



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Schémas précoces inadaptés, croyances addictives et styles défensifs chez des étudiants consommateurs de cannabis



Early maladaptive schemas, addictive beliefs and defensive styles among student cannabis users

Elisabeth Grebot^{a,*}, Julien Dardard^b, Gaétan Briet^c

^a EA 4057, laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS), institut universitaire Paris Descartes de psychologie (IUPDP), Paris Sorbonne Cité, 71, avenue E.-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^b Pôle de gériatrie, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, centre hospitalier de Sedan, 2, avenue du Général-Marguerite, 08209 Sedan, France

^c Université de Reims Champagne-Ardenne, 57, rue Pierre-Taittinger, 51096 Reims, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 septembre 2013

Accepté le 5 mars 2014

Disponible sur Internet le 8 janvier 2015

Mots clés :

Cannabis

Croyances addictives

Schémas précoces inadaptés

Styles défensifs

R É S U M É

Objectif. – Cette recherche se propose de comparer le niveau d'activation (a) des schémas précoces inadaptés, (b) des croyances addictives et (c) des styles défensifs chez des consommateurs ou non de cannabis.

Participants et méthode. – L'étude concerne 199 sujets qui sont soit non-consommateurs de cannabis (G1, $n = 83$), soit consommateurs non problématiques (G2, $n = 52$), abusifs (G3, $n = 40$) ou dépendants au cannabis (G4, $n = 24$). Chaque participant a complété sept questionnaires évaluant la consommation d'alcool et de cannabis, les schémas précoces inadaptés, les croyances addictives, les styles défensifs, l'anxiété et l'humeur dépressive.

Résultats. – Les sujets dépendant au cannabis se différencient significativement des autres consommateurs (abusifs ou non problématiques) et des non-consommateurs par une suractivation (a) du score global des schémas précoces inadaptés ; (b) de cinq schémas spécifiques (Abandon, Abus/Méfiance, Assujettissement, Carence Affective, Manque d'autocontrôle) ; (c) de certaines croyances (soulageantes, addictives positives) et (d) de deux défenses immatures (Projection, Refuge dans la rêverie).

Conclusion. – Ces données sont discutées en vue d'une indication thérapeutique efficiente ciblant une intervention sur les schémas et les croyances addictives suractivés chez les sujets présentant des troubles liés à l'usage du cannabis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – Previous research suggested that cannabis addiction in young adults might be associated with dysfunctional schemas, cannabis-related beliefs and psychological defense mechanisms. To extend this previous research, the aim of the present study was to evaluate levels of activation of (a) early maladaptive schemas of Young, (b) cannabis-related beliefs based Beck's cognitive model of substance abuse (anticipatory, relief-oriented, permissive beliefs) and (c) defensive styles of Bond (mature, neurotic, immature) in a sample of cannabis users (no-problematic use, abusers, dependants) and healthy control subjects.

Keywords:

Cannabis

Cannabis-related beliefs

Defensive styles

Early maladaptive schemas

* Auteur correspondant. 19, bis rue du Calvaire, 92210 Saint-Cloud, France.

Adresses e-mail : elisabeth.grebot@univ-reims.fr, elisabeth.grebot@gmail.com (E. Grebot).

Participants and methods. – One hundred and ninety-nine undergraduate students were enrolled. Participants were divided into four groups: Cannabis-dependent users ($n = 24$, mean age: 20.05 years; $SD = 2.29$), cannabis abusers ($n = 40$, mean age: 20.4 years; $SD = 2.13$), cannabis no-problematic users ($n = 52$, mean age: 19.9 years; $SD = 1.8$) and healthy control subjects ($n = 83$, mean age: 20.1 years; $SD = 1.66$). Participants were invited to complete seven questionnaires assessing (1) alcohol use disorders (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]), (2) cannabis use disorders (Mini International Neuropsychiatric Interview [MINI]), (3) early maladaptive schemas (Young Schemas Questionnaire [YSQ-S2]), (4) cannabis-related beliefs (Beliefs Questionnaire for Drug Addiction – Cannabis Version), (5) defensive styles (Defense Style Questionnaire [DSQ-40]), (6) anxiety (Beck Anxiety Inventory [BAI]), (7) depression (Beck Depression Inventory – Second Edition [BDI-II]).

Results. – Compared to healthy control subjects, cannabis no-problematic users and cannabis abusers, the cannabis-dependent users obtained significantly higher levels for (1) global score of fifteen early maladaptive schemas; (2) five early maladaptive schemas (Emotional Deprivation, Abandonment, Mistrust/Abuse, Insufficient Self-Control and Subjugation); (3) global score of positive cannabis-related beliefs and relief-oriented beliefs; (4) two immature psychological defense mechanisms (Autistic fantasy, Projection).

