

 UNIVERSITÉ  
**Grenoble**  
**Alpes**

Diplôme inter-universitaire Tabacologie et aide au sevrage tabagique

# Les TCC des addictions

Modèles et méthodes

  
ifforthecc  
INSTITUT FRANCOPHONE DE FORMATION  
ET DE RECHERCHE EN THÉRAPIES  
COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES  
[www.ifforthecc.org](http://www.ifforthecc.org)  
[cungi@ifforthecc.org](mailto:cungi@ifforthecc.org)

  
CLINIQUE  
BELMONT  
TRAITEMENT DES ADDICTIONS  
ET DES TROUBLES ALIMENTAIRES

  
cceaaf

**Docteur Charly Cungi**  
Psychiatre psychothérapeute FMH  
Enfants Adolescents Adultes  
Centre de Consultation Enfants,  
Adultes Familles  
Genève

1



Aucun conflit  
d'intérêt

2



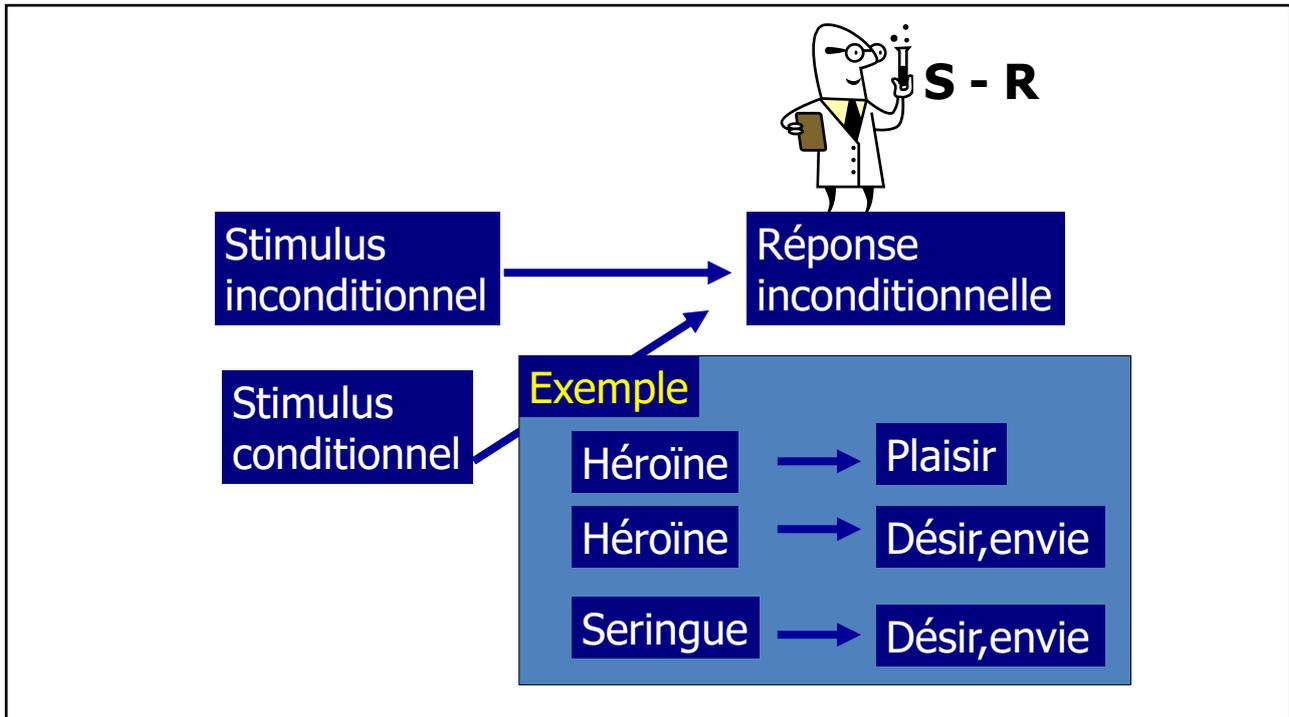
- Les méthodes d'analyse fonctionnelles et thérapeutiques ont suivi l'évolution de la théorie de l'apprentissage depuis le début du siècle.

