

# Trouble de la personnalité et toxicomanie

Enjeux cliniques et pratiques autour de la  
consommation; vers une approche intégrée

Sébastien Auger, coordonnateur clinique  
Intervenant social, D.E.S.S. santé mentale



**la chrysalide**

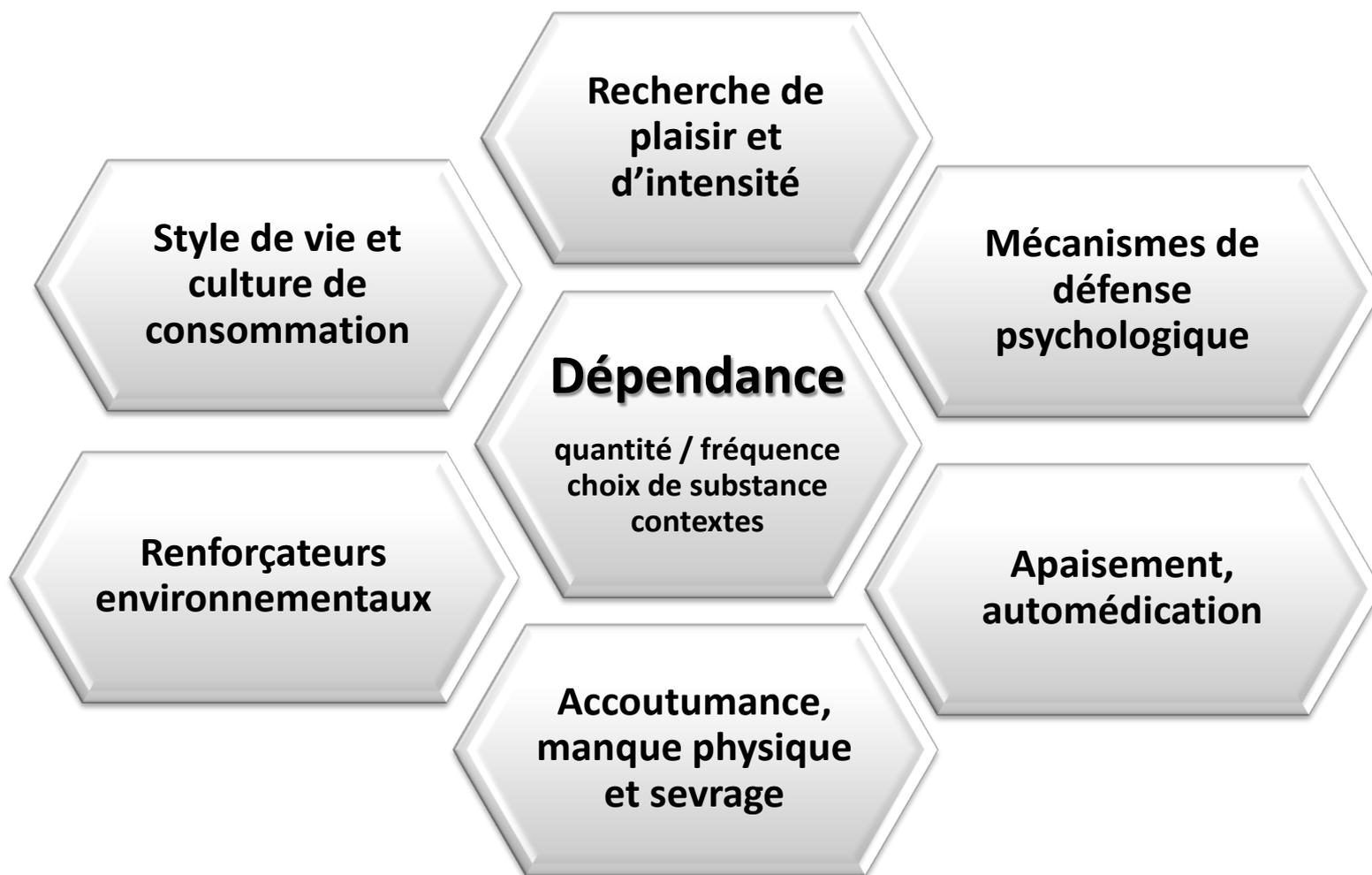
maison d'hébergement communautaire en santé mentale

2150, Nicolas-Perrot  
Ville-de-Bécancour, G9H 3B9  
Téléphone: 819-294-9292  
[www.chrysalide.ca](http://www.chrysalide.ca)

# Enjeux cliniques et pratiques autour de la consommation; vers une approche intégrée

- Les mécanismes de la dépendance en bref
- Enjeux cliniques et défis des pratiques
- La condition d'abstinence
- Le positionnement de l'intervenant
- L'alliance thérapeutique
- Quelques modèles d'intégration des pratiques
- Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée
- Conclusion

