 1972). Au moyen d'une thérapie de groupe et individuelle bien structurée, on doit miner les attitudes inadaptées et créer une nouvelle *weltanschauung* qui ne laisse pas de place à la notion du gain facile ni au cynisme à l'état

pur des habitués de la rue. Les pressions d'un groupe sont particulièrement efficaces pour démasquer les artifices d'individus qui ont passé des années à apprendre les "escroqueries" d'une société marginale.

2. *Il faut ramener les aspirations à des niveaux réalistes*. On doit remettre en cause les buts souvent exorbitants et sans espoir du toxicomane. Ces buts ne sont que des éléments de dépression et d'amertume. Seule la satisfaction autodestructrice de la phase euphorique de la piqûre est proportionnelle au désespoir de la phase dépressive engendré par leurs attentes.

3. *Il faut communiquer l'espoir de pouvoir atteindre des objectifs de vie satisfaisants*. Le dicton de Weil (1981) qui veut qu'une "philosophie pure et conventionnelle (*straight*) mène au désespoir" (p. 61) doit être examiné avec attention, car c'est une attitude généralisée chez la plupart des usagers de produits chimiques issus des classes moyennes. A toutes les étapes du traitement, il faut souligner les possibilités croissantes de succès et de satisfaction que l'on peut retrouver dans un monde conventionnel (*straight*).

4. *Il faut ajuster les perspectives temporelles*. Le problème s'énonce comme suit: le toxicomane, à l'image de sa sous-culture, croit que la gratification différée est "l'escroquerie" d'une culture et d'une morale dominantes. C'est un prix qu'il n'est pas prêt à payer pour atteindre ses buts personnels. Il veut vivre existentiellement le "présent". Mais, grâce au counselling et, si possible, à une thérapie situationnelle, on peut lui montrer que dans la vie il faut user de patience et d'application et recourir à des moyens appropriés. Les moments critiques du calendrier d'un plan de vie peuvent être définis dans des délais réalistes.

5. *Il faut mettre sur pied des programmes complets d'orientation professionnelle*. S'il y a confusion et appréhension dans l'esprit des jeunes "bien adaptés" qui cherchent à se donner une identité professionnelle, la situation est d'autant plus grave et décourageante pour les surconsommateurs, quel que soit leur manque de participation à la société. On doit faire des évaluations très sérieuses des aptitudes et intérêts professionnels des clients. De plus, dans le contexte du programme de counselling et des services auxiliaires du foyer thérapeutique, le développement d'objectifs de carrière s'avère d'une importance cruciale.

6. *Un programme de formation technique*

et professionnelle doit faire partie intégrante du programme de traitement en résidence. Il semble qu'une des variables prédominantes qui poussent une personne à devenir dépendante de produits chimiques est le fort sentiment d'incompétence et d'inutilité au niveau social et personnel qui s'empare du toxicomane. Par conséquent, on doit développer chez les pensionnaires des talents rentables, qui dépassent ceux dont ils ont besoin pour entretenir et gérer le "foyer" qu'ils habitent.

7. *Le placement dans un emploi et la formation en cours d'emploi sont des mesures inestimables lors des étapes de réinsertion des programmes de traitement.* Les représentants des employeurs et les centres de main-d'œuvre devraient collaborer avec les programmes de traitement pour faciliter le passage de la maison de transition au lieu de travail. Il est préférable que le pensionnaire ait commencé à travailler avant la fin du programme. Sans ce service, nous dit-on, toute la thérapie et le soutien moral que le client a reçus auparavant ne sont qu'une farce à ses yeux (Snyderman, 1974).

8. *Il faudrait s'assurer que le client ait l'appui de la communauté et même du voisinage afin de combler le vide social créé au terme de l'application du programme.* Étant donné les besoins impérieux qui avaient conduit l'ancien surconsommateur à son mode de vie inadapté et destructeur avant le traitement, il serait absurde de croire que ceux-ci n'existent plus. L'ancien surconsommateur aura besoin de soutien pendant bien plus longtemps malgré sa réussite au programme le plus efficace. Si ce besoin est négligé, il y a de fortes chances qu'il soit de nouveau attiré par la camaraderie de la "rue" qui l'avait déjà conduit vers la détresse et le désespoir.

