

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]

Nature du changement thérapeutique et toxicomanie —

Approches éclectique et art thérapeutiques

Sylvie Labrosse

Un travail de recherche

présenté

au

Département d'enseignement de l'art

et d'art thérapie

comme exigence partielle au grade

de Maîtrise ès arts (M.A.)

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

©Sylvie Labrosse

Juin 2001



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-64100-7

Canada

Nature du changement thérapeutique et toxicomanie — Approches éclectique et art thérapeutiques

SOMMAIRE

Cette recherche s'intéresse aux différentes conceptualisations élaborées par les trois grandes approches psychothérapeutiques — qui sont l'approche psychanalytique, comportementale et humaniste — sur la nature du changement thérapeutique. La présentation de ces concepts permettra d'introduire et de clarifier leur apport individuel à la perspective plus contemporaine de l'approche éclectique ou de l'intégration dans ce domaine.

La question du changement thérapeutique est des plus pertinentes lorsqu'elle s'adresse aux populations aux prises avec des problèmes de toxicomanie étant donné le haut taux de rechutes pour lequel elles sont reconnues. Le modèle transthéorique de changement (MTT) s'est tout particulièrement penché sur les défis qui se posent dans de tels cas. La présentation de ce modèle permettra la mise en lumière des orientations théoriques et empiriques de plusieurs spécialistes en art thérapie s'étant prononcés-es sur cette problématique. La comparaison entre ces orientations et le MTT fournira l'occasion d'évaluer comment l'art thérapie a contribué par le passé à créer les conditions nécessaires à l'obtention du changement thérapeutique et peut continuer de le faire en s'adaptant aux approches considérées comme les plus efficaces en cette matière.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude à l'égard de toutes les professeures et du professeur impliqué-ées dans mon séjour au sein de cette institution et de cette discipline. L'enseignement édifiant de Pierre Grégoire ainsi que ses valeurs humanistes ont plus particulièrement jouer un rôle catalyseur sur ma motivation à creuser la question de l'intégration des approches psychothérapeutiques sous l'angle des capacités individuelles de changement thérapeutique.

Mon admiration va à tous ces chercheurs de l'approche éclectique (exclusivement masculins!) que j'ai croisés sur ma route et qui se sont impliqués à fond dans la recherche sur la nature du changement thérapeutique. Ce travail m'a convaincue que cette cause est des plus nobles.

Je dédie ce travail à Duncan Chisholm, ce génie de la diplomatie et des constructions de phrases, qui a su m'accompagner comme lui seul sait le faire, de près et de loin, autant dans les moments joyeux que noueux et sineux qui font partie tout simplement de la vie, et du cheminement d'une étudiante perpétuelle.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Mouvement éclectique et de l'intégration en psychologie	4
2. Le changement thérapeutique selon les trois principales écoles psychothérapeutiques	8
2.1 L'approche psychanalytique/dynamique	8
2.2 L'approche comportementale	10
2.3 L'approche humaniste	12
3. La nature du changement thérapeutique selon divers modèles éclectiques et de l'intégration	15
3.1 L'activité des clients-es	15
3.2 Les variables précurseurs du changement de Hanna	18
3.3 Le modèle de Bohart et Tallman	22
4. Approche psychodynamique et modèle transthéorique de changement appliqués aux problèmes de toxicomanie	24
4.1 Théories psychodynamiques	24
4.2 Le modèle transthéorique de changement (MTT)	31
4.3 Quelques critiques adressées au MTT	41
5. Art thérapie et toxicomanie: stratégies de traitement privilégiées	45
5.1 Bénéfices de l'art thérapie comme méthode de traitement	45
5.2 Analyse des diverses approches art thérapeutiques	49
6. Discussion des résultats, implications pour l'art thérapie et conclusion	59
Références	65

INTRODUCTION

Ce travail de recherche tentera de mieux cerner et comprendre les différents paramètres qui entrent en jeu dans le processus de changement thérapeutique chez les individus aux prises avec des problèmes de toxicomanie, qu'ils soient en thérapie ou non.

Il semblerait que l'intérêt suscité par la question du changement thérapeutique est très actuel étant donné le peu d'attention qu'elle a reçu jusqu'à maintenant de la part des théoriciens des diverses approches, davantage occupés à prouver la supériorité de leurs théories et techniques par rapport à celles des écoles rivales. Les questions auxquelles ce travail tentera de répondre à ce sujet sont diverses car comme le faisait remarquer Mahoney (1991) lorsqu'il en énuméra les plus importantes, il s'agit d'un domaine encore trop peu exploré: "More interesting questions have emerged: What changes when a person changes? What are the forms of change? Are there basic patterns and processes? What are the general principles of change? And what can and should be done with refined knowledge about all of the above?" (p. 12).

La problématique de la toxicomanie — qu'il s'agisse d'alcool, de médicaments ou de drogues "dures" — se prête particulièrement bien à ces questions portant sur le changement car le taux de rechutes important et la faible demande de traitement qui sont caractéristiques de cette population posent un défi incontournable en thérapie. De plus, les interventions s'adressant à cette population

sont régulièrement critiquées pour leur manque d'efficacité: "After all two-thirds of clients either do not improve at all or improve only temporarily, soon slipping back into their old habits" (McMurrin, 1994, p. 97). Pourtant, il est généralement admis par les spécialistes de l'art thérapie que leur approche a toujours joué et continue de jouer un rôle inégalé dans le rétablissement des toxicomanes.

L'analyse de ce rôle permettra de mettre en lumière les contributions spécifiques de l'art thérapie en cette matière en plus d'évaluer le degré d'adaptation des interventions thérapeutiques privilégiées par les spécialistes de cette discipline à ces processus de changement qui auront été préalablement identifiés. La présentation de diverses perspectives psychodynamiques sur les problèmes de toxicomanie aura pour but de rendre compte de la complexité psychologique de ce phénomène et de mieux évaluer l'orientation des stratégies thérapeutiques proposées par les art thérapeutes sélectionnés-es dans cette recherche.

En vue de déterminer si les théories et les interventions art thérapeutiques tiennent compte des théories psychologiques jugées les plus efficaces en matière de traitement de la toxicomanie, il s'avèrera nécessaire de les comparer aux plus récentes formulations issues de l'approche psychothérapeutique éclectique ou de l'intégration portant sur la nature du changement thérapeutique. Ces formulations émanent principalement du modèle transthéorique de changement ainsi que de modèles moins élaborés que celui-ci tels que celui d'Hanna (1996), et celui de Bohart et Tallman (1999) qui se sont penchés de près sur l'activité

des patients/patientes en thérapie et sur leur apport unique au processus de changement thérapeutique, ou d'auto-guérison selon certains.

Un aperçu des théories provenant des trois principales écoles de thérapie — la psychanalyse, le comportementisme et l'humanisme — sur la nature du changement thérapeutique sera présenté afin que soient mieux discernées leurs contributions spécifiques à la perspective plus contemporaine de l'approche éclectique ou de l'intégration qui se fonde sur celles-ci. Cette dernière apporte de l'ordre à la diversité chaotique et aux divisions sectaires du champ de la psychologie tout en offrant des solutions pratiques à la question de la réconciliation des diverses dimensions de la psychothérapie.

1. Mouvement éclectique et de l'intégration en psychologie

L'intégration des thérapies vise une synthèse des meilleurs concepts et méthodes existants en vue de former de nouvelles théories et des systèmes de traitement pratiques. Ainsi, les trois approches principales (psychanalytique/dynamique, comportementale et humaniste) sont perçues comme ayant des apports majeurs à faire pour la pratique de la psychothérapie.

À titre d'exemple, la contribution unique de la thérapie psychodynamique qui est recherchée concerne l'accent qui est mis sur la compréhension du sens idiosyncratique donné par les patients-es aux événements et individus, les motifs cachés et les *patterns* mésadaptés qui s'infiltrent dans leurs relations personnelles, ainsi que le phénomène du transfert et du contretransfert qui permet de comprendre les résistances au changement (Goldfried et Padawer, 1982). La thérapie comportementale est appréciée entre autres pour l'importance qui est prêtée aux instructions systématiques et détaillées d'où découlent les expériences correctives amenant le changement, et aux facteurs environnementaux susceptibles d'influencer le fonctionnement de la personne dans sa vie courante. L'orientation humaniste a, grâce au travail de pionnier de Carl Rogers, contribué à ce qu'une grande importance soit donnée à l'attitude d'acceptation et de compréhension venant du/de la thérapeute, et à l'aide octroyée aux personnes pour qu'elles deviennent plus conscientes des états émotionnels les affectant.

Si les termes "éclectique" et "intégration" sont parfois employés d'une façon interchangeable, l'essentiel pour Wachtel (cité dans Leger, 1998) demeure qu'une synthèse opérationnelle des divers éléments retenus soit accomplie:

It aims, first, for a theoretical model that is internally consistent and attuned to the full range of observations on which the various schools base their thinking and, second, for a melding and reworking of their concepts and methods so that what results is not merely a mix of simple elements from different sources but rather a true synthesis of those elements that mark the evolution of new concepts and methods. (p. 6)

L'importance d'adopter un modèle théorique et pratique de nature intégratrice ou éclectique en psychologie a été défendue depuis plusieurs années et continue de l'être à un taux croissant par les tenants des diverses approches: "Between 30% and 40% of contemporary American psychologists embrace eclecticism as their primary theoretical orientation. And according to recent national surveys, eclecticism is invariably the most popular approach to psychotherapy" (Norcross, 1986, p. 12).

Les pionniers de ce courant s'inspiraient d'une tendance introduite par Freud dès 1909. Il incorporait des techniques dans son approche psychanalytique qui sont attribuées au comportementisme: "He had noted the importance of compelling the phobic patient to face the phobic object actively... and also experimented with setting time limits on the treatment in order to promote conflict and

to gain access to deeper unconscious material” (Stricker et Gold, 1996, p. 1). Selon Leger (1998), ce mouvement vers l'intégration et l'éclectisme avait pour but de pallier le manque de “direction paradigmatique” en psychothérapie. Le désir de transcender l'étroitesse de vision associée à l'adhésion à une seule école de thérapie a aussi été un facteur important (Norcross, 1986). Il était considéré que la pureté théorique présentait le désavantage d'exclure des variables significatives appartenant à d'autres approches.

People who adhere closely to one school tend to have restricted vision and selective perception — theoretical “blindness” — that limit their perception of relevant phenomena. Eclecticism can potentially transcend the constraints of factionalism “where cloistered adherents of rival schools, movements, and systems each cling to the separate illusions” (Lazarus, 1977, p. 11). Eclectic psychotherapies attempt to avoid this “polarized thinking of the older veterans of the ideological cold war” (Murray, 1983, p. 127).” (Norcross, 1986, p. 11)

Il demeure que les thérapeutes qui ont recours à cette approche dans leur pratique ne se considèrent pas nécessairement comme oeuvrant sous cette bannière. De plus, plusieurs thérapeutes éclectiques n'adhèrent pas aux mêmes principes et ne poursuivent pas les mêmes buts étant donné qu'ils-elles ne forment pas un groupe cohésif. Les trois formes d'intégration les plus discutées sont néanmoins l'éclectisme technique, l'approche des facteurs communs et l'intégration théorique (Stricker et Gold, 1996). Malgré qu'une distinction entre

ces trois orientations soit courante, certains phénomènes comme celui du changement thérapeutique permettent que s'élabore une convergence des objectifs:

Eclectics (Lazarus, 1967) and integrationists (Norcross and Goldfried, 1992) believe that an "alternative way" of looking at the data may be achieved through exploring common factors (Norcross and Newman, 1992), transtheoretical systems (Prochaska, 1979), and/or mechanisms of change (Leger, 1989) possibly operating across therapies. (Leger, 1998, p. 6)

2. Le changement thérapeutique selon les trois principales écoles psychothérapeutiques

Un aperçu des différentes façons de conceptualiser la nature du changement thérapeutique qu'ont les trois principales approches psychothérapeutiques énumérées préalablement sera présenté dans cette section. Il s'agit donc de l'approche psychanalytique/dynamique, comportementale et humaniste. Il est à noter que le changement dont il est question peut aussi bien concerner celui qui se produit à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances de thérapie. De la sorte, la contribution unique de chacune de ces approches aux plus récentes théories sur la nature du changement thérapeutique issues de l'approche psychothérapeutique de l'intégration et éclectique, sera plus à même d'être relevée et distinguée des contributions appartenant aux autres approches.