3

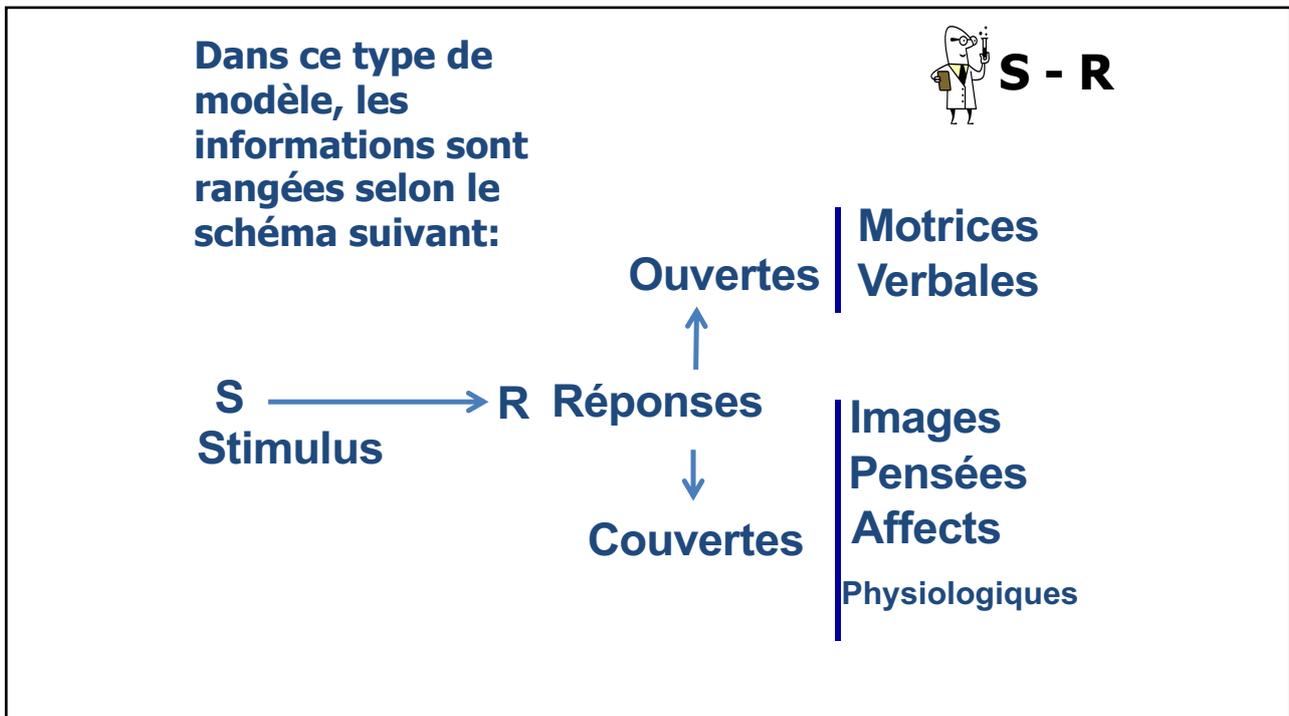
## Le conditionnement répondant Théorie S-R

- Selon cette théorie il existe un conditionnement répondant associant l'effet du produit et les comportements correspondant à:
  - La recherche des produits
  - Au rituel de prise
  - Au contexte de la prise

4



5



6

**Exemple**

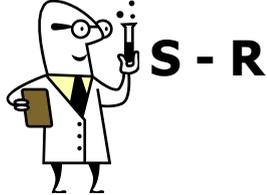
S ————— R  
Papier aluminium

Ouvertes:  
Recherche de shit  
Préparation d'un pétard

Couvertes:  
Odeur de shit  
Image d'un pétard  
Envie de fumer  
Sensation de manque  
"Pourvu qu'il m'en reste"  
"Je peux toujours aller en chercher"

7

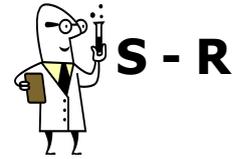
Les méthodes issues de ce modèle



- Les méthodes aversives
- Les méthodes d'extinction
- La relaxation et la désensibilisation systématique

8

## Les méthodes aversives



- Elles consistent à associer le produit consommé ou les conditions de sa prise à un stimulus aversif
- Elles ont employé soit des produits chimiques, soit des chocs électriques, soit l'aversion en imagination

9

## Les méthodes aversives



- Il est classique de dire que les méthodes aversives donnent un bon résultat à court terme mais pas à long terme
- Il existe cependant quelques travaux faisant état d'un bon résultat à moyen et long terme FRAWLEY 1990 38% d'un groupe cocaïne abstinent après 18 mois, 50% d'un groupe cocaïne-alcool après la même période
- MILLER 1992: la sensibilisation couverte et le Disulfiram sont cités parmi les 7 méthodes comportementales efficaces:
  - Entraînement aux habiletés sociales
  - Thérapie comportementale de couple
  - Entraînement au "self-control" comportemental
  - Gestion du stress
  - Sensibilisation couverte
  - Disulfiram
  - Communautés thérapeutiques

