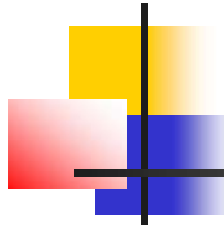


ADDICTIONS ET THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Dr V. Boute Makota
DIU TABACOLOGIE
16 avril 2020

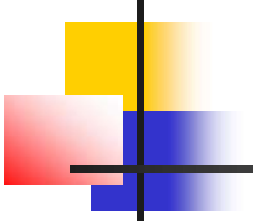


INTRODUCTION

Les TCC sont basées sur des **principes simples**.

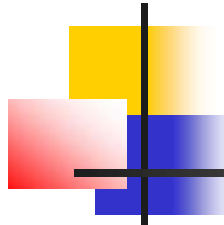
Elles se déroulent dans le cadre **d'une collaboration active** avec les patients.

Les indications sont établies à partir d'une **analyse fonctionnelle** précise et individualisée du comportement.



INTRODUCTION

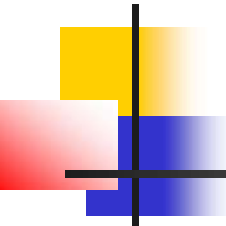
- Les TCC ont pour objectif **d'agir sur les apprentissages** accompagnant le développement de l'addiction.
- De **nouveaux comportements** peuvent être appris selon stratégies bien codifiées.
- **Objectifs de la Thérapie :**
 - **efficacité personnelle,**
 - apprendre au sujet à **réduire réactions émotives excessives,**
 - lui apprendre à **modifier ses croyances erronées** à l'origine de ses pensées dysfonctionnelles.



INTRODUCTION

- **Style relationnel** très différent des caractéristiques usuelles de la relation médecin/malade: attitude d'**empathie, concertation et compréhension**

⇒ **Alliance Thérapeutique.**



Règles de bases en T.C.C.

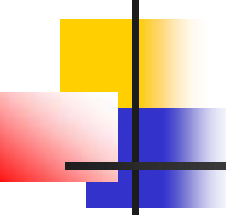
1) Rapport collaboratif:

qualités qu'un thérapeute doit développer (Roger):
empathique/ authentique/ chaleureux et professionnel.

⇒ Adopter un style relationnel empathique permettant une
alliance thérapeutique.

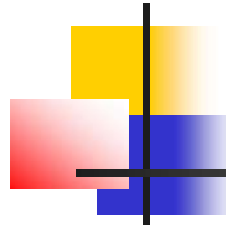
2) Les 4 R: Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer.

⇒ Utiliser, dès que possible, les arguments permettant un
renforcement positif.



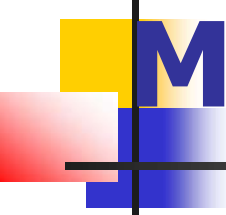
Rapport Collaboratif

- DEFINITION:
- Relation entre un psychothérapeute et un patient
qui travaillent **ensemble de manière active**
pour résoudre les problèmes posés



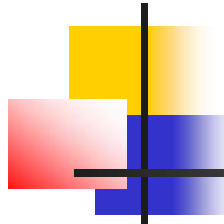
Rapport Collaboratif

- **Empathique:** être centré sur réalité du patient.
- **Authentique:** se sentir à l'aise avec le patient et la situation clinique; se sentir à l'aise avec mes propres émotions/sentiments/pensées, sans entrer dans confrontation des points de vue; révélation de soi peut faciliter le patient à faire de même.
- **Chaleureux:** contact visuel, distance de communication, tonalité de la voix, expression du visage et du corps. C'est trouver le ou les patients sympathiques
- **Professionnel:** connaître ses compétences et limites



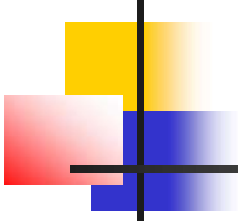
Méthode socratique/4R

- ***Questionnement médical*** : recueil des informations afin d'établir un diagnostic/étayer une hypothèse
- ***Questionnement socratique*** : le T aide le P à percevoir son problème selon différentes perspectives



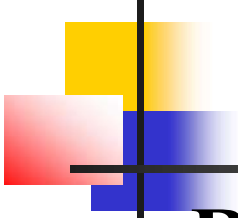
Les 4 R

- **Recontextualiser: Questions ouvertes:** Où? Quoi? Quand? Comment? Avec qui?
- **Reformuler:** répéter au patient ce qu'il vient de dire, avec les mots du patient (capacité à refléter le vécu).
- **Résumer:** demander si l'on reflète bien les propos du patient; possibilité de faire résumer.
- **Renforcer:** faciliter l'expression du patient, reconnaître difficulté à aborder le problème, encourager.
- **Demander le Feed-Back.**
- **Questions Ouvertes.**



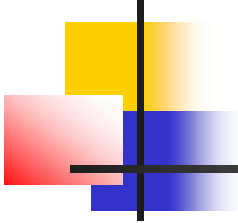
Questions ouvertes

- Favorise **l'élaboration personnelle**
- Ex: "de quoi voulez-vous que nous discussions?"; "qu'est-ce qui vous a amené ici?"; "comment voyez-vous votre situation?"; "pourriez-vous m'en dire quelque chose sur..."
- Objectif: Focaliser l'attention du P sur **un pb spécifique.**



1R: Recontextualiser

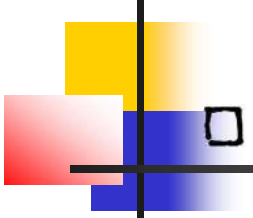
- ❑ Replacer les choses de façon précise dans leur contexte
- ❑ Passer du Général au **Spécifique**: ne parler que d'une chose dans son contexte
- ❑ *Les Q à poser* : “dans le sens du pire”: “le plus du plus”, “le moins du moins”, un exemple précis, un événement précis



Exemple:

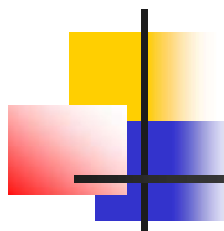
- *Patient*: “Je me sens mal toute la journée...”
- *Thérapeute*: “A quel moment vous êtes vous senti le plus mal aujourd’hui ?”
- *Patient*: “ Ce matin en me levant... C’était terrible!”
- *Thérapeute*: “ Ce matin en vous levant... Comment se manifeste ce malaise à ce moment?”
- *Patient*: “ Je me sens fatigué et découragé, la journée à affronter, les remarques de ma femme, je n’ai pas envie de me lever...”

Exemple:

- 
- *Josiane* : C'est vraiment une mauvaise passe, rien ne marche...
 - *Thérapeute* : Vous avez eu une mauvaise expérience récemment ?
 - [Recontextualisation]
 - *Josiane* : Oui, j'ai un problème avec Michel (Son mari)... Il ne parle plus...
 - *Thérapeute* : Il ne parle plus. La dernière fois ou vous avez eu ce problème avec lui c'était quand ? [Recontextualisation]
 - *Josiane* : [Ne regarde alors plus le thérapeute, mais devant elle] Ce matin, au petit déjeuner, il n'a pas prononcé un mot... [La patiente est centrée sur la situation qu'elle décrit, le thérapeute améliore son empathie]

Questions pour comprendre et questions pour reconstruire

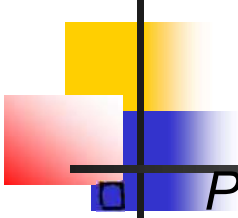
Verbalisations du patient	Questions pour comprendre	Questions pour reconstruire
J'en ai marre.	Qu'est ce qui vous fait dire ça ?	De quoi en avez-vous marre aujourd'hui ?
Je me sens désespéré.	Pourquoi, que se passe-t-il ?	Le pire du pire ? Quelle situation vous rend désespéré ?
Je ne m'en sortirai pas.	Pourquoi ?	En quoi êtes-vous coincé ? Plus de ne pas sortir ? Quelles situations vous concernent ? Comment vous passez-vous l'esprit, par quoi ?

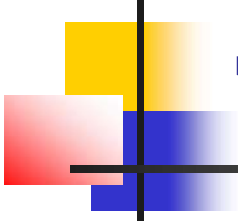


2R: Reformuler

- ❑ **Répétition:** “la méthode du perroquet”, le plus possible avec les propres mots du patient.
 - Le T choisit ce qu’il veut répéter- on souligne certains points qui nous semblent importants
- ❑ **Parfois précision des termes**
- ❑ **Parfois formulation d’hypothèses** sous forme de questions au patient

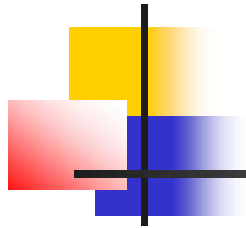
Exemple:

- 
- *Patient* : Ma sœur est entrée dans la pièce, a fait comme si je n'étais pas là, ne m'a pas dit bonjour ni au revoir...
 - *Thérapeute* : Votre sœur est entrée dans la pièce, a fait comme si vous n'étiez pas là, ne vous a pas dit ni bonjour ni au revoir...
[Reformulation-répétition]. Est ce qu'elle vous en veut ?
[Formulation d'hypothèse]
 - *Patient* : Non pas obligatoirement... Elle est assez égoïste, et en ce moment elle n'a pas besoin de moi. [Vérification : le patient invalide l'hypothèse du thérapeute]
 - *Thérapeute* : Elle est assez égoïste, et comme elle n'a pas besoin de vous, c'est ce qui explique qu'elle ne vous dise pas bonjour.
[Reformulation, validation par le thérapeute de l'hypothèse du patient] Quel est le point qui vous gêne le plus avec votre sœur, avez-vous un exemple ? [Exploration du problème, recontextualisation]



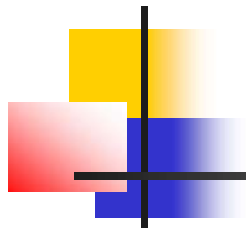
3R: Résumer

- ❑ En début de séance
- ❑ Toujours en **fin de séance**
- ❑ Des résumés pour l'Analyse Fonctionnelle ou quand un thème important a été traité
- ❑ Faire “un état des lieux” de la thérapie
 - Il permet de vérifier que P et T sont “sur la même longueur d’onde”



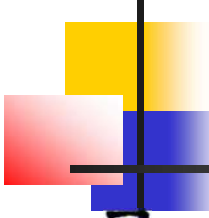
Astuce

- ❑ Il est utile que le T fasse un résumé **dès qu'il ne sait pas quoi dire** ou ne sait pas comment continuer la séance; **résumer plutôt que de poser des questions supplémentaires.**
- ❑ Faire un résumé renforce la collaboration active du P, permet d'obtenir un retour et mieux orienter l'entretien.



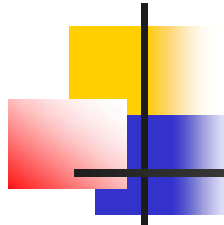
4R: Renforcer

- ❑ C'est “*arroser ce que nous souhaitons voir pousser*”
- ❑ Les faits / Les qualités de la personne
- ❑ Au début, un R puissant est de **reconnaître d'emblée l'ampleur de la souffrance du patient ou la pertinence de ses demandes.**



Modalités de renforcement

- ❑ **Renforcer les ressources du patient:** Les p développent des stratégies souvent efficaces pour faire face ou ne pas aller plus mal. Il est intéressant de savoir les repérer, de pouvoir appuyer la thérapie sur ces compétences et de savoir les développer.
- ❑ **Favoriser les perspectives constructives:** présenter les aspects positifs de ce que le P perçoit comme négatif/difficile.
- ❑ **Renforcer les progrès**
- ❑ **Réattribuer au patient les résultats qu'il obtient:** les p ont tendance à attribuer les progrès à la thérapie et pas suffisamment aux efforts; ce type de R améliore leur sentiment personnel d'efficacité



Les 4R: Conclusion

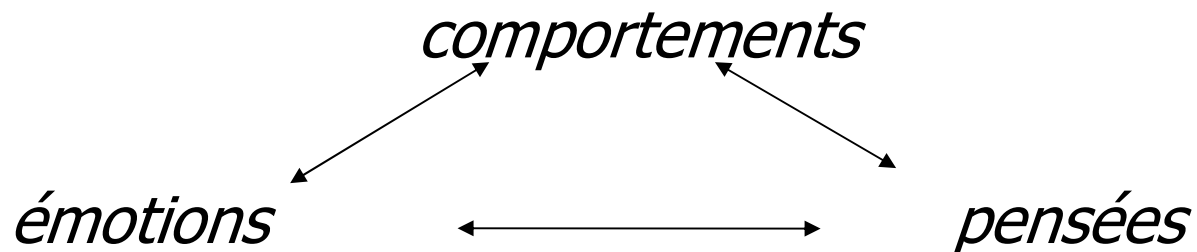
- ❑ Permettent d'obtenir rapidement un RC
- ❑ Dans n'importe quel ordre
- ❑ Il n'y a pas lieu d'utiliser des “dentelles verbales”:
“si j'ai bien compris” ou “je ne voudrais pas vous
donner de conseils, mais”



EXEMPLE

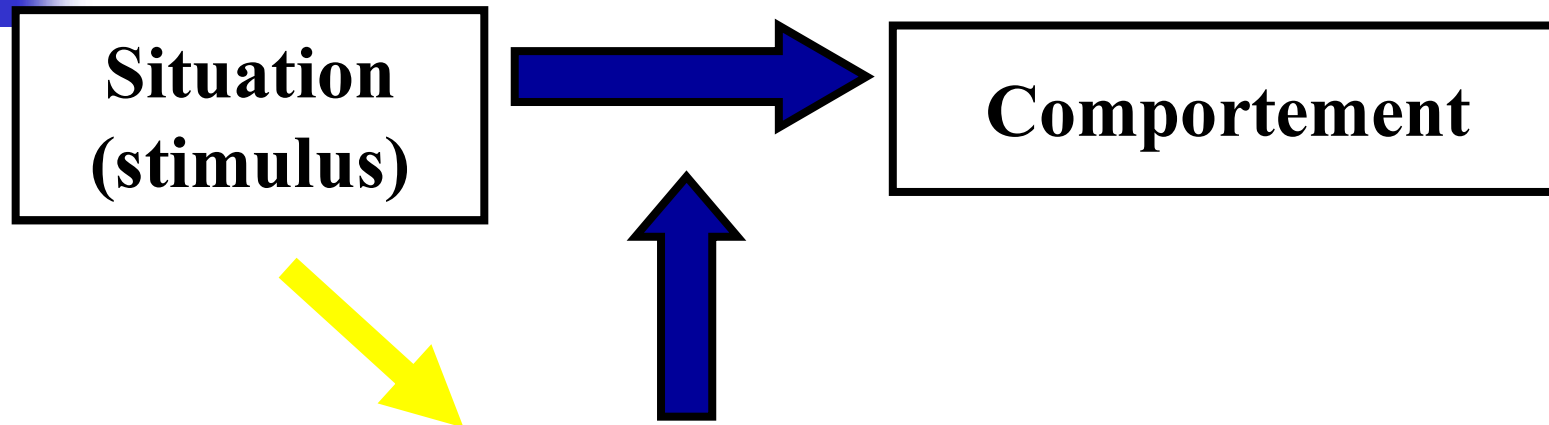
TCC: quelques principes

- 3 paramètres: **comportement/émotion/pensée ou cognition**, reliés entre eux et s'influencent mutuellement.

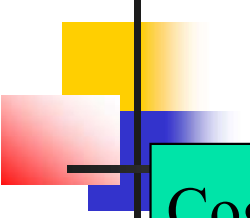


+ autres paramètres (biologiques, environnementaux...)

TCC : principaux acteurs



- **Emotions : (anxiété, colère, tristesse, culpabilité...)**
 - ✓ « Ce que je ressens »
- **Cognitions (pensées) :**
 - ✓ « Ce qui me traverse l'esprit »



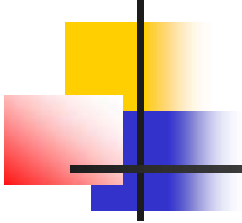
Situation déclenchante (ex)

Cognitions: pensées automatiques (interprétation de la situation)

émotions

comportement

conséquences



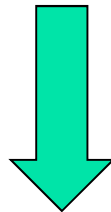
SITUATION : avant une réunion avec prise de parole



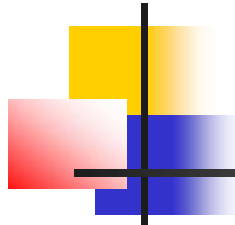
Pensées Automatiques : je me sens mal ,
je ne pourrais pas faire face, j'irai mieux
après 2 verres



Emotion : inquiétudes , angoisse



Conséquences Comportementales:
Je prends rapidement 2 verres



Objectifs des T.C.C.

- **Etudier le comportement-problème** (définir, mesurer, quand et comment il se produit)
 - puis **comment le modifier** par l'action sur chacun des différents paramètres: comportements, émotions, pensées.
- ⇒ Obtenir un changement dans la façon d'appréhender les choses et/ou dans la façon d'agir.

anticipation

Situation déclenchante

Thérapies
cognitives

Cognitions: interprétation de la situation

Approches corporelles

émotions

Thérapies
comportementales,

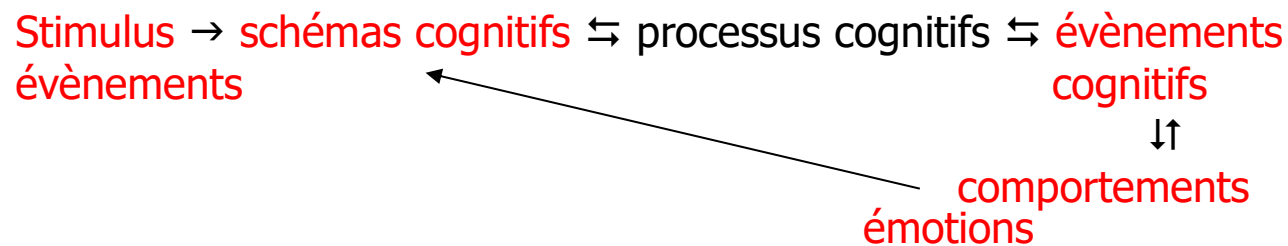
comportement

Jeux de rôle

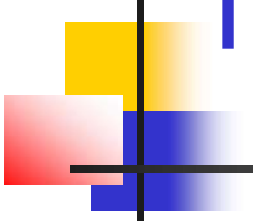
conséquences

Thérapie cognitive

■ Modèle du traitement de l'information (BECK):

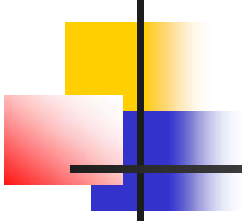


- **Événement cognitif = cognition = pensée automatique:** pensée ou monologue intérieur ou image mentale qui s'impose au sujet au moment de l'événement.
- **Schémas cognitifs:** inconscients, stockés dans mémoire à long terme, fonctionnent automatiquement, savoir acquis sur soi et le monde.
- **Processus cognitifs:** déformations systématiques des perceptions.
- **Comportements/émotions:** rétroaction sur schémas en les confirmant ou infirmant.(ex)



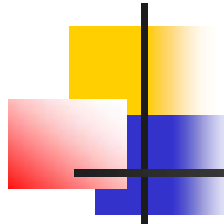
Thérapies cognitives

- Les thérapies cognitives ont mis au jour l'importance des **systemes de pensées, de croyances, d'interprétations de la réalité** sur les émotions et les comportements



Thérapies cognitives

- Schématiquement ce sont **les pensées qui façonnent les émotions** et non l'inverse
- En modifiant **positivement** les systèmes de pensée et de croyance, il est possible de modifier **positivement** les comportements qui font problème



Thérapie cognitive

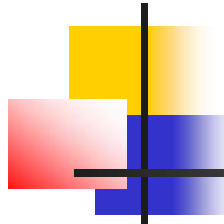
- Amener le patient à élargir le champ des possibles, à **critiquer sa manière de penser et d'interpréter les événements** en analysant et modifiant ses schémas de fonctionnement cognitif.

Ce qui est apparent: émotion, comportement

Ce que l'on cherche: cognition

Ce que l'on peut creuser: processus cognitifs et schémas cognitifs.

- Ce n'est pas un bras de fer « arguments contre arguments ».



Thérapie cognitive

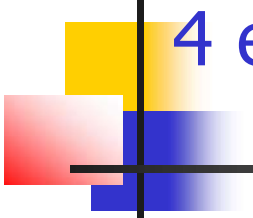
- **Schémas cognitifs:** représentations de l'expérience préalable qui donne un sens au vécu, incluant la vision du monde, des autres ou de soi-même.

Produisent une pensée impérative, inconsciente, qui traite automatiquement l'information. Aboutissent à un jugement immédiat, global et stable.

Contiennent un ensemble de règles inflexibles qui se présente le plus souvent dans un lien de causalité ou d'immuabilité (ex: « je ne peux prendre le risque d'aimer car je risque d'être abandonné », « on me fait tout le temps du mal », « pour être heureux, je dois tout réussir... je dois être aimé de tous »).

Déroulement de la thérapie

4 étapes qui s'emboîtent l'une dans l'autre:



Rapport collaboratif



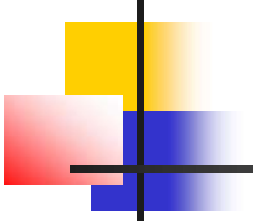
Conceptualisation
du/des
problèmes(AF)



Méthodes thérapeutiques

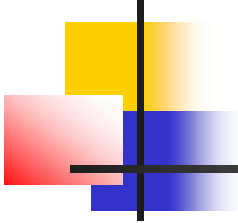


Évaluation



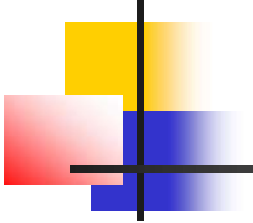
Axes de Travail pour les addictions

- **Rapport collaboratif.**
 - **Motivation** du patient.
 - **Info** concernant les addictions et les risques.
 - **Situations à risque.**
 - **Rechute** et risque de rechute.
 - Problèmes relationnels et **l'affirmation de soi.**
 - Problèmes matériels et sociaux, occupation du temps, travail avec la famille.
 - Travail cognitif et comportemental sur le « style de vie », la conception générale des choses.
- ⇒ développer une bonne qualité de vie.