Épilogue

Il n'y a pas d'effets sans causes. L'intervenant auprès de surconsommateurs doit pouvoir identifier les causes principales de la surconsommation et aider son client à les neutraliser. Même si nous soulignons les dimensions intrapsychiques des problèmes auxquels le surconsommateur fait face, nous ne voulons pas minimiser l'influence des exosystèmes et des écosystèmes au sein desquels il doit vivre. Mais c'est peut-être alors admettre implicitement qu'il y a de fortes limites dans ce que les professionnels de la santé mentale espèrent raisonnablement accomplir. Le reconnaître publiquement, c'est donner un exemple des aspirations raisonnables que les thérapeutes espèrent développer chez leurs clients.

Références

- Bourne, P.G., & Ramsey, A.S. *Therapeutic community phenomenon*. Conférence présentée au congrès annuel de l'American Psychiatric Association, Détroit, 1974.
- Bremm, L., & Back, K. Self-image and attitudes towards drugs. *Journal of Personality*, 1968, 36, 299-314.
- Brooke, R., & Whitehead, P.C. *Therapeutic community for drug abusers: An evaluation*. Toronto: The Addiction Research Foundation, 1976.
- Casriel, D., & Grover, A. *Daytop: Three addicts and their care*. New York: Hill and Wang, 1971.
- Cummings, N.A. Turning bread into stones: Our modern anti-miracle. *American Psychologist*, 1979, 34, 1119-1129.
- Collier, W.V., & Rijazi, Y.A. A follow-up study of former residents of a therapeutic community. *The International Journal of the Addictions*, 1974, 9, 805-826.
- DeLeon, G., Skodol, A., & Rosenthal, M.S. Phoenix House: changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28, 131-135.
- DeLeon, G., Rosenthal, M., & Brodney, K. Therapeutic community for drug addicts: Long term measurements of emotional changes. *Psychological Reports*, 1971, 29, 595-600.
- Densen-Gerber, J.D., & Drassner, D. Odyssey Houses: A structural model for the successful employment and re-entry of the ex-drug abusers. *Journal of Drug Issues*, 1974, 4, 414-427.
- Densen-Gerber, J.D., Johnson, A.H., & Dougherty, D. *Adult addiction: Bridges and communication*. Conférence présentée au programme scientifique du congrès annuel de l'American Psychiatric Association, Washington, 1971.
- Dumont, F., & Vamos, P. The etiology and treatment of drug addiction: A problem in self-concept and adaptation. *The Portage Journal*, 1975, 1, 30-35.
- Einstein, S., & Garitano, W. Treating the drug abuser: Problems, factors and alternatives. *The International Journal of the Addictions*, 1972, 7, 321-331.
- Gossop, M. Drug dependence and self-esteem. *The International Journal of the Addictions*, 1976, 11, 741-753.
- Laurie, P. *Drugs: Medical, psychological and social facts*. London: Penguin Books, 1978.
- Miller, C., & Oetting, E. Barriers to employment and the disadvantaged. *Personnel and Guidance Journal*, 1977, 56, 89-93.
- Raskin, H. Rehabilitation of the narcotic addict. *Journal of the American Medical Association*, 1964, 189, 956-958.
- Ray, O. *Drugs, society, and human behavior* (2nd ed.). St. Louis: C.V. Mosby, 1978.
- Snyderman, G. Rehabilitating the ex-offender, ex-addict. *The International Journal of the Addictions*, 1974, 9, 701-717.
- Tsoi-Hoshmond, L. Behavioral competence training: A model of rehabilitation. *The International Journal of the Addictions*, 1976, 11, 709-718.
- Weil, A. The topography of straightland. In H. Shaffer

F. Dumont, P. Vamos

& M.E. Burglass (Eds.), *Classic contributions in the addictions*. New York: Brunner/Mazel, 1981.

White, R. Strategies of adaptation: a systematic description. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, & J.E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. New York: Basic Books, 1974.

AU SUJET DES AUTEURS

Florent Dumont, Ed.D., est professeur agrégé au Department of Educational Psychology and Counselling (McGill University). Il oeuvre dans le domaine du counselling développemental et ses intérêts particuliers touchent les pratiques d'éducation des enfants et le

traitement des adolescents et jeunes adultes adeptes des drogues. Le Docteur Dumont est aussi rédacteur adjoint (section anglaise) du *Conseiller Canadien*.

Peter Vamos, M.A., est le directeur administratif du programme de l'Institut Portage, Montréal, pour le traitement de la dépendance aux drogues. Cette communauté thérapeutique descend en ligne directe de Day Top Village et détient un très haut taux de succès dans la réhabilitation des adeptes de la drogue. M. Vamos a obtenu son diplôme en psychologie clinique de l'Université du Nouveau-Brunswick (Fredericton). Il est présentement membre du bureau de direction de la World Federation of Therapeutic Communities et de Therapeutic Communities of America.