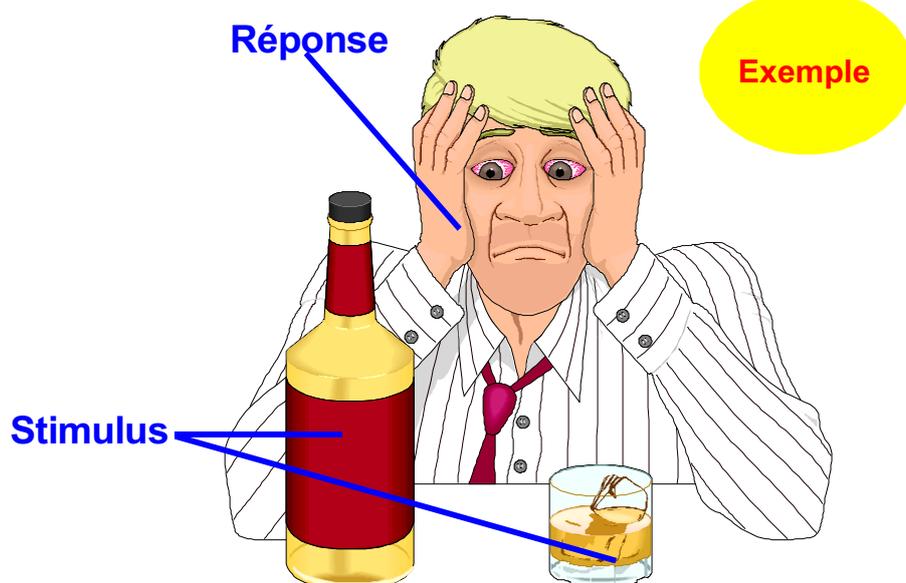
10

## L'extinction

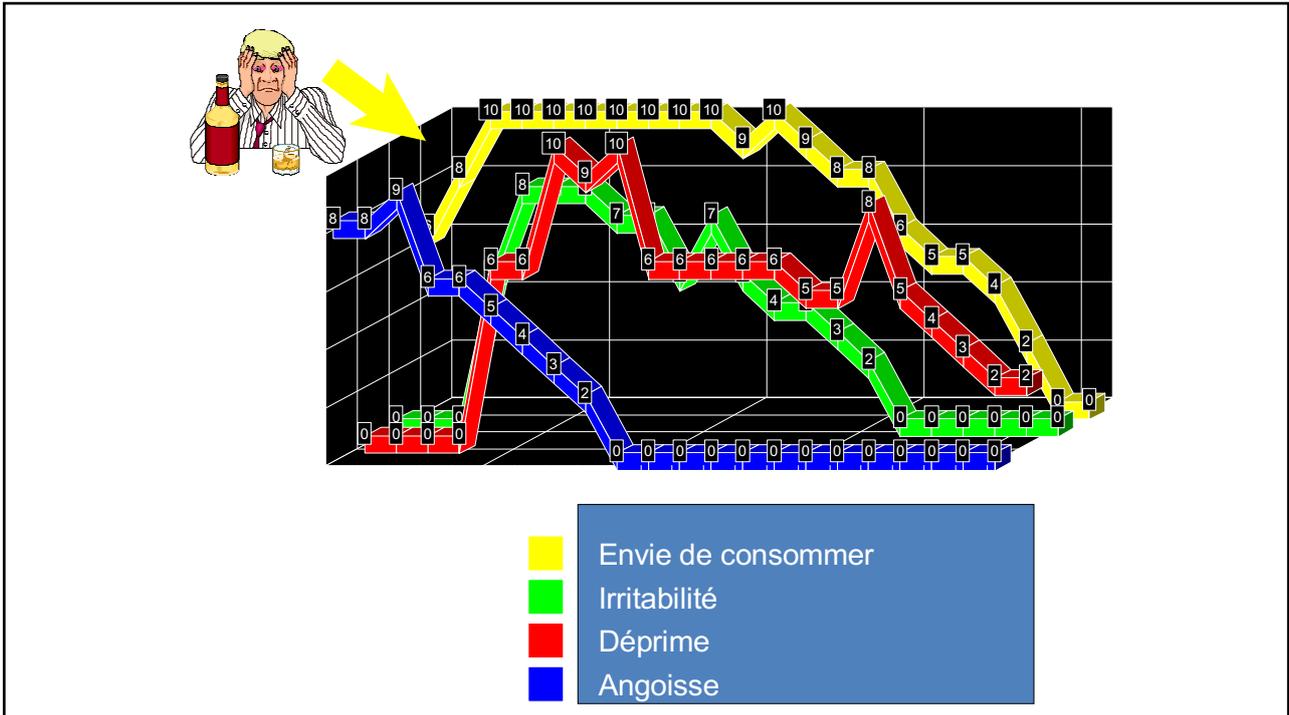


- (O BRIEN et coll. 1980)
- Elles consistent à exposer le patient aux situations déclenchant l'envie de consommer sans la possibilité de le faire ou bien accompagnées de la prise d'un produit neutre