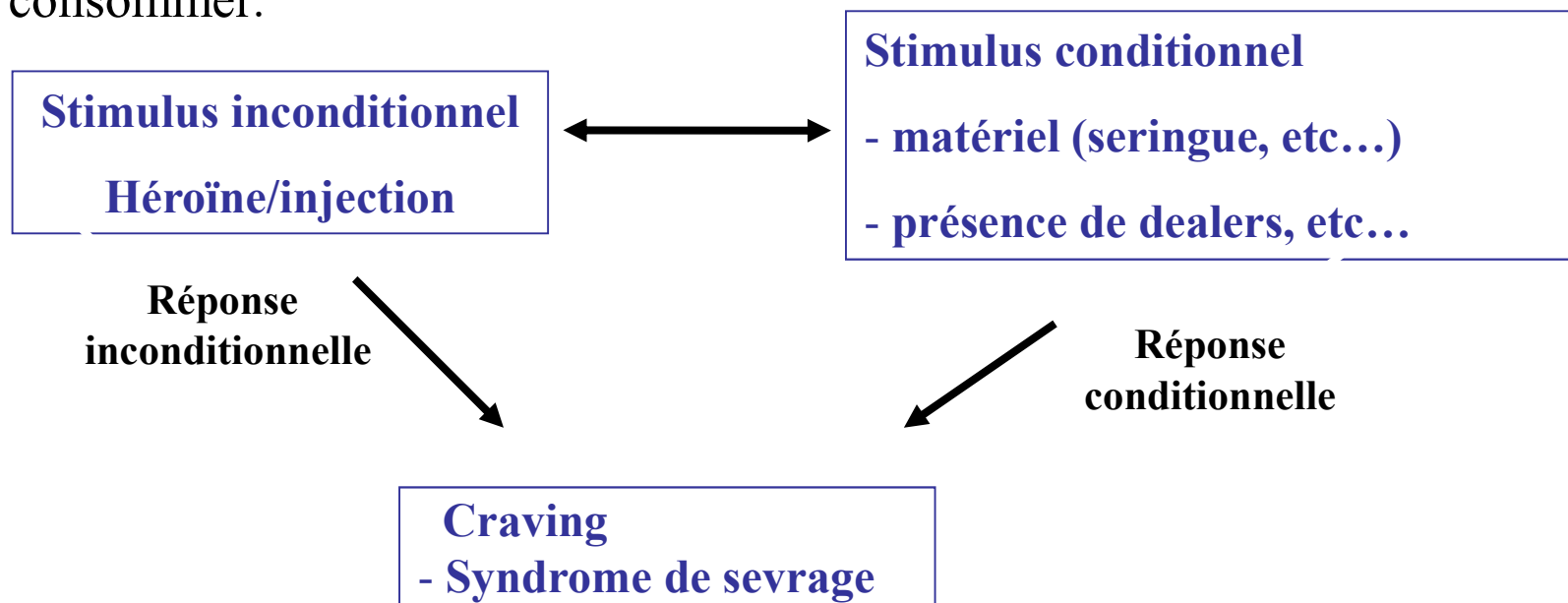
MODÈLES EXPLICATIFS DE LA DÉPENDANCE AUX SPA

- **Modèles du conditionnement**
 1. Conditionnement répondant (classique) (Pavlov)
 2. Conditionnement opérant (Skinner, Thorndike)
 3. Apprentissage social (Bandura)
- **Modèle cognitif (Beck)**
- **Modèle de la prévention de rechute (Marlatt & Gordon)**
- **Modèle motivationnel (Prochaska & Di Clémente, Miller & Rollnick)**

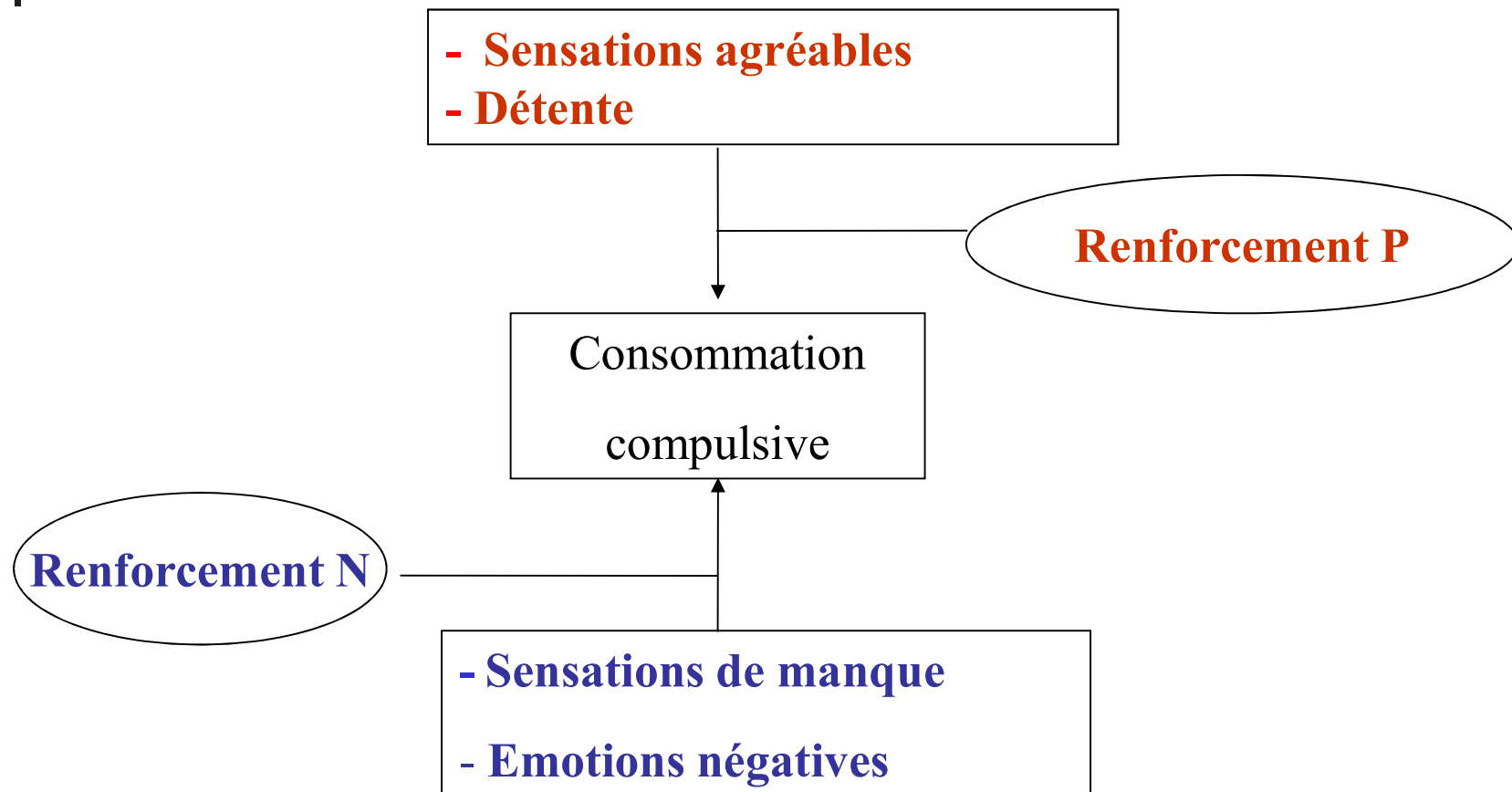


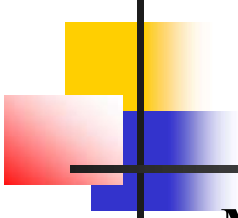
Modèle du conditionnement répondant (Théories d'apprentissage, Pavlov)

L'association répétée de la consommation de substances avec certaines situations spécifiques finit par induire un **conditionnement répondant** : des stimuli environnementaux peuvent induire des envies compulsives de consommer.



Modèles du conditionnement opérant (Skinner)





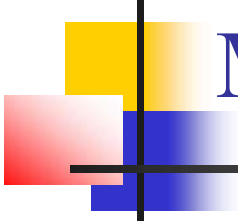
Modèles du conditionnement opérant

1) **Modèle 1 : évitement de la souffrance du syndrome de manque (Wilker)**

- arrêt de consommation de drogues ;
- découverte de l'inconfort du syndrome de manque ;
- prévention et effacement des manifestations désagréables ;
- maintien et aggravation de la dépendance.

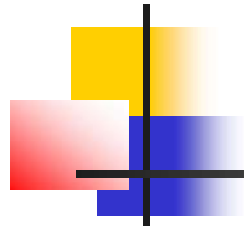
1) **Modèle 2 : recherche de plaisir ou de soulagement**

- consommation de drogue ;
- découverte de sensations de plaisir ou de soulagement ;
- répétition des expériences agréables (loi de l'effet, Thorndike) ;
- installation, de façon insidieuse, de la dépendance.



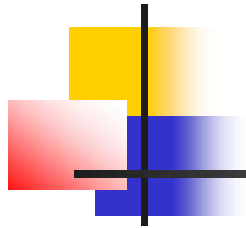
Modèle d'apprentissage social (Bandura)

- L'apprentissage social repose sur **l'identification** au modèle et les interactions humaines.
- La prise de substances psycho-actives serait un comportement appris par **Imitation**.
- Divers facteurs participent à son maintien :
 - **la relation fonctionnelle du produit ;**
 - **le défaut d'affirmation de soi ;**
 - **la faible efficacité personnelle.**



Schémas Cognitif Dysfonctionnel

- Le modèle cognitif de la toxicodépendance (Beck, 1993) fait appel à la notion de **schémas dysfonctionnels**
- Lorsqu'un schémas cognitif dysfonctionnel est réactivé, le raisonnement logique et volontaire cède la place aux **distorsions cognitives**.
- Sur la base des erreurs de logique, émergent des **comportements et émotions inadaptés**.



Schémas cognitifs dysfonctionnels relatifs aux substances psycho-actives

L'utilisation de substances psycho-actives pour obtenir des effets précis amène l'individu à développer, dans le temps, 3 types de croyances.

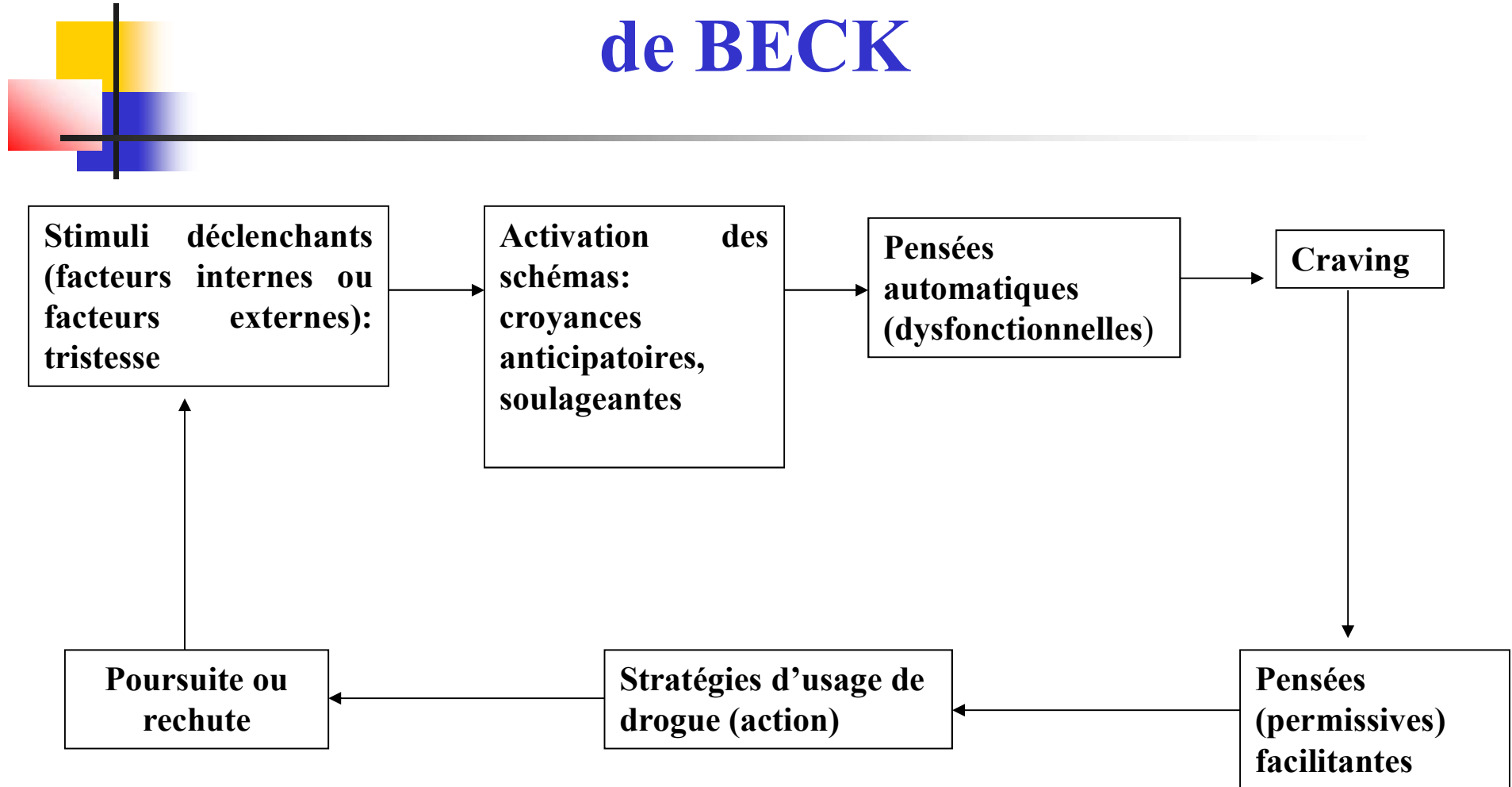
Anticipatoires : attentes positives liées au produit

(ex: «je serai gai et amusant avec l'alcool» « seule une prise de drogue me mettra dans l'ambiance de la soirée»)

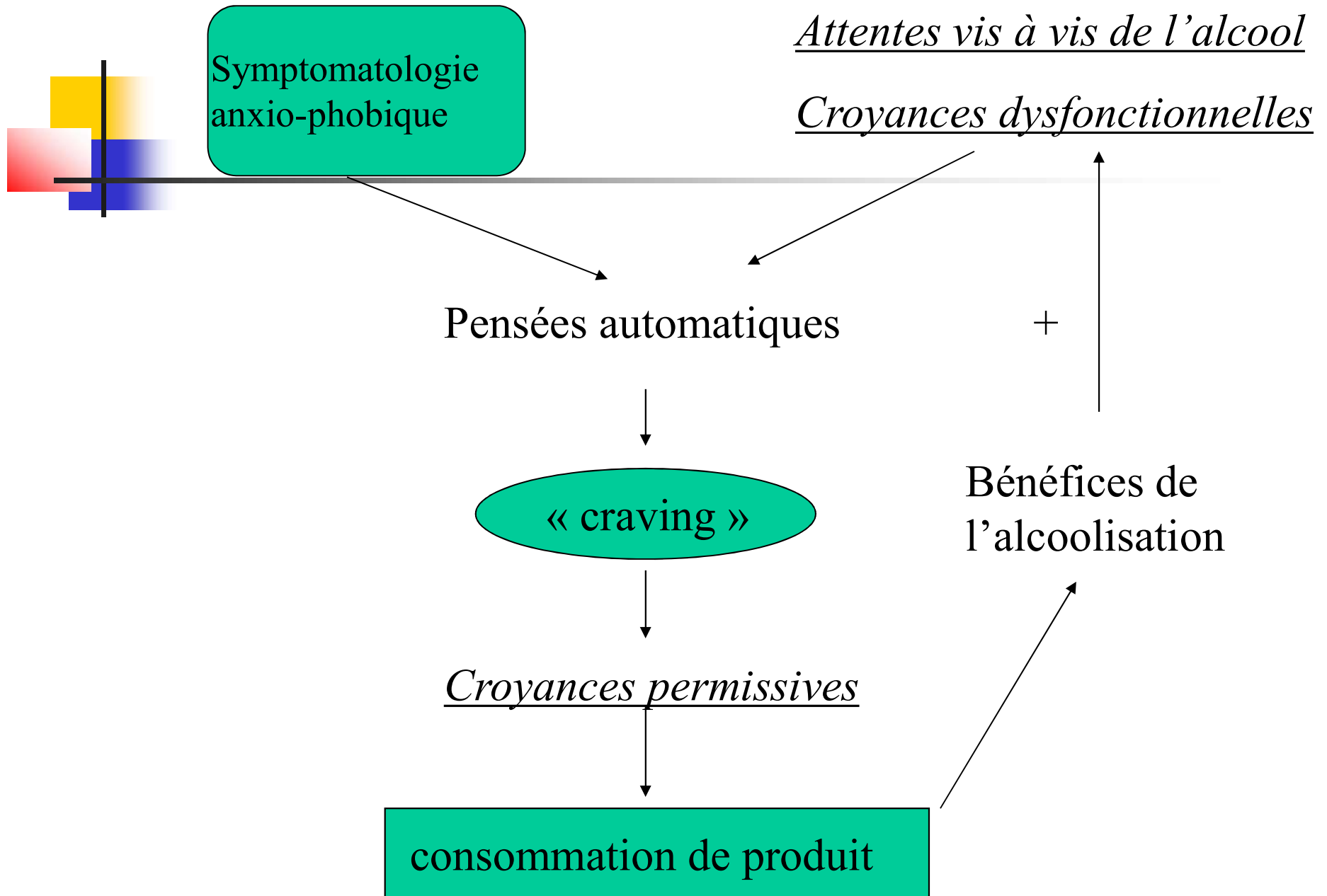
Soulageantes : attentes de réduction du manque ou d'un malaise (ex:« je vais me sentir mieux avec une prise de drogue », «l'alcool m'aide à oublier»; «si je bois, je suis moins anxieux»)

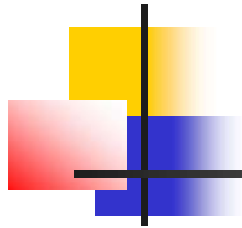
Permissives : autorisent la consommation de produit (ex: « une prise de drogue ça ne fait pas de mal, c'est mon anniversaire »; «je l'ai bien mérité après ce travail»; «je suis invité; je ne peux pas refuser à un copain»).

Modèle cognitif de toxicomanie de BECK



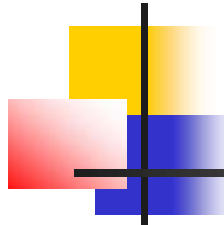
EXEMPLE pour l'alcool





Croyances dysfonctionnelles

- Elles répondent au schéma cognitif du patient autour de la problématique addictive,
- Ex: « je contrôle mieux la situation avec quelques verres »(schéma de perte de contrôle) ou « je ne peux pas m'intégrer dans le groupe sans consommer »(schéma de rejet).