2.1 L'approche psychanalytique/dynamique

D'après Freud, les humains sont psychologiquement malléables surtout durant les six premières années de leur vie: "He believed that personality patterns are formed primarily by experiences in early psychosexual development, and that dramatic personality change in adulthood is rare" (Mahoney, 1991, p. 12). Toutefois, Freud croyait qu'il pouvait changer les fixations du "ça": "Sexual energy was thought to be trapped at specific developmental checkpoints; by liberating it via cognitive understanding and emotional catharsis a person would be enabled to proceed with mature living" (Fein, 1992, p. 87).

Bien que c'est essentiellement grâce au travail d'interprétation des thérapeutes que les patients-es pourront accéder à l'insight et la catharsis, en général les thérapeutes psychanalytiques valorisent les moments dans lesquels les patients-es démontrent une attitude positive à leur égard (transfert positif), travaillent durement à résoudre leurs problèmes, et obtiennent un *insight* émotionnel. Mahrer (1985) indique que d'autres types de moments en thérapie sont aussi des indices de "mouvement thérapeutique":

Others reason from psychodynamic/psychoanalytic theory that significant moments are those in which there is an occurrence of material which has been previously warded off and pushed away. Such contents would include cognitions, feelings, and impulses which were relatively unavailable to the patient early in treatment, produced discomfort when they first emerged early in treatment, were accompanied by some kind of defensive process, and come to emerge later in treatment relatively free of discomfort and defensive processes... (p. 105)

Il est donc apparu très tôt que la seule compréhension des éléments inconscients ne suffisait pas à libérer les gens de leurs névroses: "Rather quickly it became apparent that cognitive insight is an incomplete avenue to change, and therapists began including the emphasis upon freeing up affects and emotional knowing" (Rutan et Stone, 1984, p. 125). Ces auteurs affirment qu'une thérapie psychodynamique efficace parvient à combiner conscience émotionnelle et intégration cognitive.

Emotional knowing arises from having deeply experienced a situation and having felt the affects involved. The building blocks of learning are feelings and affects, both felt and shared. To that degree, the first most important focus on therapeutic attention is affect, not cognition. (p. 125)

Même si les cognitions sont souvent vues comme des agents de résistance face aux émotions fortes, il demeure que le changement thérapeutique n'est pas fonction de catharsis ou d'affects purs. Il importe que les patients-es comprennent aussi. On reconnaît même que parfois la compréhension précède l'expérience des affects. Les thérapeutes doivent malgré tout laisser le temps aux patients-es d'explorer et d'exprimer entièrement leurs expériences affectives avant de procéder à des explications et interprétations visant à accroître leur compréhension de leur situation.

2.2 L'approche comportementale

Généralement, dans cette approche, on considère que presque tous les comportements problématiques sont appris et qu'ils sont donc de la sorte en mesure d'être "ré-appris". Les racines théoriques de ce modèle sont localisées dans le conditionnement classique et opérant qui dépeint la personne comme étant à la merci d'un environnement inflexible (Fein, 1992). Dans le conditionnement classique, il est considéré que l'organisme apprend à associer un stimulus avec un autre, pour ensuite répondre au second comme il le ferait pour le premier, même lorsque ce premier est absent. Dans le conditionnement opérant,

il est constaté qu'un animal apprend en observant les conséquences de ses actions. B.F. Skinner a opérationnalisé cette idée en démontrant comment certaines actions peuvent être renforcées lorsqu'elles sont récompensées, alors que d'autres actions cessent de se produire lorsque les récompenses sont refusées. Étant donné que, selon cette perspective, toutes les activités humaines ne sont que des enchaînements complexes de comportements conditionnés, il ne suffit que d'une série de contingences de renforcement visant à provoquer le comportement désiré pour corrigé un problème spécifique.

The behavioral credo insists that correcting a person's behavior is tantamount to correcting his problems. If learning to be more assertive, or learning how to clean a house, will better adapt him to his situation, he will be made happier, and that is what matters. (Fein, 1992, p. 172)

Le pouvoir de changement est déterminé par la capacité de changer l'environnement ou les contingences autorégulatrices (Mahoney, 1991). Par exemple, si certaines personnes s'abstiennent d'agir de manière satisfaisante à cause de leurs peurs, un travail de rééducation leur permettrait de corriger ces agissements:

A clinician might, therefore, teach clients that certain situations they have learned to associate with danger are no longer hazardous. The clients might, for example, be exposed to circumstances in which their old fears

are no longer reinforced and hence should gradually melt away. (Fein, 1992, p. 175)

En résumé, en tentant de manipuler les pensées et les comportements du présent, les behavioristes cherchent à enseigner à leur clientèle, au moyen de techniques d'apprentissage, comment penser et agir différemment pour ne pas qu'elle répète toujours les mêmes erreurs. Et c'est à l'aide de ces techniques assorties aux difficultés personnelles que des solutions à court terme seront trouvées aux problèmes ciblés présentés en thérapie. L'indice ultime de changement ou d'amélioration est, en bout de ligne, le comportement, "the reported or exhibited in-therapy behavior" (Mahrer, 1985, p. 105).

2.3 L'approche humaniste

On considère dans cette approche que les humains détiennent le pouvoir de changer mais qu'ils en sont souvent inconscients ou n'exercent pas leur potentiel pour obtenir le changement désiré (Mahoney, 1991). Rogers comptait sur son approche terre-à-terre, centré sur l'ici-maintenant et la résolution de problèmes pour amener ses clients-es à être plus en contact avec leur monde intérieur et à développer ce potentiel afin de favoriser l'émergence du soi authentique:

His was an almost mystical faith in the ability of the "congruent" self to pursue its own destiny and solve its own problems. Nevertheless, or perhaps because of this, he was weak on the theory of how personal

change occurs, and he left many of the details of change to the client's innate human genius. (Fein, 1992, p. 144)

Bien que pour lui les personnes sont centrales dans ce processus — au point d'avoir nommé son approche "*client-*" et "*person-centered*" — il a été remarqué que ses contributions les plus notables concernent l'activité des thérapeutes:

Rogers (1961) attempted clinically and empirically to identify the necessary and sufficient factors that led to therapeutic growth. According to Rogers, personality change for the patient followed from a relationship in which the therapist reacted to the patient with accurate empathy, unconditional positive regard, and self-congruence. (Stricker et Gold, 1996, p. 2)

Mahrer (1985) mentionne toutefois que Rogers s'est déjà attardé à tenter de préciser et de définir l'expérience du changement thérapeutique du point de vue des clients-es:

For Rogers, therapeutic movement was held as consisting of moments when the patient evidenced increases in positive attitudes toward self or others. The marker for "improvement" consisted of the patient's immediate response in the light of the immediate and penultimate response-statements. (p. 102)

Fein (1992) rapporte que Rogers, en tant qu'enseignant de futurs-es thérapeutes, reconnaissait le besoin de ses élèves d'établir une relation thérapeutique satisfaisante avec leur clientèle, et que c'est davantage en vue de répondre à cet objectif qu'il orientait ses recherches et ses écrits. Ses contributions personnelles dans ce domaine sont insurpassables et demeurent malgré tout, comme nous le verrons plus loin, au coeur des théories contemporaines portant sur le changement thérapeutique:

Of the great founders of psychotherapy, Rogers has undoubtedly done most to make practitioners aware of the central importance of the therapeutic relationship. It is to him that we owe an understanding of relationship variables as the bedrock of all helping interventions. (p. 144)

3. La nature du changement thérapeutique selon divers modèles éclectiques et de l'intégration

La synthèse des plus récentes théories des tenants de l'approche de l'intégration ou éclectique sur la nature du changement thérapeutique servira de préambule à la présentation du modèle transthéorique de changement appliqué au problème de la toxicomanie. Bien que les auteurs qui seront présentés dans cette section aient élaboré des modèles distinctifs, il s'avère que ces modèles se complètent de plusieurs façons. En plus d'émaner de l'orientation éclectique/de l'intégration/transthéorique (termes interchangeables, comme mentionné plus haut), dans ces modèles on tient pour acquis que tout changement thérapeutique est le produit de l'activité de la personne qui consulte et non du/de la thérapeute. Bohart et Tallman (1999) en empruntant à Arkowitz ont résumé cette idée en ces termes: "The client is also the ultimate integrative therapist" (p. 227). Ces modèles se complètent également en ce qu'ils se penchent sur les différents moments dans lesquels peut survenir le changement, sur les différents processus qui y sont activés, et sur les différents protagonistes impliqués.

3.1 L'activité des clients-es

Plusieurs chercheurs ont modestement avoué qu'il est toujours impossible à ce jour d'identifier les facteurs exacts qui contribuent à l'efficacité de la psychothérapie (Hanna et Ritchie, 1995). Ces auteurs mentionnent que même si l'efficacité de la psychothérapie a été clairement prouvée antérieurement, les recherches nous ont très peu appris sur la façon dont les gens changent.

Tallman et Bohart (1999) ont rapporté les résultats obtenus de "méta-analyses" conceptuelles de différentes listes portant sur les facteurs communs thérapeutiques qui confirment que les clients-es sont très rarement mentionnés-es comme faisant partie de ces facteurs:

In the extant therapy literature, the client is rarely portrayed as an instigator of change ... The therapist is the one who causes change and champions mental health. It is true the client must be an active participant but it is the therapist's potent interventions that make change occur. (p. 94)

Si l'activité des thérapeutes était si déterminante, leur expérience et leur formation devraient faire une grande différence en ce qui concerne leur efficacité. Pourtant, les recherches n'ont apporté aucune évidence à ce sujet. En voici quelques exemples:

A study by Strupp and Hadley (1979)... found that experienced therapists were no more helpful than a group of untrained college professors selected for their relationship skills. Similarly, Jacobson (1995) found that novice graduate students were more effective at doing couples therapy than trained professionals, and Svartberg and Stiles (1991) found in a meta-analysis of studies on short-term psychodynamic therapy that inexperienced therapists were more effective than more experienced therapists. (Bohart et Tallman, 1999, p. 33)

Étant donné que plusieurs personnes réussissent à résoudre leurs problèmes psychologiques et comportementaux par elles-mêmes, la notion de changement personnel ne devrait être appliquée uniquement au contexte thérapeutique (Hanna et Ritchie, 1995). Cette constatation fait également dire à Tallman et Bohart (1999) que non seulement ce sont les clients-es qui font toute la différence mais que les thérapeutes sont souvent superflues-es. Si tel est le cas, que penser du rôle de la relation thérapeutique dans cette équation? Tout d'abord, tous conviennent qu'elle est de première importance:

Studies have even found that the relationship is more powerful than specific interventions held in high esteem by a particular school, such as cognitive therapy (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Castonguay, 1993), behavior therapy (W. R. Miller, Taylor, & West, 1980), or psychodynamic therapy (Svartberg & Stiles, 1994). (p. 191)

Il semble qu'on ne saurait trop comment expliquer en quoi la relation thérapeutique est si aidante. Il est possible qu'elle procure une "expérience émotionnelle corrective" grâce à l'écoute et l'intervention bienveillantes qui ont le potentiel de guérir les dommages causés par les relations toxiques du passé. Aussi, la relation permet que soient renforcés des comportements plus appropriés. Cette relation serait malgré tout insuffisante pour expliquer le processus du changement thérapeutique; elle ne ferait partie que d'un moyen parmi d'autres qu'utilisent les clients-es lorsqu'ils-elles mobilisent leurs ressources en vue de changer. Des recherches ont souligné que les clients-es de diverses

thérapies ont trouvé que les facteurs les plus aidants étaient d'avoir du temps et un endroit pour parler, de se concentrer sur eux/elles-mêmes, ainsi que de se sentir écoutés-es, compris-es et encouragés-es par leur thérapeute. En somme, la thérapie serait un endroit dans lequel le processus de changement identique à celui qui se produit dans la vie quotidienne se trouverait exacerbé.