# Les mécanismes de la dépendance

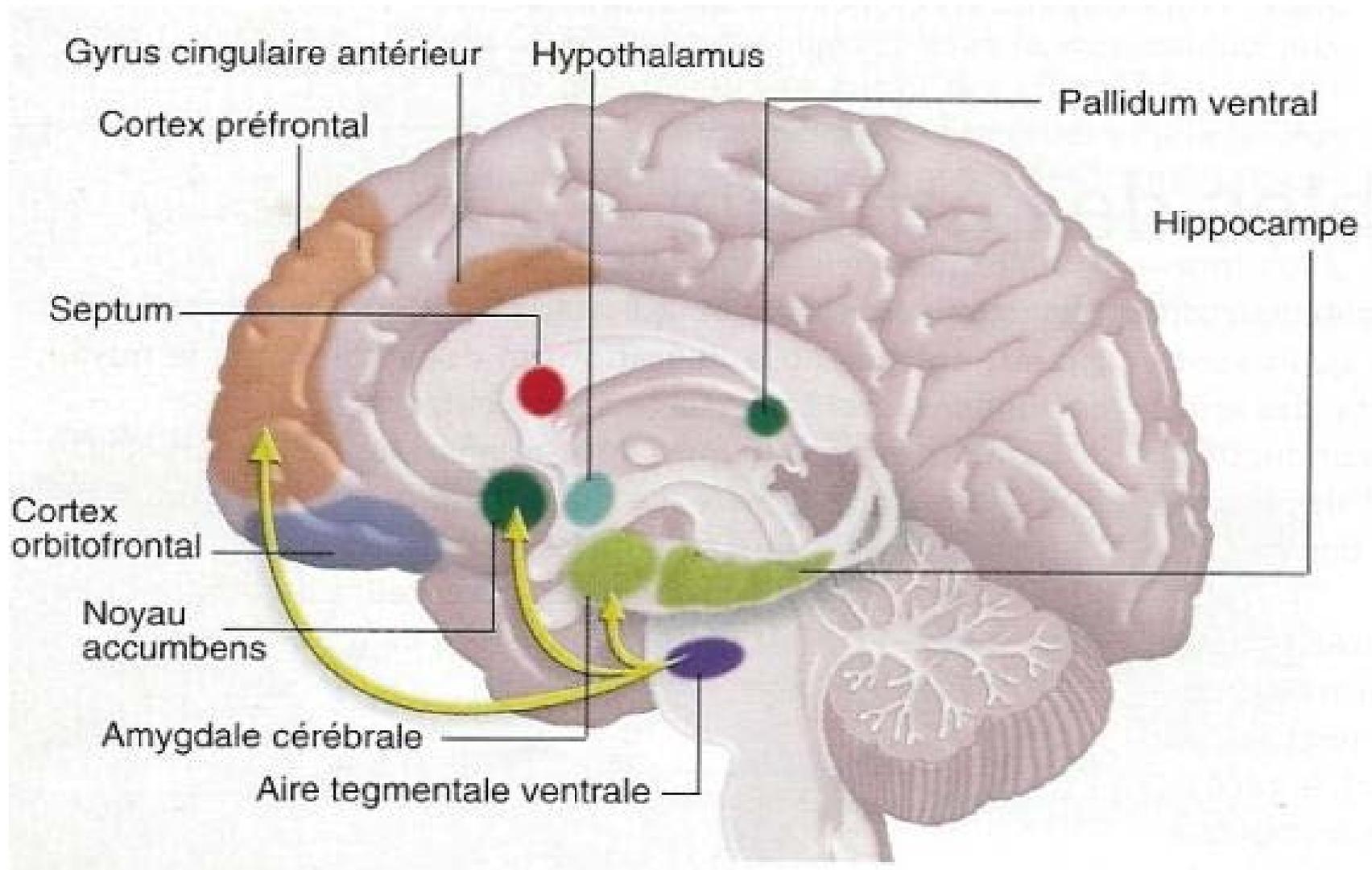


# Les mécanismes de la dépendance

- Dans le système nerveux central, la dopamine joue un rôle complexe et intervient dans diverses fonctions importantes (la cognition, les fonctions motrices, la motivation, le renforcement, le sommeil, la mémorisation).
- La dopamine est produite dans l'aire tegmentale ventrale (ATV) du mésencéphale et elle est dirigée vers le noyau accumbens (renforcement/récompense), mais aussi d'autres structures telles que l'amygdale cérébrale et le cortex préfrontal. Ce réseau neuronal participe au contrôle des processus motivationnels et son rôle est central dans la dépendance.
- L'amygdale cérébrale est impliquée dans la régulation émotionnelle et les réactions de survie fuite/combat.

# Les mécanismes de la dépendance

- Toutes les substances psychoactives (cocaïne, amphétamine, alcool, opiacés) provoquent directement ou indirectement une augmentation des taux extracellulaires de dopamine dans le noyau accumbens.
- La dopamine est le précurseur de l'adrénaline et de la noradrénaline. Donc les personnes ayant un taux élevé de dopamine auraient davantage tendance à poursuivre des conduites dites « à risque » ou à rechercher l'usage de stupéfiants et des jeux de hasard.
- Un excès de dopamine accentue l'impulsivité, peut provoquer des perturbations cognitives et peut même compromettre le test de la réalité (psychose).



<http://lecerveau.mcgill.ca>

# Les mécanismes de la dépendance

- Apprentissage neuronale et loi de Hebb
  - La force de la synapse existant entre deux neurones se trouve renforcée si ces neurones sont simultanément actifs;
  - Les neurones qui sont « activés » ensemble ont tendance à se « lier » ensemble;
  - L'activation répétée d'une synapse en modifie la force et permet de faire circuler l'information plus vite d'un neurone à l'autre;
  - La loi de Hebb contribue à expliquer la complexité d'une dépendance et son développement dans le temps, puisque l'expérience neurologique va lier ensemble des aspects sensitifs, affectifs, cognitifs, défensifs, comportementaux, procéduraux et contextuels.

# Enjeux cliniques et défis des pratiques

- L'isolement clinique / pratique
  - Les défis liés à la personne
    - Instabilité et intensité, mécanismes de défense, conflits et ruptures, exclusion / auto-exclusion, risque de désaffiliation sociale, conduites à risques, complexité individuelle et contextuelle...
    - Rétablissement atypique...
  - Les défis liés à l'organisation des services
    - Organisation séquentielle des services, arrimages déficitaires, travail en silo, critères, communication / confidentialité...
    - Complexités intersectorielles (santé mentale, santé physique, justice, logement, revenu, travail, protection des enfants...)
  - Les défis liés aux intervenants
    - Méconnaissance, incohérence, sentiment d'impuissance et pronostics négatifs...
    - Contre-transfert: réactions d'évitement, de défense, de paralysie ou de surinvestissement...

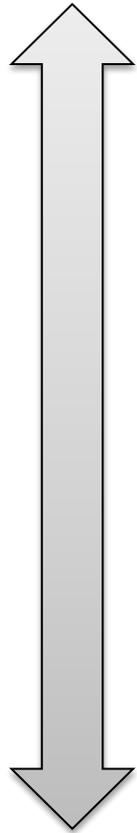
# Enjeux cliniques et défis des pratiques

- Les 5 défis expérientiels de l'intervenant:
  - Comment tolérer sans éviter?
  - Comment être authentique sans se battre?
  - Comment garder son calme sans être paralysé?
  - Comment aider sans se surinvestir?
  - Comment responsabiliser sans se désengager?