11



12

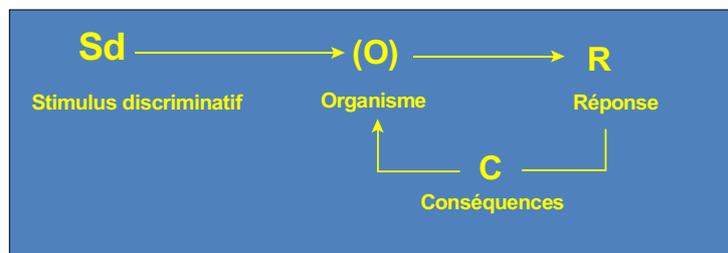


13

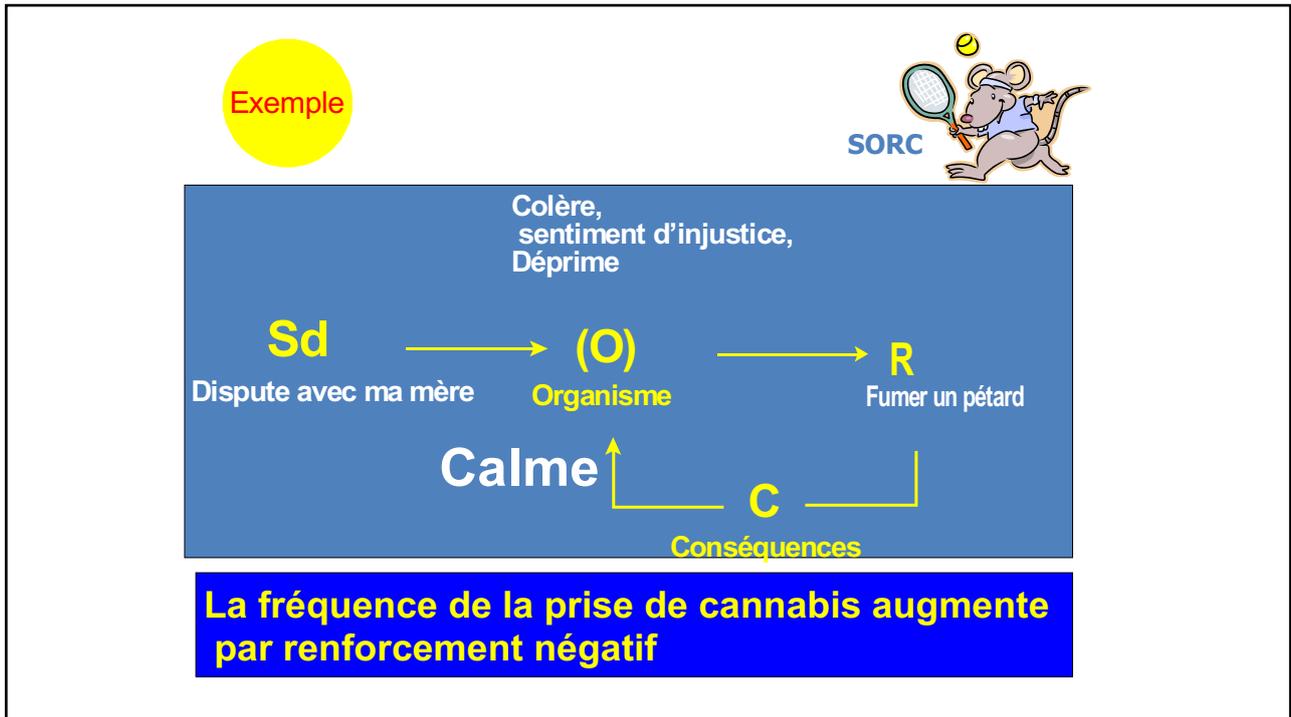
## Le conditionnement opérant



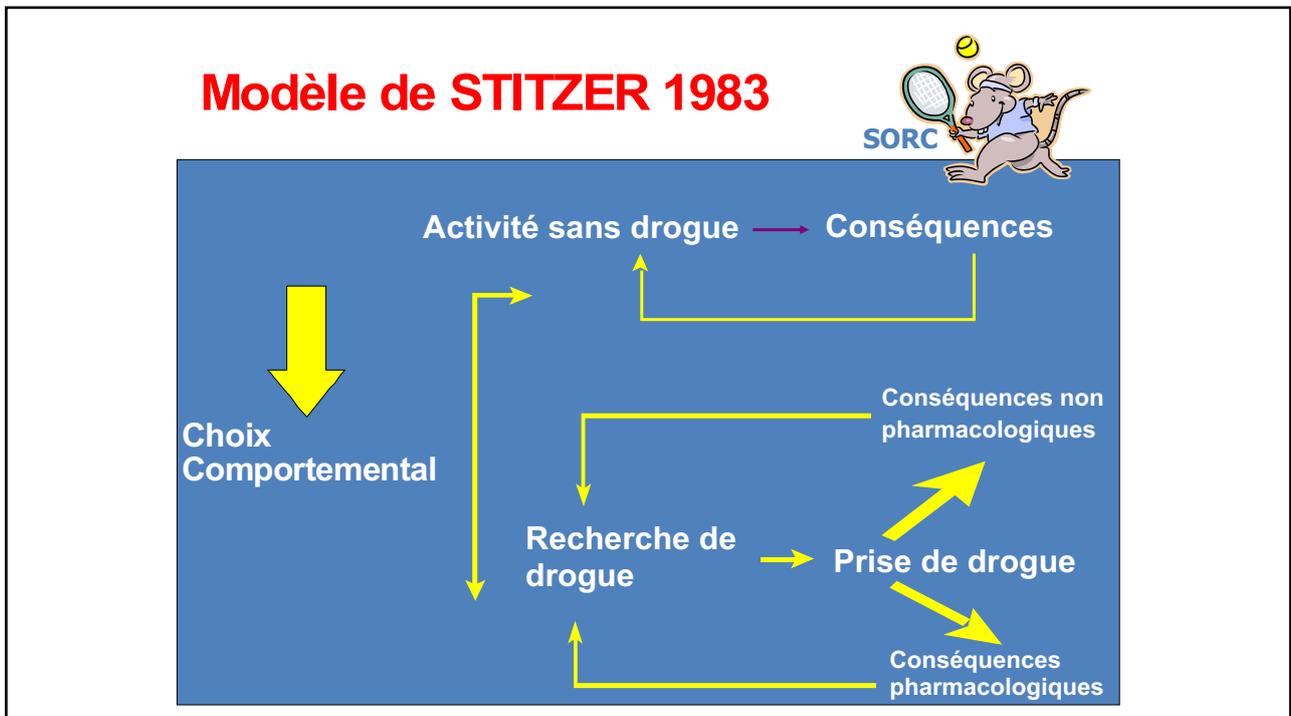
**La fréquence et la qualité de la réponse est influencée par les conséquences**



14



15



16

## SORC



- Ce modèle introduit la notion de circularité du problème (boucles de rétroaction), particulièrement utile dans l'analyse fonctionnelle avec le patient
- Les conséquences bénéfiques à court terme de la prise du produit participent au maintien de la toxicomanie
- Les renforçateurs pharmacologiques
- Les renforçateurs sociaux ( effet calmant ou stimulant, socialisation)
- Prise en compte du milieu familial et social dans le traitement