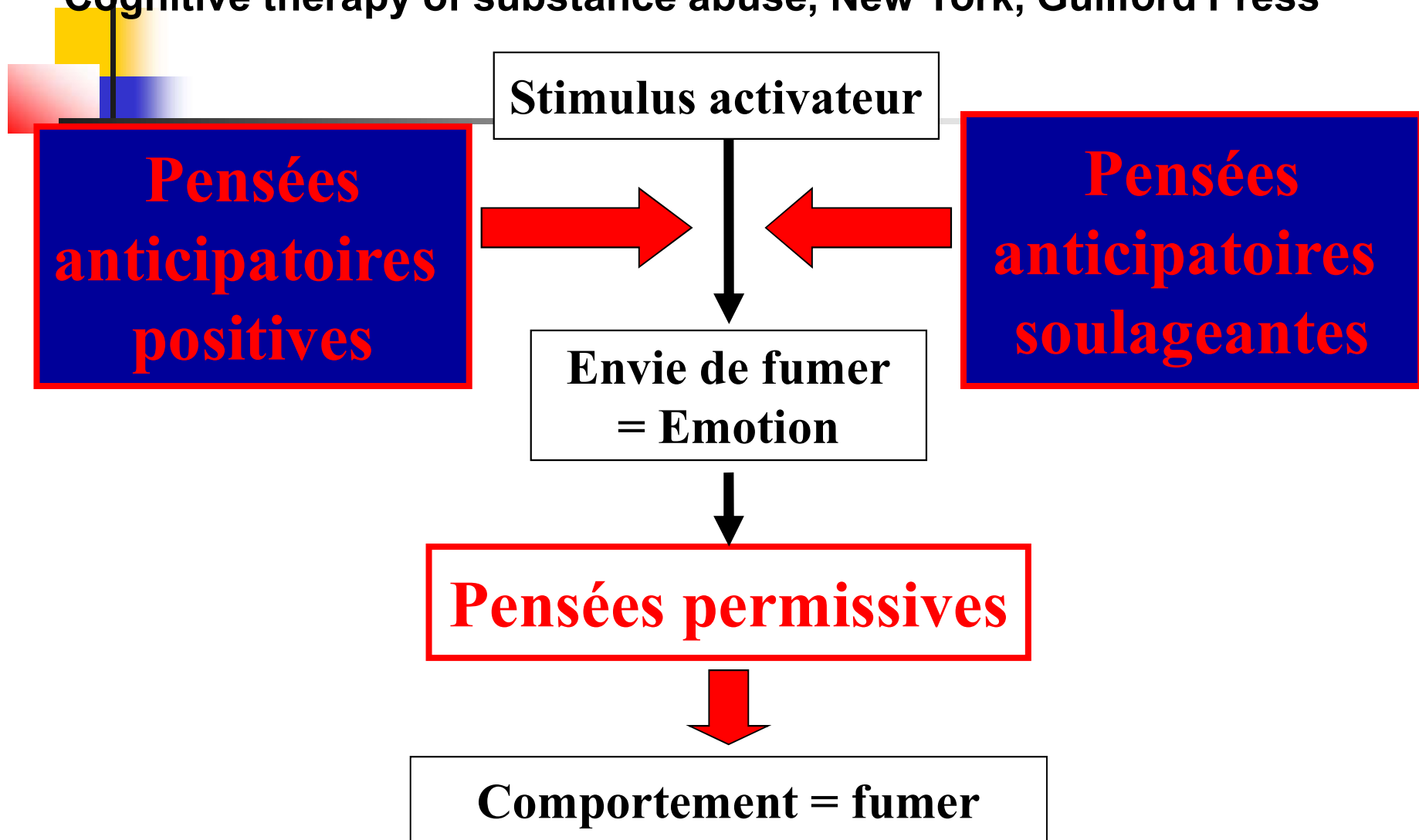
Croyances permissives

- Pensées ou croyances par lesquelles le patient s'autorise à consommer
- Ex: « de toutes façons, je rechuterai » ou le traditionnel « je m'autorise juste un petit verre »

Pensées favorisant la consommation

D'après Beck *et al.* (1993)

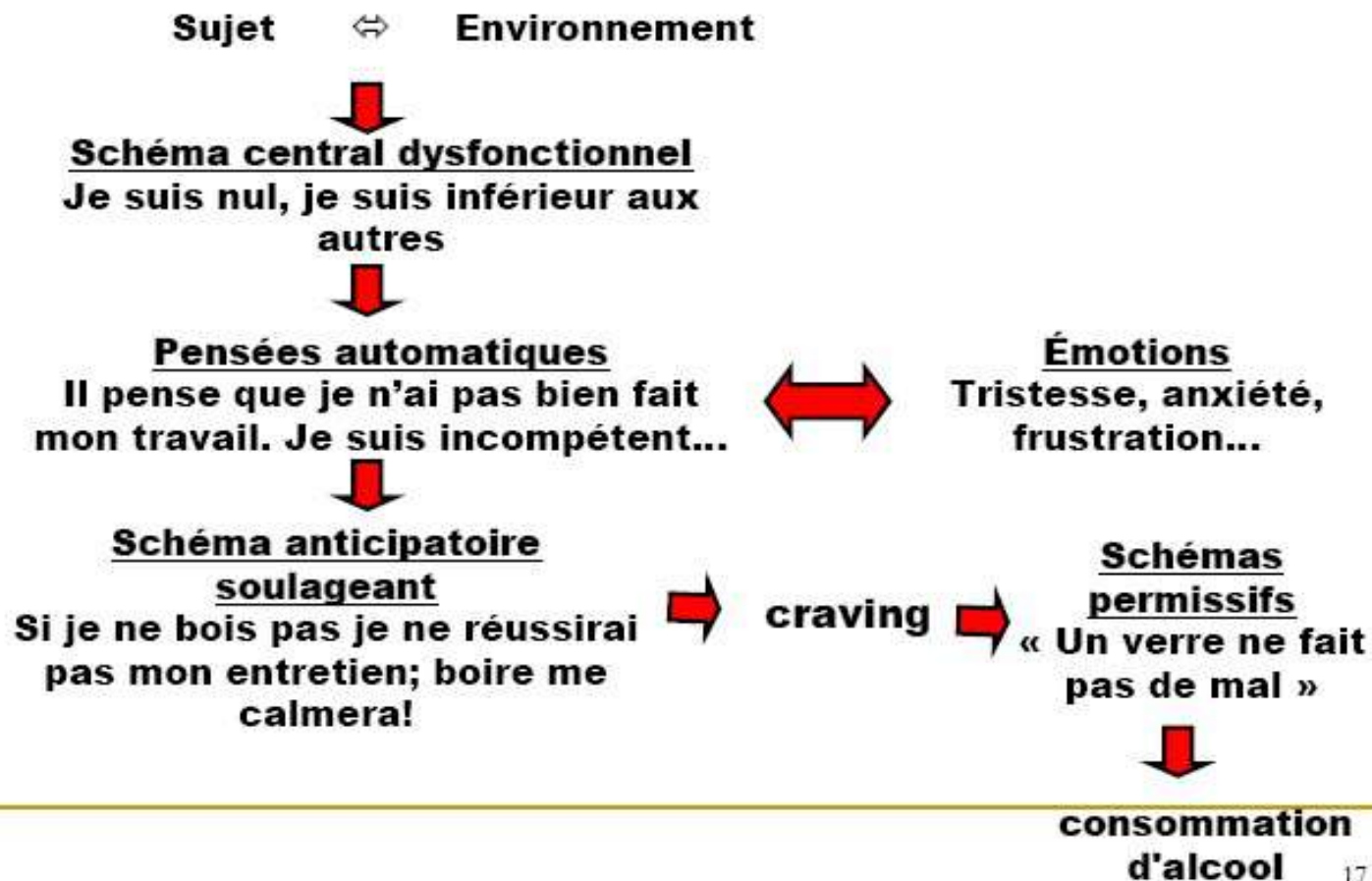
Cognitive therapy of substance abuse, New York, Guilford Press

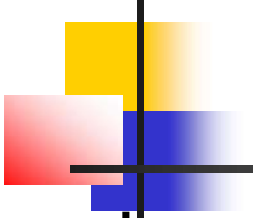


Stimulus activateurs et pensées associées

Stimulus activateur	Social (convivialité..)	- Psychologique (anxiété, stress, dépression...) - Manque (sevrage)
Pensées associées	Pensées anticipatoire s positives	Pensées anticipatoires soulageantes

En résumé : rôle des croyances...

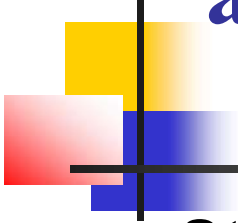




Principales techniques et applications pratiques de TCC

Les stratégies utilisent à la fois des techniques comportementales et cognitives.

- I. Analyse fonctionnelle**
- II. Entretien motivationnel**
- III. Stratégies globales :**
 - réorganisation du mode de vie
 - gestion du temps



Principales techniques et applications pratiques de TCC (suite)

IV. Stratégie comportementales

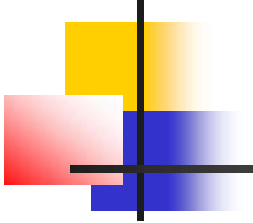
Les stratégies comportementales visent :

- l'apprentissage d'un autocontrôle de la consommation sous forme d'abstinence totale ;
- le contrôle émotionnel ;
- le développement de comportements alternatifs incompatibles avec la conduite (coping)

V. Stratégies cognitives

- restructuration cognitive
- balance décisionnelle

VI. Stratégies de coping



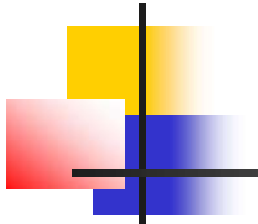
1) ANALYSE FONCTIONNELLE

La compréhension du comportement problème par l'addict et son Thérapeute est un préalable nécessaire à toute décision d'aide.

Elle vise à définir les problèmes et à les mettre en évidence.

- ➔ Préciser le problème = définition
- ➔ Quelles sont les causes = attribution du problème
- ➔ Circonstances d'apparition
- ➔ Gravité du problème : le quantifier

L'analyse fonctionnelle par la grille SECCA (Cottraux)

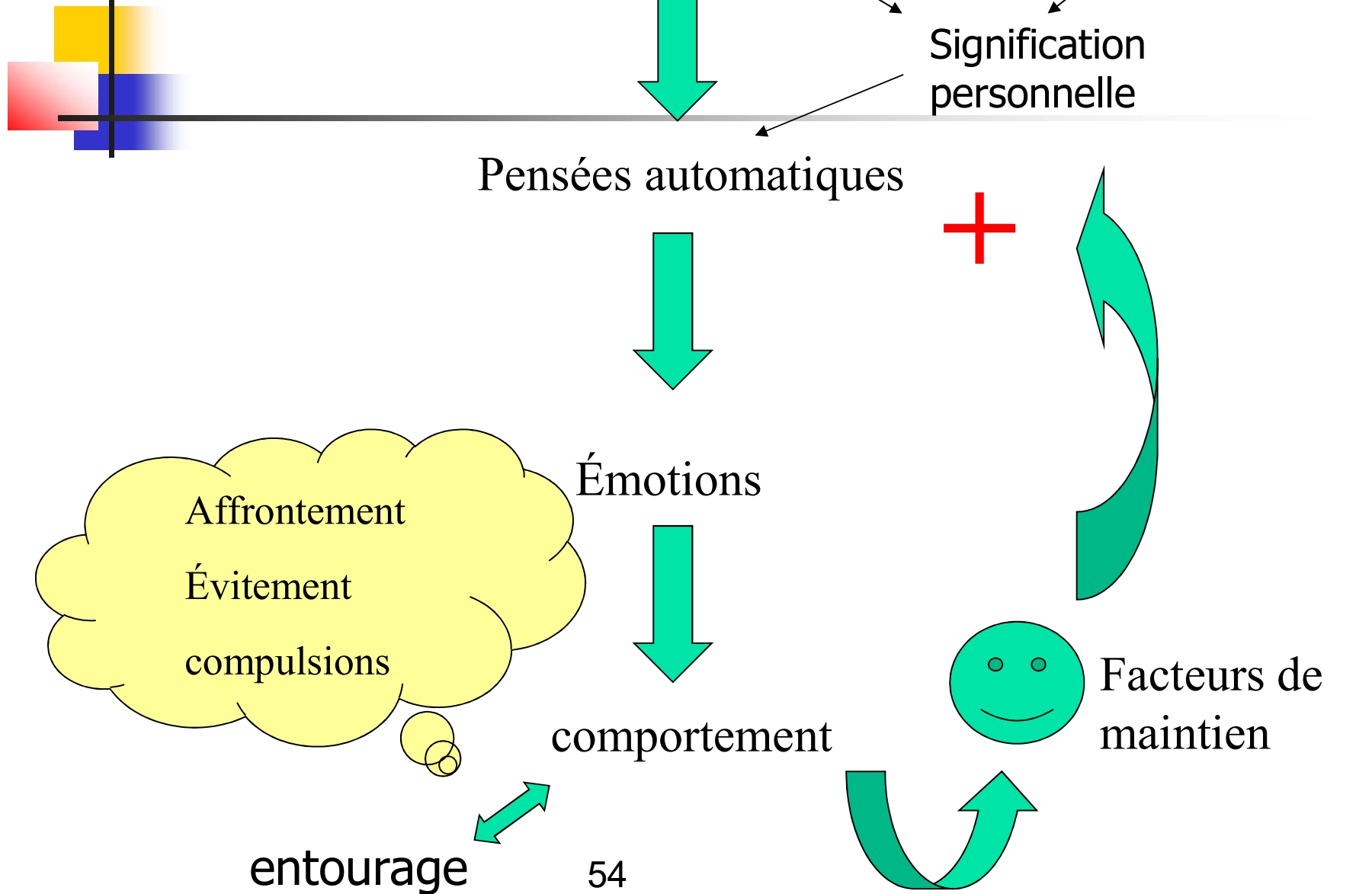


Situation, Emotion, Cognition, Comportement, Anticipation

- Permet de comprendre le déroulement des *cognitions* (pensées automatiques), des *émotions* et des *comportements*.
- Repère les *situations à risque*.
- Repère les *facteurs de maintien*, et permet de comprendre le cercle vicieux dans lequel se trouve le patient (boucles de rétroaction): les conséquences bénéfiques à court terme de la prise du produit participent au maintien de l'addiction (**renforceurs** pharmacologiques/sociaux).
- Prise en compte du milieu familial et social.

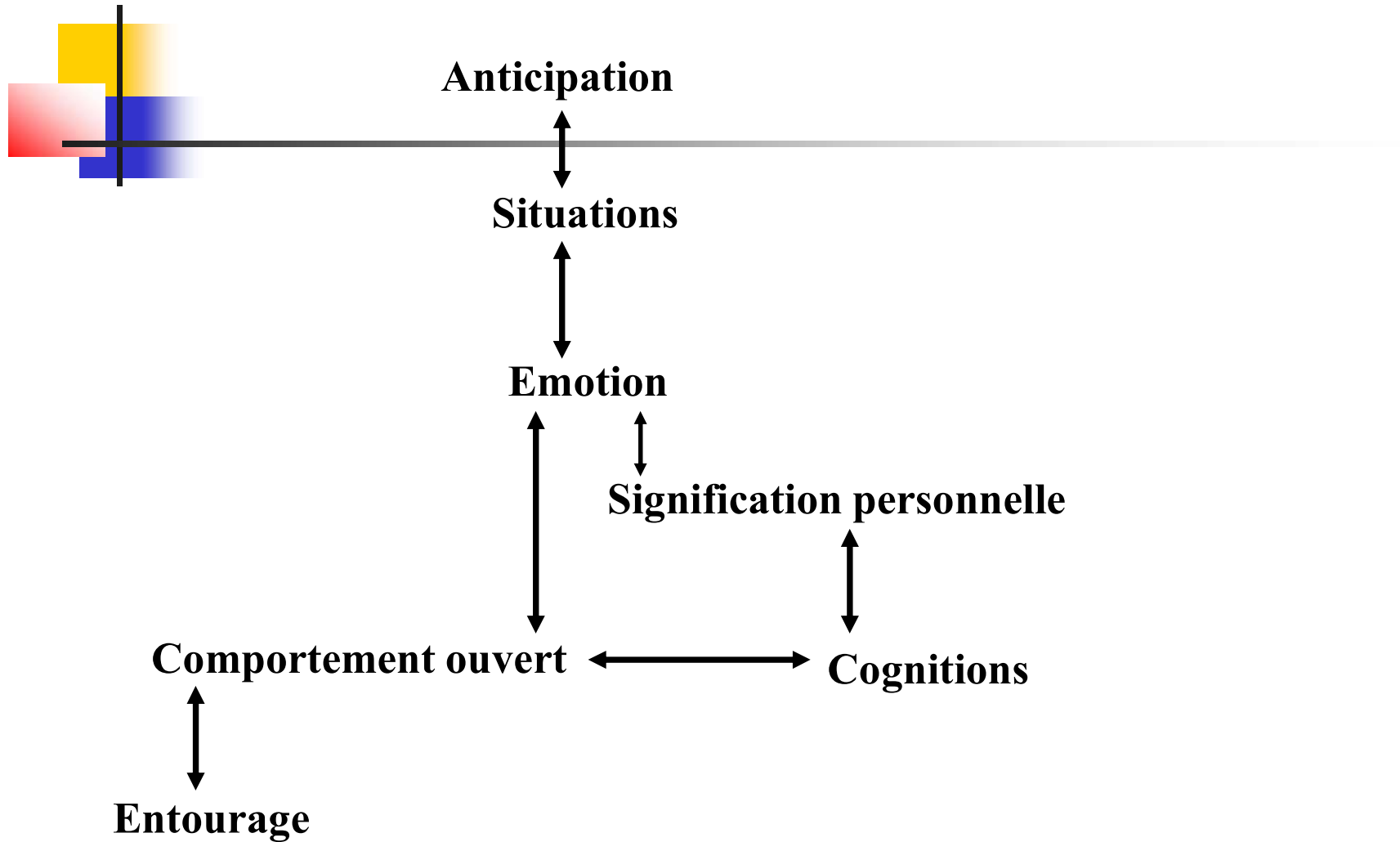
SYNCHRONIE

Problème cible

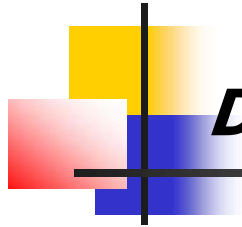


Grille S.E.C.C.A. , Synchronie

Problème Cible



Diachronie



Données structurales possibles:

a) génétiques :

b) personnalité :

Facteurs déclenchants initiaux invoqués:

Facteurs historiques de maintien possibles:

Événements précipitants les troubles:

Tt. antérieurs:

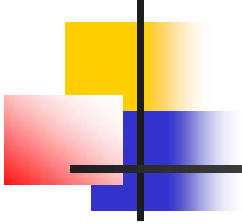
Analyse fonctionnelle

- Intérêt de la méthode des cercles vicieux





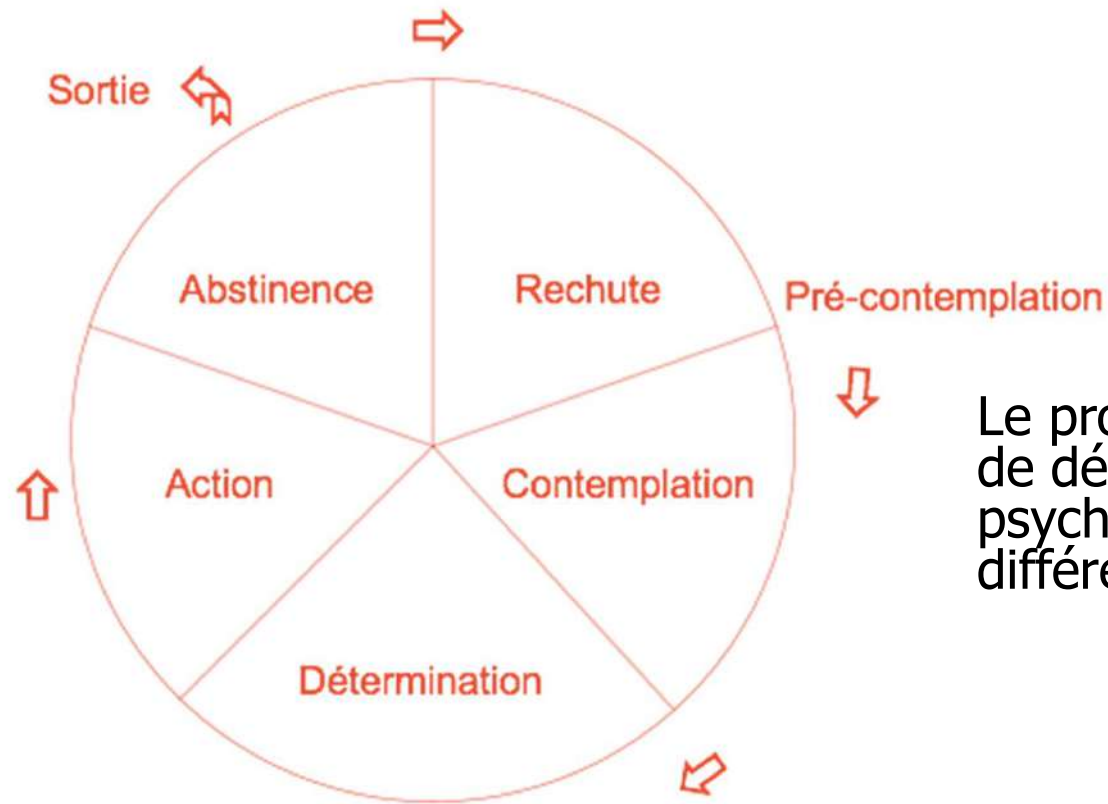
EXEMPLE



2) La Motivation

- Avant la prise en charge, **repérer le niveau de motivation**: dans quel stade est le patient dans le cycle de Prochaska et Diclemente?

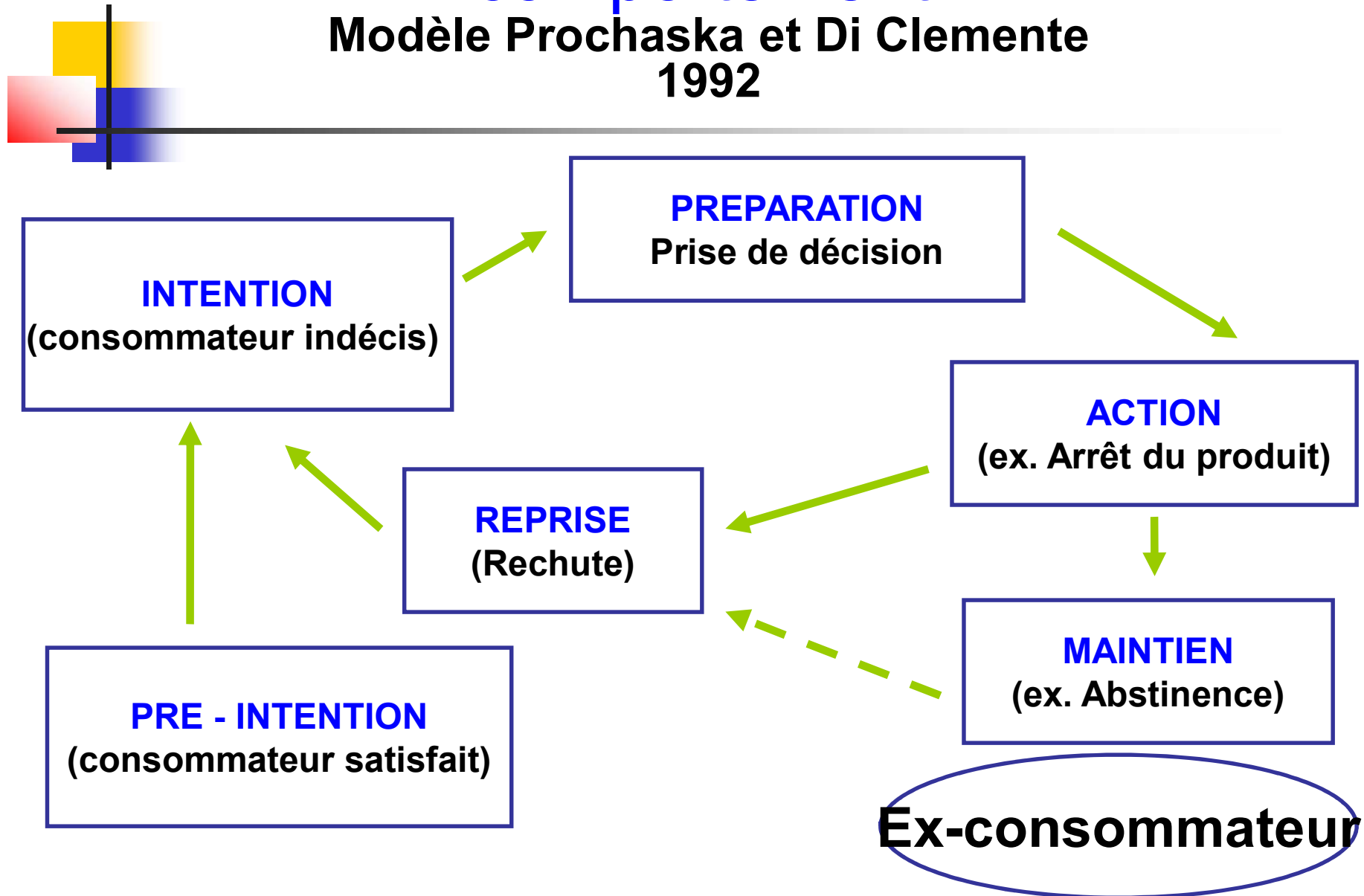
Les 6 Stades du changement (Prochaska/DiClemente)



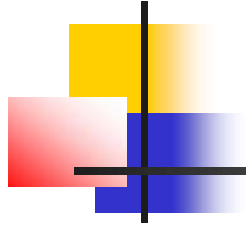
Le processus du développement de dépendance aux substances psycho-actives traverse ces différents stades

Les 6 étapes du changement de comportement

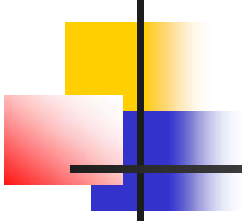
Modèle Prochaska et Di Clemente
1992



Stade de pré-intention



- **Consommateur « satisfait»**
 - Refus de voir le problème : Déni
 - Nombreuses résistances(craintes) au changement

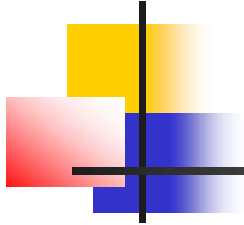


Stade de pré-intention

Objectifs

- Donner des **informations**
- **Eviter** de donner d'emblée des conseils
 - « Ce serait mieux d'arrêter ... »

Stade d'intention



- **Consommateur « indécis »**
- **Ambivalence**

= continuer ou arrêter de consommer ?