# Se positionner...

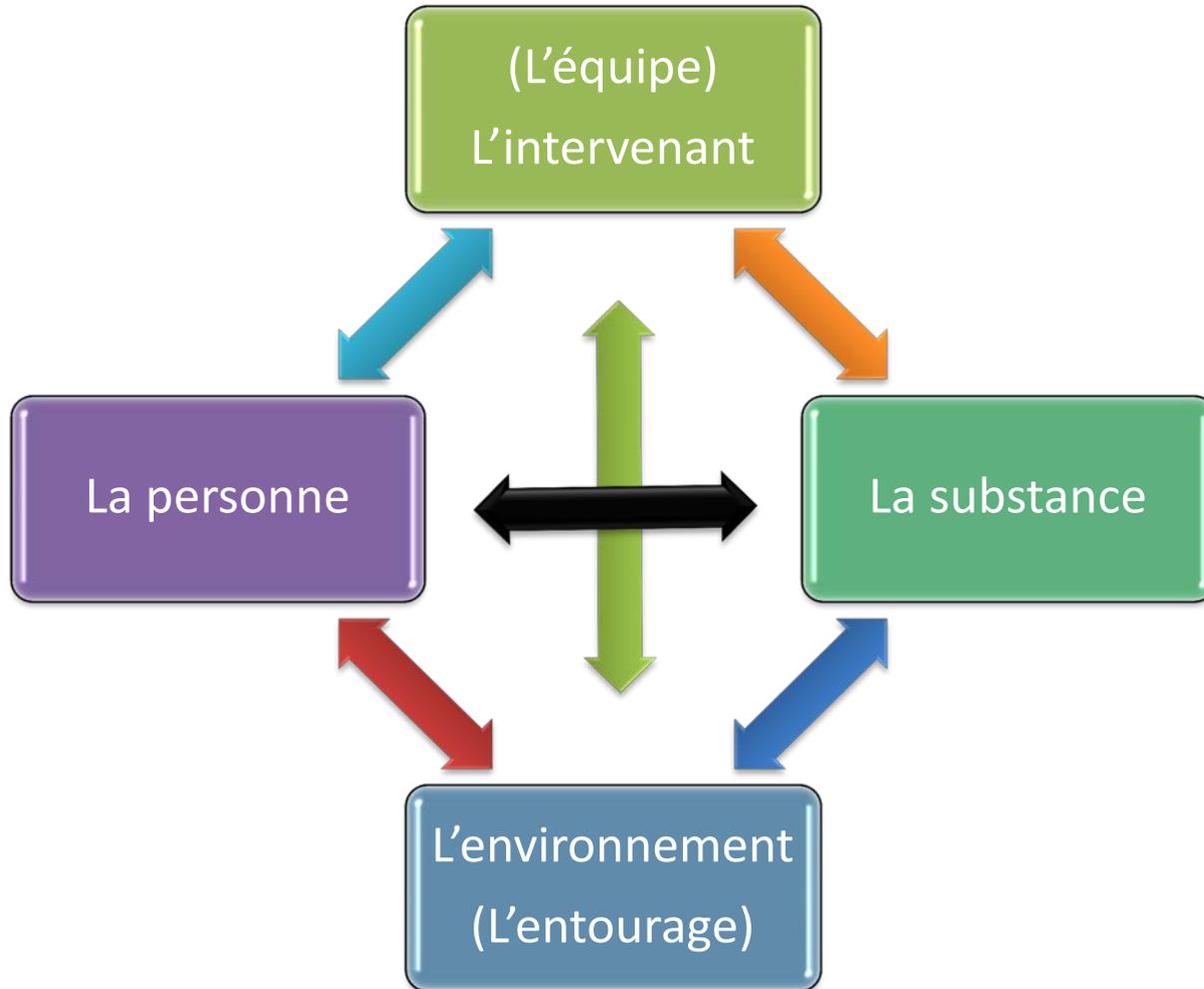


# La condition d'abstinence



- Le traitement
  - Conditionnel
    - L'abstinence comme une condition au traitement
  - Inconditionnel
    - L'abstinence comme but du traitement
- L'accompagnement
  - Conditionnel
    - Abstinence requise dans certains contextes d'accompagnement
  - Inconditionnel
    - Abstinence non-requise à l'accompagnement

# Le positionnement de l'intervenant



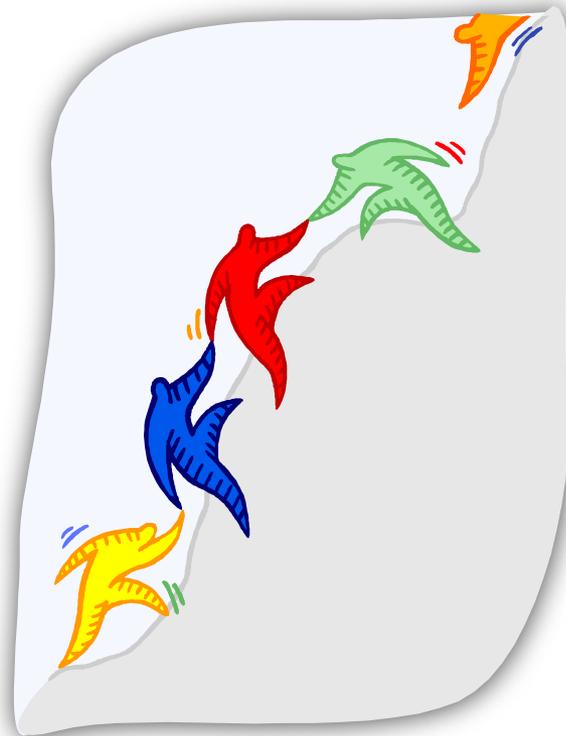
# Le positionnement de l'intervenant

- PDV1: La tolérance minimale
  - « Nous sommes responsables de veiller sur la personne et nous devons éviter la complicité envers la consommation. Nous devons ainsi lui exprimer que nous ne sommes pas indifférents ».
- PDV2: La tolérance empathique
  - « Nous ne pouvons pas forcer la personne à se conformer à nos valeurs. Les cadres rigides rendent les personnes passives ou réactives. La consommation en traitement peut devenir un moyen dont la personne se sert pour se faire rejeter, ou mettre fin au traitement, et ainsi se justifier en tant que victime ».
- PDV3: La tolérance intégrée
  - « Déterminer notre seuil de tolérance et voir si nos interventions, qui découlent de ce seuil, sont pertinentes. Néanmoins, la concertation a préséance sur l'opinion personnelle. La consommation ne doit pas avoir de pouvoir sur l'intervenant; la personne doit faire le choix de consommer ou non, et personne d'autre n'est responsable de ce choix ».