17

## SORC



- Les méthodes employées dans les problèmes de toxicomanie, issue du modèle SORC ont été:
- Fortement inspirée de AYLON et AZRIN (1965, 1968) et du principe de PREMACK (1959).
- L'entraînement au habiletés sociales
- La thérapie comportementale de couple
- Les programme méthadone (DOLE et NYSWANDER 1965) apparaissent dans ce contexte

18

## SORC



- Les résultats ont été mesurés dans trois domaines:
- L'amélioration de la compliance aux traitements et la satisfaction des patients a été clairement établie
- La diminution de la consommation de produits toxiques a été bien mise en évidence par certaines études:
- MAC DONNOUGH 1976, COPEMANN et Coll. 1976, BIGELOW et Coll. 1980, MELIN et Coll. 1980, STITZER et Coll., 1979, 1980, 1982
- OTOMANELLI (1976) montre un résultat négatif.
- L'amélioration de l'adaptation sociale

19

## SORC



**L'utilisation des contingences de renforcement pour l'analyse et le traitement du problème demeure un apport essentiel de ce modèle**

20

## L'apprentissage social



- Selon le modèle SORC, l'apprentissage se fait surtout par essais et erreurs
- La théorie de l'apprentissage social (BANDURA 1970) insiste sur les notions:
  - D'apprentissage par modèles et informations
  - Le rôle des attentes de résultats et d'efficacité
  - Le concept d'efficacité personnelle perçue

21

## L'apprentissage social



- **L'application principale du modèle de l'apprentissage social a été mise au point par MARLATT et GORDON (1985), ce sont les méthodes de prévention de la rechute**

22

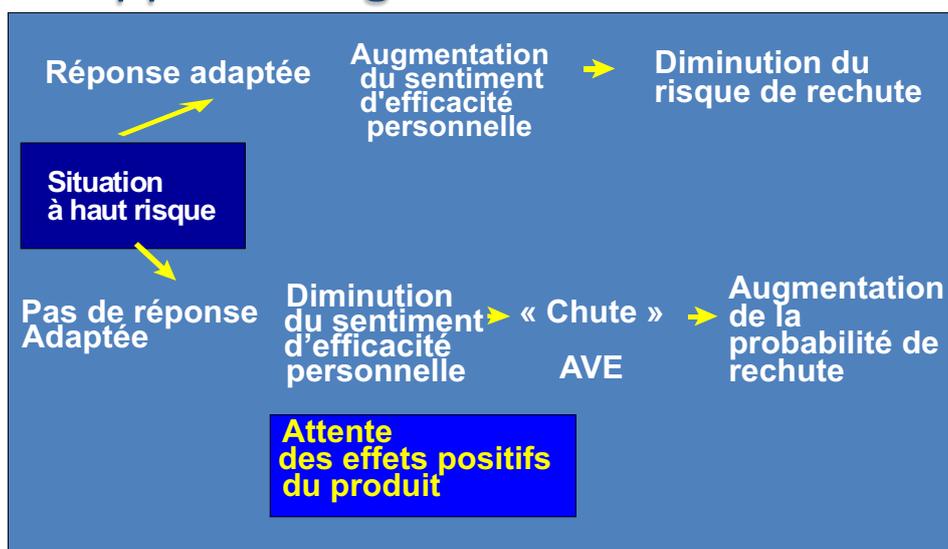
## L'apprentissage social



- Le modèle de la prévention de la rechute insiste sur l'importance du repérage:
- Des situations à haut risque
- La façon de faire face à ces situations
- L'importance des facteurs cognitifs, particulièrement dans le manque de motivation des patients et lors des rechutes
- Pour les rechutes l'importance:
- De l'effet de "violation de l'abstinence"
- Des petites décisions apparemment sans relation avec la prise de produit et la situation à haut risque

23

## L'apprentissage social



24

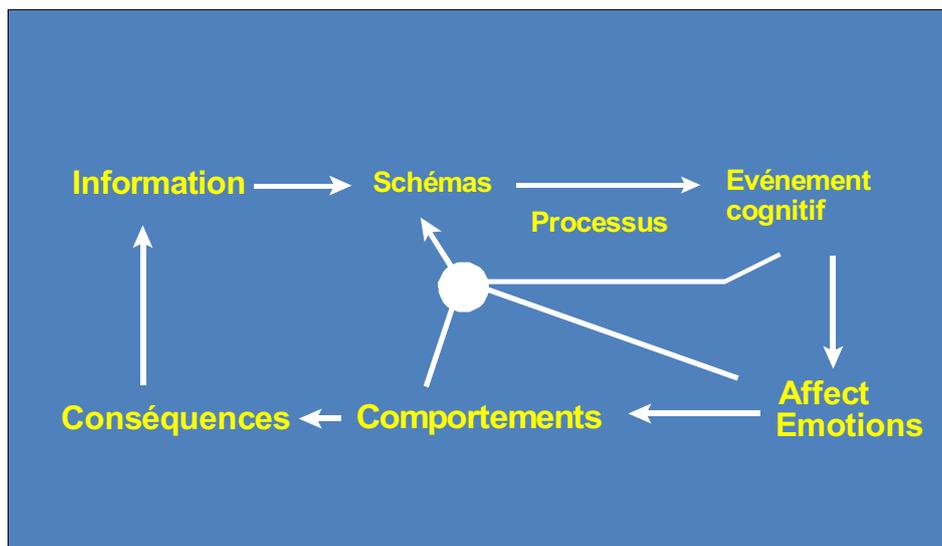
## L'approche cognitive



- Le modèle du traitement de l'information
- Dans ce modèle, on considère que le sujet présente un ou des postulats de base (les schémas) influençant la façon dont l'information est sélectionnée et traitée, ainsi que ses correspondants affectifs, physiologiques et comportementaux