Conclusion. – The present study confirms the results of previous research and suggests that cannabis dependence is associated with specific early maladaptive schemas and cannabis-related beliefs. We discuss theoretical and clinical implications of these findings.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

1.1. Consommation de cannabis chez les jeunes et les étudiants

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en Europe, et la France est l'un des pays où les niveaux d'usage sont les plus élevés [28]. La consommation de cannabis s'est stabilisée depuis 2000, après avoir presque doublé au cours des années 1990. En 2010, elle atteint 8 % des 18–64 ans (12 % pour les hommes, 5 % pour les femmes). Les jeunes adultes de 18 à 25 ans consomment moins souvent de cannabis qu'au début de la dernière décennie, avec 13 % d'usagers récents contre 16 % en 2000. Dans la population étudiante, 44 % des étudiants déclarent avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie [27]. La prévalence de la consommation régulière (au moins une fois par semaine) est de 18 % et 11 % des étudiants déclarent avoir des périodes de consommations quotidiennes. Des disparités existent cependant entre les disciplines universitaires [34]. La consommation de cannabis est la plus faible chez les étudiants de pharmacie (14 %), suivis des étudiants en droit (24,6 %), en médecine (25,4 %), en psychologie (48,8 %) et en sociologie (55,6 %). De 6 % à 13,6 % des étudiants présentent une consommation problématique de cannabis, définie comme un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui.

Les résultats de ces études nous ont incités à étudier l'implication de facteurs individuels de vulnérabilité psychologique impliqués dans l'abus et la dépendance au cannabis dans une population étudiante afin d'améliorer l'efficacité des interventions psychologiques proposées aux consommateurs présentant des troubles liés à l'usage de cannabis.

1.2. Schémas cognitifs et croyances dans les conduites addictives

Des schémas cognitifs dysfonctionnels centraux peuvent contribuer au développement et au maintien des conduites addictives selon l'approche cognitive de Beck [6,22]. Les schémas cognitifs sont des structures cognitives inconscientes stockées en mémoire à long terme, composées « d'éléments organisés provenant de réactions et d'expériences passées qui forment un corpus de connaissance relativement cohérent et stable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes » [31]. Une interaction des schémas dysfonctionnels centraux avec des

situations à risque de consommation d'une substance psychoactive active différentes croyances addictives [6,22] :

- les croyances *anticipatoires* (A) concernent des attentes de plaisir, d'efficacité de par la consommation de substances psychoactives ;
- les croyances *soulageantes* (S) concernent des attentes de réduction d'un état de mal-être physique et/ou psychologique conduisant à un besoin impérieux de consommer une substance (craving) qui déclenche des croyances permissives ;
- les croyances *permissives* (P) renvoient à des pensées facilitant la recherche de la substance psychoactive et autorisant le consommateur à ignorer les conséquences de la consommation.

Différentes recherches ont montré une suractivation des croyances addictives ASP dans la dépendance à l'héroïne [36] à l'alcool [18,22] ou au cannabis [10–12,19]. Chez les consommateurs de cannabis, Chabrol et al. [11] ont observé que les croyances soulageantes (S) prédisent la dépendance au cannabis alors que les croyances permissives (P) ont une valeur prédictive de l'usage de cannabis. Cette étude met en évidence le rôle spécifique de croyances différentes dans l'usage et dans la dépendance au cannabis. Ces résultats nous ont incités à différencier la dépendance, l'abus et la consommation non problématique de cannabis dans cette recherche dont l'objectif est d'étudier une activation différentielle des schémas précoces inadaptés, des croyances addictives et des styles défensifs selon ces trois types de consommation.

1.3. Schémas précoces inadaptés dans les conduites addictives

L'approche développementale des schémas dans les conduites addictives envisage que des Schémas Précoces Inadaptés (SPI) [38] contribuent au développement et au maintien de croyances addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives). Se développant au cours de l'enfance ou de l'adolescence, les SPI sont « des modèles ou des thèmes larges et envahissants, constitués de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et ses relations aux autres et, dysfonctionnels de façon significatives » [38]. Les SPI ont une fonction adaptative au cours de l'enfance et participent au fur et à mesure des expériences de vie à la création d'un répertoire cognitivo-comportemental dont la fonction initiale de protection qui n'est plus justifiée contribue au contraire au

développement et au maintien de comportements problématiques ou de troubles psychopathologiques [38].

Des recherches ont étudié les SPI chez des patients dépendants à l'alcool [13] ou aux opiacés [7] et chez des polyconsommateurs [33]. Elles indiquent que les SPI sont suractivés chez les consommateurs par rapport aux non-consommateurs. Ainsi, Shorey et al. [33] observent chez les consommateurs abusifs de substances psychoactives (alcool, cocaïne, cannabis, etc.) une suractivation de certains SPI spécifiques (*Abandon*, *Abus-méfiance*, *Dépendance*, *Manque d'autocontrôle*, *Relation fusionnelle*). Quelques études montrent également que l'activation des SPI diminue significativement après une intervention thérapeutique chez des patients dépendants à l'alcool [21,29] ou aux opiacés [32].

Chez les consommateurs addicts au cannabis, Grebot et Dardard [19] ont observé une suractivation de trois SPI spécifiques (*Autocontrôle insuffisant*, *Dépendance*, *Peur de perdre le contrôle*). Ces sujets addicts au cannabis se caractérisent par un manque de contrôle de soi ou d'autodiscipline et par un manque d'initiative à faire face aux responsabilités quotidiennes sans le soutien d'autrui. Ces auteurs ont également observé chez les consommateurs addicts au cannabis une suractivation des croyances addictives (anticipatoires, soulageantes, permissives) et une mobilisation excessive de deux défenses (*sublimation* et *déplacement*). La *sublimation* est une défense appartenant au style défensif mature alors que le *déplacement* est une défense appartenant au style défensif immature selon les analyses factorielles [2,20] qui différencient trois groupes de styles défensifs (mature, névrotique, immature).