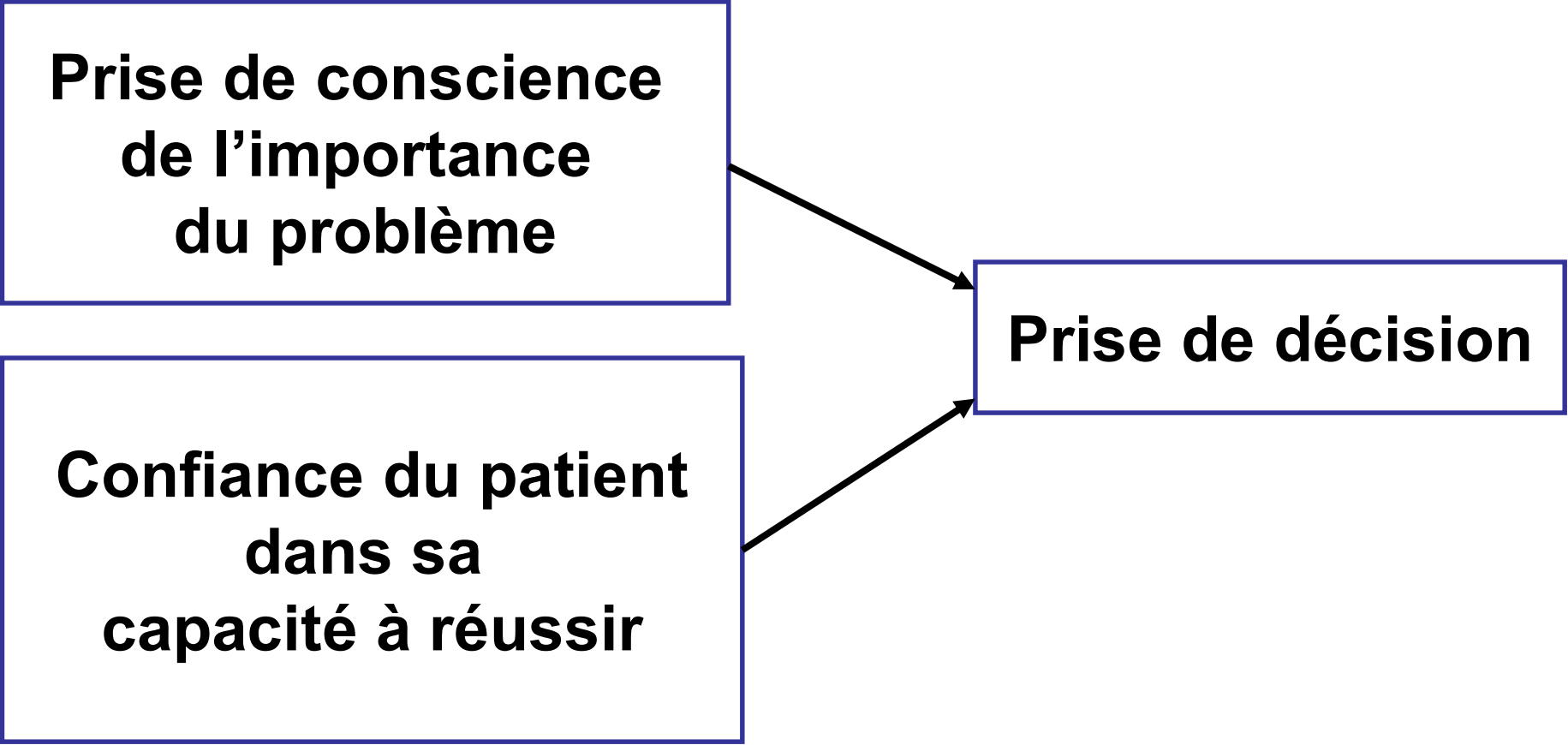
Les éléments du changement de comportement



**Prise de conscience
de l'importance
du problème**

**Confiance du patient
dans sa
capacité à réussir**

Prise de décision

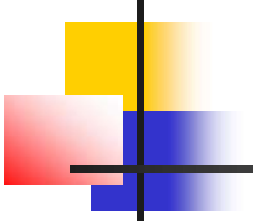


```
graph LR; A[Prise de conscience de l'importance du problème] --> C[Prise de décision]; B[Confiance du patient dans sa capacité à réussir] --> C;
```

Stade d'intention

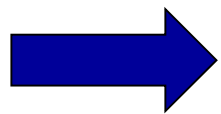
Objectifs

- **Exploration de l'ambivalence**
(balance décisionnelle)
- **Responsabilisation du patient**
(liberté de choix)
- **Renforcement du sentiment d'efficacité personnelle** (arrêts antérieurs)



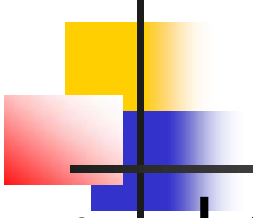
Balance décisionnelle

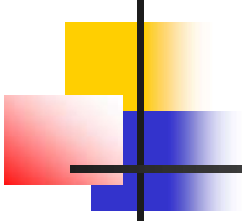
- Etudier les **arguments pour et contre**
 - La poursuite du comportement
 - L'arrêt ou le changement du comportement



A court terme et à long terme

Stade de préparation

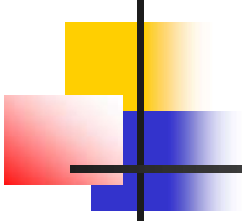
- 
- Le consommateur a résolu son ambivalence
 - L'arrêt est envisagé = **prise de décision**
 - Les moyens pour arrêter le comportement
sont étudiés



Stade de préparation

Objectifs

- Clarifier les **objectifs** du patient
- Donner des conseils
- Proposer un « menu » des **stratégies thérapeutiques** possibles

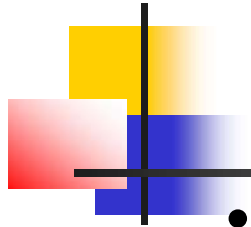


Stade d'action

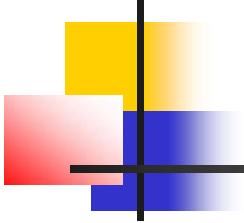
- Passage à l'action : arrêt de la substance
- **Découverte et apprentissage d'un nouveau comportement**
- « Nouvelle vie » sans produit

Stade d'action

Objectifs



- Proposer des objectifs réalistes
 - Idéalement : arrêt total
 - Si impossible : réduction de la consommation
- Reconnaître les difficultés que rencontre le patient
- Travailler sur les **situations à risque de rechute**

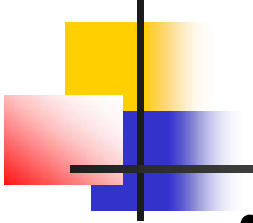


Stade de maintien

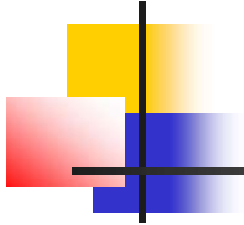
- Arrêt durable
- Réussite
- Mais rester vigilant !

Stade de maintien

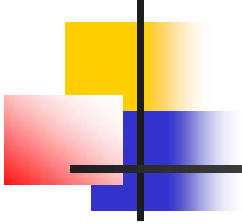
Objectifs

- 
- Renforcements positifs du nouveau comportement
 - Sentiment d'efficacité personnelle
 - Maintien du contact thérapeutique (importance du suivi +++)
 - **Plan d'urgence : comment faire en cas de faux pas ou de rechute ?**

Stade de reprise (rechute)



- La règle et non l'exception
- **Une expérience et non un échec**
 - « Que m'enseigne-t-elle ? »
- Permet souvent de progresser
(cycle de Prochaska)



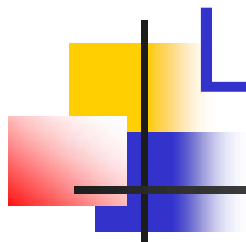
2)Entretien motivationnel

- L'entretien motivationnel va surtout s'adresser aux phases de:

PRECONTEMPLATION/CONTEMPLATION

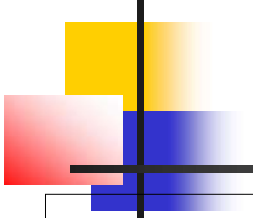
~4 séances

- objectif= Prise de décision.



Les principes des EM

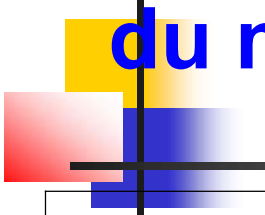
- **Manifester de l'empathie**
- Inciter les déclarations motivationnelles par des **questions ouvertes**
- **Montrer les contradictions**
 - Eviter l'affrontement, ne pas forcer la résistance
- **Renforcer le sentiment de liberté de choix**
- **Renforcer le sentiment d 'efficacité personnelle**



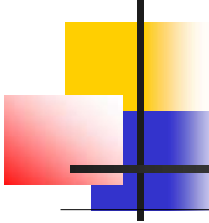
3) Stratégies globales : Réorganisation du mode de vie, gestion de temps

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN							
APRES-MIDI							
SOIR							

3) Stratégies globales : Réorganisation du mode de vie, gestion de temps



	DEMAIN : Je prévois de faire	AUJOURD'HUI : J'ai fait	JE SUIS SATISFAIT A : (de 0-100 %)
MATIN			
APRES-MIDI			
SOIR			



Stratégies globales : Réorganisation du mode de vie, recherche d'activités alternatives (ex)

LISTE DES ACTIVITES PLAISANTES

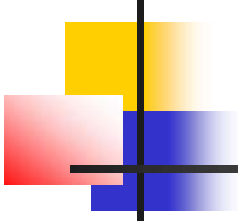
Cours de danse

Piscine

Exposition

Peinture

Etc.

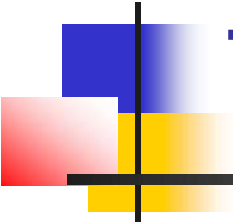


4)Techniques issues des stratégies comportementales

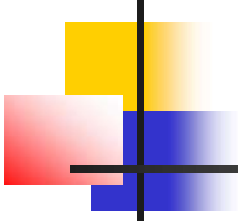
Les stratégies issues du conditionnement
répondant :

1. Contrôle du stimulus (ex tabac)

**2.Exposition aux stimuli avec prévention
de réponse**



TECHNIQUE D'EXPOSITION



EXPOSITION GRADUEE

- PRINCIPE: **habituation** de la réponse psychophysiologique de peur et **extinction** de la réponse d'évitement.
- Patient **expérimente décroissance de l'anxiété** et le manque de conséquences négatives lors des confrontations aux stimuli phobiques.
→ Cf courbe d'extinction de l'angoisse.

COURBE DE LA REPONSE EMOTIONNELLE EN PRESENCE DU STIMULUS AVERSIF

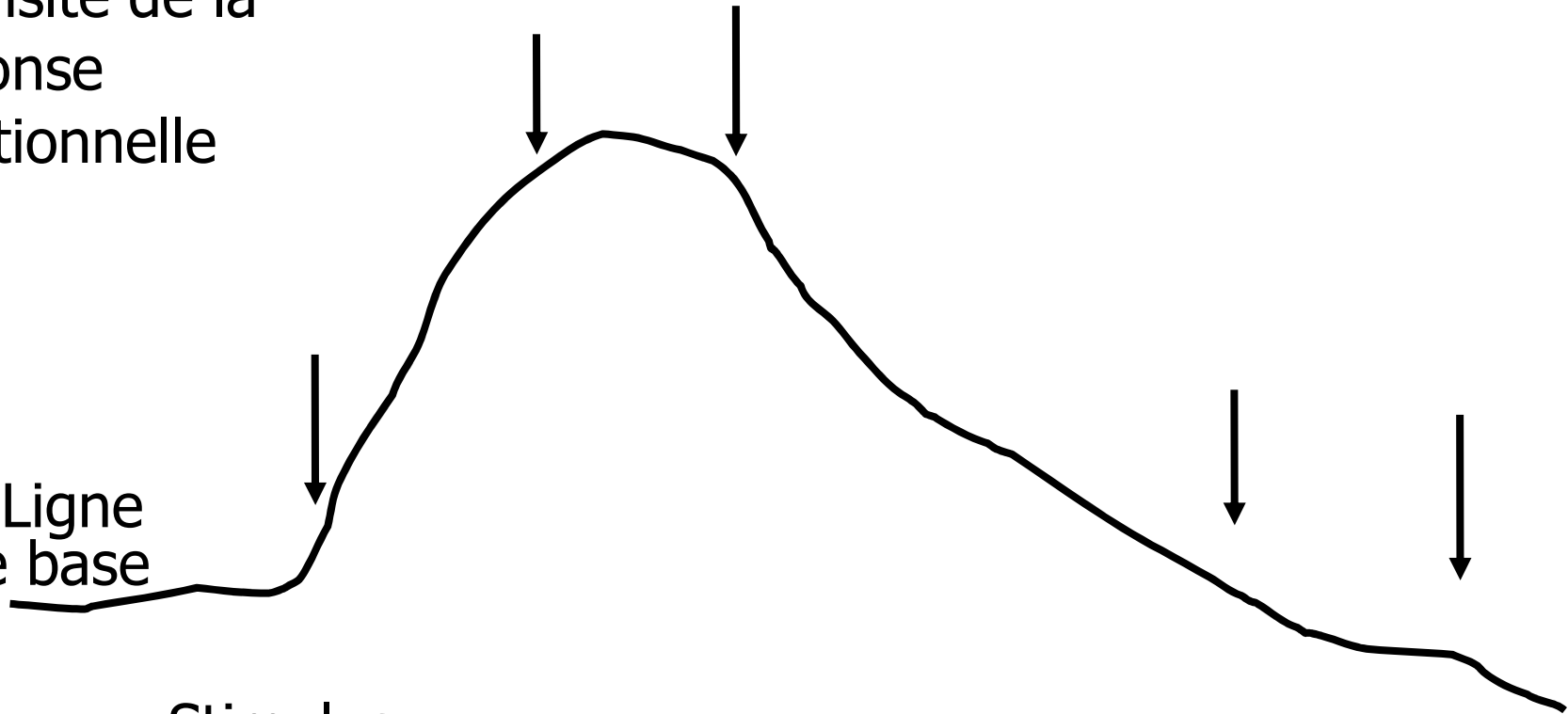
Intensité de la
Réponse
émotionnelle

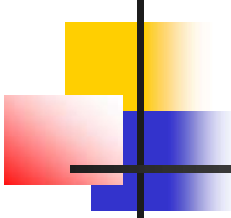
Ligne
de base

— Stimulus
anxiogène

Durée de exposition

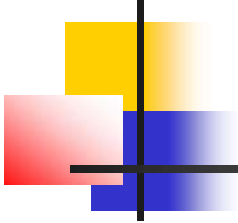
83





EXPOSITION GRADUEE

- TECHNIQUE: 3 grandes règles:
 - **Prolongée** → $\searrow$ d'au moins 50% de l'angoisse
 - **Progressive** : 1 à 2 items/séance de $\frac{3}{4}$ d'heure
 - **Répétée** : entraînement en séance et à domicile jusqu'à niveau presque 0 d'angoisse.
 - Pas de relaxation en principe car on travaille sur l'anxiété.



EXPOSITION GRADUEE

- En imagination puis in vivo

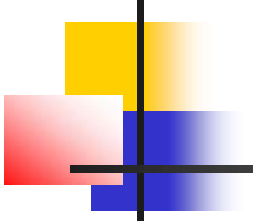
MAIS c'est l'exposition in vivo la plus efficace.

- Penser à demander cotation de l'anxiété toutes les 5 minutes.
- Ex. Phobie des chats

Phobie sang et blessures

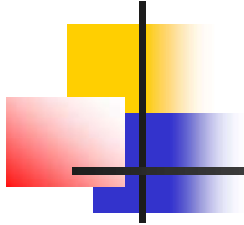
Exposition au stimulus:

ex dépendance à l'alcool

- 
- Exposition à boisson préférée en réalité ou imagination (situation de tentation, odeur, interdit de consommer...).
 - Objectifs: déclencher envie forte de boire, constater diminution puis arrêt spontanée en < 15 min, extinction progressive des envies de consommer.
 - **+ entraînement à gestion de l'envie de boire en situation**:

dédramatiser, conséquences – et +, images mentales, comportements de substitution, répéter déclarations de maîtrise de l'envie, s'imaginer dans situation plaisante...

Déroulement d'une séance type



Phases d'induction de l'envie :

Imaginer la situation à risque X (ou Y ou Z), les yeux fermés

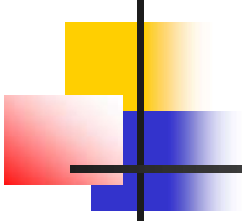
Imaginer la situation à risque, pendant 5 minutes, face à l'alcool préféré

Verser la boisson dans un verre et sentir l'odeur

Phase de coping : Chercher des stratégies de coping pour baisser l'envie de boire et s'imaginer en train de les mettre en acte dans la situation

Debriefing

Fiche « exposition in vivo au tabac »

- 
- Les premières semaines d'arrêt sont passées. Il valait mieux au début éviter les stimulus. C'est le moment d'apprendre à être en contact avec le tabac, car si on n'évite pas, ce contact est fréquent à notre époque. Il faut prévoir aussi l'avenir, l'inattendu, ce qui pourrait paraître délicieux et ce même quelques années après l'arrêt du tabac.
 - S'exposer, c'est aller au contact du tabac et apprendre à supporter ou même parfois y être indifférent et petit à petit savoir au plus profond de soi : « C'est supportable ».
 - **Faire la liste des situations à risque du plus facile au plus difficile :**
 - Par exemple : la pause-café au travail, les paquets de cigarettes quand je vais acheter le journal au tabac presse, la soirée conviviale entre amis fumeurs, l'attente du bus,...

Fiche « exposition in vivo au tabac »

- **Exemple d'exposition :**

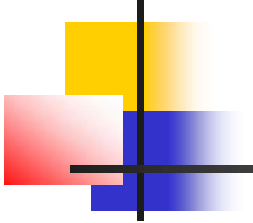
- Je vais dans un bar tabac, il y a une longue file d'attente, j'achète des timbres. Je peux voir l'étalage de tous ces paquets de cigarettes, cigares, objets du tabac...

Je supporte l'odeur (à certains moments agréables, à d'autres très déplaisantes) de la fumée des voisins.

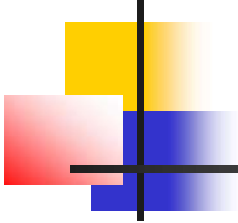
Je vois ma marque préférée d'avant.

Petit à petit je supporte toutes ces sensations, tous ces souvenirs, l'envie qui parfois peut monter très fort, intense, mais BREVE. J'attends que ce moment parfois très aigu se passe, le plus souvent en quelques minutes. La lutte n'est pas nécessaire. C'est l'attente qui ramènera un moment moins aigu et plus tranquille.

Fiche « exposition in vivo au tabac »

- 
- Choisissez une situation à risque.
 - **Notez tout ce qui se passe à ce moment** (les idées dans la tête, les sensations, les sentiments, l'intensité de l'envie notée de 0 à 10 ; 10 c'est le pire qui ait été vécu par vous) :

-
-
...