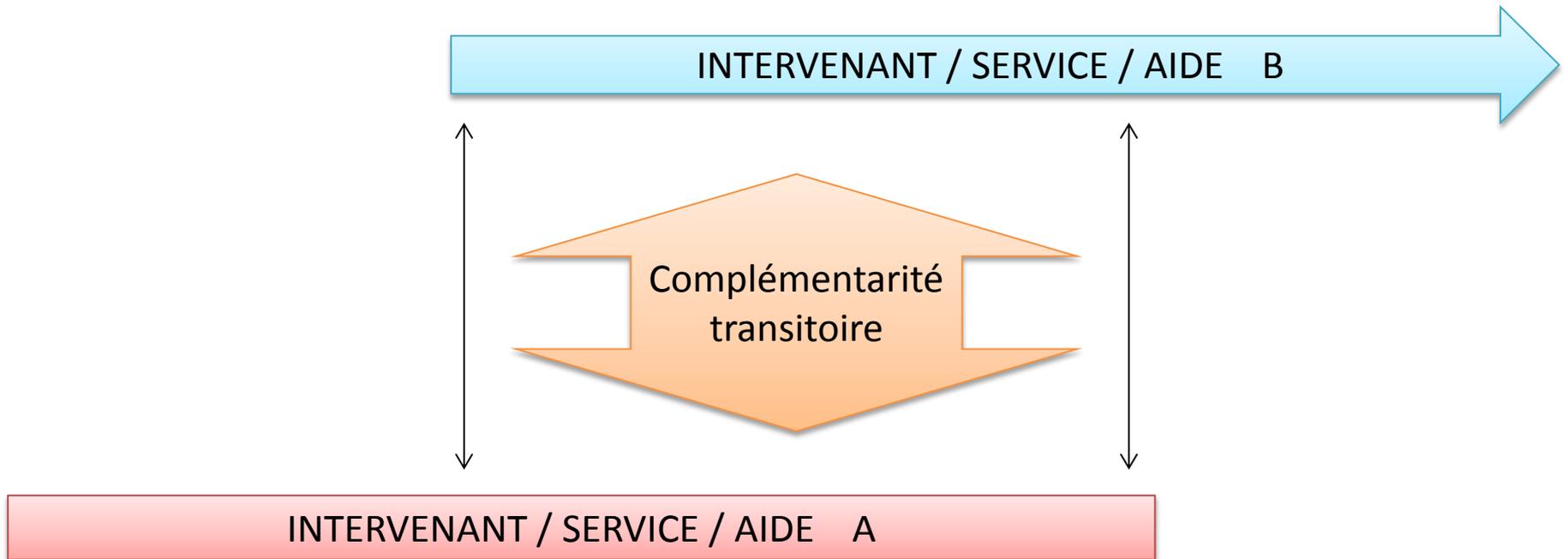
# L'alliance thérapeutique

- L'alliance thérapeutique émerge de la conjugaison des besoins de la personne, de la zone de confort de l'intervenant et du contexte de pratique;
- Déterminer l'alliance thérapeutique, préalablement à l'intervention, via 4 ententes:
  - Entente sur l'objectif
    - Buts, projets, situation désirée, délais
  - Entente sur la tâches
    - Efforts, rôles, responsabilités, limites
  - Entente sur le climat interpersonnel
    - Respect, éthique, collaboration, cohabitation
  - Entente sur la gestion des obstacles possibles
    - Difficultés, ajustements, mesures, conséquences