L'échantillon limité de Grebot et Dardard [19] nous a incités à recueillir des données dans une population étudiante plus importante afin d'évaluer le niveau d'activation des schémas précoces inadaptés, des croyances addictives ASP et des styles défensifs dans quatre comportements différents envers le cannabis (non-consommation, consommation non problématique, consommation abusive, dépendance).

1.4. Les hypothèses

Nous testons quatre hypothèses postulant que les consommateurs dépendant au cannabis, comparativement aux consommateurs abusifs, aux consommateurs non problématiques et aux non-consommateurs présentent une suractivation :

- du score global des quinze schémas précoces inadaptés (Hypothèse 1) ;
- des schémas précoces inadaptés *Abandon*, *Méfiance*, *Manque d'Autocontrôle* (Hypothèse 2) ;
- des croyances addictives soulageantes (S), (Hypothèse 3) ;
- des styles défensifs névrotiques et immatures (Hypothèse 4).

2. Méthode

2.1. Participants

Cette recherche a été réalisée auprès de trois promotions d'étudiants de psychologie de l'université de Reims inscrits en première et deuxième année et d'une promotion d'étudiants en Gestion des Entreprises et des Administrations de l'Institut Universitaire de Technologie de Troyes. Les participants ont été répartis en quatre groupes :

- le premier groupe (G1) se compose de 83 participants ne consommant pas de cannabis, comprenant 9 hommes et 74 femmes (âge moyen = 20,1 ; écart-type = 1,66) ;
- le deuxième groupe (G2) se compose de 52 participants consommant du cannabis mais ne répondant pas aux diagnostics d'abus ou de dépendance selon les critères du DSM-IV-TR [1]. Ce groupe comprend 8 hommes et 44 femmes (âge moyen = 19,9 ; écart-type = 1,8) ;
- le troisième groupe (G3) se compose de 40 participants consommateurs de cannabis répondant au diagnostic d'abus selon les critères du DSM-IV-TR [1]. Ce groupe comprend 17 hommes et 23 femmes (âge moyen = 20,4 ; écart-type = 2,13) ;
- le quatrième groupe (G4) se compose de 24 participants consommateurs de cannabis répondant au diagnostic de dépendance selon les critères du DSM-IV-TR [1]. Ce groupe comprend 9 hommes et 15 femmes (âge moyen = 20,05 ; écart-type = 2,29). Les quatre groupes de participants s'avèrent équivalents pour l'âge [$F(3 ; 195) = 0,52$; $p = 0,67$].

Les sujets non-consommateurs (G1) ne consomment pas de substances psychoactives autres que le tabac et l'alcool, ne rapportent pas de mésusage d'alcool à l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [17,30] et ne présentent ni trouble anxieux probable à l'Inventaire d'Anxiété de Beck [16] ni trouble dépressif probable à l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II) [5]. Les participants des groupes consommateurs non problématiques (G2), consommateurs abusifs (G3) et consommateurs dépendants (G4) consomment du cannabis et aucune autre substance psychoactive autre que le tabac et l'alcool. Ces critères et les réponses incomplètes aux questionnaires nous ont conduits à exclure 75 participants et à ne retenir que 199 sujets.

2.2. Procédure

Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé, certifiant leur participation volontaire à cette recherche. Les participants ont été évalués en sessions collectives d'une durée moyenne d'une heure en dehors des périodes d'examen. Les conditions de passation ont été semblables pour chaque participant. Conformément à nos engagements, un feed-back sur l'étude a été fourni aux étudiants.

2.3. Matériel

Les participants ont complété les sept questionnaires suivants :

1. L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [30] traduit et validé en français [17] est constitué de 10 items et permet les diagnostics de dépendance et d'usage à risque d'alcool. Un score global supérieur ou égal à 12 chez l'homme et 11 chez la femme signe une dépendance probable à l'alcool. Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et 7 chez la femme indique un usage problématique d'alcool.
2. Le questionnaire d'évaluation de la consommation de cannabis dérivé du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) [25] dont la fidélité et la validité ont été évaluées dans une population française [9]. Les symptômes de dépendance doivent avoir persisté 12 mois pour être considérés comme présents. Le mode de réponse est binaire (oui-non). Ce questionnaire permet le diagnostic de dépendance définie selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) [1] comme un mode d'utilisation inadéquat du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Chabrol et al. [8] ont obtenu pour le questionnaire de dépendance un coefficient alpha de Cronbach et un coefficient kappa de Cohen satisfaisants validant l'accord entre le questionnaire et un entretien auprès de

Tableau 1

Comparaisons du niveau d'activation des schémas précoces inadaptés entre les 4 groupes au test H de Kruskal-Wallis.