4) Techniques issues des stratégies comportementales

Les stratégies issues du conditionnement opérant : apprentissage d'un comportement par les conséquences de l'action

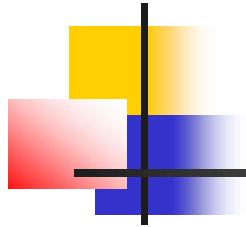
→ **Gestion/Management des contingences**

La gestion des contingences par renforcements **positifs** et **négatifs** appliqués à tout moment de la thérapie

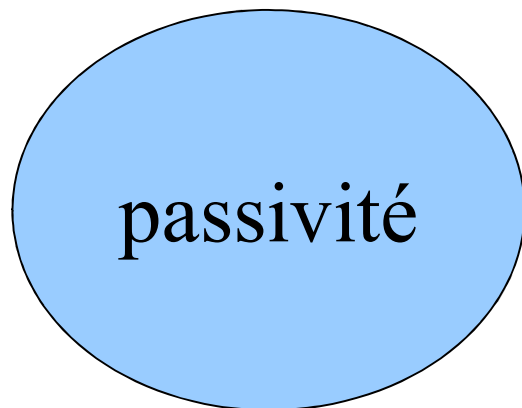
4) Techniques issues des stratégies comportementales

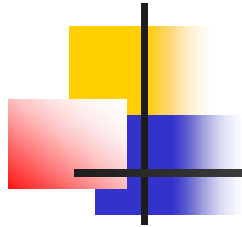
- **Les stratégies issues de la théorie de l'apprentissage social :**

1. Techniques d'entraînement aux habilités sociales
2. L'affirmation de soi
3. Le jeu de rôle



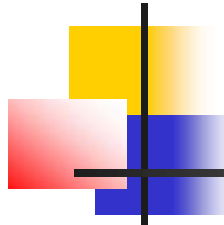
Affirmation de soi





Diagnostic du déficit en affirmation de soi

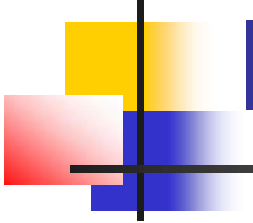
- Évaluation: échelle d'affirmation de soi de Rathus, échelle de phobie sociale de Liebowitz
- Plusieurs modèles explicatifs du déficit en affirmation de soi:
 - l'anxiété inhibitrice (phobie sociale),
 - le manque de savoir-faire (compétences sociales),
 - les obstacles cognitifs (schéma précoce inadapté).



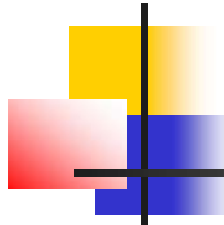
Conséquences

- Conséquences psychopathologiques:
 - baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi,
 - phobies sociales,
 - symptomatologie dépressive,
 - conduites addictives à visée désinhibitrice ou « apaisante » sur les émotions (alcool, BZD).

Techniques d'entraînement à l'affirmation de soi

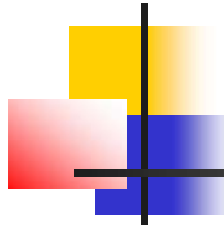


- Explication des modèles théoriques,
- Techniques de relaxation,
- Jeux de rôle,
- Approche cognitive,



Le jeu de rôle

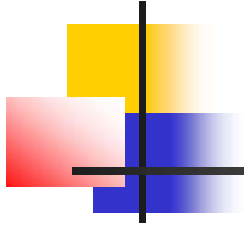
- Définition de la situation-problème
- Choix des participants
- Premier essai
- Feedback sur le premier essai
- Mise au point de variantes
- Deuxième essai avec variantes
- Feedback...



Situation-problèmes

- Faire une demande
- Savoir dire non
- Faire une critique
- Recevoir une critique
- Faire un compliment
- Recevoir un compliment
- Engager une conversation

5) Stratégies issues du modèle cognitif



- **Restructuration cognitive :**

Le passage à l'acte de prise de drogue correspond à une situation à haut risque à laquelle participe la manière dysfonctionnelle de penser.

- La technique s'intéresse aux mécanismes de raisonnement, elle vise à modifier les pensées automatiques (cf. fiches)

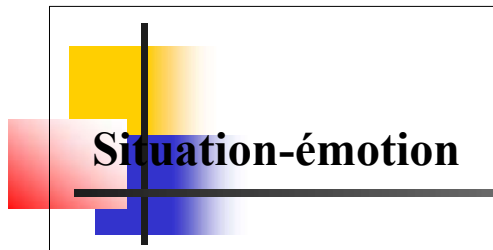
NOM :

Prénom :

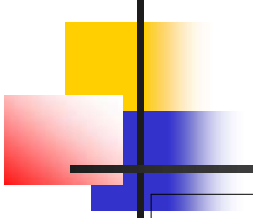
Age :

Date de l'examen :

Situation (date et heure)	Emotions	Envies	Pensées automatiques	Bolssons
Décrire : L'événement précis au cours duquel se produit l'émotion étudiée. Cet événement peut être : - un fait extérieur - un fait intérieur (idées, pensées, rêveries, souvenirs, etc ...)	Spécifier : Par exemple : tristesse, anxiété, panique, agressivité, irritabilité, etc...	Oui ou Non	Ecrire : La pensée automatique (discours intérieur, image, etc ...) qui a <u>précédé</u> l'émotion	Oui ou Non

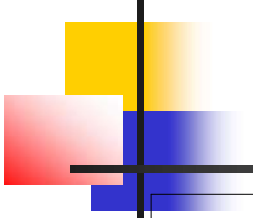


Situation-émotion	Pensées automatiques	Pensées alternatives	Comportement
Décrire l'évènement précis ou le fil d'idées qui produit l'émotion et déclenche la consommation	Ecrire les pensées automatiques (dysfonctionnelles) qui précèdent ou accompagnent l'émotion	Ecrire les pensées opposées aux pensées automatiques, ce sont les pensées que vous jugez plus rationnelles	Alternatif Adapté



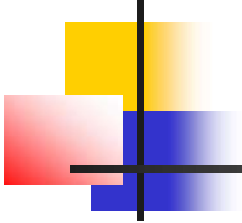
Stratégies issues du modèle cognitif

Situation-émotion	Pensées automatiques	Pensées alternatives	Comportement
Décrire l'évènement précis ou le fil d'idées qui produit l'émotion et déclenche la consommation	Ecrire les pensées automatiques (dysfonctionnelles) qui précèdent ou accompagnent l'émotion	Ecrire les pensées opposées aux pensées automatiques, ce sont les pensées que vous jugez plus rationnelles	Alternatif Adapté
Seul chez moi Tristesse, colère	Toujours seul, personne ne m'aime	Mes parents m'ont appelé, il y a 2 jours, ils peuvent être occupés ce jour !	J'appelle mon référent Activité plaisante



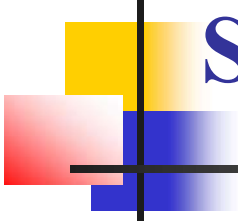
Stratégies issues du modèle cognitif

Situation-émotion	Pensées automatiques	Pensées alternatives	Comportement
Décrire l'évènement précis ou le fil d'idées qui produit l'émotion et déclenche la consommation	Ecrire les pensées automatiques (dysfonctionnelles) qui précèdent ou accompagnent l'émotion	Ecrire les pensées opposées aux pensées automatiques, ce sont les pensées que vous jugez plus rationnelles	Alternatif Adapté
Après une dispute avec mon conjoint Tristesse, tension, découragement	Ça recommence, on n'y arrivera jamais... Tous ces efforts pour rien (tabac)!	Des disputes ça peut arriver dans un couple, l'approche de l'accouchement nous stresse... J'ai passé le plus dur pour le tabac!	Je vais appeler une copine pour parler Activité plaisante 103



Restructuration cognitive :

- Dégager l'hypothèse du patient
- Dégager les conséquences possibles
- Évaluer le niveau de croyance dans l'hypothèse, discuter l'évidence (arguments pour/contre), recherche des alternatives...



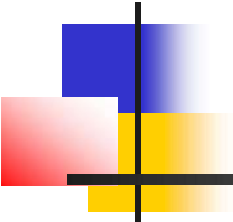
Stratégies issues du modèle cognitif

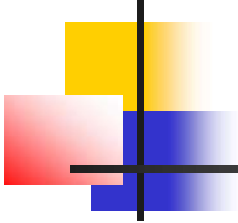
- Ces fiches sont réétudiées avec le thérapeute et le patient doit chercher des solutions alternatives ou préventives à la consommation par :

a) **Restructuration cognitive**

a) **Balance décisionnelle** : avantages de l'usage/avantages de l'abstinence

MODELE DE PREVENTION DE LA RECHUTE DE MARLATT





Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

- Description et classement **situations à haut risque** ou **déterminants**.

- ***Déterminants intrapersonnels:***

Émotions négatives (frustration, colère, culpabilité, tension, anxiété, dépression, solitude, ennui...)

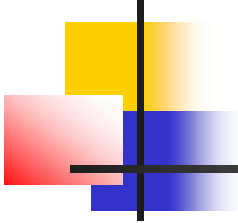
Réactions à situations de stress, difficultés financières, autres événements de vie pénibles

Mauvais état physique (sevrage, douleur, maladie, fatigue...).

Etat émotionnel positif → ↗ plaisir, liberté, fête.

Test d'autocontrôle (capacité à contrôler, volonté, voir l'effet...)

Envies compulsives (craving) en présence ou non de stimuli



Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

- ***Déterminants interpersonnels:***

Conflits interpersonnels (médiateur émotionnel)

Pression sociale forte (offre insistante, contexte de buveurs
« modèles »)

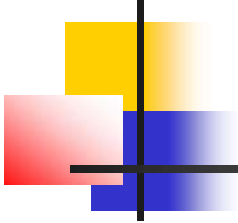
Renforcement émotions + dans contexte interpersonnel

- SHR similaires dans ≠ comportements de conso:

Émotions négatives > pression sociale > conflits interperso

- Spécificités: *Héroïnomanes* déterminants physiques,
pression sociale

Tabagiques pression sociale



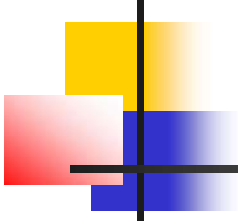
Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

- **Effet de Violation de l'Abstinence:**

« abstinence complète = règle absolue »

Dissonance cognitive lors de *la 1^{ère} conso* (transgression)

- tension inconfortable, culpabilité
- retirer engagement dans l'abstinence
- + Réactivation de schémas cognitifs, attentes d'effets + de la conso (soulagement)
- + baisse sentiment efficacité personnelle
- +/- effet psychotrope SPA qui $\searrow$ capacités à faire face à la situation



Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

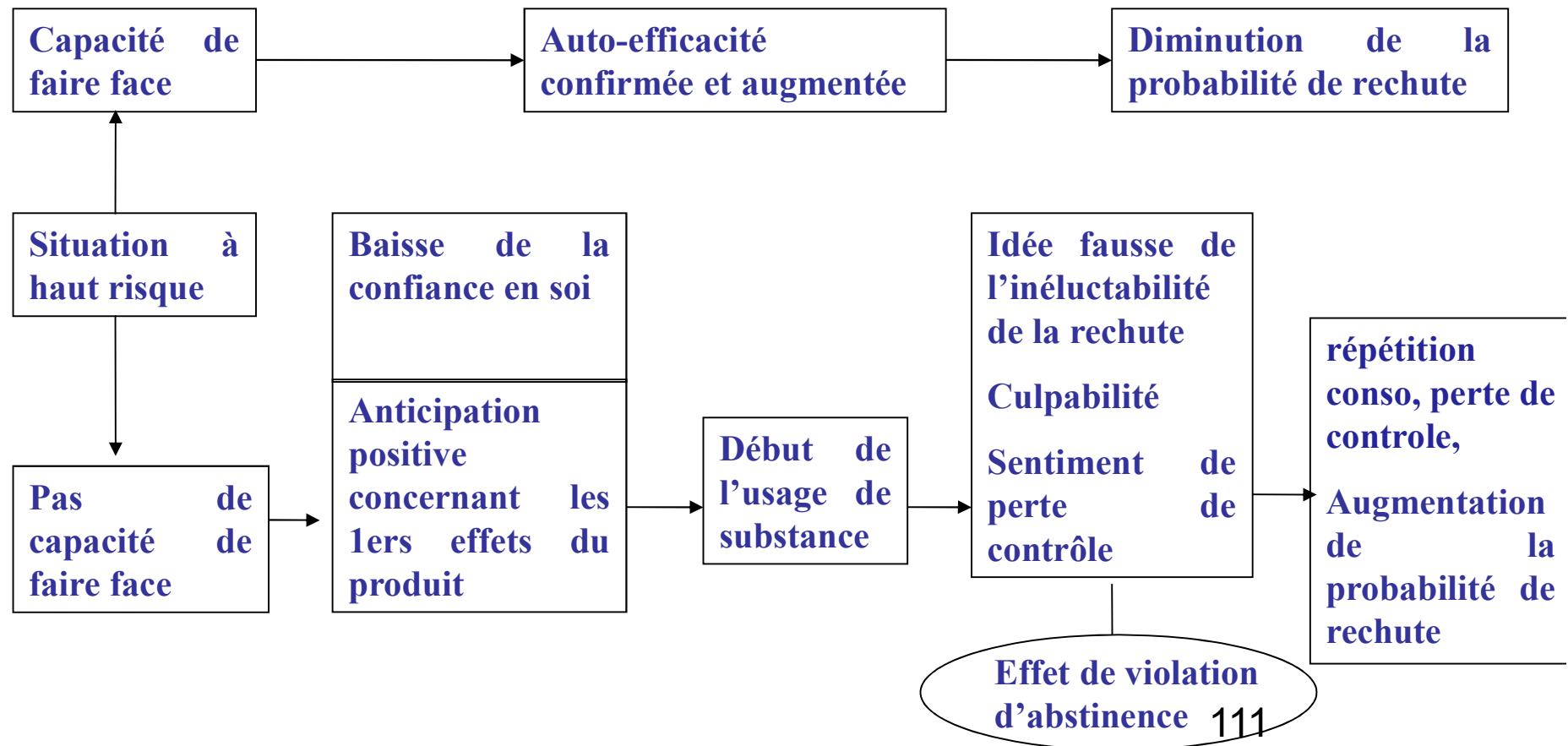
- **Effet de Violation de l'Abstinence:**

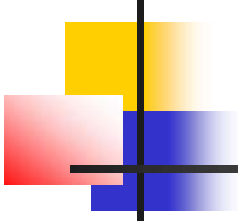
Peut être aggravé par la croyance en l'inéluctabilité de la rechute (associations AA)

→ Utile pour prévenir 1^{er} verre mais effet dévastateur en cas de faux pas!



Modèle de la prévention de rechute de MARLATT & GORDON





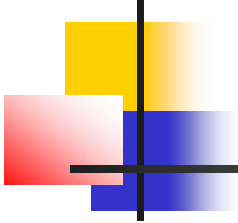
Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

- **Stratégies thérapeutiques pour prévenir la rechute:**

SHR → Analyse ≠ SHR spécifiques (circonstances habituelles de conso, description rechutes antérieures)

Gestion inefficace → Entraînement aux stratégies efficaces pour faire face aux SHR (coping skills)

→ Gestion émotions négatives (relax, gestion du stress)



Modèle de Prévention de la Rechute de MARLATT

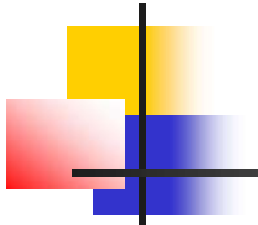
- **Stratégies thérapeutiques pour prévenir la rechute:**

Attentes + de la conso → Travail sur la balance décisionnelle (lister, peser bénéfices et inconvénients de la conso et abstinence...).

1^{ère} conso → Plan de gestion d'un faux pas, +/- contrat de conso limitée.

EVA → Restructuration cognitive

6)Stratégies de coping



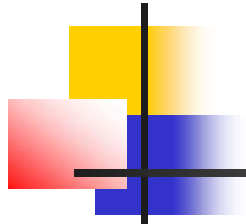
- **Définition (coping) :**

Le coping désigne un **processus stabilisateur dans la gestion des évènements éprouvants.**

Le coping se définit comme « un ensemble d'efforts cognitifs ou comportementaux pour gérer des demandes spécifiques internes et/ou externes évaluées comme épuisant ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus et Folkman, 1984)

- Les conduites addictives sont considérées comme un **coping d'évitement.**

6) Entraînement aux stratégies de coping



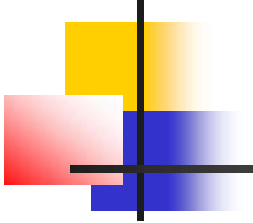
1. Capacités interpersonnelles:

Affirmation de soi et jeu de rôle

2. Compétences intrapersonnelles :

2.1. Gestion du craving

- ☐ **Identification** des manifestations du craving
- ☐ **Focalisation** de la personne sur une tâche précise, à répéter pour obtenir l'extinction
- ☐ **Détachement** pour lutter contre le sentiment d'être victime passive du craving
- ☐ **Rappel** des inconvénients de l'usage et les avantages de l'abstinence, (agenda)
- ☐ Report de l'usage et **recherche de soutien**



Entraînement aux coping

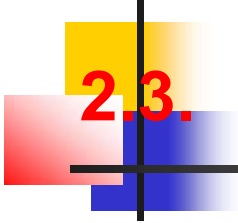
2.2. Compétence du contrôle émotionnel (relaxation) :

La relaxation offre la possibilité du contrôle de soi et celle de la gestion des émotions. Elle permet de différer les comportements compulsifs. Par conséquent, elle diminue l'intensité de la compulsion.

Techniques:

1. **relaxation de Schultz**
2. **La relaxation musculaire de Jacobson**

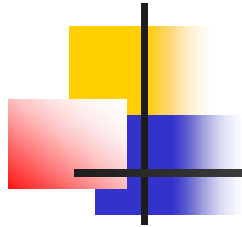
Entraînement aux coping



2.3. Technique de résolution de problème

permet d'amener le patient à répondre plus efficacement aux situations imprévues ou celles dans lesquelles ses propres stratégies se sont montrées inefficaces.

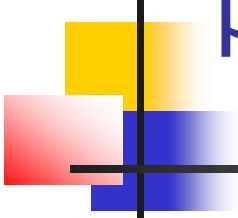
- **RESOLUTION DE PROBLEME: 7 étapes.**



RESOLUTION DE PROBLEME: 7 étapes.

- 1- Lister les problèmes principaux, évaluer l'importance et hiérarchiser en fonction de l'urgence. Choisir le + urgent à traiter ou conséquences les + importantes.
- 2- Rechercher toutes les solutions possibles
- 3- Avantages et Inconvénients de toutes les solutions
- 4- Choisir la solution qui a le moins d'inconvénients.
- 5- Evaluer les moyens nécessaires (matériels, aides...) et éventuels obstacles. Tester ces moyens si nécessaire (imagination, jeu de rôle, réalité).
- 6- Mettre en route la solution
- 7- Evaluer les résultats. Passer au problème suivant.

Fiche « Technique de résolution de problème »

- 
- Dans notre vie, nous rencontrons des problèmes difficiles à résoudre. La démarche de résolution de problème donne un cadre de réflexion et d'action en plusieurs étapes :

1/ Face au problème, je me CALME, je commence à y réfléchir et à l'IDENTIFIER :

2/ Imaginer le PLUS DE SOLUTIONS POSSIBLES, c'est l'étape de créativité où le nombre de solutions générées est plus important que la qualité de chacune.

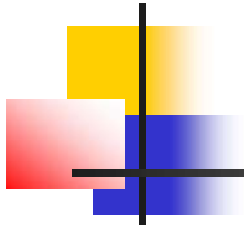
3/ PRISE DE DÉCISION :

Cette étape demande du temps et une analyse à court et à long terme des avantages et des inconvénients de chaque solution et permet le choix de la solution la plus réaliste.

4/ Passage à l'ACTION :

5/ ÉVALUATION : J'évalue le résultat de la solution choisie, si le résultat est trop insuffisant, je reprends le processus...

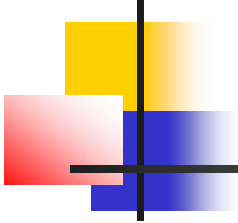
Fiche « Technique de résolution de problème »



- Dans notre vie, nous rencontrons des problèmes difficiles à résoudre. La démarche de résolution de problème donne un cadre de réflexion et d'action en plusieurs étapes :

1/ Face au problème, je me CALME, je commence à y réfléchir et à l'IDENTIFIER :

ex : Mon mari fume tout le temps devant moi à la maison et est assez narquois par rapport à ma « nième tentative d'arrêt ». Que faire ?

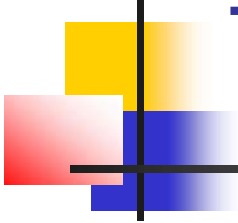


Technique de résolution de problème

2/ Imaginer le PLUS DE SOLUTIONS POSSIBLES, c'est l'étape de créativité où le nombre de solutions générées est plus important que la qualité de chacune.

ex :

- a/ Lui demander sans agressivité de fumer à la cuisine ou sur le balcon mais pour quelques semaines, pas dans la chambre ni dans la salle à manger.
- b/ Lui demander d'être aidant et de ne pas être narquois, quoi qu'il pense pendant quelques semaines.
- c/ Considérer que c'est un exercice d'exposition, on n'est pas dans un monde aseptisé et bien d'autres fumeront devant nous ou auront des doutes sur notre capacité à réussir.
- d/ Sortir de la pièce où il est, se calmer, faire une autre activité.
- e/ Téléphoner à une amie pour avoir de la compréhension et du soutien.
- f/ Demander à son meilleur ami de lui dire d'essayer de nous faciliter la tâche en arrêtant de se moquer de nous.
- g/ Les moments où les envies sont les plus fortes (par exemple en rentrant du travail), prévoir une activité à soi (piscine, cinéma, ...)



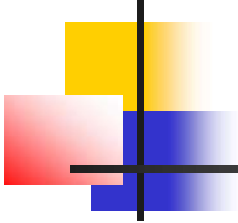
Technique de résolution de problème

3/ PRISE DE DÉCISION :

Cette étape demande du temps et une analyse à court et à long terme des avantages et des inconvénients de chaque solution et permet le choix de la solution la plus réaliste.

La solution a/ est choisie :

- Avantage à court terme : Il accepte et c'est beaucoup plus facile pour moi maintenant.
- Avantage à long terme : Il prend l'habitude de davantage tenir compte de mes demandes.
- Inconvénient à court terme : Il va falloir que je lui dise, j'aurais préféré qu'il devine, je vais devoir franchir mes difficultés par rapport aux demandes directes.
- Inconvénient à long terme : Peut-être que cette attitude correspond à un dysfonctionnement plus profond du couple où mes besoins sont négligés. En raison de cet inconvénient possible, je choisis d'utiliser beaucoup de diplomatie et de fermeté pour remettre le couple vers une meilleure direction.