# Briser l'isolement clinique...



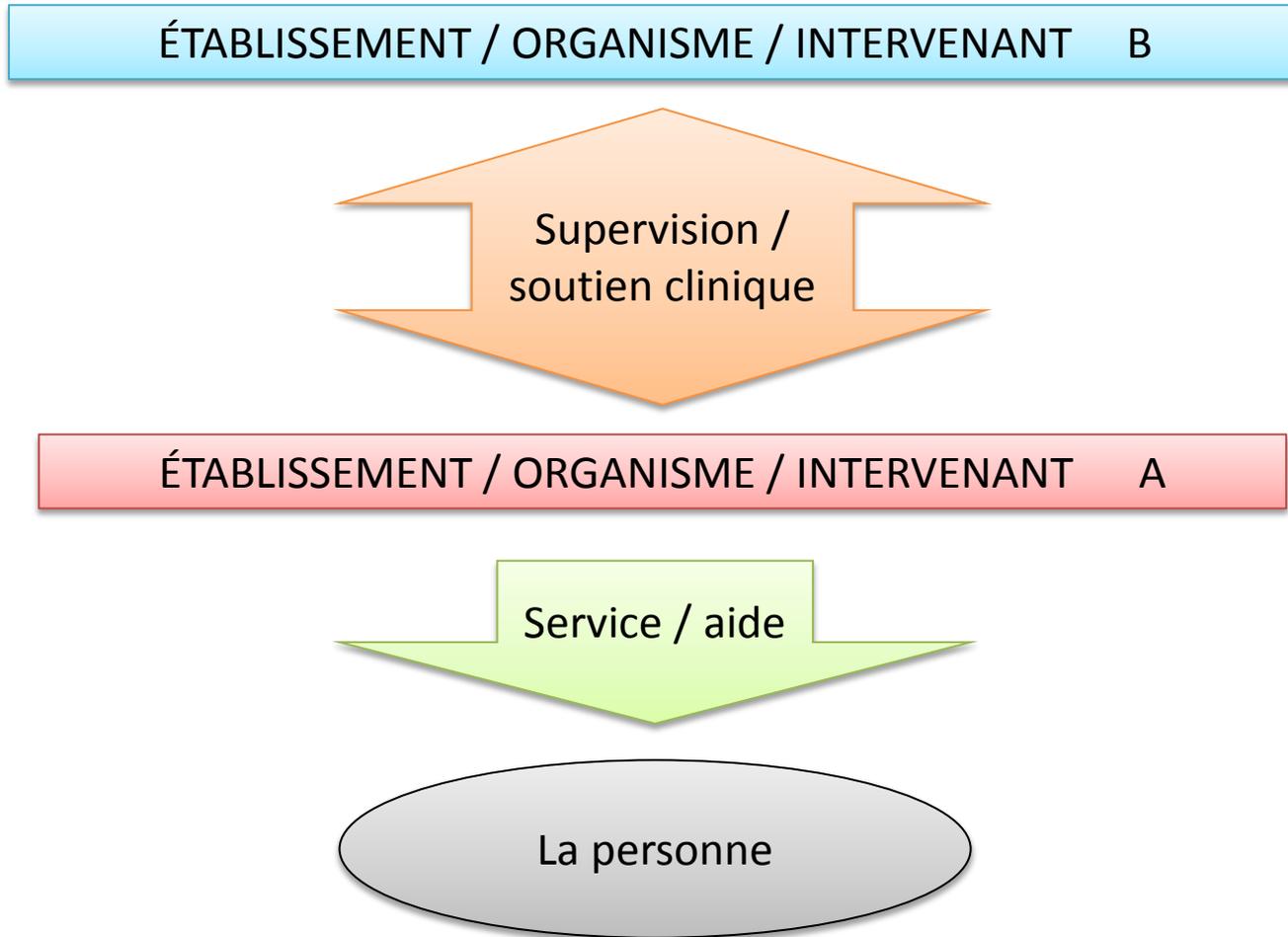
# Quelques modèles d'intégration des pratiques



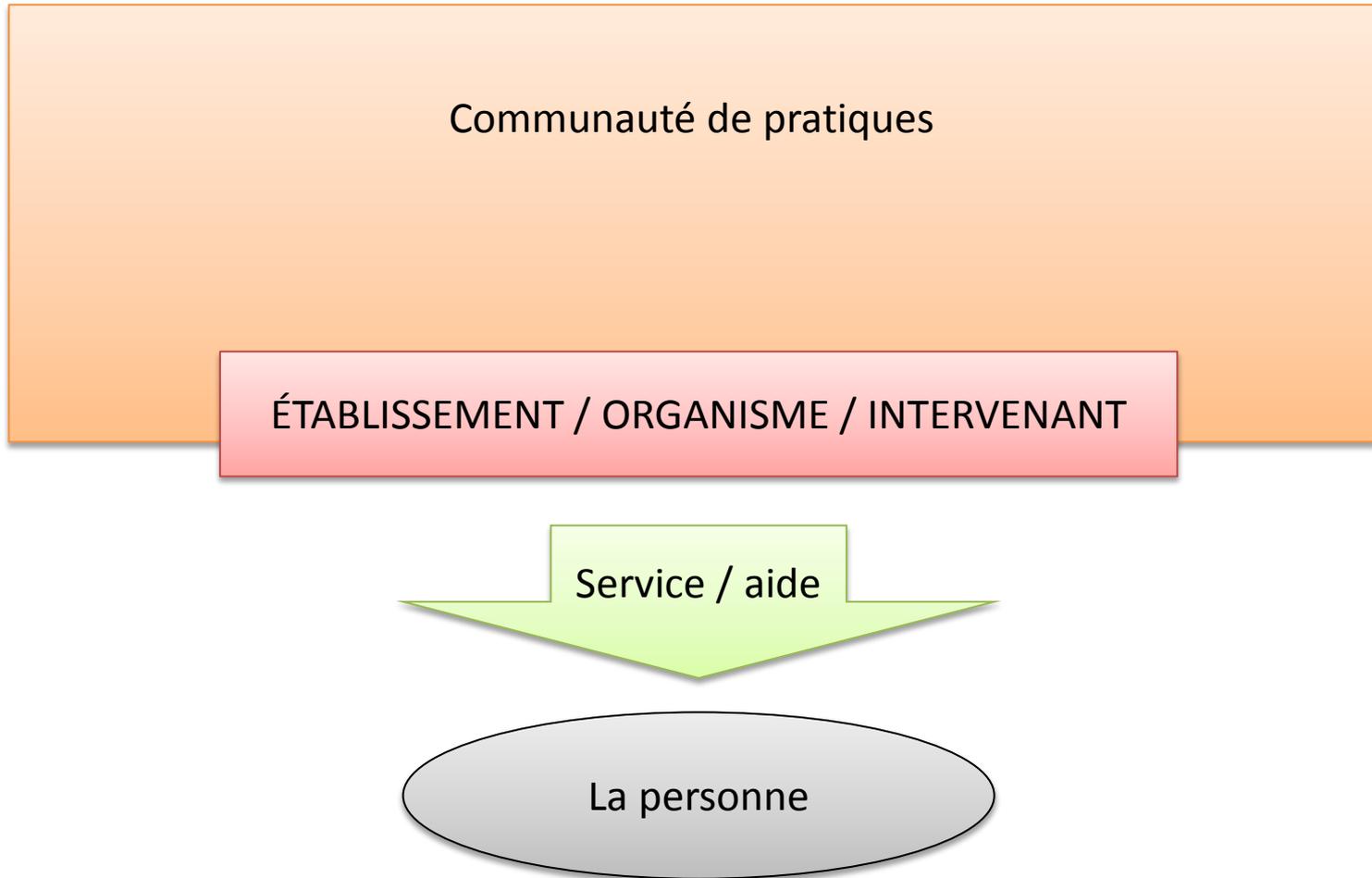
# Quelques modèles d'intégration des pratiques