Therapists simply use client generativity and these naturally occurring change processes, the self-healing cycle of thinking-exploring-experiencing-behaving. Therapy refines these ordinary, everyday restorative procedures and provides them in a distilled, highly focused fashion. Therapy is a prosthetic provision of contexts, experiences, and events which prompt, support, or facilitate clients' self-healing. (Tallman et Bohart, 1999, p. 114)

3.2 Les variables précurseurs du changement de Hanna

Ces variables sont définies comme étant des facteurs nécessaires qui précèdent et indiquent l'approche du phénomène du changement thérapeutique, lors de la thérapie ou non. "The central thesis is that when these precursors are present in a client, change is likely to be occurring; and when they are not present, change is not occurring, and a client is then likely to be seen as resistant or difficult" (Hanna, 1996, p. 228). Elles ont été extraites de 32 variables compilées par Hanna et Ritchie (1995) et se basent sur l'abondante littérature en ce domaine. En ce sens, ces variables sont transthéoriques. Elles font également appel aux processus "métacognitifs", "which refers to the ability of

individuals to monitor their experiences and make self-appraisals (cf. Flavell & Wellman, 1977)” (Goldfried et Padawer, 1982, p. 37). Très peu d’attention a été donnée à ces processus dans la recherche.

L’influence des thérapeutes peut être cruciale dans l’activation de ces éléments précurseurs, et les stratégies visant à motiver les clients-es sont toujours à développer: “Ideas of persuasion and rhetoric are echoed by Corsini (1989), who noted that much of psychotherapy can be seen as “selling” the benefits of mental health” (Hanna, 1996, p. 229). Dans le cas des problèmes de toxicomanie par exemple, c’est principalement la motivation qui semble faire le plus défaut. D’après Miller (1998b) pourtant, les toxicomanes font preuve de motivation étant donné leur persistance à consommer en dépit des risques et périls qui s’y rattachent. Mais cette motivation est différente de celle qu’on associe au changement thérapeutique: “If the motivational problem of addiction is not remedied by enhancing suffering, knowledge, insight, or neurochemistry, then what is motivation? I propose a simple and pragmatic approach: *Motivation is doing something to get better*” (p. 122).

Les sept variables précurseurs du changement qui suivent ne sont pas hiérarchiques ni séquentielles, et même si elles sont reliées les unes aux autres, elles n’ont pas, individuellement, une influence majeure dans tous les cas. Bien que cette liste n’est probablement pas complète d’après l’auteur, il demeure qu’elle évite d’attribuer le changement à une seule variable, telle que l’effort ou le *self-efficacy*.

1. Le sens de la nécessité: c'est la capacité de reconnaître l'importance du changement. C'est autant un sentiment qu'une évaluation de la situation. Sans ce sens, la thérapie est généralement perçue comme une perte de temps.

2. Le consentement à expérimenter des difficultés ou de l'anxiété: c'est le contraire du comportement défensif. La personne doit être prête, désireuse et préparée à faire face aux difficultés et émotions qui feront surface. Sans ce consentement, la personne sera distante, détachée et voudra que le/la thérapeute fasse tous les efforts.

3. La conscience: ceci demande que la personne soit consciente du fait qu'il y ait problème et de la nature de ce problème. "This includes the identification of cognitions, affect, and behaviors as well as interpersonal and family issues in need of remedy" (Hanna, 1996, p. 236). La conscience est l'antithèse du déni.

4. La confrontation du problème: c'est une action qui amène la personne à faire usage de son attention et de ses ressources en vue de faire face au problème en dépit des peurs et autres réactions d'évitement. Lorsque la confrontation est combinée à la conscience et à la volonté de vivre de l'anxiété, Hanna et Puhakka (1991) réfèrent au terme "resolute perception". Il s'agit du consentement à confronter et percevoir le problème.

5. L'effort: il s'agit du déploiement de ressources ou d'énergie physique ou mentale délibéré et de l'intention qu'y est associée. "Lazarus (1989b) noted that therapeutic progress and success is dependent upon the degree of effort

expended by a client” (Hanna, 1996, p. 239). La volonté est aussi incluse dans cette variable.

6. L'espoir: il est question d'une attente réaliste ou positive, “that conditions or oneself will change for the better” (Hanna, p. 241).

7. Support social: ce support provient d'un réseau d'amis-es ou familial empathique, prêt à aider, encourager, et à s'ouvrir émotionnellement. Il inclut la relation thérapeutique.

Ces variables précurseuses du changement font partie des ressources de chaque personne. Ce qui résulte de leurs interactions expliquerait pourquoi 15% de la clientèle s'améliore avant la première séance de thérapie. Lorsqu'une de ces variables fait défaut chez les clients-es, les thérapeutes chercheront à adapter leur intervention en conséquence. “In view of the evidence that 40% of clients drop out after only a few session, establishing the presence of precursors in the initial stage of therapy may be just enough to keep a client involved and motivated to continue the therapy process” (Hanna, 1996, p. 260). Il est même proposé que le changement thérapeutique est une compétence qui peut s'acquérir:

Difficult or resistant client may simply be lacking in these skills. ...

Perhaps educating and training clients on the nature of change processes would be of service... Several studies have shown that pretherapy training or role preparation can be highly successful in leading to positive outcomes (Garfield, 1994; Orlinsky et al., 1994). (Hanna, p. 259)

3.3 Modèle de Bohart et Tallman

Après avoir constaté, avec d'autres chercheurs, que le champ continue d'être orienté vers les pathologies plutôt que vers les aspects positifs de la santé mentale, Bohart et Tallman (1999; Tallman et Bohart, 1999) ont convenu qu'il importait de définir les grandes lignes d'un modèle thérapeutique qui respecterait cette nouvelle perspective. En plus d'être basé sur le principe que les clients-es sont les principaux-ales agents de changement et détenteurs-trices du pouvoir d'auto-guérison, ce modèle reconnaît que les clients-es sont des participants-es actifs-ves en thérapie. Ceci s'applique aussi à ceux/celles qui semblent plus passifs-ves ou dépendants-es:

Some clients seem passive and dependent in therapy, apparently swallowing everything the therapist says, and looking to the therapist as an expert. However, even they are actively synthesizing. There is an active inner life going on, usually not shared with the therapist, in which clients are thinking about what the therapist is doing, covertly agreeing or disagreeing, and planning how they can get what they think they need (Rennie, 1990, 1994a, 1994b). (Bohart et Tallman, 1999, p. 15)

Les interventions qui permettront de mobiliser ce potentiel d'auto-guérison ne sont pas uniquement "techniques". Elle nécessitent aussi l'habileté des thérapeutes à écouter et comprendre avec empathie leur clientèle en plus de respecter leur capacité, créativité, leurs idées et expertise. À ce sujet, Prochaska

et ses collègues ont découvert que les individus qui s'auto-guérissent déploient sensiblement les mêmes stratégies que celles qui sont employées par les thérapeutes: "Prochaska, Norcross, and DiClemente (1994), in keeping with our perspective, said that "in fact, it can be argued that all change is self-change, and that therapy is simply professionally coached self-change (p. 17)"" (p. 40). Il semblerait d'ailleurs que la plupart des facteurs communs attribués aux thérapeutes ou au processus thérapeutique ne serait que des processus déguisés, qui émaneraient des clients-es eux/elles-mêmes: "The factors that can be found across therapies that make therapy work are client change processes. Furthermore, they are client processes that could just as easily operate outside therapy as inside" (Bohart et Tallman, 1999, p. 135). C'est en se basant sur les travaux de Goldfried et Padawer (1982) que Bohart et Tallman ont pu commencer à cerner ces processus centraux. Il s'agit de l'attente que la thérapie aidera; de la relation thérapeutique; de l'obtention d'une perspective extérieure sur soi et sur le monde; du test de la réalité continu; et des expériences correctives.

4. Approche psychodynamique et modèle transthéorique de changement appliqués aux problèmes de toxicomanie

Bien que la présentation des principales théories psychodynamiques qui suivra s'avère brève et inévitablement incomplète, elle comporte toutefois l'avantage d'étaler les grandes lignes de l'évolution historique de ce courant de pensée en ce qui a trait à la problématique de la toxicomanie, qui est très fertile et, encore à ce jour, en voie de développement. Il sera également démontré que cette évolution ne s'est pas faite de façon linéaire et que plusieurs perspectives ont dès les tout débuts co-habité et subi des transformations progressives sans néanmoins s'affecter nécessairement les unes les autres. L'approche préconisée par les instigateurs du modèle transthéorique de changement (MTT) sera ensuite introduite, afin que ses contributions jugées comme étant remarquables dans le domaine de la recherche et de l'intervention psychothérapeutique puissent être comparées, dans la dernière partie de ce travail, aux diverses approches art thérapeutiques contemporaines se rapportant aux problèmes de toxicomanie.

4.1 Théories psychodynamiques

Les premiers penseurs qui se sont penchés sur la question, tels que Freud, Abraham et Rado ont mis l'accent sur les besoins oraux, la régression vers des fixations infantiles, l'infériorité sexuelle et sociale, l'immaturation émotionnelle, la dépression, l'insécurité, et les tendances homosexuelles (Frances, Franklin et Borg, 1994). Freud a maintenu que l'usage de drogues répété contribuait à

soulager les tensions provenant des pulsions libidinales (Kaufman, 1994), alors que pour Glover il s'agissait davantage des pulsions agressives (Khantzian et al, 1990): "In these early formulations the use of drugs and associated practices took on important unconscious and subconscious meanings linked to early "fixations" in which an individual might be expressing or attempting to work out unresolved conflicts over sexuality and aggression" (Khantzian et al, p. 30).