Technique de résolution de problème

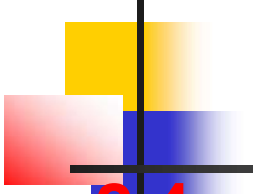
4/ Passage à l'ACTION :

ex : Le week-end il est moins fatigué, on passe souvent des moments agréables, je vais lui en parler ce week-end.

5/ ÉVALUATION :

J'évalue le résultat de la solution choisie, si le résultat est trop insuffisant, je reprends le processus grâce aux nouvelles informations récoltées lors de la phase 4/.

Entraînement aux coping



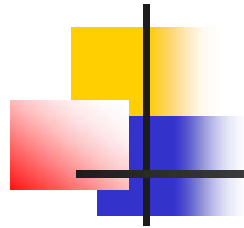
2.4. Technique de planification pour les urgences (plan de secours) :

- Recensement des situations à risque les plus probables et envisager les différentes réponses possibles ainsi que leurs conséquences

2.5. Planification des activités plaisantes :

Créer un mode de vie équilibré par le développement d'un **plan d'activités plaisantes, gratifiantes, désirées et accessibles**

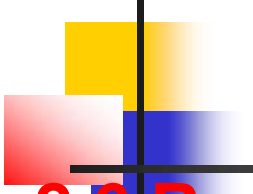
Réalisation d'un meilleur équilibre entre des obligations et ses activités plaisantes



Fiche « Gestion du plaisir »

- **Introduire (ou prendre conscience) un ou deux moments de plaisir chaque journée** : y compris les petits moments (un rayon de soleil, une douche, un objet aimé, la photos d'êtres chers, une odeur agréable...)
- En cas de perte de tonus, à fortiori de subdéprime, **faire l'agenda de la semaine** (ou un ou deux jours en semaine, un ou deux jours du week-end) **heure par heure.**
- Noter votre activité, **le plaisir ressenti de 0 à 10.** Par exemple : écouter 1 disque 7/10 .
- 10 c'est le plus grand plaisir réel(et non fantasmé) que vous avez déjà ressenti.

Entraînement aux coping

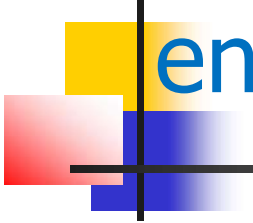


2.6. Renforcement communautaire : augmentation du réseau de soutien

Aider la patiente à réorganiser sa vie pour que l'abstinence soit plus gratifiante que la consommation!

- s'engager dans activités plaisantes non liées à la SPA
- se réinsérer dans une vie professionnelle satisfaisante
- Développer des relations gratifiantes avec personnes peu impliquées dans conduites de conso
- Impliquer l'entourage dans processus thérapeutique.

Un bon réseau social de soutien augmente les chances de faire face efficacement: réintégration de la famille, des anciens amis, des nouveaux amis, groupes, hôpital de jour, CATTP, association, etc...

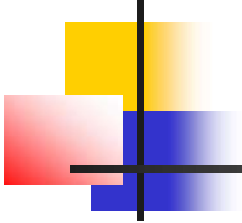


Les TCC de 3ème vague pour la prise en charge des addictions

- **Apprendre à gérer ses émotions :**

émotions négatives= principales SHR de rechute
particulièrement chez les patients vulnérables

- **La thérapie de pleine conscience : MBSR**
(mindfulness based stress reduction program, Kabat-Zinn) **et MBRP** (relapse prevention, protocole de Marlatt)
- **La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)**
- **La psychologie positive**



La gestion des émotions (3ème vague des TCC)

Gérer son émotion c'est maîtriser la réaction face à ses sentiments négatifs ou positifs.

Apprendre au patient :

- à bien observer la situation
- à identifier **ses émotions**
- à **identifier ses pensées automatiques/émotions**
- à **faire le lien entre situation-pensée-émotion**
- à **gérer le stress** (stratégies cognitives, affirmation de soi, résolution du problème...)
- à examiner et **modifier ses pensées et ses croyances erronées.**



ACCEPTER SES EMOTIONS

NEGATIVES: respirer différemment

Apprendre à respirer:

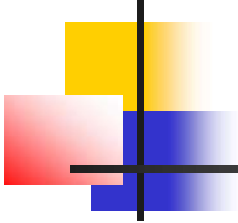
- Buts: + de sécurité intérieure, éloigner ruminations, ↘ fréquences cardiaque et respi, prévention des émotions négatives (se déclenchent – facilement).
- si cumul de petits stress, un événement minime peut déclencher une réaction émotionnelle. Si respi régulière, ↘ de l'impact potentiel de certains événements.
- Technique: yeux fermés, concentration pendant plusieurs minutes, respiration normale sans efforts, associer images agréables.
- Entraînement « à froid », pas immédiatement efficace (pression → stress → accélère respi).

ACCEPTER SES EMOTIONS

NEGATIVES: respirer différemment

Contrôle respiratoire:

- *Principe:* prévenir l'hyperventilation (respi rapide et/ou profonde) car provoque symptômes similaires au stress (vertiges, palpitations, oppression, faiblesse...) .
- *Pratique:* position assise, expliquer le rationnel et l'intérêt de contrôler sa respi, autoévaluation (nbre de cycles respi sur 1 min), contrôler le rythme (but= **10/min**), respi **abdominale** (position cocher), autoévaluation journalière (grille hebdo), entraînement 1 à 2x/jour, à utiliser dans la vie quotidienne si acquisition de la technique.
- *MOINS JE RESPIRE, PLUS JE ME CALME.*



ACCEPTER SES EMOTIONS

NEGATIVES: respirer différemment

- Quelques respirations contrôlées ;
respiration en créneau:

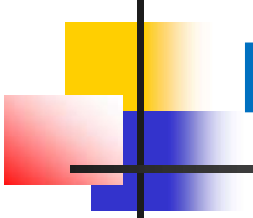
Inspiration/pause/expiration/pause

ACCEPTER SES EMOTIONS

NEGATIVES: respirer différemment

Manœuvres vagales: basée sur l'hypoventilation

- Si émotions négatives intenses (peur, trac, crise d'angoisse).
- Pour ↘ fréquence cardiaque et respi (réflexe vagal, Recepteur barosinusal)
- **Ex.** Respi rapide en 4 temps égaux (inspi 2 temps, blocage 2 temps, expi 2 temps, blocage 2 temps).
- Le + souvent possible ou 2 min/jour, prendre le pouls avant et après (ralentit= décrochage léger et rapide), sentiment de contrôle (faire ↘ les battements de son cœur).
- Puis à utiliser dès prémices d'une peur ou colère.

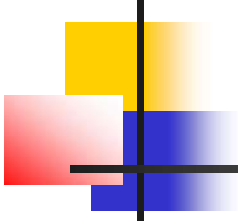


ACCEPTER SES EMOTIONS NEGATIVES: la relaxation

SNA sympathique et parasympathique: **accélération** et **ralentissement**
de presque toutes les fonctions de l'organisme, équilibre entre les 2 systèmes, « thermostat dérégulé » parfois ⇒ nécessité relaxation.

Chez patients présentant une addiction:

- Bcp vivent tendus, irritables, anxieux et ne savent + se relâcher, pour récupérer, sans produits.
- Quand **état de manque**, tension/irritabilité/angoisse: relax utile pour ↗ contrôle sur craving ou comportement addictif.
- Commencer par **manœuvre vagale** → active réflexe de ralentissement, cardiaque puis général (relâchement, fatigue, détente générale...). Puis entraînement à la **relaxation rapide** (une respi suffit pour induire relax!).
- **Relaxation musculaire progressive** (dérivée de Jacobson).



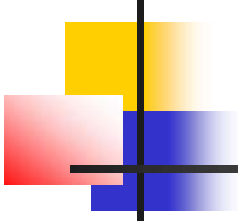
Mini relaxations et respirations contrôlées minute

- Pour éviter d'atteindre un seuil trop élevé de stress, il est possible d'utiliser quelques petits moyens efficaces.
- **Une, deux ou trois minutes suffisent** : un fichier en train de se télécharger, un temps libre entre deux tâches, un feu rouge, entre deux stations de bus...
- Bien s'asseoir sur sa chaise, jambes dépliées, rien qui ne serre le corps, détendre son visage, ses épaules, les mains.
- Détendu(e), **s'imaginer un moment qui a été reposant** : une ballade au bord de la plage...
- Ou s'imaginer **un moment qui a été très tonique** : courir, son sport préféré...
- **Respirer doucement**, tranquillement jusqu'au ventre deux, trois fois.
- Marcher, bien sentir son corps, ses muscles, le contact avec le sol.
- Marcher, regarder, y a-t-il quelque chose de beau ? Un rayon de soleil, l'eau de la pluie qui tombe, un reflet...



ACCEPTER SES EMOTIONS NEGATIVES: pleine conscience

- **Apprendre à vivre dans l'instant: s'entraîner à la Pleine Conscience: *Principes***
 - Rester dans le présent donc moins souffrir de nos pensées négatives, anticipations anxieuses et doutes sur soi-même: c'est souvent de penser à ce qui va se passer demain qui rend malheureux!
 - ± pratique régulière de la méditation.
 - Porter son attention, sans jugement, sur l'expérience du moment
 - **Vivre dans l'instant ↗ quantité d'émotions +.**



La méditation en pleine conscience, c'est QUOI?

Bases de la méditation bouddhiste, gestion du stress, thérapie cognitive

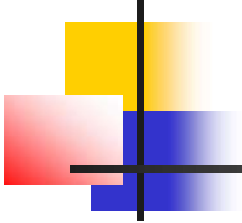
« Mieux sentir ce que l'on ressent »

Schoendorff, Lachaux, 2009

Ni relaxation, ni pratique religieuse

Un entraînement mental basé sur les travaux de Jon Kabat- Zinn

Principes: Bienveillance, compassion et respect



Définition de la « pleine conscience »

- Etat de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment.

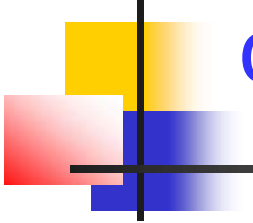
Kabat-Zinn, 2003

- Etat de conscience opposé au « pilote automatique ».

La pleine conscience dans les approches thérapeutiques contemporaines

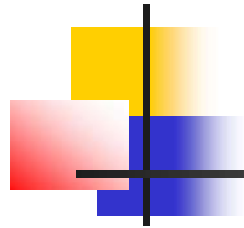


- Interventions *basées* sur la pleine conscience:
 - **MBSR** (mindfulness based stress reduction program). **Jon Kabat-Zinn** (1982, 1990)
Contexte: médecine comportementale
Groupe de 2h30, 8-10 semaines
45' d'exercices par jour, 6 jours semaine
 - **MBCT** (mind. based cognitive therapy) **Teasdale, Segal & Williams** (1995)
//MBSR + incorporation d'éléments de thérapie cognitive
Contexte : prévention de la rechute dépressive



Principes de base de la pleine conscience

- centration volontaire de l'attention
- sur l'expérience immédiate ici et maintenant,
plus particulièrement sur les données sensorielles
- pensées, émotions, etc... sont des créations de
notre esprit
- sans poser de jugement
(suspendre l'action réflexe immédiate)
- attitude à la fois de bienveillance, compassion et
grande rigueur, détermination
- les exercices ne sont qu'un véhicule.
Le but est de cultiver la pleine conscience dans la vie de tous les
jours.



Les différents types d'exercices

- Exercices **formels**

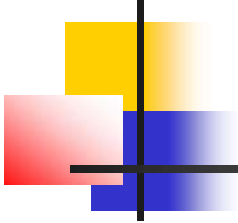
Respiration

Balayage corporel

Méditation

- Exercices **informels**

Marche, brossage des dents, couper un oignon, goûter la nourriture, écouter les bruits, faire la vaisselle, attendre au téléphone, etc...

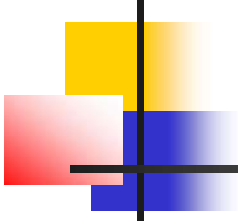


Quels sont les bénéfices?

« Lorsque nous sommes dans l'instant présent nous sommes plus éveillés dans nos vies, plus conscients de chaque moment, plus conscients des choix qui s'offrent à nous »
Jon Kabat Zin

La pleine conscience permet de **se déconnecter des pensées négatives** en centrant toute son attention sur le moment présent. Le méditant ou le patient modifie son attitude par rapport aux pensées dysfonctionnelles.

En **s'exposant aux situations générant des émotions**, sans évitement, sans jugement, le patient se confronte à l'émotion anxiogène et progressivement par le biais de cette exposition, diminue sa réponse émotionnelle

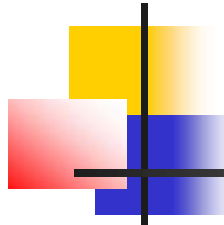


Critères d'inclusion / exclusion des participants

Engagement du participant à une pratique quotidienne effective

Ressources cognitives min. (problème si dépression majeure aiguë)

Problèmes en groupe avec les personnes qui dissocient ou qui délirent



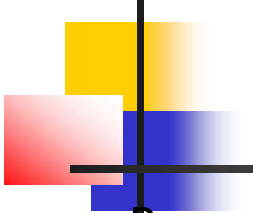
L'ABCD de la Mindfulness

A- S'arrêter.

B- Respirer: ancrage dans le présent par la respiration.

C- Observer son vécu corporel, ses pensées, ses émotions.

D- «Accepter ce qui est dans le moment présent» et agir.



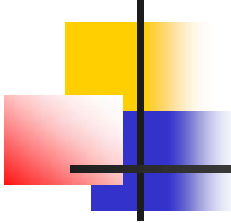
Exercices de pleine conscience

Pour centrer son attention sur son expérience personnelle directe

- Méditation
- Body scan
- Yoga
- Marche méditative

Prise de conscience de son expérience intime, propre.

Apprendre à être en contact avec notre corps pour améliorer notre santé et notre qualité de vie.



Similitudes et différences avec les TCC

Similitudes

Traitement validé empiriquement

Processus impliqués (exposition, changement cognitif, etc.)

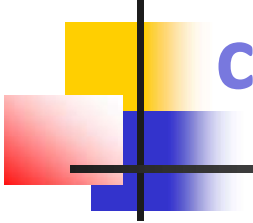
Traitement basé sur un modèle théorique

Différences

On ne cherche pas à changer le contenu des pensées (irrationnelles), mais l'attitude par rapport à celles-ci

On ne lutte pas pour arriver à un but

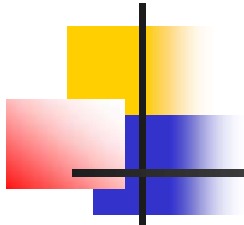
Les intervenants doivent s'engager dans une pratique personnelle de la technique



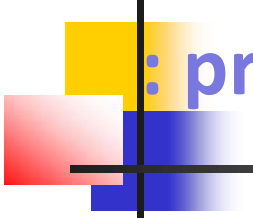
La pleine conscience : comment la favoriser?

- Les protocoles MBSR et MBCT sont très pédagogiques pour apprendre à développer plus d'attention.
- Le protocole MBRP d'Alan Marlatt s'en est largement inspiré.
- Apprendre pas à pas à quitter le mode « pilotage automatique » avec un retour à l'instant présent sensoriel.
- Ne pas chercher à ne plus avoir de pensées, mais s'en distancier.

Relapse prevention (Marlatt, 1994)



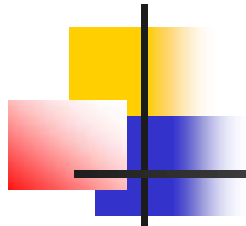
Pleine conscience comme technique
pour faire face à l'envie pressante
de recourir à la boisson.



La MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention)

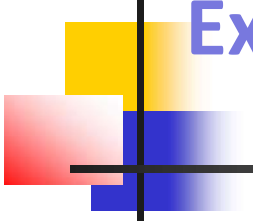
: protocole de Marlatt

- Approche collaborative
- **Éléments de prévention de la rechute cognitivo comportementaux** pour renforcer la confiance à faire face, et comprendre les processus de déclenchement des pensées à l'origine du comportement addict.
- L'abstinence n'est pas un préalable à la participation.
- Pas d'objectifs fixés.
- Le **dérapiage** est vu comme un événement fréquent dans le processus de changement et c'est une opportunité pour apprendre. plutôt qu'un échec.
- Le dérapage est différencié d'un retour à un cycle de rechute.
- Dans la séance 6, les participants discutent entre eux des chaines d'évènements qui conduisent au dérapage et où ils auraient pu faire une « pause », sortir du mode automatique.



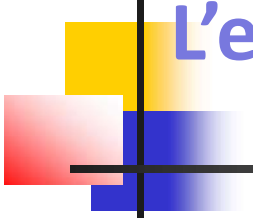
Objectifs

- Identification des facteurs qui augmentent la vulnérabilité à la rechute. (ex : se sentir seul, etc.)
- Prendre conscience que les habitudes comportementales et cognitives sont causes de souffrance.
- Discerner ce que l'on peut contrôler et ce que l'on ne peut contrôler
- Repérer les patterns cognitifs qui entretiennent la souffrance.
- Porter attention à l'expérience physique car souvent les sensations lors des envies précèdent les patterns cognitifs.



Exercices pratiques

- Body scan.
- Méditation centrée sur la respiration, méditation de la montagne, l'espace de respiration SOBER et « surfer sur les envies ».
- Méditation assise (pleine conscience de la respiration, des sons, des sensations corporelles, des pensées et des émotions).
- Mouvements en pleine conscience.
- Méditation de la bienveillance.



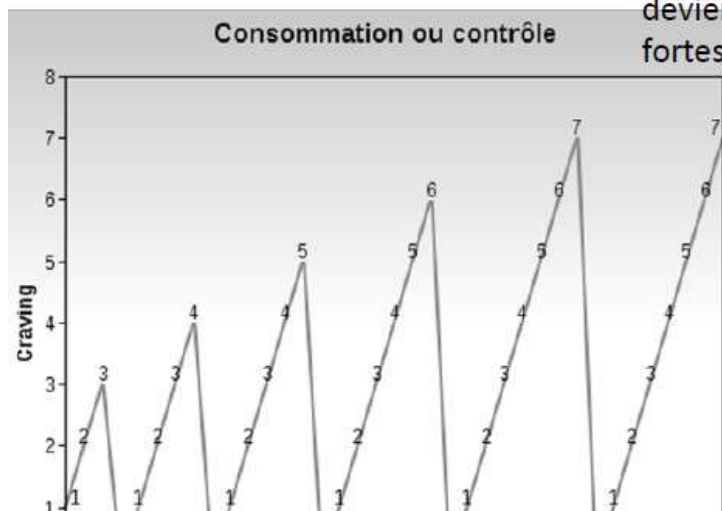
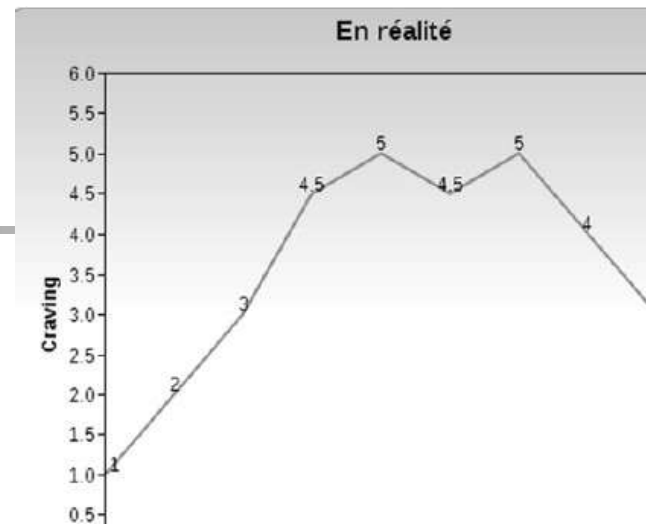
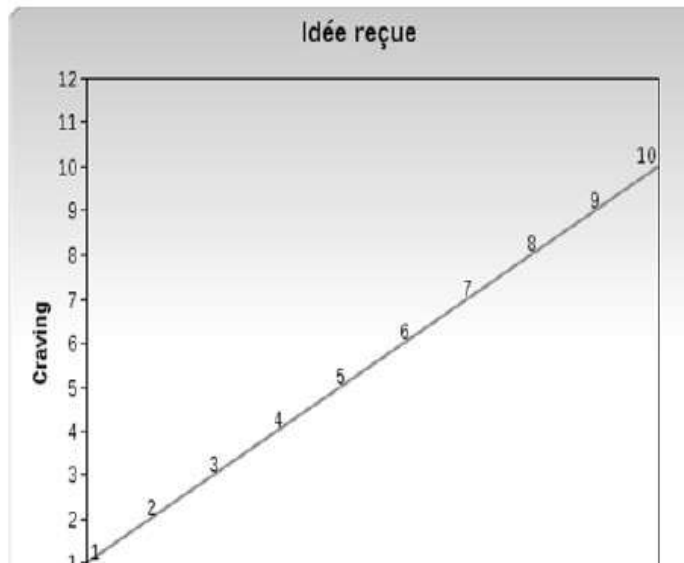
L'exercice « Surfer sur les envies »

- Imaginer une situation qui représente un défi, un événement très stressant.
- Adopter une attitude de compassion et une présence curieuse à ce qui surgit dans l'expérience.
- Observer pensées, émotions, sensations.
- Observer ce qui advient de l'envie.
- Traverser la vague de l'envie en se laissant aller au sommet et jusqu'à son déclin, sans être submergé.