- Complémentarité transitoire
  - MODÈLE 1: L'intervention en rotation
    - Rencontrer 2 intervenants en alternance
  - MODÈLE 2: La co-intervention
    - Rencontrer 2 intervenants simultanément

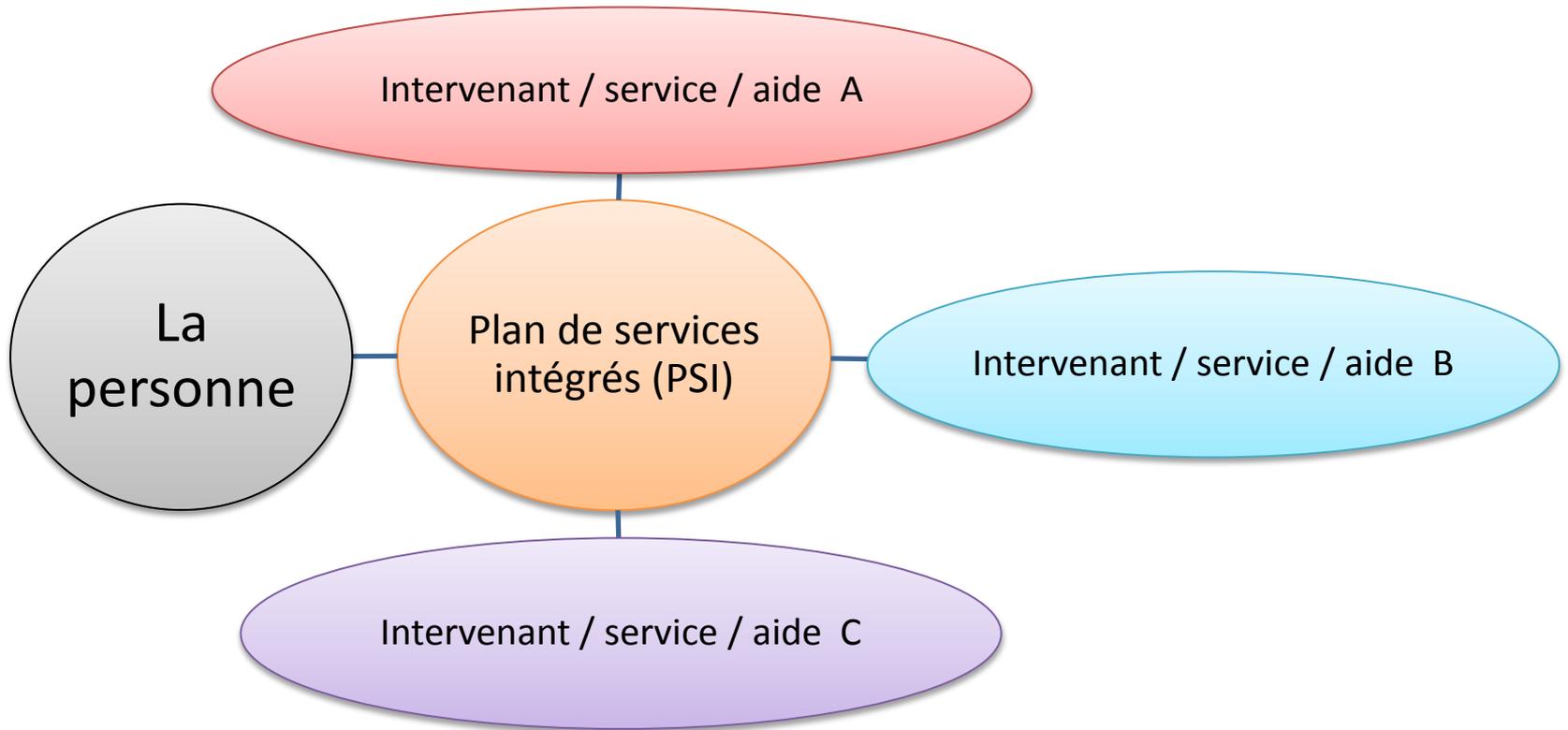
# Quelques modèles d'intégration des pratiques