	Rangs Moyens				H ₁₉₉	p
	G1	G2	G3	G4		
Total 15 SPI	84,80	106,89	95,64	144,92	21,36	.0001
SPI spécifiques						
<i>Abandon</i>	83,50	102,92	102,80	146,06	22,47	.0001
<i>Abus/Méfiance</i>	92,20	101,24	90,83	139,56	13,97	.003
<i>Assujettissement</i>	83,70	102,33	100,36	150,71	25,78	<.0001
<i>Carence Affective</i>	86,94	99,10	101,25	145,04	19,22	.0002
<i>Contrôle émotionnel</i>	86,63	98,39	109,95	133,13	13,72	.003
<i>Imperfection</i>	85,98	114,88	92,84	128,23	15,20	.002
<i>Manque d'autocontrôle</i>	80,80	109,21	97,65	150,35	29,11	<.0001
<i>Tout m'est dû</i>	83,55	107,37	103,73	134,71	16,61	.0009

G₁ : Non-consommation ; G₂ : Consommation non problématique ; G₃ : Abus ; G₄ : Dépendance.

23 adolescents consommateurs de cannabis. Le diagnostic de dépendance probable est posé si le sujet donne au moins trois réponses positives aux huit premiers items (numérotés de 1 à 8) et la consommation de cannabis est considérée comme abusive si le sujet donne une réponse positive au moins aux quatre derniers items (numérotés de 9 à 12).

- La version abrégée du questionnaire des SPI de Young (YSQ-S2) [24] est constituée de 75 items et permet d'évaluer le niveau d'activation de quinze schémas précoces inadaptés : *Carence Affective*, *Abandon*, *Abus/Méfiance*, *Isolement Social*, *Imperfection*, *Échec*, *Dépendance/Incompétence*, *Vulnérabilité*, *Relation Fusionnelle*, *Assujettissement*, *Sacrifice de Soi*, *Contrôle Émotionnel à Outrance*, *Exigences Élevées*, *Tout m'est dû*, *Manque d'Autocontrôle*. Ce questionnaire permet d'obtenir un score global d'activation des SPI et un score pour chacun des quinze SPI.
- Le questionnaire des croyances addictives est inspiré de celui de Tison et Hautekeete [36] qui évalue les trois types de croyances, anticipatoires (A), soulageantes (S) et permissives (P) intervenant dans les conduites addictives selon l'approche cognitive de Beck [6]. Ce questionnaire est composé de trente items. Chaque type de croyances (A, S, P, ASP) est évalué par dix items. Ce questionnaire permet de calculer douze scores, à savoir : un score de croyances anticipatoires (A) ; un score de croyances soulageantes (S) ; un score de croyances permissives (P) ; trois scores de croyances positives (A+, P+, S+) ; trois scores de croyances négatives (A-, S-, P-) ; un score de croyances addictives positives (ASP+ égal à la somme A+, S+ et P+) et un score de croyances addictives négatives (ASP- égal à la somme des A-, S- et P-) et un score global d'activation des croyances addictives (score ASP) qui correspond à la somme de toutes les réponses données.
- Le questionnaire de style défensif de Bond (*Defense Style Questionnaire*, DSQ-40) [2] mesure les dérivés conscients de vingt mécanismes de défense et distingue selon les résultats de l'analyse factorielle de Guelfi et al. [20] trois styles défensifs : (1) le style mature regroupe quatre défenses (*Anticipation*, *Humour*,

Répression, *Sublimation*) ; (2) le style névrotique comprend quatre défenses (*Annulation*, *Formation réactionnelle*, *Idéalisation*, *Pseudo-altruisme*) et (3) le style immature comporte douze défenses (*Activisme*, *Agression passive*, *Clivage*, *Déni*, *Déplacement*, *Dévalorisation-omnipotence*, *Dissociation*, *Isolation*, *Projection*, *Rationalisation*, *Refuge dans la rêverie*, *Somatisation*).

- L'Inventaire d'Anxiété de Beck (*Beck Anxiety Inventory* [BAI]) [4,16] permet d'évaluer la sévérité de l'anxiété. Il comprend vingt et un items décrivant différents symptômes physiologiques et psychologiques associés au trouble panique et au trouble d'anxiété généralisée, selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [1]. Un score supérieur à 20 indique un syndrome anxieux probable.
- L'Inventaire de Dépression de Beck (*Beck Depression Inventory* [BDI-II]) [5] permet d'évaluer la sévérité de l'humeur dépressive. Un score supérieur à 27 indique une dépression sévère probable. Un score compris entre 20 et 27 indique une dépression modérée probable. Un score compris entre 12 et 19 indique une dépression légère probable. Un score compris entre 0 et 11 indique une absence de dépression.

3. Résultats

3.1. Activation des Schémas Précoces Inadaptés (SPI)

Nous avons comparé les non-consommateurs (G1), les consommateurs non problématiques (G2), les consommateurs abusifs (G3) et les consommateurs dépendants (G4) au cannabis en ce qui concerne l'intensité de l'activation des SPI à l'aide du test H de Kruskal-Wallis. Le **Tableau 1** indique des différences significatives (a) pour le score global d'activation des quinze SPI et (b) pour huit schémas spécifiques (*Abandon*, *Abus/Méfiance*, *Assujettissement*, *Carence affective*, *Contrôle émotionnel*, *Imperfection*, *Manque d'autocontrôle*, *Tout m'est dû*).

Les résultats des analyses de comparaisons multiples de rangs moyens indiquent que les consommateurs dépendants au cannabis se différencient significativement des autres groupes en ce qui concerne (a) le score global d'activation des quinze SPI et (b) l'intensité de l'activation de cinq schémas spécifiques : *Abandon*, *Abus/Méfiance*, *Assujettissement*, *Carence affective* et *Manque d'autocontrôle* (**Tableau 2**).