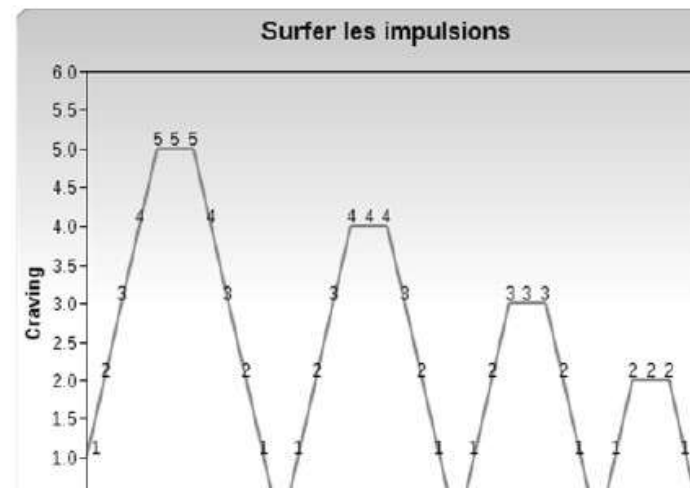


Surfer sur les envies

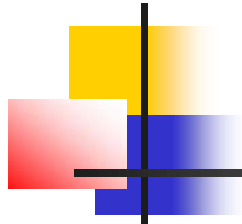
- Marlatt & **Kristeller**, 1999
- Le cœur du programme MBRP
- 2 modes de réaction automatiques ET h face à la pulsion :
 - Céder (Fuite/Evitement) : Fumer
 - Contrôler/lutter contre (éviter les gens qui endroits, ronger de la réglisse etc.)
- La recherche et la clinique nous montrent



Cercle vicieux
deviennent
fortes !



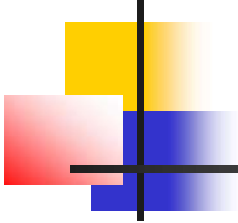
« Habituation
deviennent c
fortes !
(mais il y en



Surfer sur les envies

- Résultats :
 - Prise de conscience de la nature impermanente de l'envie
 - Prise de conscience de la stérilité de la lutte contre l'inconfort
 - Efficacité perçue : expérimenter l'inconfort présent face à son intensité est possible !
- Remarque : Le craving n'est souvent que la partie visible de l'iceberg !

L'impulsion masque parfois un besoin ou une émotion

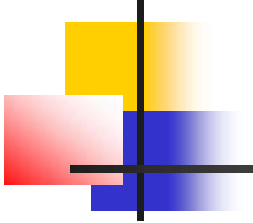


GERER SES EMOTIONS

NEGATIVES: modifier ses pensées

S'entraîner à PENSER AUTREMENT:

- Remise en question des pensées « catastrophiques » = effet régulateur sur émotions.
 - RESTRUCTURATION COGNITIVE
 - **Identifier Pensées Automatiques** (scénario catastrophe): en utilisant les 3 colonnes de Beck (faits/ émotions/ pensées).
- ⇒ A associer aux autres stratégies pour multiplier les points d'impact sur l'émotion.



GERER SES EMOTIONS

NEGATIVES: agir différemment

- *Faire face aux problèmes* : **Technique de Résolution de Problème.**
 - Addictions → parfois beaucoup de problèmes (financiers, prof, familiaux, juridiques) sources **d'anxiété, colère, révolte ou découragement.**
 - ⇒ Tentation importante de se replier sur sa dépendance pour « oublier » et calmer à court terme émotions désagréables ⇒ aggravation, cercles vicieux.
 - ⇒ Trouver des solutions + efficaces.
 - ⇒ Faire le bilan des difficultés, solliciter des aides parfois.

PLACE DES TCC

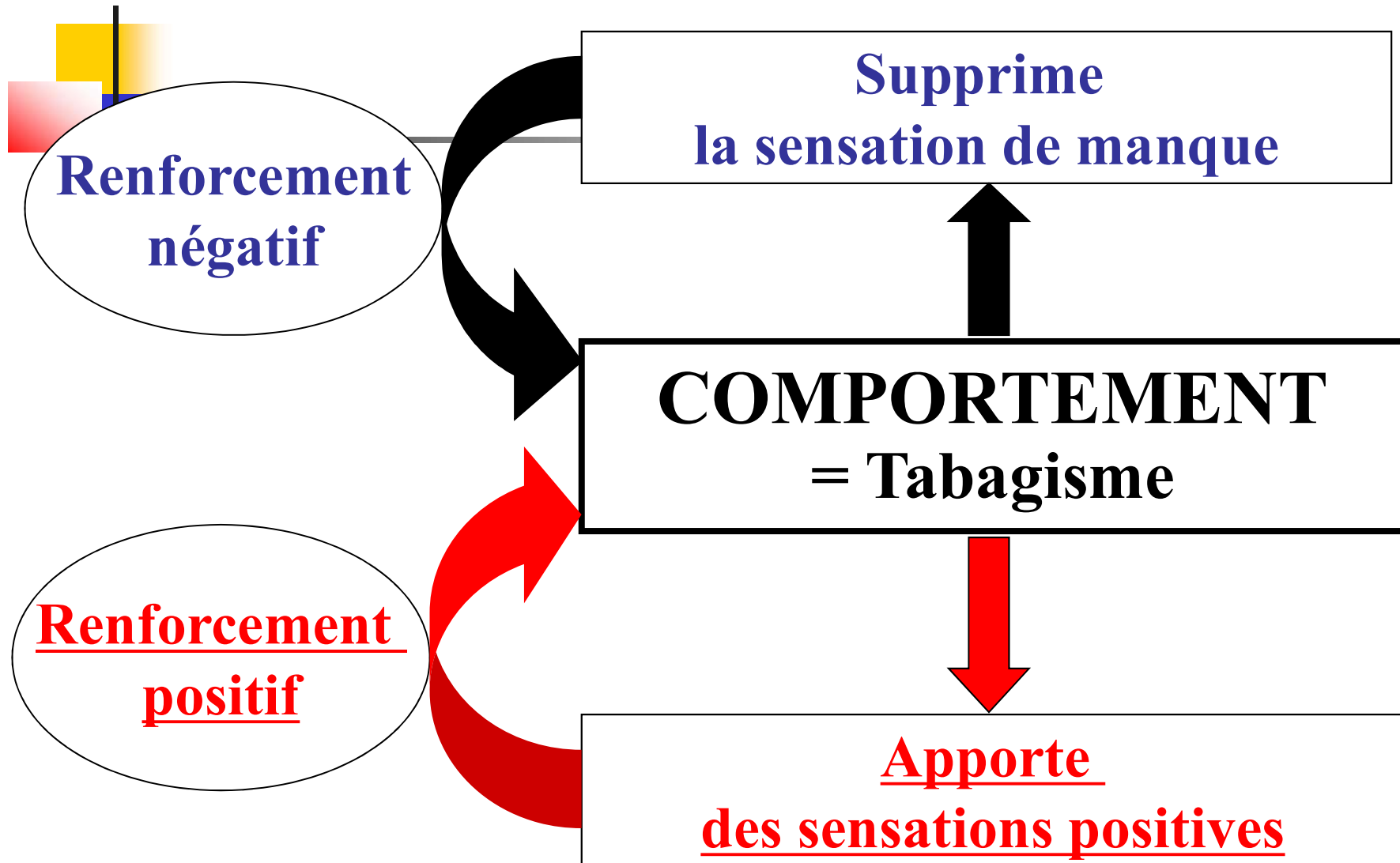
DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE

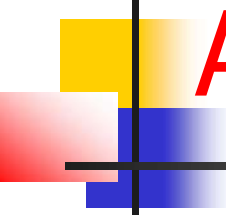
Conditionnement Pavlovien

Les « sonneries » chez le fumeur

- **Autre substance addictive (alcool)**
- **Autre produit « non toxicomanogène » (café)**
- **Facteur sensoriel : goût, odeur, vue du produit**
- **Facteur environnemental : lieu, moment (amis, soirée...)**

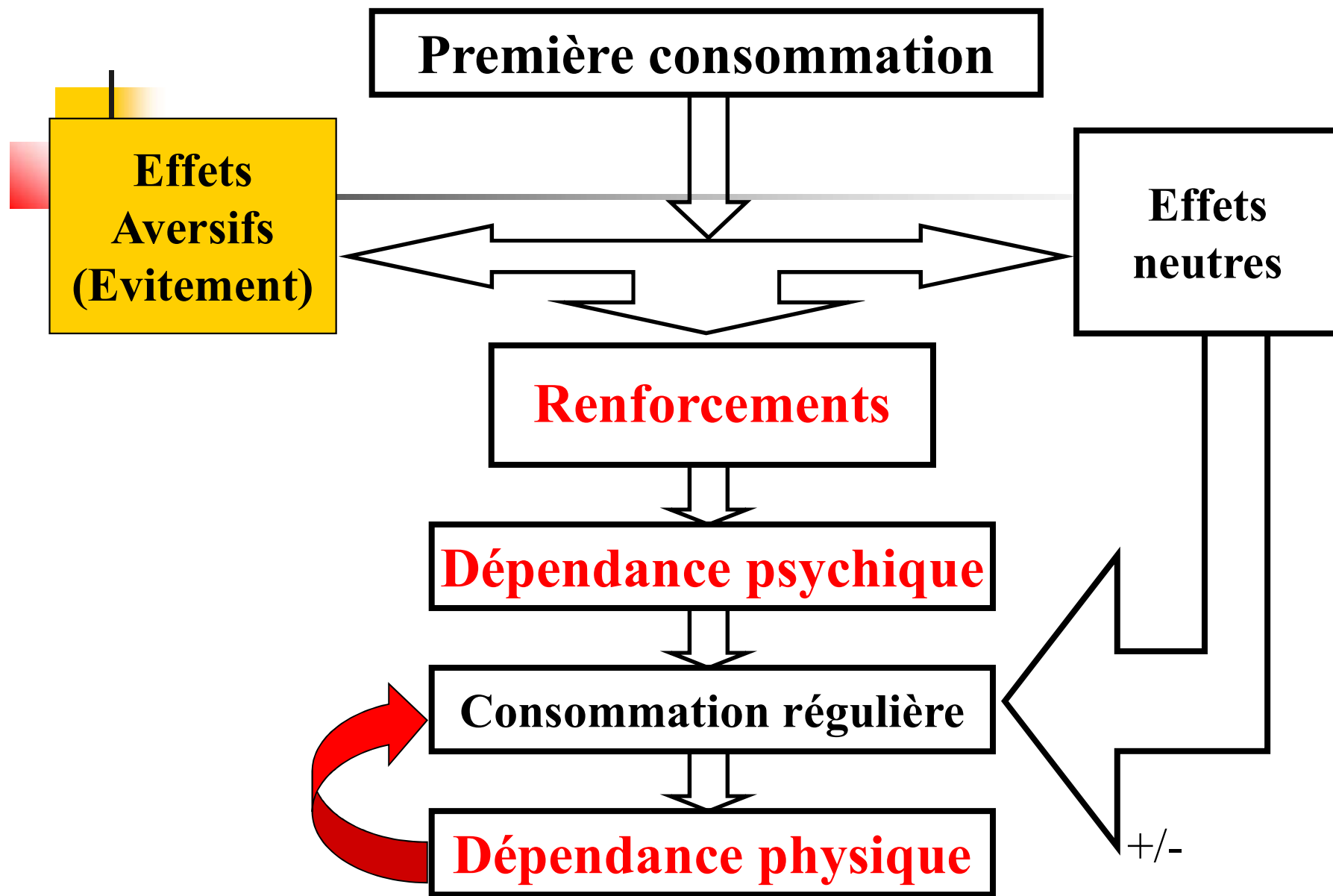
Les renforcements du comportement

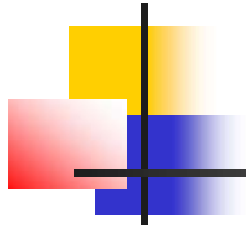




Apprentissage social

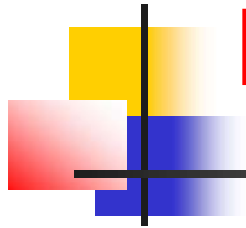
- Apprentissage par observation
et **imitation de modèles**
- « Modeling »
 - . Environnement (parents, amis...)
 - . Cinéma, télévision, publicité...





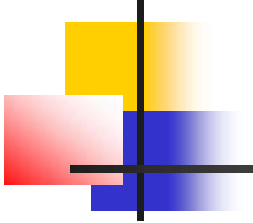
BILAN INITIAL

**« La prévention
des rechutes
commence au
début de la prise
en charge »**



La triple dépendance au tabac

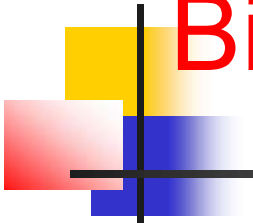
- **Évaluation des 3 types de dépendance:**
 - ✓ **Dépendance physique** (Nicotine et autres alcaloïdes du tabac) → **test de Fagerström**
 - ✓ **Dépendance psychique** : effets psycho-actifs de la nicotine et des autres alcaloïdes (plaisir, relaxation, stimulation, effet anti-dépresseur...)
 - ✓ **Dépendance comportementale** : geste, convivialité...



Evaluation de la dépendance psycho-comportementale

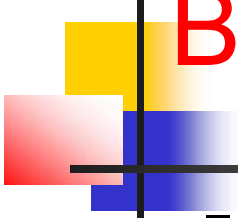
0 ————— 10

- ✓ **Geste**
- ✓ **Situations conviviales (fêtes, soirées....)**
- ✓ **Plaisir**
- ✓ **Réponse au stress**
- ✓ **Stimulation intellectuelle**
- ✓ **Soutien pour le moral**
- ✓ **Contrôle de l'appétit et du poids**



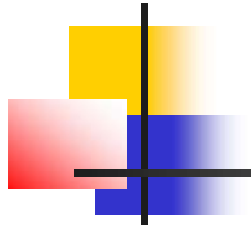
Bilan psychologique

- Recherche de **facteurs de stress**
- Recherche de troubles psychologiques:
 - Troubles **anxieux** (anxiété généralisée, phobie sociale...)
 - Dysthymie, **dépression**
 - **Manque de confiance en soi** (capacité à réussir) et **d'affirmation de soi**

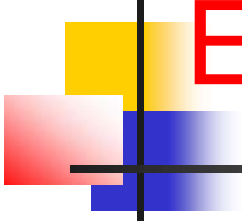


Bilan psychologique

- Recherche **d'autres addictions**
(alcool, cannabis...)
- Écoute des **craintes** du patient
(manque, irritabilité, prise de poids...)
- Identifier la **perte du plaisir de fumer**
- Repérer les **situations à risque** avant
le sevrage

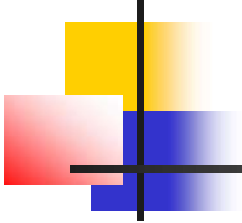


Préparation de l'arrêt du tabac EN TCC



Extinction du stimulus

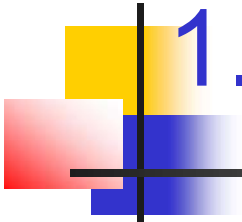
- Auto-observation du comportement



Agenda

cig n°	heure	situation associée
1	7h10	avec le premier café
2	7h20	id
3	8h00	après avoir démarré la voiture
4	8h30	1 ^{er} café au bureau
5	8h45	téléphone
6	9h30	discussion avec collègue fumeur
7	10h35	café

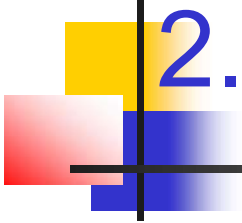
Les situations déclenchantes



1. environnement

- repas
- alcool
- fumeurs
- fêtes

Les situations déclenchantes



2. émotions négatives

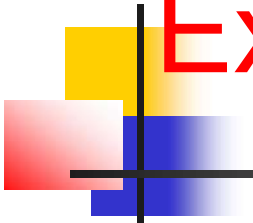
- **colère, anxiété, culpabilité...**
- **pensées négatives**

Les situations a risque

3. Conditionnement

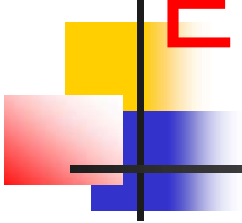
- **café**
- **téléphone**
- **trajets de voiture**
- **routines au travail**
- **sortie du chien**

...



Extinction du stimulus

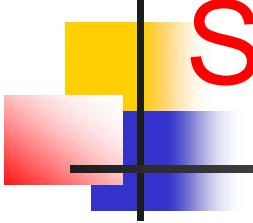
- observation du comportement
- connaissance des situations déclenchantes
- **dissociation situations déclenchantes / comportement**
- apprentissage
- déconditionnement
- **augmentation du sentiment d'efficacité personnelle**



En pratique

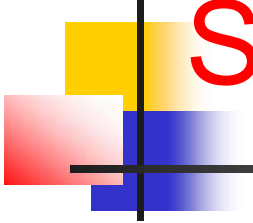
Ne pas fumer

- en voiture
- au téléphone
- après le repas
- pendant le café



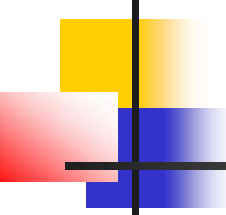
Soutien social - 1

- **Annonce du projet**
- **Constitution de son équipe de soutien**
 - **Famille, travail, amis, professionnels de santé**
- **Réduction de l'exposition**
 - **Famille, travail**



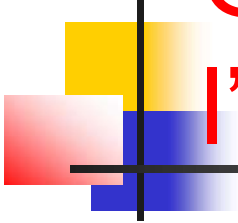
Soutien social - 2

- **Encouragements**
 - **Rapports quotidiens**
- **Prévention des émotions négatives**
 - **Indulgence**
- **Gestion d'un faux pas**



Rien de tel que l'expérience

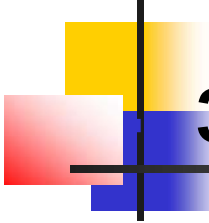
- **Ce qui a déjà été efficace**
- **Les erreurs à ne plus commettre**



Gérer ses envies de fumer après l'arrêt

- **Contrôle du stimulus**
- **Stratégies cognitives d'opposition**
- **Stratégies cognitives d'accompagnement**
- **Stratégies comportementales**

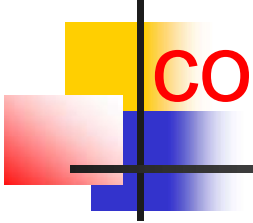
Contrôle du stimulus



3 stratégies (exemple : café => cigarette)

- ✓ **L' évitement** : éviter (dans un premier temps) de boire du café
- ✓ **La substitution** : remplacer le café par une autre boisson chaude (thé, infusion...)
- ✓ **Le changement** : modifier la situation déclenchante (contexte) : prendre son café dans un autre endroit, dans une autre tasse, à un autre moment...

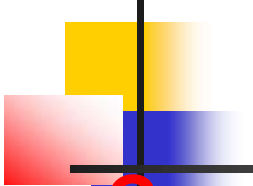
Gérer les envies de fumer:



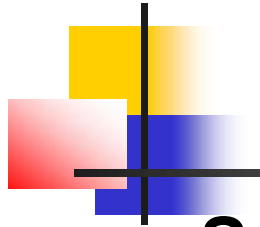
contrôle des situations déclenchantes

- Se débarrasser de tabac-cendriers-briquets ...
- Éviter les fumeurs
- Prendre son café dans d'autres conditions
- Éviter l'alcool
- Développer des **activités brèves de remplacement**
- Éviter les moments d'oisiveté
- Pratiquer des **activités physiques**

Stratégies cognitives d'opposition (1)

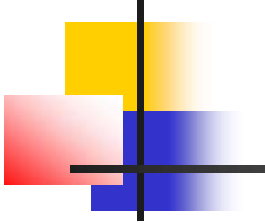
- 
- **Contrôler** les envies de fumer (diminution de l'intensité et de la durée):
 - ✓ Savoir que les envies de fumer surviennent par vagues et sont **brèves** (« Cela ne va pas durer »)
 - ✓ **Dédramatiser** : « Que représentent ces difficultés par rapport à de grandes souffrances : guerre, drame? »
 - ✓ **Distanciation** : « Quel jugement porterai-je dans 6 mois sur mes difficultés de l'instant ? »
 - ✓ Occuper le terrain cognitif par des **petites phrases répétées en boucle** (« La cigarette, j'arrête »)

Stratégies cognitives d'opposition (2)

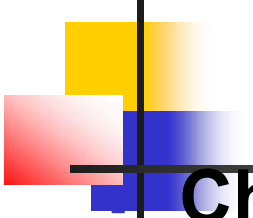


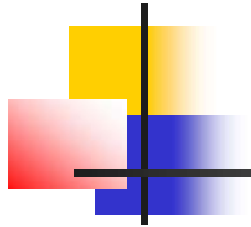
- Se répéter la **liste de ses motivations** (liste bien en vue ou conservée sur soi)
 - ✓ Bénéfices de l'arrêt
 - ✓ Inconvénients de fumer
- Penser à autre chose : puiser dans un stock de **pensées plaisantes** (analogie avec un changement de sujet de conversation pour couper court à une conversation pénible)
- **Auto-encouragement**

Stratégies cognitives d'accompagnement

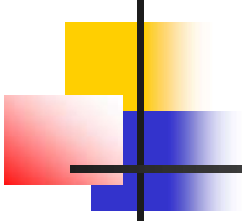
- 
- **Accompagner** l'envie de fumer (*surfer sur la vague de l'envie de fumer*)
 - S'installer confortablement
 - Se concentrer sur les sensations physiques et psychologiques qui caractérisent l'envie de fumer
 - Essayer de les contrôler : en faire l'**inventaire**, en mesurer l'**intensité** (augmentation progressive, stabilisation puis diminution et disparition des symptômes)
 - Ceci permet **un sentiment de contrôle de la situation**

Stratégies comportementales

- 
- **Changement de contexte: quitter la table, sortir...**
 - **Activité brève (et plaisante) : boisson fraîche, fruit, brossage des dents, douche ou bain...**
 - **Prise de substituts nicotiniques oraux ou inhaleur : sentiment de contrôle de la situation**
 - **Activité physique ou sportive**
 - **Exercices de relaxation respiratoire**
 - **Parler à une personne « soutenante »¹⁸⁴**



Stade de maintien



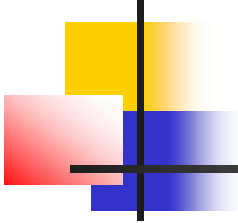
Stade de maintien

- **Arrêt durable du tabac**
- **Réussite**
- **Mais rester vigilant !**

Stade de maintien

Objectifs

- **Renforcements positifs du nouveau comportement**
- **Sentiment d'efficacité personnelle**
- **Maintien du contact thérapeutique (importance du suivi +++)**
- **Plan d'urgence : comment faire en cas de faux pas ou de rechute ?**



Plan d'urgence

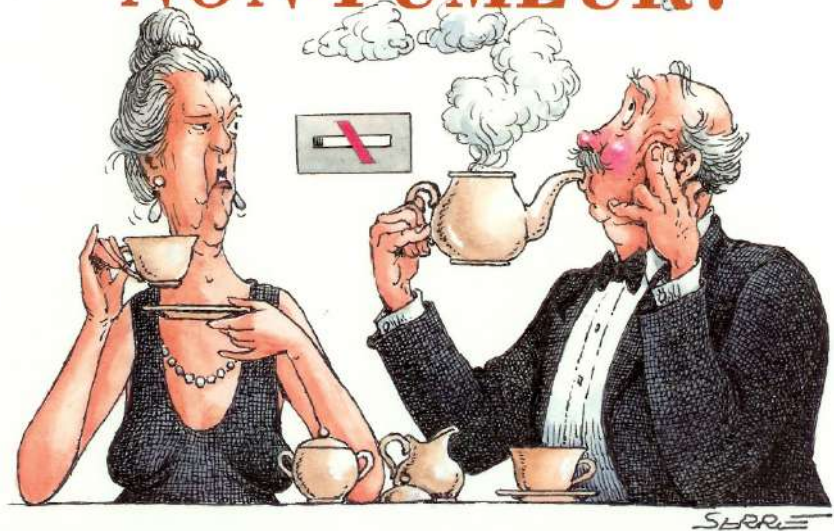
Face à une reprise de tabac

- la rechute n'est pas inéluctable
- **ne pas dramatiser**
- se débarrasser du tabac
- lutter contre les sentiments de culpabilité ou de dévalorisation
- **demander de l'aide** (téléphoner à son équipe de soutien)
- prendre un rendez-vous avec son tabacologue

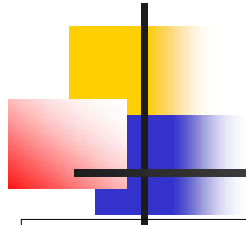
Prévention des rechutes

LA THERAPIE COGNITIVE

FUMEUR
OU
NON-FUMEUR?



