

mutation psychosociétale : une nouvelle normalité de nouvelles fragilités

Jean-Paul Gaillard & Roland Coenen

Je ne vous apprends évidemment pas que les neurosciences modélisent aujourd'hui ce qu'on peut appeler l'**organisation motivationnelle neurale** à partir de deux axes :

- le premier est l'**axe nociceptif**, qui procure de la souffrance en s'exprimant : douleur, peur, aversion, détresse, défiance. L'axe *nociceptif répond à une menace du milieu tel que l'individu a construit ce milieu (autoréférence)*. Éteindre la douleur relevant d'une nécessité proprement vitale, les actions les plus courantes dans ce cas sont la fuite (ou la soumission si la fuite est impossible) et l'agressivité (la colère, l'agression, la domination).
- Le second est l'**axe hédoceptif**, au sein duquel se déploient des émotions telles que l'attachement, le plaisir, la satiété. Atteindre le *plaisant* relevant d'une nécessité tout aussi proprement vitale, les actions les plus courantes dans ce cas relèvent de « l'aller vers » ; elles permettent de générer cette *confiance a priori* en le milieu, nécessaire à la vie au quotidien. C'est cette *confiance a priori* qui nous donne envie de nous lever le matin, de construire et d'enrichir des liens sociaux, amicaux et amoureux, ainsi que de d'affronter les difficultés de la vie en inférant d'une récompense possible au bout de l'effort.

Pour faire simple, on peut dire que l'un répond avec douleur aux signaux de menace, tandis que l'autre répond avec plaisir à l'appel des besoins. Ces deux réseaux constituent en fait un seul et même système, *le système motivationnel*, dont une homéostasie suffisante garantit un éventail de choix suffisamment large, une capacité suffisante à faire avec l'imprévisible, c'est-à-dire une santé mentale suffisante.

Le mental et le neural :

Il est aujourd'hui attesté que les émotions douloureuses en excès ou régulières (maltraitance, abandon, dépression, traumatisme, obsessions), renforcent et stabilisent le réseau nociceptif (ici le mental influe sur le neural).

L'inverse, c'est-à-dire un terrain biologique hérité, peut de la même façon se manifester à travers une prééminence du réseau nociceptif sur le réseau hédoceptif. Nous avons tous dans notre clientèle quelques familles avec alcool à tous les étages dans le génogramme ou des familles dans lesquelles un ou deux parents montrent des caractéristiques anxieuses, dépressives ou obsessives, sans que des contextes sociaux ou mentaux le justifient. (et là, nous avons le neural qui influe sur le mental).

Les interactions familiales, que ce soit sur fond mental ou sur fond neural, alimenteront le terrain sensible de l'enfant de deux façons possibles :

- i. **Par le codage des mémoires traumatiques** : dans ces cas, les expériences mentales majoritairement douloureuses et traumatisantes (maltraitance, abandon, traumatismes) renforceront et stabiliseront chez l'enfant le réseau neural nociceptif, au détriment d'une inter-régulation fine avec le réseau hédoceptif. Les comportements majoritaires relèveront de la défiance a priori, de la souffrance morale

(mal-être) et de l'auto-dépréciation, renforçant majoritairement des émotions primaires telles que peur, aversion et fuite.

- ii. **Par effet de synchronisation émotionnelle** : dans ce cas, la prééminence par héritage du réseau neural nociceptif favorisera systématiquement au sein de la famille des coordinations d'actions et un accordage des pensées, qui généreront des façons communes de voir et de vivre les choses en noir, ainsi qu'une défiance *a priori* à l'encontre de toute action aux effets non prévisibles comme recelant potentiellement de la douleur.

Soulignons à nouveau que dans les deux cas (source mentale ou source neurale), le réseau neural nociceptif montre au final une prééminence qui conduit l'individu concerné à vivre ses mondes sur un mode essentiellement douloureux et chercher à éteindre la douleur... et non pas à rechercher du plaisir en s'appuyant sur le réseau hédéoceptif, ce qui est extrêmement différent.

Les solutions ne sont ici envisagées qu'à partir de l'axe nociceptif qui, comme tout sous-système, n'a pas de compétence auto-régulatrice¹. La prééminence héritée ou acquise du réseau neural nociceptif a au contraire un effet décomplexifiant et donc aussi rigidifiant.

Dans ce contexte, les seules stratégies possibles sont ce que nous appellerons des stratégies de survie, des stratégies palliatives, non résolutive : tentatives de suicide sur le mode « *que ça s'arrête enfin !* », passages à l'acte momentanément soulageants (délits, comportements à risque, auto ou hétéro-mutilations) ou utilisation de moyens matériels soulageants (substances ou non-substances).