Les théories qui ont succédé à celles-ci ont continué de souligner l'importance de l'oralité et des fixations dans l'usage de la drogue. Pour Fenichel, leur usage permettrait de satisfaire des envies orales archaïques découlant de fixations narcissiques, alors que pour Chessik, l'expérience de l'intoxication s'apparenterait à un orgasme "oral" ou "alimentaire" (Kaufman, 1994). Ces thèses tournant autour du problème de l'oralité sont toujours considérées pertinentes de nos jours. Forrest (cité dans Edwards, 1996), a fait un lien entre cette assuétude orale et les relations primaires de l'enfance:

Orally addictive persons (alcoholics, compulsive overeaters, prescription and other 'pill' addicts, and heavy marijuana smokers), have experienced intense anxiety within the context of their mothering relationships during their initial weeks and months of life...In essence, the addict is a person who has experienced intense and chronic early-life anxiety as a result of prototaxically fearing destruction and annihilation by significant others.
(p. 97)

Se distinguant clairement des premiers penseurs psychanalytiques sur la question de la toxicomanie, les psychothérapeutes psychodynamiques ont choisi de mettre davantage l'accent sur les déficits structurels et développementaux des personnes dépendantes des drogues (Frances, Franklin et Borg, 1994). La formulation la plus prisée parmi ce groupe est que les drogues servent à gérer des états affectifs intolérables. Krystal et Raskin (1970) ont énoncé qu'il y avait très peu de généralisations possibles dans le cas de personnes dépendantes aux drogues. Tout en constatant qu'il y avait cependant une exception:

A striking exception is that the drug dependent person invariably is seeking relief, modification or avoidance of a painful state. In his drug he has found something that he knows will put an end to unbearable tensions, pain. His own ego resources, organization, and functions suffer from impairments and defects which produce an insidious and inexorable helplessness to deal with pain and tension without his drug. (p. 15)

La résistance aux traumatismes, qu'ils ont nommée *stimulus barrier*, serait déficiente chez ces personnes en raison de l'incapacité de la figure maternelle de protéger l'enfant adéquatement contre une surstimulation ou une privation des objets d'amour maternel. L'enfant serait alors en proie à des émotions envahissantes menaçant sa survie et interférant avec sa capacité à contenir ses propres émotions. En plus de causer dans certains cas des troubles de personnalité, les échecs répétés de la mère face à son rôle de protectrice et de guide, occasionneraient des traumatismes cumulatifs:

Cumulative trauma is the result of the breaches in the mother's role as a protective shield over the whole course of the child's development, from infancy to adolescence — that is to say, in all those areas of experience where the child continues to need the mother as an auxiliary ego to support his immature and unstable ego functions. (Khan, cité dans Krystal et Raskin, 1970, p. 55)

Concrètement, comme la mère n'aura pu contribuer au développement structurel de l'enfant, celui-ci se verrait affecté dans sa capacité à tolérer les tensions et le déplaisir entraînant d'autres effets débilissants:

If... the individual has an inadequate ability to tolerate tension and unpleasant affects, the differentiation of the forerunners of these affects into depression and anxiety is impaired, the signal function of anxiety does not develop, and the threat of psychic trauma looms large through life, making the use of drugs necessary. (Krystal et Raskin, 1970, p. 38)

Le problème de l'alexithymie, qui serait aussi une conséquence directe de ce genre de traumatisme et qui consiste en l'incapacité d'être conscient de ses émotions et de les verbaliser, est aussi fréquent au sein de cette population (Krystal, 1982). Khantzian (1987) précise que les émotions sont non seulement envahissantes, mais elles sont aussi absentes, confuses et *sans mots*: "Despite or because of the deficits and distortions around affects, these patients are notorious for superficially seeming normal and free of distress, thus causing

McDougall (1984) to term such patients as “normopaths” or “pseudonormal” (p. 532). L'alexithymie serait en fait causée par une distortion dans la représentation de soi. Comme toutes les fonctions vitales et affectives sont perçues comme étant réservées à la mère “externe”, l'enfant ne saurait actualiser les activités d'auto-préservation calmantes et “maternantes”, car il n'aurait pas été en mesure de les incorporer. “While these functions are “walled-off” within the maternal object-representation, and because the idea of consciously acknowledged self-care is experienced as a prohibited act, the patients must guard against taking over self-care at all cost” (Krystal, 1982, p. 361). Il s'agirait donc moins de régression selon Krystal que d'un arrêt développemental génétique des affects dans leur forme infantile.

Khantzian a aussi exploré la psychodynamique de la dépendance aux drogues sous l'angle des déficits du moi et de l'inabilité à tolérer les émotions (Kaufman, 1994). Dans le modèle qu'il a élaboré, il a distingué trois types de vulnérabilité psychologique: 1) la régulation des affects; 2) les relations interpersonnelles; 3) les déficits du soi (estime de soi, *self-care*, degré de honte) (Lovejoy, 1995). Khantzian et al (1990) n'hésitent pas, eux non plus, à relier les problèmes de dépendance aux drogues aux premières expériences de l'enfance. Le sentiment de confiance et de validation que l'enfant acquiert grâce à l'admiration et aux soins parentaux, favorisera l'introjection des fonctions de survie et d'auto-protection émanant des parents. En son absence, la personne incorporera dans sa personnalité des comportements rendant le contact humain

difficile et l'usage de drogues plus probable, tels que "excessive self-sufficiency, disavowals of needs, bravado, and counterdependency" (Khantzian, 1987, p. 531). Ces personnes seraient aussi davantage à la recherche de moyens de contrôler leur souffrance que de façons de l'alléger: "They often choose to substitute a dysphoria they invent and control in place of a dysphoria which is elusive and which they do not control (p. 533).

Khantzian a de surcroît exploré et développé l'hypothèse de l'*auto-médicalisation* élaborée par d'autres avant lui, tels que Weider, Kaplan, Milkman et Frosch voulant que les toxicomanes adoptent des substances spécifiques qui sont en lien avec des émotions pour lesquelles un soulagement est recherché (Frances, Franklin et Borg, 1994).

For example, some individuals with feelings of rage and anger find opiates to be appealing, other individuals with energy problems associated with depression respond to stimulants, and restricted, closed-off, counter-dependent persons often find the softening effects of alcohol and sedatives soothing and appealing. (Khantzian et al, 1990, p. 11)

Des théories encore plus récentes demeurent fidèles aux idées relatives à la désintégration du soi due à des blessures narcissiques qui ont été formulées par Winnicott et Kohut (Firman et Gila, 1997). À nouveau, la cause en serait le manque de réponse empathique de la part des figures parentales d'où émergerait la menace subjectivement vécue de l'annihilation de l'être, où du

nonbeing: "When I look I am not seen, so I do not exist" (Firman et Gila, p. 93). Michaelson (1993) a, tout comme Dodes (1990), repris ces thèses pour mettre en lumière l'aspect de l'impuissance et du désarroi se trouvant au coeur de l'expérience des blessés-es narcissiques. Michaelson envisage le phénomène de la dépendance aux drogues comme étant avant tout une dépendance à des émotions déplaisantes telles que d'être démunie-e, dominé-e, abandonné-e, rejeté-e, condamné-e: "They are addicted to powerlessness, and that is evident in their feelings of being at the mercy of a substance or behavior" (p. 13). De son côté, Dodes suppose que c'est au moyen des drogues que la personne retrouvera illusoirement le sentiment de contrôle qui lui échappe à l'ordinaire. Le recours aux drogues permet que soit évité des excès de rage face à l'impuissance ressentie dans les moments où le traumatisme psychique est réactivé. Dodes voit dans ce comportement autant un signe de force que de faiblesse:

There is clearly a paradox here. While I am suggesting a role in addiction for an unconscious process of restoring a sense of control, addictive behavior itself is inherently a matter of being out of control; simultaneously, then, addiction reflects both ego functioning and a loss of elements of ego functioning. (p. 402)

Bien d'autres théories psychodynamiques ont été élaborées durant toutes ces années et continuent de l'être à ce jour. Il aurait par exemple été intéressant de présenter les perspectives de Wurmser et de Rosenfeld, ou même de Kohut

et de Rado plus en profondeur car celles-ci sont toujours considérées comme étant essentielles à la compréhension du phénomène de la toxicomanie, tout autant que le sont celles qui ont été présentées dans cette section. Cette profusion atteste en fait de la complexité de ce problème et expliquerait pourquoi dès 1939 Crowley déclarait que la toxicomanie était le "stepchild of psycho-analytic theory" (Khantzian, 1987, p. 19)

4.2 Le modèle transthéorique de changement (MTT)

Les instigateurs de cette approche ont voulu contribuer à la recherche sur la façon dont les individus changent, sans aide extérieure, ainsi qu'à l'aide de la psychothérapie. Selon eux, les principales écoles de thérapie se sont davantage efforcées d'expliquer pourquoi les gens ne changent pas: "They emphasize more the content of therapy — such as feelings, fantasies, thoughts, overt behaviors, and relationships — than the process of change" (Prochaska, 1999, p. 228). Dans l'élaboration de leur modèle, il leur importait néanmoins de préserver les précieuses découvertes de ces écoles sans toutefois les réduire à leurs plus simples dénominateurs communs, ce qui évacuerait leur richesse spécifique. Ainsi, de l'ordre serait apporté à la diversité chaotique et aux divisions dans ce domaine. De plus, des réponses à des questions d'ordre pratique seraient proposées: "The daily dilemma facing the clinician is what to do, when, with whom, in what way, and with which problem" (Prochaska et DiClemente, 1986, p. 164).

Prochaska définit le MTT comme étant une approche éclectique d'intégration qui vise à synthétiser les processus et les niveaux de changement

qui ont été identifiés par les principales écoles psychothérapeutiques. Pour ce faire, un troisième concept, qui est celui des stades de changement, a été créé.

Ce cadre théorique permettant de mieux comprendre et intervenir dans le domaine du changement intentionnel comportemental a été utilisé et développé surtout autour des problèmes de dépendance à diverses substances, même s'il s'est avéré efficace dans divers autres contextes. Ce sont les problèmes de motivation et de résistance de cette clientèle et le taux d'échec important de l'entreprise de changement attribué habituellement aux théories et techniques inadéquates ainsi qu'aux inaptitudes des thérapeutes en matière de relation thérapeutique qui se sont retrouvés au coeur de l'évolution de ce modèle (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Il est proposé que le changement de ces comportements de dépendance se produit en succession segmentée (stades), en fonction de certaines activités qui emploient des ressources personnelles (processus), et affecte divers aspects de la vie personnelle (niveaux).

Les stades de changement: Les six stades servent à cerner le processus de changement à travers le temps au moyen d'étapes significatives qui renferment des tâches spécifiques et nécessaires à l'obtention d'un changement de comportement prolongé:

Intentional change is not an all-or-none phenomenon but a gradual movement through specific stages of change. Lack of awareness of this staging phenomenon has led some theories of therapy to assume that all clients presenting for therapy are in the same stage of change and are

ready for the same type of change. (Prochaska et DiClemente, 1986, p. 165).

Le premier stade est la *précontemplation*: les individus ignorent qu'il y ait problème ou refusent de changer leurs comportements problématiques pour les six mois à venir. "People in this stage avoid reading, talking, or thinking about their high-risk behaviors. They are often characterized in other theories as resistant, unmotivated clients or as not ready for therapy or health promotion programs" (Prochaska, 1999, p. 229). Les programmes de traitement thérapeutiques traditionnels n'ont pas été pensés pour ces individus et ne se sont pas penchés sur leurs besoins.

Le deuxième stade est la *contemplation*: les individus pensent sérieusement à changer et peuvent ressentir une profonde ambivalence: "This ambivalence can reflect a type of love-hate relationship, as with an addictive substance or destructive relationship, and it can keep people immobilized in this stage for long periods" (Prochaska, p. 230). Bien que les individus puissent être en contemplation chronique, ce stade prévoit qu'ils s'attendent à changer dans les six prochains mois.

Le troisième stade est la *préparation*: les individus ont l'intention de passer à l'action dans le futur immédiat (les 30 jours suivants). Ils ont souvent un plan d'action et ont fait une action significative au cours de l'année précédente. Les programmes de traitement brefs orientés sur des objectifs précis s'adressent à eux.

Le quatrième stade est l'*action*: à ce stade, le plan d'action est exécuté, les ressources sont déployées et soutiennent le changement qui est réalisé depuis les derniers six mois. "In the transtheoretical model, however, action is only one of six stages. Not all modifications of behavior count as action ... There must be real clinical improvement, with recovery being the ideal criterion for action" (Prochaska, p. 230).

Le cinquième stade est le *maintien*: les individus réussissent à se maintenir au stade de l'action pendant près de six mois. "People are working to prevent relapse, but they do not apply change processes as frequently as do people in action. They are less tempted to relapse and are increasingly more confident that they can continue their changes" (Prochaska, p. 231). Ce stade peut durer cinq ans. L'effort prolongé est nécessaire pour se rendre jusqu'à ce stade. Le haut taux de rechutes est attribuable au manque d'effort.