25

## L'approche cognitive



26

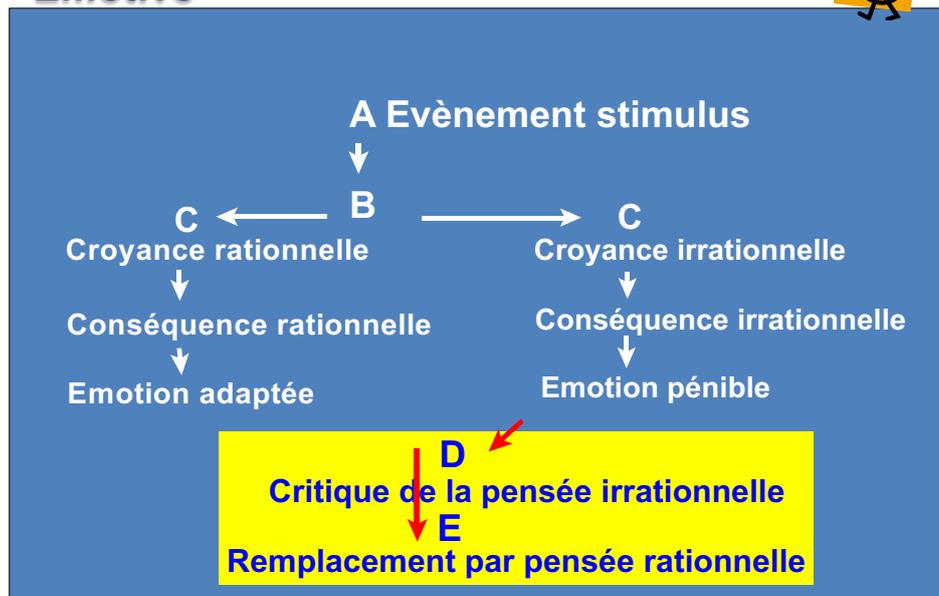
## L'approche cognitive



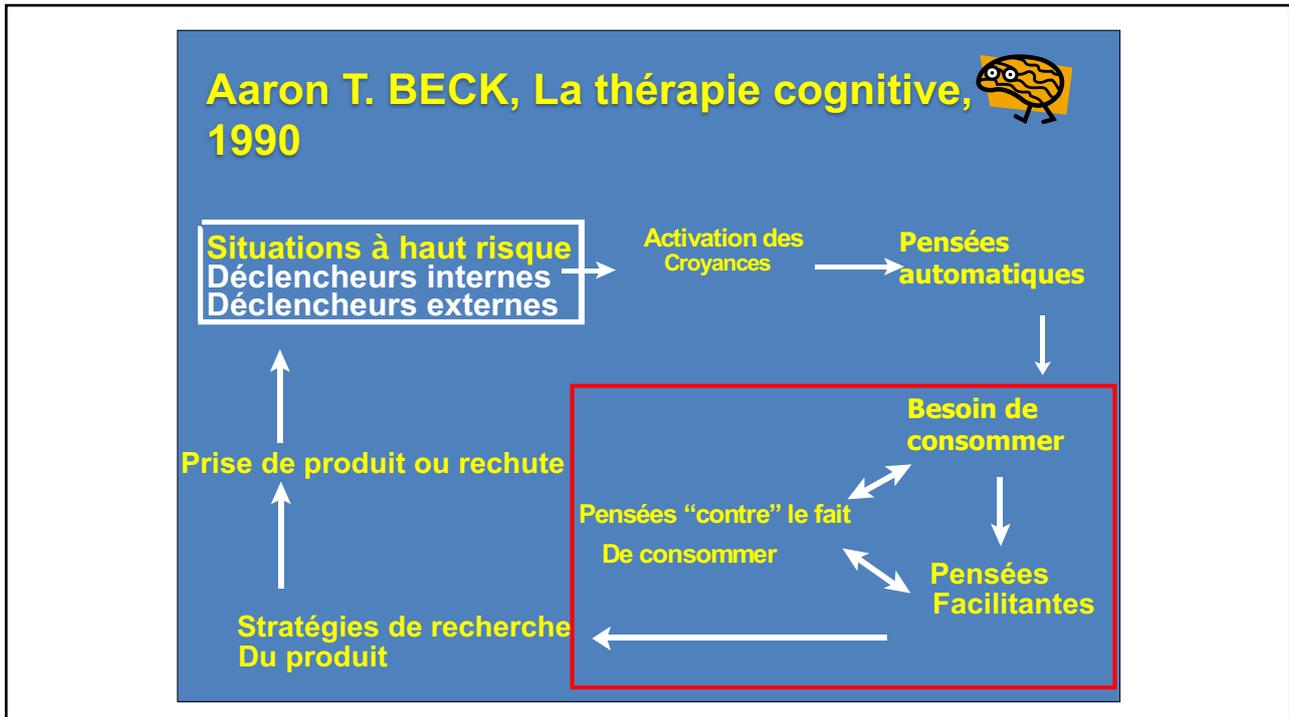
- Deux modes psychothérapeutiques sont issus de ce modèle
- La thérapie rationnelle émotive (Albert ELLIS, 1962, 1988) "Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers" 1998
- La thérapie cognitive (Aaron T. BECK 1969, 1993) "Cognitive therapy of substance abuse" 1993, Guilford Press.