L'hypothèse 1 postulant une suractivation du score global d'activation des quinze schémas précoces inadaptés dans la consommation dépendante de cannabis est validée.

L'hypothèse 2 postulant une suractivation de trois SPI spécifiques (*Abandon*, *Manque d'autocontrôle*, *Méfiance*) dans la consommation dépendante de cannabis est également validée.

3.2. Activation des croyances addictives

Nous avons comparé les non-consommateurs (G1), les consommateurs non problématiques (G2), les consommateurs abusifs (G3) et les consommateurs dépendants (G4) en ce qui concerne l'intensité

Tableau 2

Analyse de comparaisons multiples de rangs moyens des SPI selon le type de consommation (non-consommation, consommation non problématique, abus, dépendance).

Conduite addictive	Dépendance/Abus (Za)	Dépendance/Non problématique (Zb)	Dépendance/Non-consommation (Zc)	Abus/Non problématique (Zd)	Abus/Non-consommation (Ze)
Total 15 SPI	3,31 ; p=.006	2,68 ; p=.04	4,50 ; p<.0001	0,93 ; p=1	0,98 ; p=1
SPI spécifiques					
<i>Abandon</i>	2,91 ; p=.02	3,04 ; p=.01	4,69 ; p<.0001	0,01 ; p=1	1,74 ; p=.49
<i>Abus – Méfiance</i>	3,28 ; p=.006	2,70 ; p=.04	3,55 ; p=.002	0,86 ; p=1	0,12 ; p=1
<i>Assujettissement</i>	3,39 ; p=.004	3,40 ; p=.004	5,02 ; p<.0001	0,16 ; p=1	1,50 ; p=0,80
<i>Carence affective</i>	2,95 ; p=.02	3,23 ; p=.007	4,35 ; p<.0001	0,18 ; p=1	1,29 ; p=1
<i>Manque d'autocontrôle</i>	3,54 ; p=.002	2,89 ; p=.02	5,21 ; p<.0001	0,96 ; p=1	1,52 ; p=0,77

Tableau 3

Comparaisons du niveau d'activation des croyances addictives entre les 4 groupes au test H de Kruskal-Wallis.

Croyances	Rangs Moyens				H ₁₉₉	p
	G1	G2	G3	G4		
Anticipatoires						
A+	80,78	102,51	111,99	141,06	23,47	< .0001
A–	74,63	92,58	135,93	143,96	46,98	< .0001
A	72,04	96,38	128,50	157,04	53,30	< .0001
Soulageantes						
S+	87,54	89,12	107,16	154,73	28,39	< .0001
S–	68,31	101,64	130,08	155,90	59,00	< .0001
S	67,98	94,73	130,50	171,31	74,38	< .0001
Permissives						
P+	73,02	100,00	126,60	148,98	44,40	< .0001
P–	65,36	106,62	138,54	141,23	61,23	< .0001
P	65,94	103,79	134,76	151,65	63,26	< .0001
Addictives						
ASP+	74,64	99,80	114,71	163,63	48,10	< .0001
ASP–	64,51	101,88	138,99	153,69	70,84	< .0001
ASP	63,75	98,55	135,06	170,06	83,32	< .0001

G₁ : Non-consommation ; G₂ : Consommation non problématique ; G₃ : Abus ; G₄ : Dépendance.

de l'activation des croyances addictives à partir du test H de Kruskal-Wallis. Le **Tableau 3** montre des différences significatives pour les 12 scores de croyances addictives.

Les résultats des analyses de comparaisons multiples de rangs moyens indiquent que les consommateurs dépendants au cannabis se différencient significativement :

- des consommateurs abusifs en ce qui concerne l'intensité de l'activation des croyances soulageantes (S et S+) et des croyances addictives (ASP+) ;
- des consommateurs non problématiques et des non-consommateurs en ce qui concerne l'intensité de l'activation des croyances anticipatoires, soulageantes, permissives et addictives (ASP) (**Tableau 4**).

L'hypothèse 3 postulant une suractivation des croyances soulageantes dans la dépendance au cannabis est donc validée.

Les résultats des analyses de comparaisons multiples de rangs moyens indiquent également que les consommateurs abusifs de cannabis se différencient significativement des consommateurs non problématiques et des non-consommateurs en ce qui concerne l'intensité de l'activation des croyances anticipatoires (A, A–),

Tableau 4

Analyse de comparaisons multiples de rangs moyens des croyances addictives selon le type de consommation (non-consommation, consommation non problématique, abus, dépendance).