Le sixième stade est la *terminaison*: les individus n'ont plus de tentation, même lorsqu'ils se sentent déprimés, anxieux, etc. "They are confident that they will not return to their old unhealthy pattern as a way of coping" (Prochaska, p. 232). Ce stade est difficile à atteindre pour la plupart: "For many people, the best that can be accomplished is a life-time of maintenance" (p. 232).

Il semblerait d'après une recherche de grande envergure que 50% de la clientèle discontinue la thérapie et que l'abus de drogues serait parmi un des seuls facteurs causals consistants. Ainsi, l'importance d'adapter les traitements

aux stades où se situent les individus est reconnue par de plus en plus de théoriciens:

Advances in knowledge about the development of addiction and processes of change has altered therapists' views of how best to organize services for clients. Instead of promoting this or that brand of therapy as the best in the field, there is a growing awareness that different clients require different interventions at different stages in the process of change. Matching the client with the intervention is a considerably more sophisticated approach than offering all comers the same package, and holds promise for improving therapeutic outcomes. (McMurrin, 1994, p. 98)

Pour ne prendre qu'un exemple, dans le stade de la précontemplation on presse souvent les individus de changer par l'utilisation d'interventions adaptées à ceux qui sont prêts à agir. Pourtant plusieurs études ont récemment démontré qu'une intervention adaptée aux stades de changement permet même à ces individus d'obtenir autant de succès que ceux qui entrent en thérapie au stade de la préparation.

Another important discovery is that proactive approaches involving persons with addictive behaviors, in contrast to the more traditional reactive approaches of waiting until motivation for treatment is fully developed, can be helpful in reaching individuals who are not currently

interested in changing the addictive behavior (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi, & Tsoh, 1997). (DiClemente et Prochaska, 1998b, p. 7)

Un des premiers protocoles de traitement veut que les thérapeutes partagent avec les individus situés à ce stade leur préoccupation face au risque de discontinuation de la thérapie. Par la suite, ce sont les processus de changement associés à des stades spécifiques qui détermineront les stratégies à employer.

Les processus de changement: Ces processus sont décrits comme étant un "moteur" facilitant le mouvement à travers les six stades. Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) soulignent que parmi les 400 thérapies différentes qui existent, ils ont été en mesure de relever seulement 10 processus de changement qui sont utilisés et auxquels les individus aux prises avec des problèmes de dépendance à diverses substances ont recours en vue de modifier leurs pensées, comportements ou affects. D'après eux, la plupart des principales écoles de thérapie n'en utilisent que deux ou trois, tout au plus.

Transtheoretical therapy began with the assumption that integration across a diversity of therapy systems most likely could occur at an analytical level between theory and technique, the level of processes of change. Interestingly, Goldfried (1980, 1982), in his well-known call for a rapprochement, independently suggested that the principles or processes of change were the appropriate theoretical starting point at which

rapprochement could begin. The processes of change then, represent a middle level of abstraction between the basic theoretical assumptions of a system of psychotherapy and the techniques proposed by the theory.

(Prochaska, DiClemente, 1986, p. 164)

Goldfried (1982) a démontré que ces principes de changement, aussi appelés stratégies cliniques, empruntent aux principales écoles thérapeutiques. L'*expérience émotionnelle corrective* ou le *feedback immédiat* sont des exemples de stratégies employées par toutes ces écoles.

Les 10 processus du MTT sont donc (Sutton, 1996; Prochaska, 1999):

1. *Conscientisation*: conscience et information croissantes obtenues sur soi, le problème et les cures possibles. (Interventions privilégiées: observation, interprétation, éducation, feedback, etc.)

2. *Soulagement dramatique*: provocation et expression des émotions pour faire envisager le changement. (Interventions privilégiées: jeu de rôle, témoignage, psychodrame, etc.)

3. *Réévaluation environnementale*: évaluation cognitive et émotive des conséquences du comportement et de son changement sur l'environnement. (Interventions privilégiées: familiale ou sur le réseau, éducation portant sur l'empathie, etc.)

4. *Auto-réévaluation*: évaluation des émotions et pensées à l'égard de soi en lien avec un problème. (Interventions privilégiées: imagerie, clarification des valeurs, etc.)

5. *Auto-libération*: croyance au changement et engagement durable d'agir en conséquence. (Interventions privilégiées: engagement public au lieu de privé)

6. *Contre-conditionnement*: nécessite l'apprentissage de comportements plus sains en remplacement de ceux qui sont problématiques. (Interventions privilégiées: désensibilisation, affirmation, etc.)

7. *Contrôle de renforcement*: se récompenser ou être récompenser par les autres pour avoir fait les changements (Interventions privilégiées: contrats, renforcements implicites ou explicites, etc.)

8. *Contrôle des stimulus*: évitement ou blocage des stimulus qui engendrent les comportements problématiques (Interventions privilégiées: évitement, groupes d'entraide, etc.)

9. *Relations aidantes*: s'ouvrir et faire confiance à quelqu'un de fiable, d'empathique et en faveur du changement. (Interventions privilégiées: alliance thérapeutique, système de support, etc.)

10. *Libération sociale*: augmentation des alternatives pour les comportements non-problématiques dans la société. (Interventions privilégiées: non spécifié).

Le premier processus relèverait davantage du stade de la précontemplation et de la contemplation. Les deux processus suivants

appartiendraient surtout au stade de la contemplation. Le quatrième processus appartiendrait aux stades de la contemplation et de la préparation alors que l'auto-libération appartiendrait aux stades de la préparation et de l'action. Les autres processus sont associés aux stades de l'action et du maintien.

Pour ne citer qu'un exemple des agencements erronés qui sont monnaie courante dans le domaine, les concepteurs du MTT ont remarqué que même s'il semble évident que les processus de contre-conditionnement et de contrôle des stimulus ne sont pas appropriés pour les stades de la précontemplation et de la contemplation, cet appariement est encouragé dans les stratégies cliniques et de recherche.

Il est donc suggéré que l'emploi de ce modèle en tant que guide thérapeutique permette un usage plus systématique des processus de changement et remédie aux démarches plus expérimentales et arbitraires.

Niveaux de changement: Ces niveaux de changement représentent une organisation hiérarchique de cinq niveaux distincts mais interreliés de problèmes psychologiques (Prochaska et DiClemente, 1986).

1. Symptôme/situationnel
2. Cognitions inadaptées
3. Conflits interpersonnels
4. Conflits systémiques/famille
5. Conflits intrapersonnels

Les problèmes multiples qui sont vécus par les toxicomanes compliquent et interagissent avec le processus de changement d'un comportement de dépendance: "Polydrug abuse has become the norm among drug abusers. There is a growing recognition of how clinical depression, marital problems, spousal violence, and personality disorders complicate treatment of drug addiction and alcohol dependence" (DiClemente et Prochaska, 1998b, p. 5).

Les thérapeutes qui doivent faire face à cette complexité ont pour tâche d'engager leur clientèle au niveau de changement approprié sur lequel on se sera entendu de prime abord. Si par exemple un-e thérapeute choisissait d'explorer tous les niveaux de changement en vue de conscientiser la personne face à ses problèmes avant d'entreprendre d'agir, cette personne subirait de la frustration dans le cas où elle se sentirait prête à agir au niveau du symptôme/situationnel. En vue d'agir efficacement, un travail de clarification des objectifs est parfois nécessaire:

The therapist's role is one of maximizing self-change efforts by facilitating neglected processes, deemphasizing overused processes, correcting inappropriately applied processes, teaching new or unknown processes, and redirecting change efforts to the appropriate stages and levels of change. (Prochaska et DiClemente, 1986, p. 171)

Le MTT préconise une intervention située initialement au premier niveau car le changement se produit généralement plus rapidement à ce niveau en plus

de souvent représenter la raison pour laquelle une grande proportion d'individus se retrouve en thérapie. Un travail sur les autres niveaux en est un de plus longue haleine:

The farther down the hierarchy we focus, the farther removed from awareness are the determinants of the problem likely to be. Moreover, as we progress down the levels, the farther back in history are the determinants of the problem and the more interrelated the problem is with the sense of self. (Prochaska et DiClemente, 1986, p. 168)

Plusieurs stratégies ont été développées assez récemment en vue de répondre aux besoins d'individus situés dans des stades et niveaux de changement spécifiques, et des succès notoires sont obtenus en milieu clinique grâce à ce système.

4.3 Quelques critiques adressées au MTT

Davidson (1998) a constaté que c'est davantage la théorie sur les stades de changement qui s'est avérée populaire auprès des spécialistes en toxicomanie. C'est la raison pour laquelle il a tenu à leur rappeler que ces stades sont issus d'un découpage artificiel d'un continuum naturel de changement qui ne reflète pas la réalité: "Human behavioral and attitudinal change is too complex to be simplified into discrete phases, stages, or categories. Bandura (1998) argued that the transtheoretical model describes pseudo-stages as if they were genuine transitions" (p. 26). Un autre problème de taille inhérent à ce modèle selon cet

auteur serait que l'élément temporel qui est assigné à ces stades s'avère être complètement arbitraire: par exemple, un seul jour sépare le stade de l'action (six mois) de celui du maintien (six mois et un jour) sans qu'il y ait une différence majeure d'identité au point de vue de l'état psychologique: "The stages are not grounded in transformational change and the cutoff points are arbitrary. Why not 20 rather than 30 days?" (p. 27). Davidson considère que les stades cherchent à nous dire quand les individus changent mais évacuent les questions sur comment et pourquoi ils changent. Les 10 processus seraient d'ailleurs à son avis qu'une collection d'interventions qui ont été greffées aux stades sans qu'une réelle intégration soit accomplie à l'intérieur d'une théorie sur les déterminants du changement. Pour cette raison, il qualifie cette approche d'athéorique plutôt que de transthéorique. Les liens présumés entre ces processus et les stades seraient aussi contestables:

Although we can say with some assurance, for example, that contemplators may employ different processes than preparers, we cannot yet conclude that the contemplator who progresses to preparation has a different process profile than the contemplator who remains static. (p. 34)

Sutton (1996) a de plus souligné que l'ordre d'évolution des individus à travers les stades ne correspondait pas à ce qui se produit dans toutes les situations: "Motivation or intention to change may be more realistically thought of as a continuum with no necessary assumption that people move along this continuum in one direction or through a sequence of discrete stages" (p. 203). Si

le mouvement ne se fait pas dans un ordre séquentiel, il serait plus approprié selon cet auteur de parler d'états ("states") plutôt que de stades ("stages") de changement.

Finalement, Davidson (1994) adresse une critique générale à toutes les approches sur lesquelles se base le MTT car elles n'ont pu jusqu'à maintenant confirmer dans leurs recherches l'importance des variables qu'elles supposent être à l'origine d'un changement significatif et durable.

En réponse à ces critiques, DiClemente et Prochaska (1998a) soutiennent que des disciplines aussi diverses que la cosmologie, l'évolution et le développement individuel et organisationnel ont également fait usage de modèles tels que le leur afin de comparer et de comprendre les changements discontinus observés. Malgré la quantité de recherches qu'ils ont à leur actif, ces auteurs reconnaissent que beaucoup de travail en ce domaine reste à faire afin d'établir des corrélations significatives pour mieux comprendre le processus dynamique du changement comportemental intentionnel. En dernier lieu, ils n'hésitent pas à admettre qu'il serait simpliste et erroné de leur part de penser que les stades, qui sont des constructions rigides, puissent entièrement cerner un mouvement continu et non-linéaire qui s'effectue à l'intérieur de ceux-ci. Davidson (1998) lui-même a été forcé d'admettre que malgré tous les problèmes et les contradictions qu'il a pu relever, le MTT a déjà contribué significativement à l'amélioration des traitements de comportements de dépendance à des substances diverses en démontrant l'importance de l'intention et de la motivation. Il a

constaté aussi que le MTT, contrairement à la majorité des modèles en ce genre, est celui qui a perduré le plus longtemps et qui semble avoir beaucoup à offrir de par les hypothèses et les relations qu'il établit. Est-il d'ailleurs réaliste de s'attendre à ce que le MTT accomplisse en quelques années grâce à ses recherches, ce que les trois principales approches n'ont pu encore réussir à prouver ni à expliquer concernant le "comment" et "pourquoi" les gens changent?