Identification des Pensées à l'origine de la rechute



**Pensées
anticipatoires
positives**

« Je vais passer un bon moment »

**Pensées
anticipatoires
soulageantes**

**« Je vais me détendre »
« Je vais me calmer »**

**Pensées
permissives**

**« Une petite cigarette,
ce n'est pas bien grave »
« Je l'ai bien méritée ! »**

RESTRUCTURATION COGNITIVE

C Cungi; Faire face aux dépendances; Ed Retz 2005

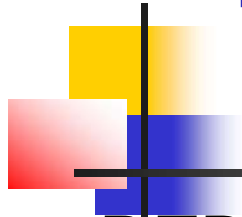
**COGNITIVE
THERAPY OF
SUBSTANCE
ABUSE**

AARON T. BECK
FRED D. WRIGHT
CORY F. NEWMAN
BRUCE S. LIESE

- 1-Mise en évidence des pensées automatiques
- 2-Modifier les pensées automatiques
- 3-Mise en évidence et modification des erreurs logiques concernant le tabagisme
- 4-Mise en évidence et « assouplir » les postulats de base

Modifier les pensées automatiques

LES COLONNES DE BECK



REPERER

- Les situations concrètes qui poussent à consommer le produit
- Pensées et émotions associées à la prise du produit
- Pensées modifiées et alternatives
- Comportement modifié et alternatif

Mise en évidence et modification des erreurs de logique

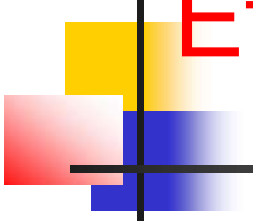
Neuf erreurs de logique entretiennent les difficultés émotionnelles



- Inférence arbitraire
- Surgénéralisation
- Abstraction sélective
- Personnalisation
- La tyrannie des « je dois », »il faut »
- Tout ou rien
- Raisonnement émotionnel
- Etiquetage
- Minimalisation/maximalisation



EXEMPLE

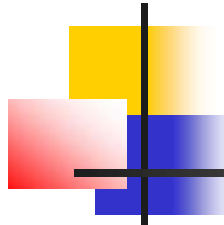


Effet de violation de l'abstinence

- baisse de la confiance en soi
- **honte / culpabilité**
- **augmentation du besoin de fumer**

et donc risque de :

- **perte de contrôle**
- **rechute**

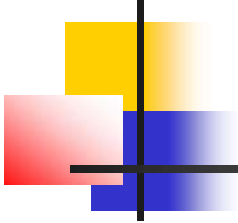


Ou au contraire

- **banalisation**
- **confiance en sa capacité de contrôler**

et donc risque de :

- **répétition**
- **rechute**



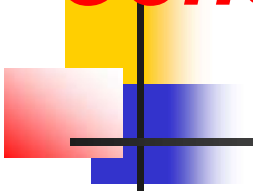
Plan d'urgence

Face à une reprise de tabac

- la rechute n'est pas inéluctable
- **ne pas dramatiser**
- se débarrasser du tabac
- lutter contre les sentiments de culpabilité ou de dévalorisation
- **demander de l'aide** (téléphoner à son équipe de soutien)
- prendre un rendez-vous avec son tabacologue

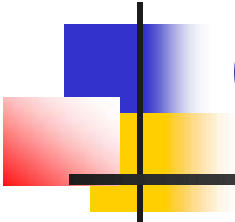
La prévention des rechutes

Conclusion



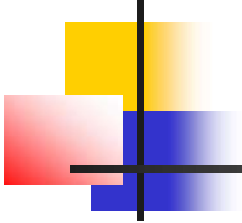
**Mettre en place des alternatives
aux effets positifs de la cigarette**

- Cigarette **plaisir** : autres façons de se faire plaisir
- Cigarette **anti-stress** : apprentissage des techniques de relaxation, activités sportives
- Cigarette **soutien pour le moral** : écoute, TCC, psychotropes
- Cigarette **pour s'affirmer** : techniques d'affirmation de soi (ADS)



GESTION DE LA RECHUTE

Stade de la reprise ou rechute

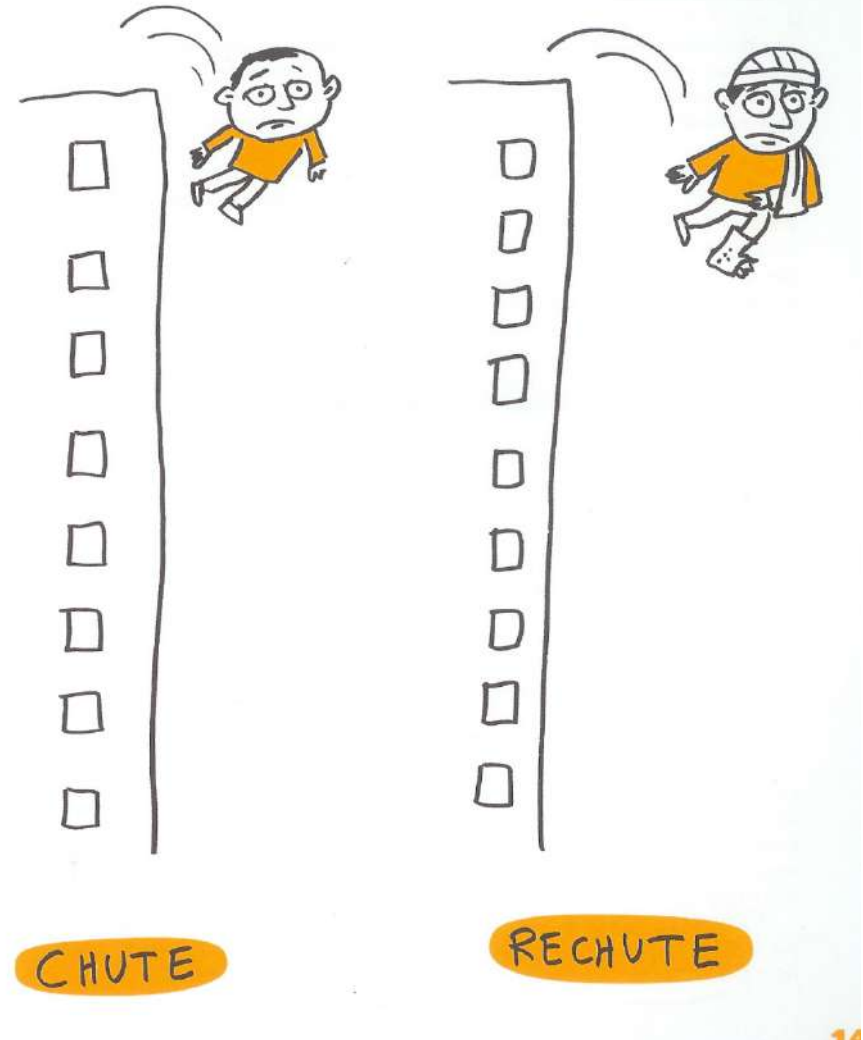


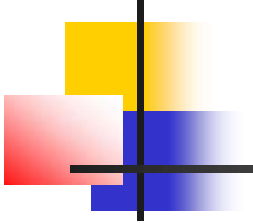
Stade de reprise (rechute)

- La règle et non l'exception
- Une expérience et non un échec
 - « Que m'enseigne-t-elle ? »
- Permet souvent de progresser : succession de cycles « arrêt-rechute » avant abstinence
 - « définitive »
 - (cycle de Prochaska)
- Préparer avec le patient une CAT adaptée dès le stade de contemplation!

Principales causes de reprise du tabagisme

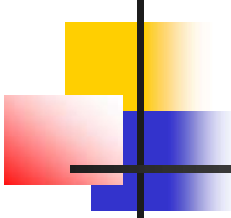
- **Persistance de la dépendance physique**
- **Stress aigu**
- **Stress chronique**
- **Prise de poids**
- **Dépression**
- **Perte de motivation**
- **Environnement (convivialité)**





Principales causes des rechutes (2) dans le tabac

- **Environnement** : situation conviviale, présence de fumeurs...
- **Emotions négatives**:
 - ✓ Stress chronique
 - ✓ Stress aigu : colère, évènement de vie douloureux
 - ✓ Tristesse, ennui
- **Situations spécifiques** (stimuli déclencheurs variés) : café, téléphone, voiture, activités routinières...



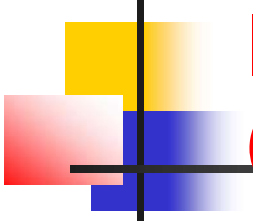
Principales causes des rechutes (3) dans le tabac

- **Nostalgie de la cigarette**
 - ✓ Souvenir de ses effets psycho-actifs
 - ✓ Souvenir de ses effets physico-chimiques (goût dans la bouche, air chaud dans le pharynx)
- **Perte de motivation**
- **Difficulté d'identification** : l'ex-fumeur ne se « reconnaît » plus (perte des repères d'identité)

Les différentes rechutes

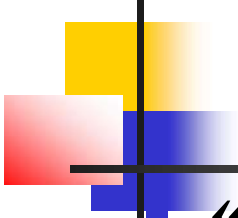
(Isabelle Clauzel. « Ne plus fumer ». Retz)

- Le « **flash** » : pulsion irrépressible
- La reprise **brutale** ou « chute »
- La reprise **progressive** : liée à l'effet de violation de l'abstinence
- La reprise **programmée** : liée aux petites décisions apparemment sans rapport avec la situation à risque et la prise de tabac



Pensées et petites décisions apparemment sans rapport avec la situation à risque de rechute (DASC)

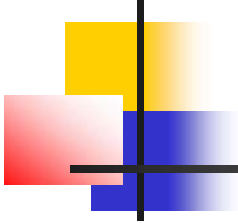
- **La reprise programmée
(rechute par étapes)**
- **Pensées en boule de neige
ou « effet cascade »**
- **Les DASC favorisent
l'exposition à une SHR.**



Exemple d' « effet cascade »

« Je ne peux rester à la maison à tourner en rond »

- **« Je vais faire un tour en ville »**
- **« Je vais voir une amie » (qui habite à côté du buraliste !)**
- **« Je ne la préviens pas et je me retrouve devant le bar-tabac » (car bien entendu, elle est absente !)**
- **« J'ai très envie d'une cigarette ; justement quelqu'un fume ; je lui en demande une »**
- **Je fume une cigarette (rechute)**



Stade de reprise

En pratique

- **« Réagir et être réaliste »**
- **Déculpabiliser**
- **Positiver**
- **Reprendre l'aide nécessaire à un nouvel arrêt**

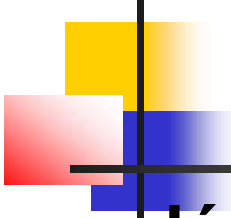
Reprendre la balance décisionnelle

**Continuer
le comportement**

**Changer
le comportement**

Étudier les arguments « pour et contre » :

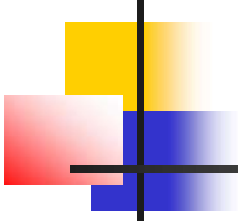
- La poursuite du tabagisme
- L'arrêt du tabagisme



Demande d'aide

Que peut faire l'équipe de soutien ?

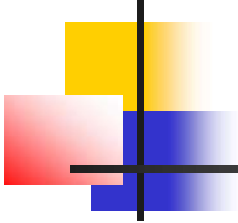
- **déculpabiliser**
- **encourager**
- **faire parler des bénéfices de l'arrêt**
- **faire parler des inconvénients de fumer (top 4)**
- **aider à programmer des activités (de plaisir / sportives)**
- **pour les difficultés du moment**
 - **dédramatiser**
 - **rechercher des solutions**



3 Stratégies pour faire face à l'envie de fumer

1) Lorsque vous avez envie de fumer, rappelez-vous pour quels motifs personnels vous êtes prêt à faire face à cette envie.

Être capable de **donner du sens** au fait de faire face à la souffrance liée à votre envie de fumer et s'en rappeler au cœur même de la tempête de l'envie peut être une aide précieuse pour tenir le coup!

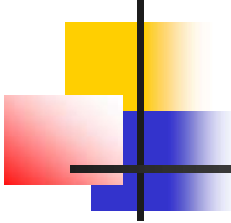


2) Faites tout ce que vous pouvez pour lutter contre votre envie de fumer

Attention: S'il est facile d'éteindre une allumette en soufflant simplement dessus, utiliser cette même stratégie pour éteindre un incendie ou un barbecue aux braises rouges aura l'effet inverse!

C'est la même chose avec l'envie d'arrêter de fumer. Lorsque l'envie n'est pas trop importante, essayer de lutter contre elle peut fonctionner, par contre si elle est un peu plus forte, essayer de lutter contre elle peut avoir l'effet inverse.

Au plus on essaie de ne pas penser à quelque chose, au plus on y pense ! Essayer de ne pas penser à quelque chose, c'est déjà y penser !



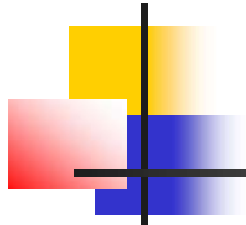
3) Surfez sur la vague de votre envie de fumer.

Parfois, paradoxalement la chose la plus simple à faire est de faire face à l'envie de fumer **sans essayer de lutter contre elle** ou de faire quoique ce soit.

Accepter de façon radicale cette envie **sans la juger**. Cesser toute tentative de vouloir la contrôler. Simplement laisser brûler le feu de l'envie jusqu'à ce qu'il s'éteigne de lui-même.

Simplement prendre conscience de votre envie, **de toutes les pensées** (je vais mourir si je ne fume pas, il faut absolument que je fume, juste une dernière, je n'y arriverai pas, c'est horrible...), **les images** (se voir en train de fumer, s'imaginer aller chercher des cigarettes,...) qui apparaissent, se développent et puis s'en vont. **Les regarder comme un train qui passe sans lutter contre elles ou vous laisser emporter par elles.**

Prendre aussi conscience de **vos sensations physiques** liées au manque et à votre envie de fumer (boule au ventre, mâchoires et poings serrées, cœur qui bat...) aussi sans essayer de lutter contre elles ou de les faire disparaître. **Les localiser le plus précisément possible dans votre corps.** Simplement prendre conscience de quelle manière ces sensations apparaissent, se développent et puis s'en vont. Vous ouvrir à ces sensations, les accueillir, les accepter moment après moment sans succomber à votre envie.



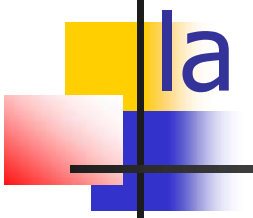
Faire confiance au temps qui passe. **Prendre conscience que votre envie ne restera pas là à vie** même si cette croyance vous traverse l'esprit. Votre envie finira bien par s'en aller, même si dans un premier temps cela vous paraîtra difficile voir impossible et que cela vous paraîtra durer une éternité. Est-ce que vous connaissez quelqu'un qui aurait toujours tout le temps la même envie 24h sur 24, 7 jours sur 7, du début de sa vie à la fin de sa vie ? Non, elle finira bien par s'en aller d'elle-même.

Faire face à votre envie de cette façon peut vous faire peur et vous demander du courage.

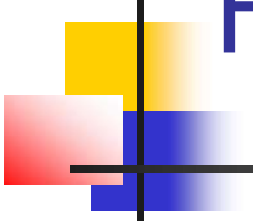
Prendre conscience aussi **des mouvements de va et vient de votre respiration** et sentir que votre respiration peut vous aider à faire face à votre envie.

Au plus vous aurez fait l'expérience qu'il n'est pas nécessaire de faire quoique ce soit face à l'envie de fumer : elle apparaît, se développe et puis s'en va ; et qu'il est possible de surfer sur elle sans y succomber, et plus il vous sera facile d'y faire face lorsqu'elle apparaîtra à nouveau...

Evaluation avant pendant et après la thérapie

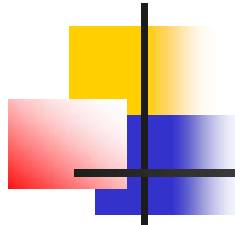


- Envie de fumer/10
- Envie de ne pas fumer/10
- Motivation à l'arrêt/10
- Qualité de vie/10
- Nombre de cigarettes par jour
- CO dans l'air expiré en PPM



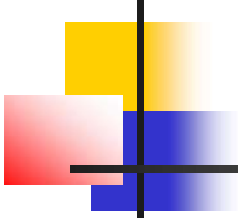
Format de séance

- Revue des tâches assignées
- Agenda de séance
- Travail de séance
- Mise au point des tâches assignées
- Résumé
- Feed back



Règles de bases en T.C.C.

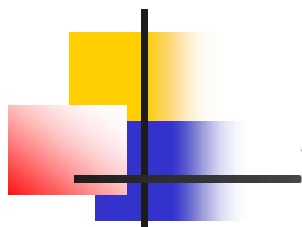
- amener le patient à repérer ses croyances et comportements, les critiquer et envisager des alternatives, c-à-d ne pas proposer à sa place !
- Déterminer les cibles thérapeutiques et les objectifs avec le patient.



BIBLIO

- **Comment arrêter de fumer ? (Poche)** de [Gilbert Lagrue](#) (Auteur), [Henri-Jean Aubin](#) (Auteur), [Patrick Dupont](#) (Auteur); Ed Odile Jacob, 2004.
- **Arrêter de fumer ?** de [Gilbert Lagrue](#) (Auteur). Ed Odile Jacob, 2006.
- **Faire face aux dépendances .** [Charly CUNGI](#). Editions Broché.
- **Ne plus fumer.** [Clauzel I.](#) Edition Retz.
- Aubin HJ *et al.* Alcoologie et Addictologie 2000 ; 22 : 313-8.
- Guichenez P. Courrier des addictions 2006 ; 8 : 90-1.
- Dupont P. Revue du Praticien (Médecine générale) 2003 ; 17 : 1083-6.
- **Comment arrêter l'alcool ?** de [Pierluigi Graziani](#) (Auteur), [Daniela Eraldi-Gackiere](#) (Auteur). Ed Odile Jacob, 2003 (guide pour s'aider soi-même).

- **Thérapies cognitives et comportementales et addictions (Broché)** de [Hassan Rahioui](#) (Auteur), [Michel Reynaud](#) (Auteur). Ed Flammarion Médecine-Sciences, 2006.
- **« Addictions : prévention de la rechute basée sur la la pleine conscience »** Sarah Bowen, Neha Chawla, G.Alan Marlatt De Boeck, 2013
-



TRAITER L'ADDICTION AU TABAC

avec les Thérapies Comportementales
et Cognitives

ATELIERS DU PRATICIEN
TOUTES LES BONNES PRATIQUES

Préface de
Charly Cungi

Les TCC sont l'une des seules approches non médicamenteuses dont l'efficacité est scientifiquement démontrée dans le sevrage tabagique. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage :

- le protocole de TCC en quatre étapes : l'alliance thérapeutique, l'analyse fonctionnelle, puis les méthodes comportementales et/ou cognitives et enfin l'évaluation avant pendant et après la thérapie ;
- les cinq méthodes utiles pour augmenter la motivation ;
- la place des autres techniques : substituts nicotiniques et cigarette électronique.

3 cas cliniques sont détaillés, avec l'analyse complète d'une vingtaine de séances à chaque fois.

Cet ouvrage offre de nombreux exemples d'entretiens et décrit le déroulement d'une TCC dans ses différentes composantes.

PUBLIC

Tabacologues et tous les professionnels de la santé et du soin psychique concernés.



587540
978-2-10-075812-8



TRAITER L'ADDICTION AU TABAC

ATELIERS DU PRATICIEN
TOUTES LES BONNES PRATIQUES

PHILIPPE GUICHENEZ
Préface de Charly Cungi

TRAITER L'ADDICTION AU TABAC

avec les Thérapies
Comportementales
et Cognitives

- Mise en œuvre d'un programme TCC
- Cas cliniques développés
- Cigarette électronique et autres méthodes alternatives