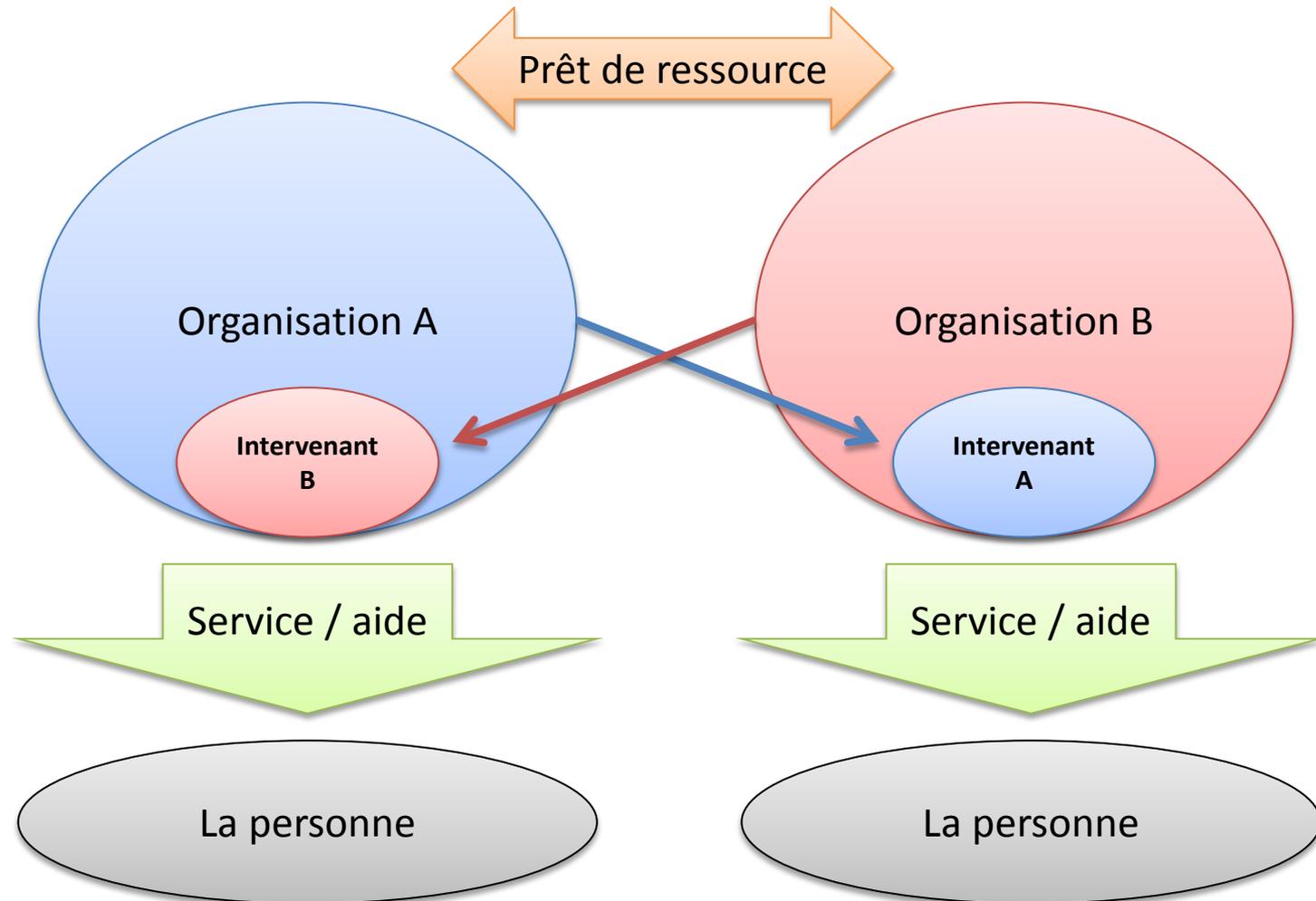
# Quelques modèles d'intégration des pratiques



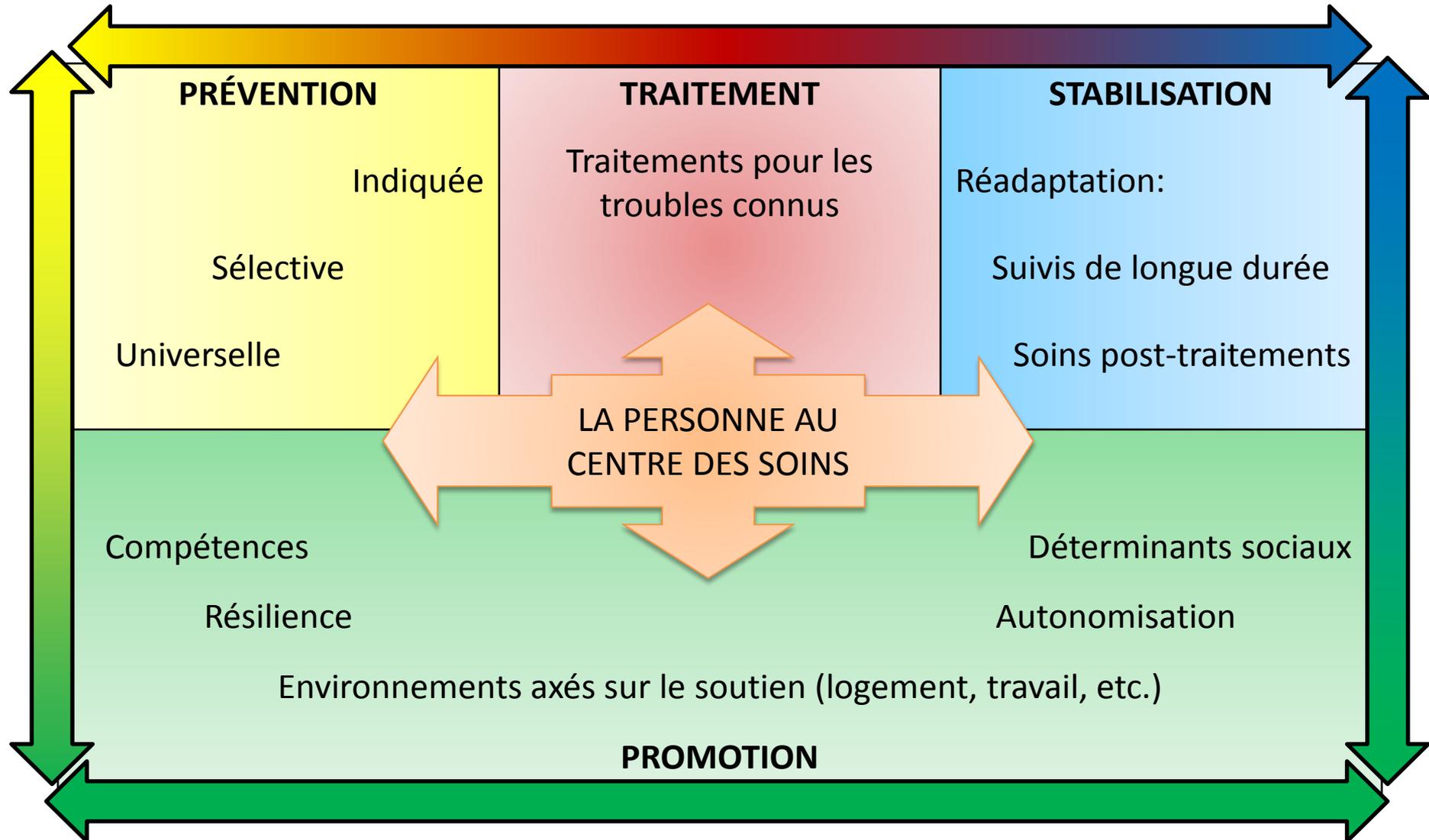
# Quelques modèles d'intégration des pratiques



# Quelques modèles d'intégration des pratiques



# Quelques modèles d'intégration des pratiques



# Quelques modèles d'intégration des pratiques

- Passer du « paradigme de la substance » au « paradigme du lien » :
  - Peu importe l'état motivationnel de la personne, QUI va maintenir un lien significatif avec celle-ci, dans quel cadre?
  - Comment peut-on soutenir ensemble cet intervenant dans ce lien à la fois déterminant et complexe?
  - Nous sommes tous concernés...