5. Art thérapie et toxicomanie: stratégies de traitement privilégiées

Dans la première partie de cette section, des attributs spécifiques et uniques à l'art thérapie dans le traitement des comportements de dépendance seront présentés au moyen des observations récentes faites par des spécialistes de diverses approches qui se sont basés-es autant sur leur propre expérience que sur des écrits déjà publiés par d'autres auteurs reconnus-es sur le sujet. Bien que la liste de ces attributs ne s'avère pas nécessairement exhaustive, elle renferme néanmoins les atouts qui sont les plus souvent mentionnés dans la littérature. Deuxièmement, afin de porter un regard plus en profondeur sur les approches art thérapeutiques courantes qui s'adressent à la population aux prises avec des problèmes de toxicomanie, les méthodes d'intervention et les théories sur lesquelles elles se fondent seront analysées et comparées aux principes défendus par les tenants des modèles de l'approche éclectique présentés précédemment.

5.1 Bénéfices de l'art thérapie comme méthode de traitement

D'après la recherche qu'a nécessitée ce travail et diverses sources spécialisées, il semblerait que très peu d'écrits ont été publiés sur l'art thérapie et le traitement de la toxicomanie. Julliard (2000) nous apprend de plus que l'art thérapie est rarement intégrée aux plans de traitement offerts à cette population. Ce fait est à son avis encore plus surprenant lorsqu'on considère le rôle incomparable que peut jouer cette discipline dans ce domaine: "Because the

making of art is one of the most profoundly integrative and expressive activities in human life, the creative arts therapies would seem to play an especially valuable role in the treatment of addictions" (p. 141). Mahony (1999) mentionne que les art thérapeutes rapportent inmanquablement que leur travail thérapeutique est très efficace. Il semblerait que la frustration et le désappointement généralisés chez les autres thérapeutes oeuvrant auprès de cette population servent de contrepoint significatif à ce qui est vécu chez les art thérapeutes. Groterah (1999) a remarqué que le contexte art thérapeutique peut à lui seul être très bénéfique, et ceci même dans les cas de toxicomanes qualifiés-es d'"intraitables". La peur d'être jugés-es et critiqués-es, de la même façon qu'ils/elles le sont par la société et leur entourage, fait craindre à plusieurs de se retrouver face à face avec une autorité professionnelle, ce qui pourrait prendre l'allure d'une comparution devant un tribunal pour y avouer leurs torts. Pourtant, l'art thérapie est perçue généralement par ces mêmes personnes comme étant plus permissive car elle ne reproduit pas la situation traumatique de jugement ou d'échec.

Les bénéfices spécifiques et uniques offerts par l'art thérapie à ce groupe sont surtout attribués aux techniques non-verbales et à la nature concrète et tangible du travail requis: "These characteristics allow access to early experience which can then be worked on at that level, bringing about change..." (Mahony, 1999, p. 119). Waller et Mahony (1999) ont élaboré une liste composée de six bénéfices qui correspondent à ces caractéristiques:

1. *Facilitation de l'expression*: l'expression personnelle est facilitée au moyen du matériel d'art lorsque l'individu n'arrive pas à verbaliser ou conscientiser ses émotions. La production d'images concrètes ou symboliques encourage la communication et réduit la confusion

2. *Protection des défenses*: l'art procure une occasion d'explorer les problèmes d'une façon moins menaçante que le langage verbal et direct. "Albert-Puleo (1980:47) sees the artwork as providing a non-threatening focus where objects can be talked about rather than contacting the ego, with repressed material becoming more acceptable to consciousness" (p. 9)

3. *Encadrement*: les émotions menaçantes telles que la rage, la honte extrême et l'angoisse peuvent être contenues dans l'oeuvre produite. L'agression ou les émotions spontanées peuvent être extériorisées d'une façon "appropriée" sur un support sécuritaire

4. *Distanciation*: La peur de perdre le contrôle et d'être envahi-e par des émotions douloureuses est atténuée grâce à la possibilité d'expérimenter et de prendre des risques que procure l'activité artistique. Cette opportunité encourage la reconnaissance et la différenciation des états affectifs, augmentant ainsi la maîtrise des impulsions et le sens de contrôle

5. *Développement de ressources*: L'art thérapie favorise l'estime de soi et révèle les forces des individus. Le développement d'habiletés nouvelles offre une stimulation pour fonctionner d'une façon plus productive et satisfaisante

6. *Bris de l'isolement*: L'expression symbolique de l'isolement social vécu par les toxicomanes peut engendrer un processus de communication et d'interaction sociales. "Potocek and Wilder (1989: 100) describe how through art and without the need for verbalisation, dependence on a substance can be redirected to reliance on appropriate relationships for emotional needs" (p. 11)

Springham (1999) considère que l'image en elle-même suffit à aider les individus car elle donne accès à leurs intérêts narcissiques, contrairement à ce qui serait possible d'obtenir de la relation thérapeutique:

Being omnipotent over the image the patients may get beyond their 'false self' defences and explore what gratifies them. This information is not lost, as it is in fantasy but remains encapsulated in the image in a concretised form. This in turn is available to be reintegrated into the therapeutic relationship in a manageable way. (p. 150)

L'art fournira donc un moyen d'évaluer l'idéalité de l'objet de l'individu pour qu'elle soit adressée afin qu'elle cesse d'empêcher l'engagement dans la thérapie.

Ayant adopté une approche d'orientation plus spirituelle, Chickerno (1993) parle du besoin de reprendre contact avec soi-même à un niveau profond et de se laisser "être". Elle met l'accent sur l'enfant intérieur et l'importance de l'aspect ludique de l'art thérapie: "Art can help integrate unconscious thought and conscious behavior in what is often a playful way. According to Foulke and

Keller (1976), fun is an important part of recovery from the desperation of addiction and art can provide it" (p. 220). L'art selon elle permet de guérir les problèmes de dépendance aux drogues car contrairement à la toxicomanie qui est un attachement extérieur, il permet de générer les images et les idées à l'intérieur de la personne. "Recovery is finding healing and wholeness through an interior journey" (p. vii).

5.2 Analyse des diverses approches art thérapeutiques

Les textes sélectionnés pour cette analyse sont parmi les plus récents publiés sur les diverses approches adoptées par les art thérapeutes qui se sont avérés-es suffisamment explicites sur les méthodes privilégiées dans leur pratique. En plus d'être quantitativement limitée, dû au nombre de textes retenus, cette analyse possède des contraintes qualitatives en ce qu'elle se base sur les descriptions fournies qui sont souvent très sommaires et incomplètes. Malgré ces limites, il sera toutefois possible de brosser un portrait général des orientations les plus prisées actuellement. Parmi les six textes pertinents qui ont été retenus, quatre s'inspirent largement de la philosophie des Alcooliques Anonymes et adoptent une perspective spirituelle de ce qui est perçu comme étant la *maladie* des toxicomanes.

Premier texte: Adelman et Castricone (1986) ont choisi le modèle des arts expressifs car il se marie bien selon eux au *disease model* de la toxicomanie qui cherche à faciliter un changement dans la conscience et l'attitude des individus en vue d'éventuellement affecter leurs pensées, comportements et sentiments. Il

est assumé que l'intégration de techniques d'expression personnelle provenant de la musique, de l'art thérapie et du psychodrame accroît la compréhension qu'ont les individus de leurs problèmes. Il importe que les défenses soient confrontées directement, mais symboliquement. Pour ce faire, l'exercice "Le Mur" est utilisé en thérapie. Il s'agit de représenter sous la forme d'un mur, ces défenses qui bloquent le processus de changement. Les deux buts poursuivis sont essentiellement l'éducation et le bris de l'isolation sociale des individus. On mentionne toutefois que d'autres bénéfices en sont retirés tels que donner et recevoir du feedback, prendre des risques, explorer ses responsabilités et buts personnels, comprendre l'effet de sa consommation sur l'ensemble de sa vie, et envisager honnêtement ses résistances et défenses.

Analyse: Aucune mention n'est faite du rôle et des capacités des thérapeutes ou de la relation thérapeutique qui sont très importants pour l'approche éclectique. Les facteurs déterminants du changement tels que la motivation, l'attente, et l'effort ne sont pas considérés non plus. D'après cette approche, bien que l'accent est mis sur les tâches à réaliser par les patients-es, on semble présupposer que le changement émanera de l'action des thérapeutes. Les variables et processus auxquels on fait le plus appel sont la confrontation du problème, le support social (ou l'obtention d'une perspective extérieure), la conscientisation et le soulagement dramatique. Tel que recommandé par le MTT, l'intervention se situe au niveau situationnel/

symptôme, mais aucune distinction n'est faite par rapport aux stages de changement.

Deuxième texte: Springham (1992) a adopté une approche non directive pour ses groupes de thérapie hebdomadaire d'une durée de six semaines. La participation est d'abord volontaire, mais obligatoire après la première séance pour accentuer l'alliance thérapeutique. Parce que plusieurs autres activités thérapeutiques sont offertes à la clientèle et adressent le problème de l'abstinence plus directement, Springham donne une orientation plus exploratoire aux rencontres qui s'inspirent du modèle de Yalom: l'accent est sur l'ici-maintenant (émotions exprimées dans et à propos du groupe) et le groupe est encouragé à tester ses présomptions à l'aide des expériences vécues dans le présent. Sa présence est minimale en tant que thérapeute pour qu'une distance entre lui et les patients-es leur permette de ne pas avoir à recourir à la défense du faux-self ou du retrait narcissique. Son rôle est d'attendre qu'ils/elles émergent de ce retrait pour les accueillir, dans le présent. Cette défense est souvent activée lorsque le thérapeute s'efforce de faire vivre à ses patients-es une vraie relation objectale prématurément. L'objet d'art contribue à créer cette distance et à rendre le groupe cohésif rapidement grâce à la tolérance de la frustration et l'utilisation des ressources personnelles qu'il requière. Springham admet que beaucoup de patients-es demeurent inaccessibles et que d'autres n'utilisent le groupe que pour exprimer le stress engendré par le processus de

désintoxication. Il se console à l'idée que cette thérapie arrive peut-être à semer les graines d'insight qui germeront plus tard.

Analyse: Springham prête de l'importance à la relation thérapeutique tout en insistant sur l'emploi stratégique de l'intervention minimale. Ce choix serait probablement critiqué de la part des thérapeutes éclectiques qui préfèrent une intervention bienveillante plus active. L'obligation d'assister aux rencontres après la première séance ne permet pas au thérapeute d'évaluer adéquatement la motivation réelle et le stade de changement auquel chaque individu appartient. Sa focalisation sur, entre autres, les émotions exprimées à propos du groupe relève davantage du niveau des conflits interpersonnels, ce qui est contraire au MTT. Les processus de contre-conditionnement et de contrôle de stimulus qui appartiennent à des stades plus avancés que ceux dans lesquels se retrouvent possiblement les individus sont recherchés à travers l'activité artistique. On fait toutefois appel au processus de conscientisation (quoiqu'en négligeant l'aspect de la confrontation) et au support social entre les individus dans le groupe. Finalement, la confiance en la capacité des individus de tolérer la frustration et d'utiliser leurs ressources correspond en partie au principe de l'approche éclectique sur leur pouvoir de s'auto-guérir.