Conduites addictives	Dépendance/Abus (Za)	Dépendance/Non problématique (Zb)	Dépendance/Non-consommation (Zc)	Abus/Non problématique (Zd)	Abus/Non-consommation (Ze)
Anticipatoires					
A+	1,96 ; p = .30	2,71 ; p = .04	4,52 ; p < .0001	0,78 ; p = 1	2,82 ; p = .03
A–	0,54 ; p = 1	3,62 ; p = .002	5,19 ; p < .0001	3,58 ; p = .002	5,53 ; p < .0001
A	1,92 ; p = .33	4,27 ; p = .0001	6,37 ; p < .0001	2,65 ; p = .05	5,09 ; p < .0001
Soulageantes					
S+	3,20 ; p = .008	4,62 ; p < .0001	5,03 ; p < .0001	1,49 ; p = .82	1,77 ; p = .46
S–	1,74 ; p = .49	3,82 ; p = .0008	6,56 ; p < .0001	2,35 ; p = .11	5,57 ; p < .0001
S	2,74 ; p = .04	5,39 ; p < .0001	7,74 ; p < .0001	2,95 ; p = .02	5,64 ; p < .0001
Permissives					
P+	1,51 ; p = .79	3,45 ; p = .003	5,69 ; p < .0001	2,20 ; p = .17	4,83 ; p < .0001
P–	0,18 ; p = 1	2,44 ; p = .09	5,68 ; p < .0001	2,64 ; p = .05	6,60 ; p < .0001
P	1,14 ; p = 1	3,37 ; p = .005	6,42 ; p < .0001	2,56 ; p = .06	6,21 ; p < .0001
Addictives					
ASP+	3,29 ; p = .006	4,49 ; p < .0001	6,67 ; p < .0001	1,23 ; p = 1	3,62 ; p = .002
ASP–	0,99 ; p = 1	3,65 ; p = .002	6,68 ; p < .0001	3,06 ; p = .01	6,72 ; p < .0001
ASP	2,35 ; p = .11	5,03 ; p < .0001	7,96 ; p < .0001	3,01 ; p = .02	6,43 ; p < .0001

Tableau 5

Comparaisons du niveau d'activation des défenses entre les 4 groupes au test H de Kruskal-Wallis.

	Rangs Moyens				H ₁₉₉	p
	G1	G2	G3	G4		
Style défensif immature	84,98	94,81	111,29	144,38	21,86	.0001
Défenses immatures						
Agression Passive	87,45	99,34	111,86	125,06	10,31	.02
Dévalorisation-Omnipotence	95,72	88,30	110,36	122,88	7,76	.05
Dissociation	91,78	93,76	113,10	120,10	7,62	.05
Isolation	87,25	100,29	111,55	124,23	10,04	.02
Projection	88,40	92,95	102,68	150,94	24,21	< .0001
Refuge dans la rêverie	85,89	101,91	98,99	146,33	20,72	.0001

G₁ : Non-consommation ; G₂ : Consommation non problématique ; G₃ : Abus ; G₄ : Dépendance.

soulageantes (S), permissives négatives (P–) et addictives (ASP, ASP–) (**Tableau 4**).

3.3. Activation des défenses

Nous avons comparé les non-consommateurs (G1), les consommateurs non problématiques (G2), les consommateurs abusifs (G3) et les consommateurs dépendants (G4) en ce qui concerne la mobilisation des styles défensifs et des défenses à l'aide du test H de Kruskal-Wallis. Le **Tableau 5** indique des différences significatives pour le *style défensif immature* et six défenses immatures : *Agression passive*, *Dévalorisation-Omnipotence*, *Dissociation*, *Isolation*, *Projection* et *Refuge dans la rêverie*. Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les quatre groupes en ce qui concerne le *style défensif névrotique* [$H(3,199) = 6,83$; $p = .08$].

Les résultats des analyses de comparaisons multiples de rangs moyens indiquent que le *style défensif immature* différencie seulement les consommateurs dépendants des consommateurs non problématiques (Zb, *Dépendant/Usage non problématique* = 3,49 ; $p = .003$) et des non-consommateurs (Zc, *Dépendant/Non consommateur* = 4,45 ; $p < .0001$). Toutefois, les consommateurs dépendants au cannabis se différencient significativement des autres groupes en ce qui concerne le recours à deux défenses immatures : (1) la *Projection* (Za, *Dépendant/Abus* = 3,25 ; $p = .007$; Zb = 4,08 ; $p = .0003$; Zc = 4,69 ; $p < .0001$) et (2) le *Refuge dans la Rêverie* (Za = 3,18 ; $p = .009$; Zb = 3,13 ; $p = .01$; Zc = 4,53 ; $p < .0001$).

L'hypothèse 4 postulant une mobilisation excessive du style défensif névrotique dans la dépendance au cannabis est invalidée alors qu'elle est partiellement validée en ce qui concerne le style

défensif immature. Nos résultats indiquent cependant que deux défenses immatures (*Projection* et *Refuge dans la rêverie*) sont mobilisées excessivement par les consommateurs dépendants au cannabis par rapport aux autres groupes.

4. Discussion

L'objectif de cette recherche était d'évaluer le niveau d'activation des Schémas Précoces Inadaptés, des croyances addictives et des styles défensifs chez des étudiants consommateurs ou non de cannabis en vue d'identifier des processus psychologiques impliqués plus spécifiquement dans l'abus de cannabis ou dans la dépendance au cannabis.