27

## Albert ELLIS, la Thérapie Rationnelle Emotive



28



29

### Aaron T. BECK, La thérapie cognitive, 1990

- Les “croyances de base” accordant un effet particulier et indiscutable au produit
  - Ex: “La cocaïne facilite mes contacts sociaux.”
- Les “pensées anticipant l’effet attendu”
  - Ex: “La cocaïne c’est vraiment le pied”
- Les pensées facilitantes ou permissives
  - Ex: “Un de plus ou de moins”

30

## Aaron T. BECK, La thérapie cognitive, 1990



- Les cognitions concernant les effets négatifs du produit
  - Ex: “C’est une drogue, je suis en train de me bousiller..”
- Il existerait selon BECK deux catégories de pensées contradictoires:

“Je ne dois pas” / “Je peux le faire, C’est une bonne Chose”

31

## Aaron T. BECK, La thérapie cognitive, 1990



32

<p><b>Pensées facilitantes:</b></p> <p>« Ce soir Michel et Bernard vont passer »</p> <p>« Je dois leur offrir quelque chose à boire »</p> <p>« J'achète juste une bouteille de Whisky »</p> <p><b>Pensées immédiatement permissives:</b></p> <p>« Ce n'est pas poli de ne pas pouvoir trinquer »</p> <p>« Ils vont se vexer ou je vais les mettre mal à l'aise »</p> <p>« Un petit whisky, après tout autant passer une bonne soirée »</p> <p>« Allez, ce soir je fais comme tout le monde »</p> <p><b>Pensées centrées sur la prise du produit:</b></p> <p>Quand même, c'est super, ça fait du bien!</p> <p><b>Pensées après consommation:</b></p> <p>« Je suis complètement dépendante, une alcoolo, c'est tout! »</p> <p>« Quelle c... Je suis! », « Je n'ai aucune volonté »</p>	<p><b>Exemple</b></p> <p><b>Effet de violation de l'abstinence</b></p> <p><b>Par maximalisation</b></p>
--	---

33

## Pensées automatiques en rapport avec la conduite addictive

- Pensées concernant l'effet bénéfique du produit:
  - Le plaisir
  - "Il n'y a rien de tel, rien ne peut me faire plus d'effet."
  - "Plus rien ne compte."
  - "Il me restera toujours ça."
- L'effet anxiogène et/ou antidépresseur du produit:
  - "Un joint et je serai mieux"
  - " Ca calme vraiment quand je suis mal!"
  - "Je ne peux rester comme ça, seule l'héro marche."
- L'amélioration des compétences pour une activité ou la vie sociale:
  - " Quand j'ai fumé [un joint] je parle mieux"
  - " Si je bois un coup je vois mieux ce qu'il y a à faire"
  - " Quand j'ai pris de la dop [héroïne] j'ose tout faire et je ne me laisse plus faire"



34

## Pensées automatiques en rapport avec la conduite addictive

- Pensée minimisant l'effet toxique du produit:
- "Le H [Haschich] ça n'est pas dangereux"
- " L'héro [Héroïne] en elle même n'est pas dangereuse, ça dépend de comment on la prend."
- "C'est la dernière fois, une fois de plus ou de moins au point où j'en suis ne peut pas être mauvais"
- Pensées concernant les étapes conduisant à une situation à haut- risque dans laquelle la probabilité de prise de toxique augmente considérablement: *Les pensées s'organisent en chaîne, chaque étape préparant l'étape suivante:*
- 1 "Je ne peux pas rester seule chez moi"
- 2 "Il n'y a aucun mal à sortir"
- 3 "Je vais aller faire un tour en ville"
- 4 La patiente se rend dans un quartier où habite un ami également toxicomane " Je peux bien aller voir Joseph, il n'est pas tous les jours pétié [sous héroïne], s'il l'est je partirais"



35

## Pensées automatiques en rapport avec la conduite addictive

- Pensées concernant l'impossibilité de vivre sans produit, la dépendance physique, le tout ou rien (pensée dichotomique):
- "C'est une vraie maladie, une fois qu'on a goûté, c'est foutu!"
- " La dépendance physique, c'est trop dur, et ça recommence tout le temps."
- "Je ne pourrai jamais m'en passer"
- "Tout le monde rechute"
- " J'y ai retouché, maintenant c'est foutu, on ne s'en sort jamais"
- " Il n'y a rien de meilleur que le shoot, c'est impossible de vivre sans"
- Pensées en rapport avec l'effet destructeur des produits:
- "Avec tout ce que j'ai pris, c'est irrécupérable!"
- "Mon cerveau est mort"
- "Je n'ai plus de mémoire et je ne peux plus rien faire, la dop m'a foutu en l'air."



36

### Pensées automatiques en rapport avec la conduite addictive

- Pensées attribuant la toxicomanie à “un défaut de volonté”, “à un caractère faible”
- “Je n’ai pas de volonté, à chaque fois je me fais avoir”
- Je ne fais pas d’effort bien longtemps.”
- Je n’ai pas eu le courage de refuser, je sais pourtant que ce n’est pas bien...”
- Pensée en rapport avec l’identité
- “Ce n’est pas normal de prendre des produits, ça prouve que je suis cinglée!”
- Je suis toxicomane, c’est pas pareil, nous sommes à part, pas foutu comme tout le monde.”
- “Moi je reconnais un toxico à dix kilomètres, entre nous on se reconnaît toujours!”