Troisième texte: Cox et Price (1990) ont travaillé avec des adolescents-es qui se retrouvaient involontairement en thérapie à cause de pressions faites par leurs parents, l'école ou le système juridique. Cette clientèle s'est montrée résistante au traitement et dénie que la consommation de drogue est un

problème. On cherchera donc à contrecarrer ce déni pour l'amener à accepter le traitement et à admettre que le problème est grave, tel qu'énoncé dans la première loi rédigée par les Alcooliques Anonymes (A.A.): "We admitted we were powerless over alcohol (drugs) — that our lives had become unmanageable" (p. 334). En combinant l'expression artistique avec des thèmes centrés sur l'impuissance et la perte de contrôle sur sa vie, on amène la personne à admettre son problème de dépendance pour qu'elle tire profit du traitement offert. Pour ce faire, on la fait dessiner sur les incidents qu'elle a provoqués lorsque intoxiquée pour qu'elle constate grâce au feedback reçu, les effets dévastateurs qu'ont eu les drogues sur sa vie et sur celle des autres. On cherche à faire admettre à la personne que la "maladie" est plus puissante qu'elle et que les solutions sont aussi hors de sa portée, tel que prôné chez les A.A.: "If the disease is greater than me, the solution may also be beyond myself" (p. 337). En extériorisant une expérience intérieure à l'aide d'un dessin, les émotions associées sont libérées.

Analyse: Cette clientèle se situe au stade de la précontemplation: elle dénie qu'il y a un problème. Les thérapeutes sont contraints d'adapter leurs interventions pour qu'elle participe au traitement. On ne semble pas adhérer au premier protocole du MTT qui stipule que les thérapeutes partagent leur crainte face au danger lié à la discontinuation du traitement. Plusieurs moyens sont pris pour influencer la motivation et conscientiser cette clientèle, ce qui s'avère des processus de changement appropriés pour ce stade. Le travail de libération des émotions qui est envisagé au moyen de l'art n'est pas contradictoire à ce qui est

prôné dans le MTT. Néanmoins, bien que les personnes sont encouragées à admettre que le support social est essentiel à leur guérison, l'idée que le problème et la solution soient hors de leur portée est complètement contraire aux principes de l'approche éclectique sur les capacités de changement et le pouvoir d'auto-guérison que possèdent les individus.

Quatrième texte: Lynn Johnson (1990) considère que nommer un problème est un acte de pouvoir et amorce le début de la cure. Théoriquement son approche s'inspire aussi du modèle des A.A., mais on ne saurait dire comment elle l'utilise dans la pratique. Elle mentionne uniquement qu'elle suggère parfois des thèmes tels que la situation familiale, une émotion, etc. Parce que les patients-es sont paralysés-es par la honte et la peur, l'art thérapeute (qu'elle associe au shaman), en encourageant la créativité et l'expression personnelle, contribue à faire disparaître ces émotions et à ce que ces patients-es retrouvent leur force spirituelle: "By definition, the shaman is an artist, as well as a healer, using tools of group ritual, imagery and imagination, rhythm and movement to evoke restoration of inner peace and harmony" (p. 299). La distance esthétique nécessaire facilitera la concrétisation de l'expérience. La création individuelle sera communiquée aux autres pour que l'espoir et l'inspiration contenus dans l'oeuvre soient partagés et ressentis aussi. Dessiner permet donc de mieux se comprendre, de se pardonner et de se guérir.

Analyse: Johnson envisage que les forces de guérison appartiennent autant à la thérapeute qu'aux patients-es qui surmontent la maladie grâce à l'expression artistique. La thérapeute aurait même un pouvoir mystique de guérison. Son rôle principal est celui d'encourager la créativité, mais rien n'est mentionné sur les moyens privilégiés pour atteindre ce but ni sur le rôle de la relation thérapeutique. Le travail sur les émotions et l'insistance sur la compréhension de soi relèvent des processus du soulagement dramatique et de l'auto-réévaluation qui correspondent aux stades de la contemplation et de la préparation, ce qui semble approprié selon la perspective du MTT. Le rôle joué par le support social est à nouveau souligné ici. Si l'objectif est de faire disparaître les émotions négatives, de retrouver sa force spirituelle, la paix et l'harmonie intérieure, il semblerait que la thérapeute situe son intervention au niveau des conflits intrapersonnels, ce qui pour le MTT ne devrait être abordé qu'en dernier ressort.

Cinquième texte: Feen-Calligan (1995) préconise une approche spirituelle pour que l'individu expérimente une transformation de ses désirs et de son attitude qui l'amènent à consommer. Cette transformation spirituelle exige une exploration intérieure à travers la prière et la méditation pour que la personne apprenne à se connaître. Dans ses groupes d'art thérapie intitulés "Faire sans rien faire", elle amène les gens à peindre pour qu'ils se relient à une puissance supérieure intérieure et extérieure. Par la relaxation, ils se vident l'esprit de tous problèmes et pensées. C'est grâce au sentiment d'impuissance et au lâcher-

prise qu'ils retrouveront l'humilité et la foi en une puissance supérieure. L'état de méditation facilitera la venue de l'inspiration nécessaire au processus créatif.

Pour accroître le sentiment d'impuissance dans l'activité artistique, les gens sont amenés à peindre les yeux fermés, en silence avec un-e partenaire ou avec la main non-dominante. Ils devront être prêts et motivés à remettre leur vie et leur volonté dans les mains de Dieu. Le symbolisme qui se retrouve dans l'oeuvre générera un sentiment de puissance car il donnera un nouvel accès à la compréhension du monde intérieur de la personne (1999).

Analyse: Bien que Feen-Calligan suppose que les individus possèdent la capacité d'accéder à l'état de guérison, le pouvoir ultime est relégué à une force supérieure qui leur est extérieure. L'aveu et l'expérience de l'impuissance qui sont encouragés en thérapie s'opposent entièrement au principe de base de l'approche éclectique pour qui l'individu est l'ultime thérapeute de l'intégration. Avec ses interventions qui proviennent davantage des niveaux des cognitions inadaptées et des conflits intrapersonnels (prière, méditation, lâcher-prise, etc.) elle met très peu d'importance sur le niveau du symptôme/situationnel. Sauf en ce qui concerne l'activité artistique, on fait également appel à des processus reliés à des stades plus avancés que celui dans lequel les individus se situent: le contre-conditionnement et le contrôle des stimulus semblent être ceux qui sont les plus utilisés. On peut douter que l'individu se sentira écouté, compris et encouragé — facteurs aidants mentionnés par les clients-es selon plusieurs études — si on s'attend à ce qu'il adhère à une pensée spirituello-religieuse

même s'il n'a pas de conviction à cet égard. Le rôle de la thérapeute est essentiellement de montrer la voie à suivre plutôt que de respecter l'expertise et les idées de l'individu. Aucune mention n'est faite du rôle que joue le support social.

Sixième texte: Johnson (1990) s'inspire de l'approche des A.A.:

A primarily externally-focused, suppressive, and supportive approach ...

This approach advocates a focus on the disease, not on the self; on the present, not on the past; on the search for contact with a Higher Power,

not resources within the self. It emphasizes naming feelings, not

examining them. In general the intent is to distract the addict from the self

and direct him or her toward other people and the battle with the disease.

Introspection leads to self-preoccupation, which leads to relapse. (p. 295)

Le but de l'art thérapie serait de ne pas déclencher des émotions, car la tension provoque des rechutes. L'orientation psychodynamique est à proscrire pour cette raison. L'activité devra être orientée de façon à supporter les buts poursuivis par la thérapie cognitive-comportementale (contrôle de soi, gratification alternative, information sur la maladie) et les A.A. (se débarrasser du déni et de la honte, imaginer une puissance supérieure, servir de témoin pour les autres, faire un inventaire de ses forces et faiblesses morales).

Analyse: Johnson agit clairement au niveau du symptôme/situationnel en évitant de focaliser sur le soi. Il rejette néanmoins sans ambages l'idée de faire appel aux ressources personnelles. Le pouvoir de guérison est situé à l'extérieur

de la personne, dans la puissance supérieure, le groupe de support, ou les interventions du thérapeute. Bien que la conscientisation est le processus de changement le plus prisé, son usage en est limité de par la manière qu'on prévient de déclencher les émotions. Lorsqu'il s'appuie sur la thérapie cognitive-béaviorale, il a recours à des processus appartenant autant aux premiers stades qu'aux plus avancés. On peut s'attendre à ce que le thérapeute soit très directif dans ses interventions et que le rôle d'éducateur prédomine sur l'attitude empathique et supportante qui est valorisée dans l'approche éclectique.

6. Discussion des résultats, implications pour l'art thérapie et conclusion

La synthèse des résultats obtenus grâce à cette analyse fait ressortir la diversité des approches et des stratégies employées par les art thérapeutes. Si l'on se fie à leurs descriptions, aussi incomplètes soient-elles, les variables précurseurs du changement, les facteurs aidants identifiés par les patients-es, et les principes développés sur l'activité des patients-es, sur la relation thérapeutique, et par le MTT sont tous utilisés de façon très inconsistante en thérapie. Il semble tout d'abord que la perspective désormais éculée sur le rôle minimal joué par les individus dans le domaine du changement personnel soit toujours très populaire: l'action des thérapeutes, ou d'une force supérieure dans le cas des thérapeutes qui s'inspirent du modèle des A.A., est tenue pour principale responsable de ce changement dans tous les textes retenus. Ce fait expliquerait pourquoi l'effort fourni et la motivation de la clientèle n'ont pas été abordés (sauf dans le cas de Cox et Price qui étaient dans l'obligation de le faire car ils étaient aux prises avec une clientèle non consentante). L'importance de la relation thérapeutique et de l'attitude empathique et supportante des thérapeutes n'a reçu presque aucune attention dans les écrits. Finalement, bien que la moitié de ces thérapeutes a fait usage du niveau de changement approprié, on peut dire sans hésiter qu'ils et elles ne tiennent aucunement compte des stades de changement (sauf Cox et Price qui, à nouveau, étaient contraints de le faire). Les processus de changement étaient appropriés dans la moitié des cas même

si tous les processus recommandés n'ont pas été utilisés par les thérapeutes qui y avaient recours.

Bien qu'à partir de ces résultats on puisse avancer avec certitude que les méthodes et les théories issues des différents modèles de l'approche éclectique ne sont pas adoptées par les art thérapeutes qui ont écrit au sujet de leur pratique, sans chercher à minimiser cette lacune cruciale, il importe de tenir compte du contexte — ou des facteurs extrinsèques — dans lequel l'art thérapie s'insère. Tel que l'a mentionné Springham (1992), l'aspect exploratoire est plus souvent mis de l'avant lorsque cette activité est offerte en complémentarité à d'autres thérapies plus comportementales et structurées. De plus, il semble qu'à l'instar de ce que prône Hanna (1996), ou même les A.A., les art thérapeutes ont majoritairement reconnu et souligné l'apport incomparable du support social (en l'occurrence, du groupe de thérapie) dans le traitement de la toxicomanie. Il est, à cet effet, curieux de constater que l'on retrouve ce processus dans le MTT qu'aux derniers stades de changement.