Le score global d'activation des quinze SPI et cinq schémas différencient les consommateurs dépendants des autres groupes chez lesquels les SPI suractivés appartiennent aux domaines de rejet/séparation (*Carence Affective*, *Abandon*, *Abus/Méfiance*), d'orientation vers les autres (*Assujettissement*) et de manque de limites (*Manque d'Autocontrôle*). L'activité excessive des schémas appartenant aux domaines de rejet/séparation et d'orientation vers les autres semble indiquer que les consommateurs dépendants au cannabis ont des difficultés à développer voire à maintenir des relations interpersonnelles adaptées. Ils s'attendraient à ce que leurs besoins de stabilité, de sécurité ou d'attention dans les relations interpersonnelles ne puissent être comblés et ils accorderaient une attention problématique aux besoins d'autrui au détriment de leurs propres besoins dans le but d'éviter le rejet [38]. La suractivation du schéma *Manque d'Autocontrôle* chez les consommateurs dépendants au cannabis est observée ici comme elle le fut dans la recherche de Grebot et Dardard [19]. Ce SPI *Manque d'Autocontrôle* décrit « l'incapacité ou le refus d'un autocontrôle suffisant ainsi que l'incapacité ou le refus de la frustration dans l'accomplissement des objectifs personnels ou de la modération dans l'expression de ses émotions et de ses impulsions » [38]. Young et al. [38] indiquent que les personnes ayant des difficultés de contrôle de soi et d'autodiscipline peuvent s'engager préférentiellement dans des conduites d'évitement en vue de réduire des expériences subjectives de souffrance psychologique. L'activation excessive du schéma de *Manque d'Autocontrôle* est cohérente avec le rôle central joué par l'impulsivité et les difficultés d'autorégulation dans le développement et le maintien des conduites de dépendance observées dans de nombreuses recherches récentes [37].

Par ailleurs, le score global d'activation des croyances soulageantes (S, S+) et celui des croyances addictives (ASP) différencient les consommateurs dépendant au cannabis des autres groupes. La suractivation des croyances soulageantes semble montrer que les consommateurs dépendants anticipent la réduction d'expériences subjectives de souffrance par la consommation de cannabis. Les résultats d'une précédente recherche [19] indiquaient en effet que les croyances soulageantes étaient corrélées positivement au score global d'activation des SPI chez des consommateurs addicts au cannabis. Les résultats de la présente recherche suggèrent que les consommateurs dépendants recherchent un soulagement de patterns émotionnels ou cognitifs liés à l'activité excessive de schémas précoces inadaptés. Nos résultats vont dans le sens (a) des observations de Ball et Young [3] selon lesquels les troubles liés à l'usage d'une substance peuvent se comprendre comme des comportements d'évitement permettant de faire face à l'activité de schémas précoces inadaptés ; et (b) des résultats de Chabrol et al. [11] selon lesquels les croyances soulageantes prédisent la dépendance au cannabis.

Enfin, les consommateurs dépendants au cannabis mobilisent autant que les autres sujets les défenses matures et névrotiques alors qu'ils s'en différencient en ce qui concerne les défenses

immatures. La mobilisation excessive du style défensif immature semble indiquer que les consommateurs dépendant au cannabis peuvent être aux prises avec des distorsions cognitives significatives pouvant altérer la vision de soi ou du monde et empêcher la mise en œuvre d'actions constructives pour faire face aux facteurs de stress internes ou externes [14,23].

Concernant les consommateurs abusifs de cannabis, aucun schéma et aucune défense névrotique ou immature ne les différencie des consommateurs non problématiques et des non-consommateurs. Ces résultats semblent suggérer que ces processus psychologiques ne jouent pas un rôle central dans la compréhension de l'abus de cannabis. Cependant, l'activation excessive chez les consommateurs abusifs des croyances anticipatoires et permissives indique qu'ils attribuent des propriétés positives au cannabis et qu'ils se représentent la consommation de cette substance psychoactive comme dénuée de dangers, et ce, dans des proportions comparables aux consommateurs dépendants. Ce constat invite à développer des dispositifs de prévention visant une modification des croyances addictives voire des représentations sociales liées à l'usage du cannabis chez les jeunes adultes.

Les résultats de la présente étude montrent comme de précédentes recherches [19] que les schémas précoces inadaptés et les croyances addictives peuvent être des cibles privilégiées d'une intervention psychologique chez les jeunes adultes répondant au diagnostic de dépendance au cannabis [1]. Cette suggestion est cohérente avec les recommandations de Ball et Young [3] en faveur d'un travail thérapeutique centré sur les Schémas Précoces Inadaptés (restructuration cognitive, techniques expérimentelles) et sur le comportement de consommation (prévention de la rechute) en vue de réduire la sévérité des troubles liés à l'usage d'une substance et des problèmes psychologiques associés. Cette prise en charge gagnerait à être complétée par des techniques issues des interventions psychologiques basées sur l'acceptation et la pleine conscience ou « *mindfulness* » [15].