# Développer ses compétences...



# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Compétences réflexive:

$$C = F (pie)^t$$

Un comportement est fonction d'une interaction entre une personne et un environnement à un temps donné

<b>C</b> Comportement (Consommation)	<b>F</b> Fonction	<b>p</b> personne	<b>i</b> Interaction	<b>e</b> environnement	<b>t</b> Temps
Quoi?	Pourquoi?	Qui?	Comment?	Où?	Quand?

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Compétences réflexives:
  - Réfléchir à la fonction de la consommation. Qu'est-ce qui est évité? Qu'est-ce qui est recherché?;
  - Soutenir une position autoréflexive, c'est-à-dire aider la personne à décrire des séquences dans son expérience (sensations, affects, cognitions, comportements, réactions, conséquences...) et à créer des liens significatifs entre les éléments, prendre conscience des reproductions;
  - Proposer des éléments ou des liens additionnels auxquels la personne n'aurait pas accès de manière autonome, respectant ses résistances, mais aussi la possibilité qu'elle ait raison;
  - Inviter la personne à réfléchir ensemble sur le sens des expériences vécues, incluant la relation thérapeutique, en évitant les interprétations hâtives, les discours d'expert, les généralités, les étiquettes ou les jugements moraux;

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Compétences interactives:
  - Déterminer l'alliance thérapeutique, un cadre cohérent à son organisation, à sa zone de confort et aux besoins réels de la personne. Si besoin, se référer à l'alliance;
  - Maintenir une cohérence/unité avec son équipe de travail;
  - Soutenir la capacité empathique envers les autres ainsi que la résolution de problèmes;
  - Développer un projet de vie ou un but concret, aider la personne à voir comment elle s'en approche en comment elle s'en éloigne;
  - Soulever/tolérer les doutes et accompagner l'ambivalence;
  - Aider la personne à diminuer son impulsivité; valider l'axe action-conséquence sous l'angle de la « responsabilisation » et non de la « punition »;
  - Proposer à la personne d'expérimenter des activités naturelles et saines qui sont susceptibles de réguler la dopamine.

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Compétences affectives:
  - Tolérer et valider l'expérience affective, écouter la souffrance. Soutenir l'expression;
  - Conserver son empathie, une position d'accueil authentique, une fermeté bienveillante;
  - Réguler ses propres affects négatifs, s'assurer de sa santé émotionnelle;
  - Tenter de contaminer l'autre avec son calme et son espoir. Encourager;
  - Utiliser un humour approprié;
  - Aller chercher de la supervision clinique pour nous aider à conserver nos limites et notre zone de confort, mentaliser notre expérience;

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Il est fondamental d'exprimer à la personne comment ses comportements contribuent à sa souffrance, et l'éloignent de la thérapie comme de ses aspirations et buts personnels;
- Et ces comportements qui dérangent? Intervenir en intégrant une « authenticité empathique »:
  - *« Tu veux de l'aide, je suis là pour t'en donner; mais je suis incapable de t'aider comme tu le mérites, de prendre à cœur ce qui t'arrive, lorsque tu agis de cette façon; tu nous privas de nos moyens... »*
- S'assurer du soutien aux acteurs impliqués incluant l'entourage;

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Personnalité limite:
  - Intervention axée sur la validation et la responsabilisation;
  - Éviter de confronter directement la consommation, ce qui cause souvent panique et sabotage du traitement;
  - Adhésion à la médication de l'axe I et de l'axe II;
  - Développer de nouvelles manières de faire face à l'impuissance, à la rage et à la détresse;
  - Enseigner des techniques d'apaisement cognitive;
  - Structurer des contacts fréquents et réguliers avec un intervenant principal;

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- Personnalité narcissique:
  - Encourager les dépendances saines (aux personnes) plutôt qu'à des substances;
  - Dénouer l'évitement, le déni et la fuite dans les fantasmes;
  - Augmenter la tolérance aux affects négatifs de rage, de tristesse et de honte;
  - Acceptation des limites personnelles, deuil de l'Idéal;
  - Favoriser l'empathie envers les autres;
  - Donner une valeur « narcissique » à l'abstinence;

# Quelques principes d'intervention vers une approche intégrée

- **Personnalité antisociale:**
  - Confrontation des comportements antisociaux:  
« Comment manipulez-vous, blâmez-vous les autres pour justifier votre consommation? Quelles ont été les conséquences négatives de ces conduites? »
  - Aider à tolérer la colère et les conflits sans la consommation;
  - Soutenir la résolution de problèmes pour éviter les recours aux « solutions faciles » mais souvent illégales;
  - Répondent bien aux communautés thérapeutiques (limites, structures, contrôle par les pairs, activités de production);

# Conclusion

- Approche séquentielle et clivée
  - « L'œuf OU la poule? »
- Approche intégrée
  - « Le fermier, la poule ET son œuf »
- Création d'un dialogue
  - Fonction, liens et quête de sens

# Créer un sens... ensemble



Merci!



**la chrysalide**  
maison d'hébergement communautaire en santé mentale

# Références bibliographiques

- AUGER, S. (2010) : Le programme de développement des compétences en intervention, de la Psychothérapie du lien à l'intervention de soutien, Revue Québécoise de Gestalt, volume 12, AQG, p.127-140.
- BOUCHARD, S. (2010) : Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite (article présenté revue Santé Mentale au Québec), Clinique des troubles relationnels de Québec.
- DELISLE, G. et GIRARD, L. (2012) : Psychothérapie du lien, genèse et continuité, Éditions du CIG, Montréal.
- RACINE, S. et NADEAU, L. (1995) : Interactions entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ).
- <http://lecerveau.mcgill.ca>