La contrainte (et non l'option) *stratégie de survie*, conduit donc à chercher activement dans l'environnement, des substances, des comportements ou des objets qui sont connus pour être aptes à réanimer l'axe hédéoceptif.

Le problème alors est tout simplement que ces objets se montrent, comme c'est le cas de tous les objets externes, inaptes à remplacer un processus interne².

Tout le problème est là : l'activation artificielle du réseau hédéoceptif (ce qu'on appelle très improprement circuit de la récompense) ne donne que des *sensations à court terme* que le sujet sera conduit à répéter inlassablement. Plus cette activation se reproduira, plus elle renforcera le réseau nociceptif (c'est-à-dire aussi les sensations et les sentiments douloureux), poussant ainsi le sujet à augmenter les doses pour obtenir le même effet, et plus elle diminuera l'efficacité globale du système motivationnel.

Toutes les substances psycho-actives : cigarette, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, morphine, benzodiazépines, etc., tous les contenus hightech hyperstimulants : jeux vidéo, jeux en ligne, MSN, porno, etc., stimulent artificiellement le réseau hédéoceptif et le saturent (instruction), générant un des syndromes les mieux connus de nous tous : le syndrome de démotivation.

Il me semble que cette façon de décrypter le phénomène addictif nous impose de changer nos conceptions de l'addiction et donc aussi nos méthodes, en particulier celles qui prétendent s'appuyer sur l'interdiction du symptôme, la menace et la

¹ Ce que, après Henri Atlan et Francisco Varela, nous appelons *auto-organisation*, est un processus émergent dans un système suffisamment complexe.

² Francisco Varela résumerait ce problème en disant que l'effet de ces objets se heurte à la *non-instructibilité* du vivant, au fait que nous n'avons ni entrée ni sortie informationnelle, à notre caractéristique fondamentalement autopoïétique.

disqualification... qui ne nous conduisent qu'à contribuer au renforcement du réseau nociceptif de nos patients !

Dans la mesure où les émotions partagées en famille seront toujours plus efficaces que celles partagées, par exemple, avec un thérapeute ou un éducateur, le travail avec un ado toxico passera par un travail avec sa famille ; aider un parent à comprendre son histoire, l'histoire de ses propres douleurs, de ses propres stratégies de survie, l'histoire de ses violences et de ses comportements éducatifs, permet aux intervenants d'aider ce parent à aider son enfant.

Il s'agit de co-produire une re-mobilisation des émotions positives ou apaisantes chez le parent, pour que ces émotions positives ou apaisantes puissent à nouveau nourrir l'enfant et entraîner un changement suffisant tant au niveau mental qu'au niveau neural, un changement tel, qu'une inter-régulation entre les deux axes du système motivationnel devienne ou redevienne fonctionnelle.

L'expérience clinique montre que la compréhension par les protagonistes de l'intrication entre leurs histoires biologiques et interactionnelles, soulage leur vécu, le détoxique et agit comme un recadrage positif ; ce contexte clinique est souvent favorable à de nouvelles alliances entre parents et enfants, à partir du sentiment qu'ils *se comprennent enfin* et partagent une recherche d'améliorations communes. Une partie non négligeable du travail consiste à rendre intelligibles aux acteurs les « *modes d'emploi émotionnels* » des uns et des autres.

Tout cela prend du temps, un temps probablement peu compressible : dans notre expérience, environ deux ans. *Le plus souvent* en effet, la résolution d'une addiction passe par une diminution très progressive du produit - qu'on appelle utilisation dégressive – activement soutenue par une re-mobilisation et un renforcement des émotions positives dans le cadre d'un *lien* thérapeutique et éducatif fort et indéfectiblement sûr.

Cette progression est évidemment *toujours* accompagnée de rechutes ; les émotions positives transmises, tant par les parents que l'alliance psycho et sociothérapeutique, sont essentielles pour que ces rechutes soient comprises pour ce qu'elles sont en réalité : les marches qu'on gravit vers la réussite.

Et puisqu'il n'existe aucun produit de substitution pour des drogues comme le cannabis et l'alcool, *il n'y donc pas d'autre solution que tolérer la consommation, dans un cadre protégé par un contrat thérapeutique non punitif.*

Qu'il n'y ait aucune ambiguïté : il n'est pas dans notre propos de militer pour une quelconque libération des drogues, nous cherchons seulement à valoriser et à soutenir des pratiques éducatives et thérapeutiques dans un cadre qui favorise l'apprentissage de *la confiance a priori*, de *la modération* et de *la résilience*.

Nous n'arrivons pas à oublier que les adolescents dont il s'agit seront des parents demain et nous savons par expérience - comme tout le monde le sait d'ailleurs - qu'il est totalement impossible d'*interdire un symptôme*. On ne peut que travailler autour.