37

### Pensées automatiques en rapport avec la personnalité

- Pensées attribuant la toxicomanie à “un défaut de volonté”, “à un caractère faible”:
- “Je n’ai pas de volonté, à chaque fois je me fais avoir”
- Je ne fais pas d’effort bien longtemps.”
- Je n’ai pas eu le courage de refuser, je sais pourtant que ce n’est pas bien...”
- Pensée en rapport avec l’identité
- “Ce n’est pas normal de prendre des produits, ça prouve que je suis cinglée!”
- Je suis toxicomane, c’est pas pareil, nous sommes à part, pas foutu comme tout le monde.”
- “Moi je reconnais un toxico à dix kilomètres, entre nous on se reconnaît toujours!”



38



### Pensées automatiques en rapport avec les émotions

- “C’est trop dur”, “Je n’ai pas le droit de déprimer”, “Je suis trop sensible, être trop sensible n’est pas bon”, “Je ne supporte plus l’angoisse, et il n’y a que la poudre qui me calme.”

39



### Pensées automatiques en rapport avec les autres

- “Les gens sont trop durs”, “Le monde est pourri!”, “Ce n’est pas normal qu’il y ait tant de méchanceté.”, “ Mes parents font exprès de m’emmerder!”, “C’est facile quand on est infirmier de donner des conseils, en attendant moi je crève!”
- Regard des autres: “Je n’ ai rien à faire de ce que pensent les autres!”, “Tout le monde voit que je suis toxico.”, “ Ma femme va encore me juger...”

40



## Attributions internes et externes

- Attributions internes
- “Je déçois tout le monde”, “C’est normal que personne ne me fasse confiance...”, “J’embête tout le monde!”, “Je suis à part”, “Ma femme aurait mieux fait de ne pas me rencontrer.”, “j’emmerde tout le monde, et je ne peux pas m’en empêcher...”
- Attribution externes
- “Personne ne comprend!”, “Mes parents en ont marre de moi.”, “Tout le monde me laisse tomber, et ça va devenir de pire en pire!”, “La société est pourrie.”, “Personne ne me fait de cadeau!”, “mes parents sont cons!”

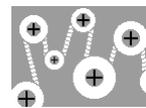
41



## Distorsions cognitives les plus fréquentes

- Abstraction sélective:
- “P... ne veut pas me donner ma réserve, je suis sûr qu’il ne peut pas me sentir...”
- “Un petit tour au mollard, je ne risque rien à me balader, ça me fera du bien, et je rencontrerai des copains...”
- Sur généralisation:
- “Je n’ai pas pu téléphoner... Ca va très mal se passer et ça ira de plus en plus mal!”
- “Si F... ne me parle plus, les autres vont aussi me rejeter, je vais me retrouver tout seul!”
- Pensée dichotomique:
- “Si je rate ma sortie tout est foutu”
- “Une dose et je replonge complètement...”

42

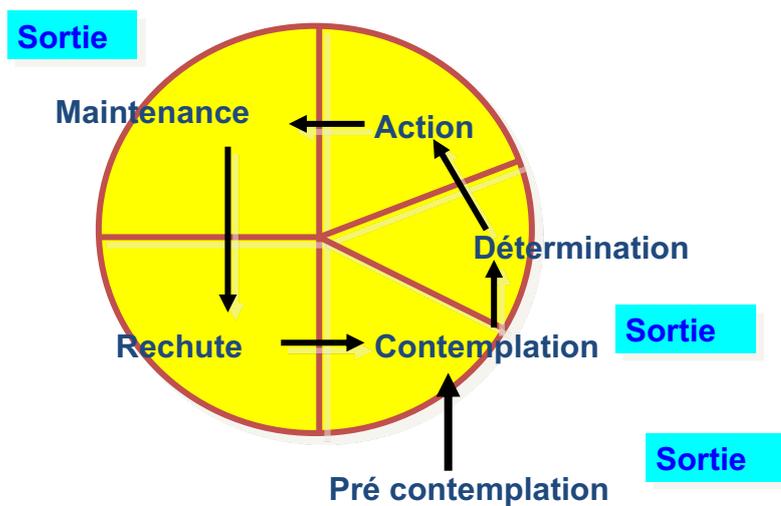


**Le modèle transthéorique  
de James PROSCHASKA et Carlo DI CLEMENTE**

**L'entretien motivationnel de Alan MILLER et  
Stephen ROLLNICK**

43

**Le modèle transthéorique  
de James PROSCHASKA et Carlo DI CLEMENTE**



44

### **L'entretien motivationnel de Alan MILLER et Stephen ROLLNICK**

- Une caractéristique particulière des conduites addictives est qu'elles favorisent les bénéfices à court terme au dépend des problèmes à long terme.
- L'entretien motivationnel a pour but de favoriser les bénéfices à long terme par rapport aux bénéfices à court terme

45

- **Les cinq principes généraux de l'entretien motivationnel:**
  - Exprimer de l'empathie
  - Développer les contradictions entre le comportement actuel et les buts à long terme
  - Éviter les discussions
  - Apprivoiser la résistance
  - Encourager l'estime de soi

46

# Les TCC des addictions

Modèles et méthodes

**Ifforthecc**  
ifforthecc.org



**Docteur Charly Cungi**  
Psychiatre psychothérapeute FMH  
Route de Chêne, 26  
CH - 1207 Genève  
ccungi@cliniquebelmont.ch