5. Conclusions

Limité par la taille de l'échantillon et la composition majoritairement féminine, les résultats de cette recherche auprès d'étudiants principalement inscrits en psychologie ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population étudiante. L'utilisation d'auto-questionnaires dans l'évaluation de troubles liés à la consommation de cannabis est discutable dans la mesure où les réponses des participants peuvent être altérées par des biais de désirabilité sociale ou de remémoration voire de falsification consciente [34]. Des études ultérieures devraient explorer le rôle des schémas précoces inadaptés et des croyances addictives dans les troubles liés à l'usage du cannabis en employant une méthodologie longitudinale qui se concentre sur l'évolution des comportements de consommation (diminution ou augmentation de la fréquence de consommation de cannabis, rémission, rechute). Des méthodes écologiques comme les mesures en temps réel ou en situation de vie quotidienne [26,35] pourraient être utilisées pour permettre aux consommateurs de cannabis d'enregistrer en temps réel l'activité de processus psychologiques possiblement associée à l'évolution des comportements de consommation. En outre, il serait nécessaire d'évaluer l'efficacité d'interventions psychologiques orientées schémas sur les troubles liés à l'utilisation de cannabis et les problèmes psychologiques associés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux : Texte Révisé, 4^e édition, Paris: Masson; 2003.
- [2] Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:246–56.
- [3] Ball SA, Young JE. Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cogn Behav Pract* 2000;7:270–81.
- [4] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–7.
- [5] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventaire de dépression de Beck-2^e édition (BDI-2). Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA); 1998.
- [6] Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: Guilford Press; 1993.
- [7] Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *Br J Clin Psychol* 2004;43:337–42.
- [8] Chabrol H, Duconge E, Roura C, Casas C. Relations entre les symptomatologies anxieuses, dépressives et limites et la consommation et la dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *Encephale* 2004;30:141–7.
- [9] Chabrol H, Fredaigue N, Callahan S. Étude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents. *Encephale* 2000;26:47–9.
- [10] Chabrol H, Massot E, Chouicha K, Montovany A, Rogé B. Étude du questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanies dans l'usage du cannabis à l'adolescence. *J Ther Comport Cogn* 2001;11:105–8.
- [11] Chabrol H, Massot E, Mullet E. Factor structure of cannabis-related beliefs in adolescents. *Addict Behav* 2004;29:929–33.
- [12] Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Les représentations des effets du cannabis : une étude qualitative chez les adolescents consommateurs et non-consommateurs. *Encephale* 2004;30:259–65.
- [13] Decouvelaere F, Graziani P, Gackiere-Eraldi D, Rusinek S, Hautekeete M. Hypothèse de l'existence et de l'évolution de schémas cognitifs mal adaptés chez l'alcoololo-dépendant. *J Ther Comport Cogn* 2002;12:43–8.
- [14] Delalande M. Les mécanismes de défense comme facteur de vulnérabilité à l'alcoolisme. Université Paris-V: Mémoire de maîtrise de psychologie; 2003.
- [15] Dionne F, Blais MC, Boisvert JM, Beaudry M, Cousineau P. Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Rev Franco Clin Comport Cogn* 2010;XV:1–15.
- [16] Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F, Rheaume J. L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encephale* 1994;20:47–55.
- [17] Gache P, Michaud P, Landry P, Accietto U, Arfaoul C, Wenger S, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism. Clin Exp Res* 2005;29:2001–7.
- [18] Grebot E, Coffinet A, Laugier C. Changements au cours d'une cure de sevrage de l'alcool : dépression, désespoir, mécanismes de défenses et croyances. *J Ther Comport Cogn* 2008;18:77–83.
- [19] Grebot E, Dardard J. Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis de jeunes adultes. *Psychol Fr* 2010;55:373–87.
- [20] Guelfi JD, Hatem N, Damy C, Corruble E. Intérêt du Défense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. *Ann Med Psychol* 2000;158:594–601.
- [21] Hautekeete M, Ameerudden R, Eraldi-Gackière D, Baert R, Rusinek S. L'évolution des schémas inadaptés durant et après une cure TCC chez des patients alcooliques qui rechutent ou ne rechutent pas : contribution à la théorie des schémas. *J Ther Comport Cogn* 2006;16:16–26.
- [22] Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcoololo-dépendance (Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif). *J Ther Comport Cogn* 1999;9:108–12.
- [23] Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense. Théorie et clinique. Paris: Nathan; 1997. p. 247.
- [24] Lachenal-Chevallet K, Mauchand P, Cottreaux J, Bouvard M, Martin R. Factor Analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Sample. *J Cogn Psychother* 2006;20:311–8.
- [25] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiler E, et al. The Mini Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224–31.
- [26] Moore TM, Seavey A, Ritter K, McNulty JK, Gordon K, Stuart GL. Ecological Momentary Assessment of the effects of craving and affect risk for relapse during substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav* 2014;28(2):619–24.
- [27] Morvan Y, Rouvier J, Olié JP, Loo H, Krebs MO. Student's use of illicit drugs: a survey in a preventive health service. *Encephale* 2009;35:S202–8.
- [28] OFDT. Drogues et addictions, données essentielles; 2013.
- [29] Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: changes associated with a brief residential abstinence program. *Cogn Ther Res* 2010;34:207–15.
- [30] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction* 1993;88:791–804.
- [31] Segal ZV. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychol Bull* 1988;103:147.
- [32] Roper L, Dickson JM, Scott Anderson S, Strong DR. Changes in Early Maladaptive Schemas after Residential Treatment for Substance Use. *J Clin Psychol* 2013;69:912–22.
- [33] Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: a comparison with a non-clinical group. *J Subst Abuse Treat* 2013;44:522–7.
- [34] Simmat-Durand L. Usage de cannabis chez des étudiants d'une université parisienne, France (2003–2004). *J Pediatr Puericult* 2008;21:119–23.
- [35] Stone AA, Schiffman S. Ecological momentary assessment: measuring real world process. *Ann Behav Med* 1994;16:199–202.
- [36] Tison P, Hautekeete M. Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. *J Ther Comport Cogn* 1998;8:43–9.
- [37] Verdejo-Garcia A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:777–810.
- [38] Young JE, Klosko JS, Weischaar ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Belgique: De Boeck; 2005.