À la lumière de ces résultats, quelques points importants sur ce que devrait incorporer une approche éclectique ou de l'intégration en art thérapie dans le traitement de la toxicomanie sont à souligner. Tout d'abord, ne serait-ce qu'afin de moderniser leur approche, il apparaît essentiel que les art thérapeutes se rallient au principe de base de cette approche voulant que les personnes soient les principales initiatrices du changement thérapeutique. Considérant que les art thérapeutes ont de plus à maintes reprises relevé le pouvoir de la

créativité et de l'expression personnelle dans le processus de guérison, il devient inévitable de penser qu'ils/elles sont dans une position privilégiée pour constater ce fait, et encore plus curieux de réaliser qu'aucune importance y est donnée. À ce sujet, Waller et Mahony (1999) ont remarqué que la majorité de la littérature disponible recensée démontrait que les positions théoriques des art thérapeutes ne correspondaient en rien à la description qui était faite de leur pratique. Il ne fait aucun doute qu'une pratique fondée sur l'approche éclectique, telle que le MTT, aiderait à prévenir les problèmes d'incohérence dans ce domaine: la théorie sur le changement thérapeutique s'inspire grandement des données empiriques en thérapie en plus d'avoir été traduite en une approche structurée et efficace.

Plus concrètement, étant donné que l'art thérapie en toxicomanie se pratique surtout conjointement avec d'autres thérapies, la procédure d'évaluation visant à déterminer le stade de changement spécifique auquel appartient chaque individu se voit en quelque sorte facilitée. Les art thérapeutes sont de plus amenés-es à diriger ces entrevues d'évaluation à l'occasion. En tenant compte du fait qu'ils/elles se retrouvent souvent à travailler avec une clientèle qui n'a pas encore atteint le stade de l'action, on peut affirmer que leurs interventions gagneraient considérablement à s'appuyer sur le concept des stades, comme il l'a été démontré plus haut. L'obtention d'un portrait plus détaillé de la clientèle permettrait de surcroît à accroître l'efficacité de la thérapie. Cette efficacité serait également accrue si l'on tenait compte des processus de changement associés

à ces stades. De plus, l'art thérapie se démarquerait vraiment des autres approches thérapeutiques qui ne font appel en général qu'à seulement deux de ces processus (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Les art thérapeutes se doivent de les connaître pour être en mesure d'amener leur clientèle à en faire usage autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances d'art thérapie. En outre, de par sa nature même, l'art thérapie est plus outillée que la plupart des autres approches thérapeutiques pour l'utilisation des processus tels que l'auto-réévaluation et le soulagement dramatique qui ont recours à l'imagerie, le témoignage et le jeu de rôle. Finalement, l'emploi des niveaux de changement thérapeutique pourrait être très bénéfique aux art thérapeutes qui sont régulièrement interpellés-es par les divers problèmes entourant la toxicomanie au point où leur sens des priorités en vient à être affecté. À cet effet, nous avons pu constater précédemment que les art thérapeutes ont généralement recours à des niveaux de changement qui ne sont pas assortis aux besoins et aux attentes de la clientèle qui les consulte.

Les modalités précises de l'intégration d'une approche éclectique s'inspirant du MTT à l'art thérapie restent malgré tout à être définies et expérimentées dans la pratique. L'aspect souvent exploratoire des approches en art thérapie exigera toutefois de la part des art thérapeutes qu'ils/elles s'adaptent à un modèle structuré comportant des objectifs plus explicites et concrets.

En conclusion, on ne peut éviter de constater que les plus récentes études de l'approche éclectique sur le processus de changement thérapeutique

des personnes toxicomanes n'ont pas été en mesure jusqu'à maintenant de répondre à toutes les questions qui s'y rapportent et qui ont intéressé beaucoup de thérapeutes et de chercheurs avant eux. Bien que le MTT est plus axé sur *comment* les individus changent que sur *pourquoi* ils changent, ses recherches à ce sujet ont permis de mieux cerner les processus qui sont à l'origine du changement et de développer une méthode d'intervention visant à faciliter leur émergence pour aider les individus à progresser à des stades de changement plus avancés. Toutes les modalités de traitement psychothérapeutiques dont fait partie l'art thérapie sont directement concernées par ces recherches. Goldfried et Padawer (1982) avaient prédit que le recours au paradigme éclectique ou de l'intégration sera plus généralisé lorsque l'évidence empirique sur l'efficacité thérapeutique de certains principes de changement sera mieux établie. Il semble bien que cette évidence a été partiellement démontrée par les travaux des chercheurs qui ont adopté l'approche du MTT. Miller (1998b) toutefois, se fait prudent lorsqu'en soulignant les acquis il relève tout autant les aspects qui n'ont pas encore été compris:

Beneath the descriptive stages of change lie multiple tides, the processes that sometimes cross, sometimes cancel each other out, and now and again converge to produce a great wave of change. We are only beginning to comprehend what truly causes change in addictive behavior. There is every indication that there are powerful forces yet to be

understood, and perhaps channeled. Change, it seems, may not behave by the rules we have imagined. (p. 170)

Après avoir réalisé les enjeux de taille qui entourent cette question du changement, nous pouvons dorénavant accompagner Miller dans son sentiment de fascination envers ce processus qui conserve toujours son mystère: "I can think of no more fascinating or satisfying topic to which to devote one's scientific life than a solution to this enduring puzzle" (p. 170).

RÉFÉRENCES

Adelman, E., Castricone, L. (1986). An Expressive arts model for substance abuse group training and treatment. The Arts in Psychotherapy, 13, 53-59.

Bohart, A.C. Tallman, K. (1999). How clients make therapy work — The process of active self-healing. Washington, DC: American Psychological Association.

Chickerno, N.B. (1993). Portraits of spirituality in recovery. Illinois: C.C. Thomas.

Cox, K.L., Price, K. (1990). Breaking through: incident drawings with adolescent substance abusers. The Arts in Psychotherapy, 17, 333-337

Davidson, R. (1994). Can psychology make sense of change? In G. Edwards, M. Lader, (Eds.), Addiction: processes of change (51-78). Oxford: Oxford University Press.

Davidson, R. (1998). The Transtheoretical model. A critical overview. In W.R. Miller, N. Heather, (Eds.), Treating Addictive Behaviors (2nd Ed.), (25-38). New York: Plenum Press.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1998a). Comments, criteria, and creating better models. In response to Davidson. In W.R. Miller, N. Heather, (Eds.), Treating Addictive Behaviors (2nd Ed.), (39-45). New York: Plenum Press.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1998b). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. Stages of change and addictive behaviors. In W.R. Miller, N. Heather, (Eds.), Treating Addictive Behaviors (2nd Ed.), (3-24). New York: Plenum Press.

Dodes, L.M. (1990). Addiction, helplessness, and narcissistic rage. The Psychoanalytic Quarterly, 59, 398-419.

Edwards, G. (1996). Addictive Behaviour: The next clinic appointment. In G. Edwards, C. Dare (Eds.), Psychotherapy, psychological treatments and the addictions (94-109). Cambridge: Cambridge University Press.

Feen-Calligan, H. (1995). The use of art therapy in treatment programs to promote spiritual recovery from addiction. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(1), 46-50.

Références (suite)

Feen-Calligan, H. (1999). Enlightenment in chemical dependency treatment programs — A grounded theory. In C. Malchiodi (Ed.), Medical art therapy with adults (137-161). London: Jessica Kingsley.

Fein, M.L. (1992). Analyzing psychotherapy. A social role interpretation. New York: Praeger.

Firman, J., Gila, A. (1997). The primal wound. A transpersonal view of trauma, addiction, and growth. New York: State University of New York Press.

Frances, R., Franklin, J., Borg, L. Psychodynamics. In M. Galanter, D. Kleber (Eds.), Textbook of substance abuse treatment (239-251). Washington, DC: The American Psychiatric Press.

Goldfried, M.R. (1982). Toward the delineation of therapeutic change principles. In M.R. Goldfried. (Ed.), Converging themes in psychotherapy (377-393). New York: Springer Pub.

Goldfried, M.R., Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. In M.R. Goldfried. (Ed.), Converging themes in psychotherapy (3-49). New York: Springer Pub.

Groterath, A. (1999). Conceptions of addiction and implications for treatment approaches. In D. Waller, J. Mahony. (Eds.), Treatment of addiction. Current issues for arts therapies (14-22). London: Routledge.

Hanna, F.J. (1996). Precursors of change: Pivotal points of involvement and resistance in psychotherapy. Journal of Psychotherapy Integration, 6(3), 227-264.

Hanna, F.J., Puhakka, K. (1991) When psychotherapy works: Pinpointing an element of change. Psychotherapy, 28, 598-607

Hanna, F.J., Ritchie, M.H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 176-183.

Johnson, D.R. (1990). Introduction to the special issue on creative arts therapies in the treatment of substance abuse. The Arts in Psychotherapy, 17, 295-298.

Références (suite)

Johnson, L. (1990). Creative therapies in the treatment of addictions: The art of transforming shame. The Arts in Psychotherapy, 17, 299-308.

Julliard, K.N. (2000). Book review. Treatment of addiction: Current issues for arts therapies. The Arts in Psychotherapy, 27(2), 141-142.

Kaufman, E. (1994). Psychotherapy of addicted persons. New York: Guilford Press.

Khantzian, E.J. (1987). A clinical perspective of the cause-consequence controversy in alcoholic and addictive suffering. Journal of The American Academy of Psychoanalysis, 15(4), 521-537.

Khantzian, E.J., et al. (1990). Addiction and the vulnerable self — Modified dynamic group therapy for substance abusers. New York: Guilford Press.

Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9, 353-388.

Krystal, H., Raskin, H.A. (1970). Drug dependence. Aspects of ego function. Detroit: Wayne State University Press.

Leger, F.J. (1998). Beyond the therapeutic relationship — Behavioral, biological and cognitive foundations of psychotherapy. New York: The Haworth Press.

Lovejoy, M., et al. (1995). Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 12(4), 269-282.

Mahoney, M.J. (1991). Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy. U.S.A.: Basic Books.

Mahony, J. (1999). Art therapy and art activities in alcohol services. A research project. In D. Waller, J. Mahony. (Eds.), Treatment of addiction. Current issues for arts therapies (117-140). London: Routledge.

Mahrer, A.R. (1985). Psychotherapeutic change — An alternative approach to meaning and measurement. New York: W.N. Norton.

McMurrin, M. (1994). The psychology of addiction. London: Taylor & Francis.

Références (suite)

Michaelson, P. (1993). Secret attachments. Exposing the roots of addictions and compulsions. Florida: Prospect Books.

Miller, W.R. (1998a). Enhancing motivation for change. In W.R. Miller, N. Heather, (Eds.). Treating Addictive Behaviors (2nd Ed.), (121-132). New York: Plenum Press.

Milliken, R. (1990). Dance/movement therapy with the substance abuser. The Arts in Psychotherapy, 17, 309-316.

Norcross, J.C. (1986). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J.C. Norcross (Ed.), Handbook of eclectic psychotherapy (3-24). New York: Brunner/Mazel.

Prochaska, J.O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.C. Miller. (Eds.), The heart and soul of change: what works in therapy (227-258). Washington DC: American Psychological Association.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1986). The transtheoretical approach. In J.C. Norcross (Ed.), Handbook of eclectic psychotherapy (163-200). New York: Brunner/Mazel.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.

Rutan, S.J., Stone, W.N. (1984). Psychodynamic group psychotherapy. Lexington, Ont.: Collamore Press.

Springham, N. (1992). Short term group processes in art therapy for people with substance misuse problems. Inscape — The Journal of the British Association of Art Therapists, 8-16.

Springham, N. (1999). 'All things very lovely'. Art therapy in a drug and alcohol treatment programme. In D. Waller, J. Mahony. (Eds.), Treatment of addiction. Current issues for arts therapies (141-166). London: Routledge.

Stricker, G., Gold, J.R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. In <http://www.cyberpsych.org/stricker/htm> (1-9). London: Oxford University Press.

Références (suite)

Sutton, S. (1996). Can 'stages of change' provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In G. Edwards, C. Dare (Eds.), Psychotherapy, psychological treatments and the addictions (189-205). Cambridge: Cambridge University Press.

Tallman, K., Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.C. Miller. (Eds.), The heart and soul of change: what works in therapy (91-123). Washington DC: