

# **DIU et CAPACITE en addictologie**

**Thérapies comportementales  
et cognitives pour les  
addictions**

# Définitions en addictologie

## La définition de Goodman:

Un **processus** par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de **plaisir** et d'écartier ou d'atténuer une sensation de **malaise**, est employée d'une façon caractérisée par **l'impossibilité répétée** de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la **connaissance** des conséquences négatives.

# Définitions en addictologie

- L'alcool représente en France la part la plus importante du coût social des substances addictives, 80 % de toutes les addictions confondues.
- Considérons donc les différents stades qui définissent la problématique alcool.

# Définitions en addictologie

## USAGE

### **Non consommation :**

- ⇒ Primaire (non initialisation)
- ⇒ Secondaire (arrêt après une phase de consommation)

10 % des Français ne consomment pas d'alcool.

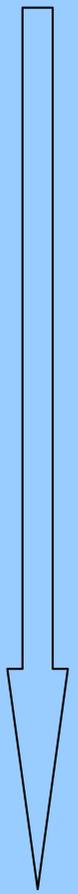
### **Consommation socialement réglée :**

- ⇒ Consommation n'entraînant ni complication somatique, ni dommage autre.
- ⇒ Les « normes » de consommation varient souvent dans le temps.
- ⇒ Peut être occasionnelle ou régulière.



# Définitions en addictologie

## Usages à risque

- 
- **Aigu ou chronique**
  - **Consommation supérieure à un seuil** (défini, n'entraînant pas de dommage médical, psychique ou social)
  - **Combien** (seuil)
    - ↪ Seuil devant déclencher une intervention thérapeutique.
    - ↪ Cela ne signifie pas qu'une consommation en- deçà de ce seuil doit être encouragée.
    - ↪ Normes de l'O.M.S.
      - ➔ pour l'homme : 3 verres par jour ou 21 verres par semaine.
      - ➔ pour la femme : 2 verres par jour ou 14 verres par semaine.

# Définitions en addictologie



**Quand** : risque situationnel

↪ Grossesse

↪ Conduite automobile ou de machines

↪ Associations à certains traitements psychotropes

**Comment** :

↪ Précocité de la consommation

↪ Cumul de consommation avec d'autres substances

↪ Recherche d'ivresses, notamment en cas d'ivresses précoces ou répétées.

↪ Consommation solitaire à visée anxiolytique ou antidépressive.

# Critères de l'abus d'une substance (D.S.M.IV.)

**A.Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :**

- (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
- (2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)

# Critères de l'abus d'une substance (D.S.M.IV.)

- (3) problèmes judiciaires répétées liés à l'utilisation d'une substance (par ex. arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
- (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

**B Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.**

## **Critères de dépendance à une substance (D.S.M.IV.)**

**Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :**

- (1) tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
  - nécessité d'augmenter les doses d'alcool pour se sentir bien
  - diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool
- (2) sevrage caractérisé par des symptômes de sevrage ou de prise d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- (3) prise d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée

## Critères de dépendance à une substance (D.S.M.I V.)

- (4) désir persistant ou efforts infructueux du patient pour diminuer ou contrôler sa consommation d'alcool
- (5) beaucoup de temps passé ou beaucoup d'efforts prodigués pour se procurer de l'alcool
- (6) le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool
- (7) le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool.

# Axes d'actions

La conduite addictive est **une réponse inappropriée** de l'individu face aux exigences de sa réalité, telle qu'il la perçoit ou l'interprète, dans toutes les contingences de sa vie au quotidien, en lien avec son histoire.

La problématique est **plurifactorielle**, éminemment complexe.

La lecture se fait sur **le modèle des comorbidités**, avec des prises en charge globales.

# Autres addictions

- Avec produits psychotropes:
  - toxicomanies
  - tabac
  - médicaments
- Troubles des conduites alimentaires
- Addictions comportementales:
  - jeux pathologiques
  - vols compulsifs
  - dépendances affectives ...

# Les thérapies comportementales et cognitives

- Application de la psychologie expérimentale
- Une méthodologie scientifique
- La conception sur des modèles issus :
  - des théories de l'apprentissage
  - des théories cognitives
  - de la prise en compte des facteurs émotionnels
  - une conception environmentaliste
- Sur un système interactionnel bio- psycho-social

# Les thérapies comportementales et cognitives

- Elles cherchent à modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations ressenties par les patients. La souffrance perçue par le patient ou son entourage sert de base pour accroître les possibilités d'autonomie personnelle
- 4 phases:
  - l'analyse fonctionnelle
  - la définition d'un objectif de traitement
  - la mise en œuvre du programme de soins
  - l'évaluation des résultats

# Les thérapies comportementales et cognitives

**Les interventions se font sur 3 axes:**

**le comportement:**

- enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit ou l'interprète.
- non conçu comme le signe d'une maladie ou le symptôme d'un état sous-jacent mais comme un trouble à part entière.

**la cognition:**

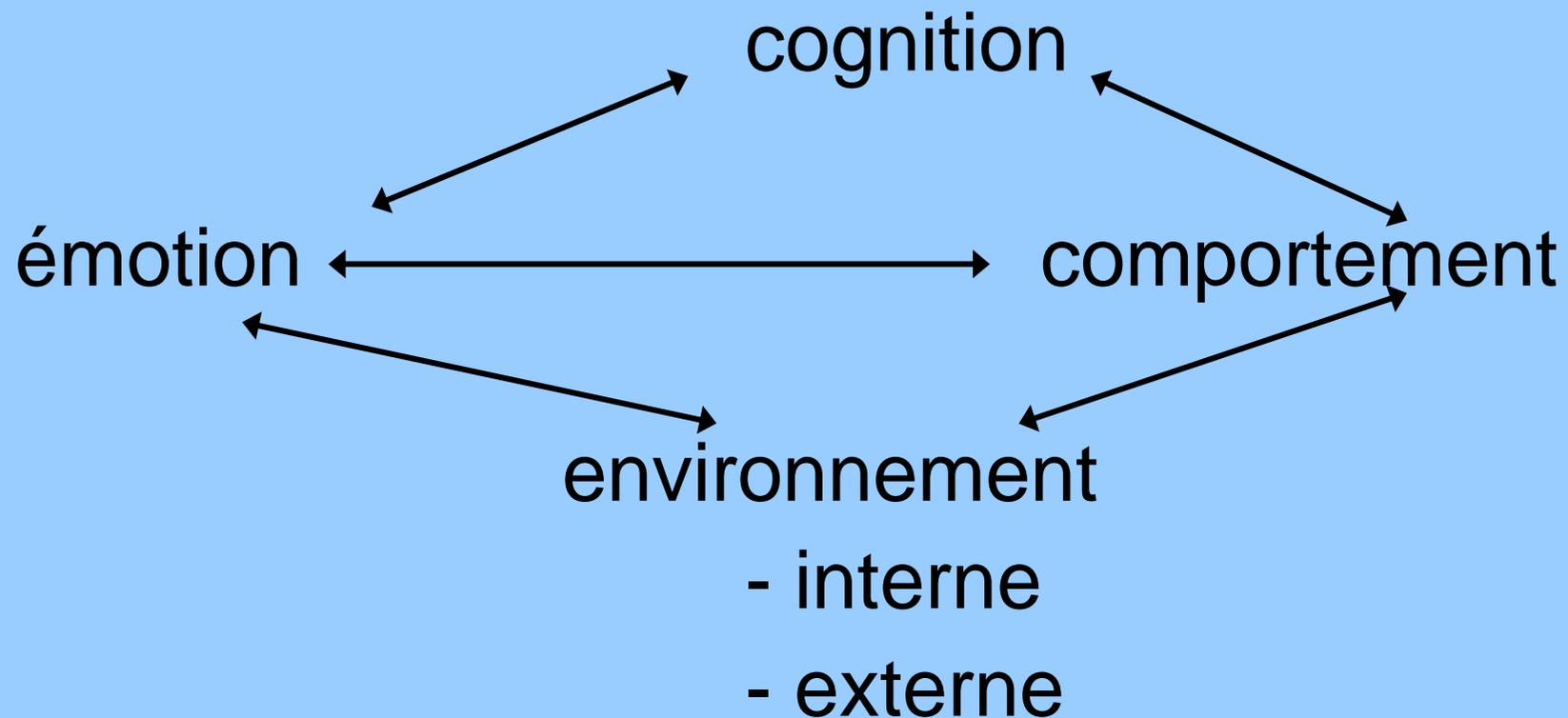
- acte de connaissance, acquisition et utilisation du savoir sur soi et sur le monde.

# Les thérapies comportementales et cognitives

## **l'émotion:**

- sensation physique de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponses à des stimuli internes ou externes.
- phénomène complexes intriquant cognitions et réponses physiologiques.
- aucun type d'émotion particulier n'est impliqué, mais plutôt la capacité à gérer l'exposition, le vécu et la gestion de ce phénomène.

# Les thérapies comportementales et cognitives



# Les thérapies comportementales et cognitives

- Elles visent le changement, qui ne peut exister sans motivation ni attente de résultats.
- Elles sont actives et exigeantes pour le patient comme pour le thérapeute.

# Les thérapies comportementales et cognitives

- La relation thérapeutique est:
  - Positive et renforçante, à la recherche de l'alliance
  - Patient et thérapeute travaillent en collaboration
  - Avec empathie et congruence
  - A partir de situations concrètes, dans le là-maintenant, le futur comme objectif et le passé comme éclairage.

Le patient agit pour lui, pendant et après les séances.

# Les théories de l'apprentissage

Le conditionnement classique ou pavlovien:

SI —————> RI  
stimulus inconditionnel      réponse inconditionnelle  
ex: nourriture                      ex: salivation

SN + SI —————> RI  
stimulus neutre  
ex: diapason

SC —————> RC  
stimulus conditionnel      réponse conditionnelle  
ex: diapason                      ex: salivation

Deux principes: la généralisation et l'extinction

# Les théories de l'apprentissage

**Le conditionnement opérant, skinnérien ou instrumental:** l'apprentissage se fait selon les conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur son environnement:

- **renforcement positif:** la présentation des renforçateurs accroît l'intensité et la fréquence du comportement

# Les théories de l'apprentissage

- **renforcement négatif**: le retrait du renforçateur accroît l'intensité et la fréquence du comportement

- **aversion ou punition**: la présentation du stimulus aversif fait décroître l'intensité et la fréquence du comportement (modèle de l'impuissance apprise).

# Les théories de l'apprentissage

## **L'apprentissage social ou vicariant:**

- Bandura, travaillant sur l'humain, fait le pont entre les modèles animaux, selon des modèles sociaux et les théories cognitives.
- modèle interactionnel entre la personne, ses comportements et son environnement.
- les processus symboliques et cognitifs sont au centre des apprentissages: la conscience du renforcement est nécessaire à la modification du comportement.

# Les théories de l'apprentissage

- l'apprentissage se fait par l'observation et l'imitation de modèles, réels, symboliques ou imaginaires, plus efficace que par les essais et réussites.
- le renforcement anticipé est plus important que le réel dans la régulation du comportement humain: l'efficacité personnelle perçue et l'attente de résultats constituent des moteurs puissants des acquisitions de savoir.

# Les théories de l'attachement

Cas clinique:

- Femme de 52 ans, divorcée depuis plus de 20 ans, une fille de 25 ans.
- Vit seule, avec un travail à responsabilités, en arrêt de travail depuis 6 mois.
- **Une problématique poly-addictive** ancienne (TCA, médicaments, alcool, tabac).

# Les théories de l'attachement

- Se décrit **en soins depuis plus de 20 ans**, suivant des techniques différentes, sur des périodes longues, particulièrement **les approches corporelles**, en ambulatoire comme en hospitalisation.
- Très adaptée aux soins, elle est d'un abord agréable, rompue à tous les abords thérapeutiques.

# Les théories de l'attachement

- « **Partout où je suis passée, les soignants se souviennent de moi...** ».
- Sa grande expérience se nourrit en fait de **répétitions**, avec de nombreux arrêts de soins consécutifs à des reprises de pratiques addictives.

# Les théories de l'attachement

- Dans son **généogramme**, on relève des grands parents maternels décédés jeunes et brutalement, plusieurs dépendants de l'alcool, un père peu impliqué avec ses enfants, une mère rejettante avec trois de ses enfants, fusionnelle avec les trois autres; les premiers souffrent de pathologies addictives, les autres sont en réussite sociale notable.
- Elle vit une relation fusionnelle avec sa fille, qui a profité de cette hospitalisation pour quitter la région.

# Les théories de l'attachement

- De son processus de soins, nous retenons:
  - ses **répétitions** avec des parcours interrompus ou menés à leurs termes dans de mauvaises conditions.
  - une **grande dépendance aux soignants**, voire à la maladie.
  - une relation faite d'**oppositions** ou de recherches de **relations privilégiées** avec les soignants comme avec les autres patients.
  - une grande fragilité vis-à-vis des produits.

# Les théories de l'attachement

- Des éléments cliniques retiennent notre attention:
  - dans les premiers temps de son hospitalisation, Mde E a une **présentation physique particulière**: coquette pour le haut du corps, négligée pour le bas, comme coupée en deux à la ceinture.
  - lors de plusieurs consultations, reviennent les préoccupations autour de la relation pathologique avec sa mère, faite de rejets, de maltraitances physiques et psychologiques, de tentatives de retrouvailles, comme autant d'allers et retours.

# Les théories de l'attachement

- les recadrages effectués par les soignants sont vécus comme des **rejets**, suivis par des **tentatives de séduction**.
- une adhésion presque **avide** aux thérapies à **médiation corporelle** est relevée.
- des **alternances** entre des lieux décrits comme sécurés (lieux de soins) et à risques (vie hors les lieux de soins) reviennent régulièrement dans son discours.

# Les théories de l'attachement

Ces observations nous amènent à une réflexion nourrie par les travaux suivants:

- **Anzieu** et le moi-peau.
- **Winnicott** et le handling
- L'injonction paradoxale (« je te demande de faire tes preuves pour te prouver que tu ne peux pas les faire » Anzieu)
- Les apprentissages, non seulement comportementaux et cognitifs, mais aussi émotionnels passant entre autres par la proprioception (**Winnicott**).

# Les théories de l'attachement

Nous nous attarderons plus particulièrement sur les théories de l'attachement

(**Bowlby, Bion, Ainsworth, Miljkovitch**) et les schémas cognitifs précoces (**Young, Beck**).

# Les théories de l'attachement

La **survie des espèces** peut apparaître comme déterminée par des schèmes comportementaux les plus « biologiquement avantageux ».

L'existence de certains **stimuli environnementaux** peut avoir un impact sur la mise en place de certains comportements prédisposés pour l'espèce.

# Les théories de l'attachement

**L'attachement** pourrait être considéré comme représentant une pulsion de vie, « **biologiquement avantageuse** », devant s'exprimer à tout prix pour être assouvie.

Un surplus d'excitation (lié à une **impression d'alerte**) non éliminé (par une **figure d'attachement réconfortante**) entraîne un sentiment d'insécurité, une peur d'être annihilé.

# Les théories de l'attachement

dès la naissance le petit humain active son système d'attachement, le plus souvent au sein de la **dyade mère-enfant**.

Il recherche l'assurance de l'efficacité de sa figure d'attachement qui lui procure une « **base sécurisante** ».

**Pouvoir anticiper le type de réponse** sécurisante de la disponibilité de sa mère lui permet ensuite de désactiver son **système d'attachement** pour activer celui de **l'exploration de l'environnement**.

# Les théories de l'attachement

Pouvoir faire ces **allers-retours** entre une base sécurisante et la découverte de l'environnement constitue le fondamental de l'apprentissage de **l'indépendance**.

La non réponse ou une réponse inadaptée de la mère aux signaux d'attachement de l'enfant peut les **exacerber** ou les **inhiber, modifier durablement** les stratégies d'exploration de l'environnement.

# Les théories de l'attachement

L'attachement et l'exploration fonctionnent en **miroir**.

**Des stratégies d'évitement**, par exemple d'un attachement insécuré, peuvent amener l'enfant à des explorations à risques, ou à des tentatives de détournement de ses préoccupations d'attachement vers des objets, sans réellement désactiver celles-ci.

# Les théories de l'attachement

Prenons l'exemple d'une émotion négative: la **colère**. A un certain stade, elle peut **alerter** la mère qui intervient pour **calmer** son enfant, maintenant ainsi le lien. A un autre stade, **inhiber** la colère ressentie vis-à-vis d'une figure d'attachement frustrante ou menaçante peut être un **moyen de garder le lien** qui risquerait d'être brisé.

# Les théories de l'attachement

- Différentes modalités d'attachement sont possibles pour l'enfant:
  - **anxieux-évitant**: indifférent apparemment à la situation, il peut continuer les explorations, ne semblant pas utiliser sa base sécurisante; il est en détresse par **inhibition de ses besoins d'attachement**.
  - **sécuré**: utilisant sa base sécurisante, il explore son environnement dans des **allers retours harmonieux**.

# Les théories de l'attachement

- **anxieux-ambivalent**: incapable de se situer entre l'attachement et l'exploration, il a des manifestations émotionnelles, **recherche le contact et résiste**, comme ne pouvant pas se remettre de la détresse de la séparation, avec une **colère persistante**.

- **désorganisé-désorienté**: les comportements sont **incompréhensibles, contradictoires**, sans logique et parfois étranges.

# Les théories de l'attachement

- L'enfant **intègre l'effet produit sur les autres**, quand il émet ses signaux d'attachement, et les séquences d'interactions.
- Les « **modèles internes opérants** » s'installent dès les premiers mois, influencent et modifient les **stratégies comportementales d'adaptation** de l'enfant, guidées par l'action.

# Les théories de l'attachement

Ces MOI se complètent par la suite avec la capacité à la **symbolisation**, les **expériences avec d'autres figures** d'attachement, le vécu **d'autres environnements**.

Ces acquisitions semblent aussi influencées par le « **tempérament** », notion trop vague pour le moment, mal étudiée, avec une composante génétique probable, mieux connue empiriquement que scientifiquement

# Les théories de l'attachement

- Les patterns comportementaux reposent sur les soins reçus, les attitudes de la figure d'attachement déterminent le type d'attachement:
  - **pattern sécure**: les émotions exprimées sont étroitement liées à la qualité d'écoute, l'enfant apprend la **confiance en lui et les autres**.
  - **Pattern évitant**: le parent ne réussit pas à tenir compte de l'état émotionnel, l'enfant livré à lui-même apprend à **mettre de côté ses affects**; la mère et l'enfant s'évitent ou se rejettent, celle-ci tirant plus d'inquiétude que de plaisir dans la relation.

# Les théories de l'attachement

- **pattern ambivalent**: le parent ne met pas de côté ses propres besoins, **surinvestit l'enfant pour combler ses manques**. Celui-ci développe des sentiments d'anxiété, de colère pour ses propres besoins non pris en compte, d'incapacité à combler le désir du parent, l'incitant à la **confusion**.

# Les théories de l'attachement

- **pattern désorganisé-désorienté**: le parent transmet la **peur** à son enfant qui se trouve alors dans le paradoxe de rechercher le confort, de n'obtenir que cette peur en retour; ses stratégies comportementales se **désorganisent** ou **s'effondrent**.

# Les théories de l'attachement

- La composante **transgénérationnelle** du processus d'attachement est incontournable.
- L'enfant **avant même sa conception**, incarne, dans le meilleur des cas, les attentes, les phantasmes, les anticipations des parents.
- Les attitudes à l'arrivée de l'enfant renvoient aux expériences d'attachement **vécus par les parents à leurs propres parents**.

# Les théories de l'attachement

- L'enfant émet ses signaux d'attachement puis les **module** en fonction des réponses obtenues.
- « **L'accordage affectif** » se fait en fonction de la mère et de l'enfant, en lien avec les propres expériences d'attachement de la mère.
- Tout se joue sur la **capacité d'adaptation** et de **prise de recul** de la mère, en fonction de son passé et du présent.

# Les théories de l'attachement

Quelques perspectives pour les fonctionnements à l'âge adulte :

## **séculaire:**

- facilité pour devenir intime et **faire confiance**
- vie professionnelle et affective plutôt **équilibrée** et **satisfaisante**

## **Ambivalent :**

- demandes affectives démesurées, avec **peur de l'abandon** et remises en question incessantes des relations.
- difficultés de concentration et **instabilité professionnelle**

# Les théories de l'attachement

## Évitant:

- souhait d'**échapper** à la dépendance affective
- non à l'écoute de leur besoin d'attachement ni de celui des autres
- hyper investissement professionnel au **détriment de la vie affective**.

## Désorienté-désorganisé:

- des **traumatismes réels** déconnectent le cognitif de l'émotionnel, chacun évoluant pour son propre compte
- tendances à l'**errance** et aux **pertes de repères**
- conduites **aberrantes**, illogiques voire dangereuses.

# Les théories de l'attachement

- Dans « **ce bain bouillonnant** » de l'enfance, s'impriment les représentations de ce qui fait la vie.
- Ces représentations, réelles et imaginaires, installent des **croyances ou certitudes personnelles**, subjectives, apprises tout au long des expériences.

# Les théories de l'attachement

- Elles accompagnent la personne **tout au long de sa vie** et lui paraissent **justes** et **fondées**.
- Elles **confirment** les modèles de son évolution pendant l'enfance.
- Elles se manifestent sur le plan cognitif, comportemental et émotionnel, sur la base des **schémas cognitifs**, théorie explicitée par YOUNG et BECK.

# Les théories cognitives

- **Les schémas cognitifs:**

- issus des **apprentissages précoces** comme vus ci-dessus.
- supports de la **connaissance**, de la **compréhension** de soi et du monde.
- **passages obligés** de toutes les informations internes et externes.
- fonctionnent sous la forme d'**injonctions**.
- interviennent de façon **automatique**, non consciente.

# Les théories cognitives

Quelques exemples de schémas:

- **Schéma précoce de séparation et de rejet:**
  - Abandon/instabilité:** le manque de stabilité ou de fiabilité perçu chez ceux censés offrir soutien et sens de l'appartenance à un groupe prévaut.
  - Méfiance/abus:** le sujet s'attend à ce que les autres le fassent souffrir, le maltraitent ou profitent de lui.
  - Imperfection/honte:** le jugement personnel d'imperfection, d'incapacité, d'infériorité s'impose.

# Les théories cognitives

- **Schéma précoce d'autonomie et de performance:**

**Dépendance/incompétence:** la croyance en l'incapacité à faire seul, y compris dans la vie au quotidien constitue la base.

**Surprotection/personnalité atrophiée:** l'attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, souvent un parent, empêche une adaptation sociale.

**Echec:** celui-ci est considéré comme globalement obligatoire.

# Les théories cognitives

- **Schémas précoces de dépendance aux autres:**
  - Assujettissement:** le sujet se soumet aux autres pour éviter conflits ou abandons, tout en refoulant la colère contre ceux auxquels il se soumet.
  - Abnégation:** cela amène à considérer volontairement tous les autres avant soi-même.
  - Besoin d'approbation:** le besoin excessif de l'attention, de l'estime et de l'approbation des autres constitue le problème central.

# Les théories cognitives

Ces schémas **automatiques** s'imposent en prenant des formes telles que :

« **si** je ne suis pas parfait en tout **alors** la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ».

« **si** je ne suis pas aimé de tous **alors** je suis nul et sans avenir ».

« **si** je ne respecte pas les lois en tout et en tous points **alors** je dois être sanctionné ».

« **si** je quitte mon milieu habituel de sécurité **alors** je serai anéanti »

**L'adaptation** exige que ces schémas soient **ajustés** en permanence, selon les nouvelles situations expérimentées, permettant des comportements **variés**.

# Les théories cognitives

- Les troubles viennent de la tendance à **maintenir** les schémas, quelque soient les circonstances, sans les **ajuster**.
- Trois stratégies sont utilisées, séparément ou simultanément:

**Le maintien des schémas:** par exemple une personne vivant selon un schéma d'imperfection trouve naturel que les gens la critique, et se comporte de façon que l'on continue à la critiquer pour maintenir cette vision d'elle-même.

# Les théories cognitives

**L'évitement des schémas:** la personne évite les pensées ou les situations qui peuvent activer le schéma; par exemple un sentiment d'imperfection fait éviter l'intimité, la dépendance implique de ne pas se retrouver en situation d'autonomie.

**La contre attaque:** toutes les stratégies visent à contrer les schémas; la carence affective implique la revendication de toujours plus d'attention, la croyance en son imperfection pousse à surinvestir la carrière professionnelle, au prix à chaque fois de l'intimité.

# Les théories cognitives

- **Les processus cognitifs:**
  - automatiques, ils font le **lien** entre le non conscient, issu du vécu antérieur, et le plus conscient.
  - produits de l'apprentissage, ils organisent les **adaptations** entre les schémas intangibles et les réponses apportées par l'individu pour répondre aux différentes situations .

# Les théories cognitives

- Ces processus sont des **modes opératoires** de pensées permettant de préparer les réponses.
- Ils sont assez **standardisés** comme par exemple:
  - **l'inférence arbitraire** (tirer une conclusion sans preuve)
  - **l'abstraction sélective** (se centrer sur un détail)
  - **la personnalisation** (« je suis responsable de tout ce qui ne marche pas » ou « je n'y suis pour rien dans mes réussites »)
  - **maximalisation** (apporter une valeur maximale à tout: « c'est une catastrophe »)

# Les théories cognitives

- **Les événements cognitifs:**
  - plutôt dans le niveau du conscient, peuvent être **entendus** et **discutés** par le sujet.
  - organisent les **réponses**, donc les actes du sujet.
  - plus aisément **accessibles** à la critique par le sujet ou à la psychothérapie.

# Les théories cognitives

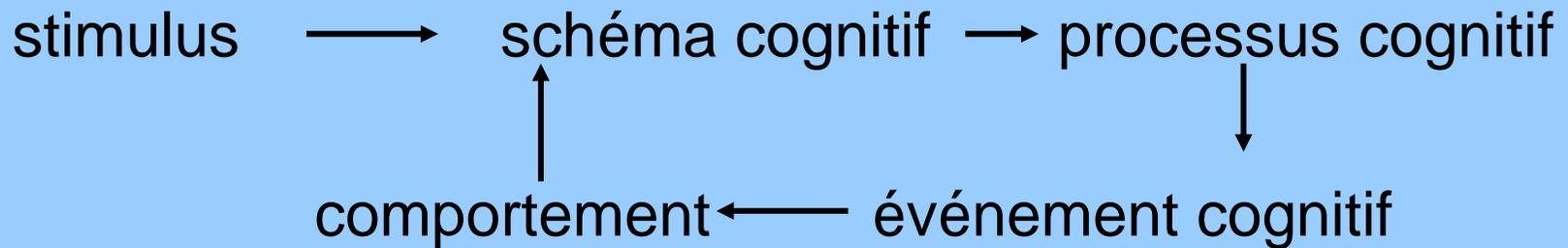
- Les évènements cognitifs, ou **monologue intérieur**, peuvent être **généralistes** et/ou **spécifiques** d'une pathologie.
- **Non spécifiques:**
  - je n'y arriverai jamais
  - je suis nul
  - tous les autres sont des proies
  - je vais encore échouer
  - je n'ai pas le droit de me mettre en avant
  - personne ne me comprend

# Les théories cognitives

- **Spécifiques chez les addictifs:**
  - **anticipations positives** sur l'effet du produit (« après je serai mieux, moins anxieux »)
  - **prévention de l'inconfort** sans le produit (« je vais être en manque si je n'ai pas ma dose »)
  - **auto autorisation de récompense** au travers du produit (« il n'y a pas de mal à se faire du bien »)
  - **faible efficacité personnelle perçue** (« le produit est plus fort que moi »)
  - **forte efficacité personnelle perçue et illusoire** (« la volonté suffit »)

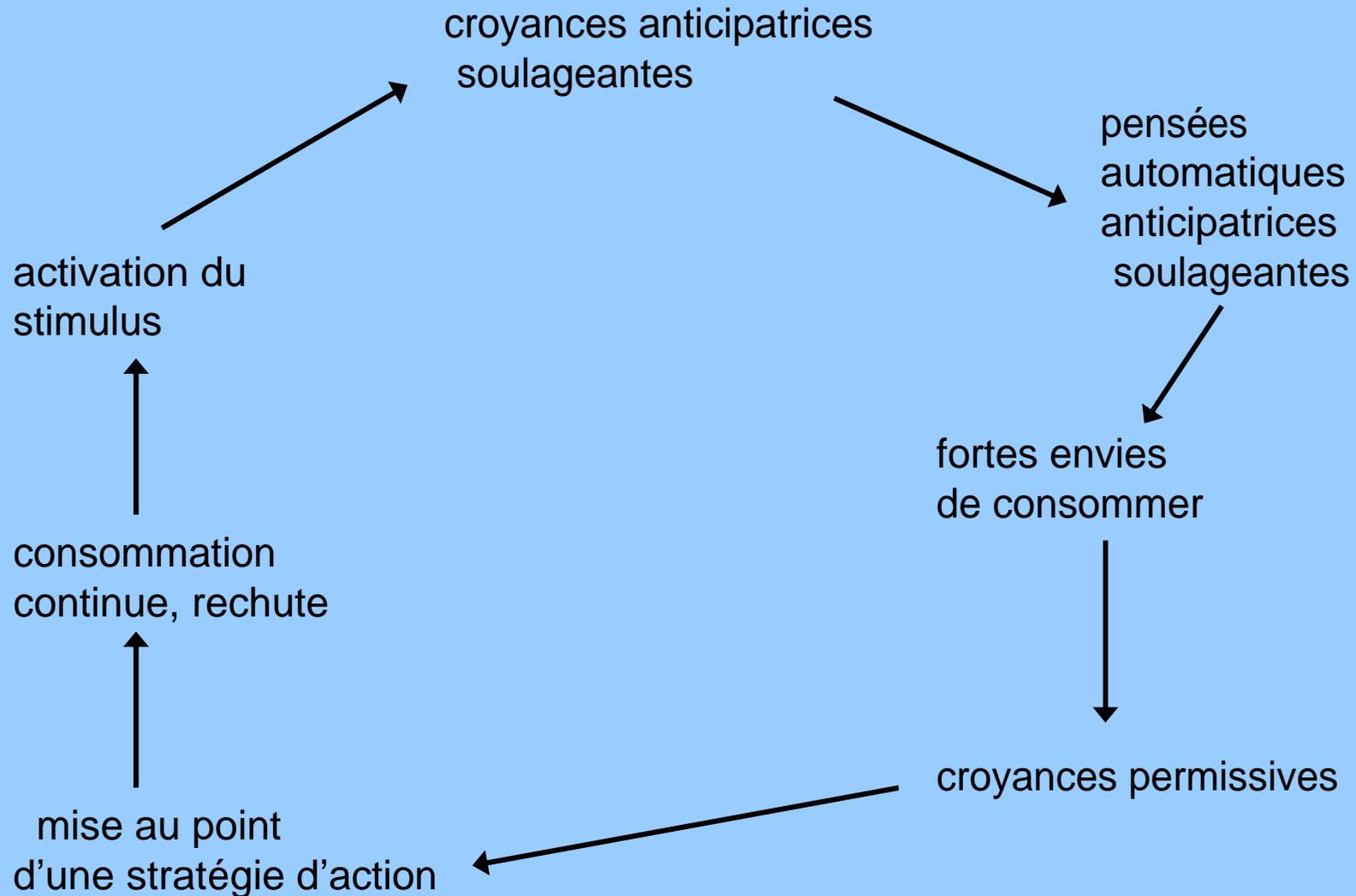
# Les théories cognitives

Les différents éléments s'articulent comme suit :



**La rétroaction sert à la mise en mémoire confirmant les schémas**

# Liens avec les addictions



# Liens avec les addictions

L'addictif **délègue** tous pouvoirs à des **objets externes** (produits psychotropes, nourriture, conduites) comme autant de tentatives de solutions, **d'auto médication** pour répondre à un **manque de sécurité de base**, par trouble de l'attachement, avec des constructions cognitives rigides et inadaptées.

# Liens avec les addictions

- L'attachement **inséculaire-ambivalent** requière **l'anxiolyse**.
- L'attachement **inséculaire- détaché** fait rechercher **l'effet antidépresseur**.
- L'attachement inséculaire- désorganisé nécessite **une fonction antipsychotique**

# La motivation au changement

- Variable incontournable.
- C'est l'ensemble des forces qui déterminent la décision de modifier un changement, la mise en place de stratégies de changement et le maintien du nouveau comportement.

Nécessite le passage d'une caractéristique stable de l'individu à un processus dynamique.

# La motivation au changement

- Ce n'est pas une caractéristique stable de l'individu ni un trait de personnalité.
- Elle est influencée par de multiples facteurs:
  - évènements de vie
  - situation affective
  - contexte socioprofessionnel
  - état de santé
  - pressions de l'environnement...

# La motivation au changement

- les concepts à envisager:
  - Le stade de motivation
  - Le niveau d'autodétermination
  - Le sentiment d'efficacité personnel perçu (Bandura)
  - Le style de relation entretenue avec le patient influence l'entrée dans une dynamique de changement
    - L'apathie néglige l'émotion
    - L'antipathie contre l'émotion
    - La sympathie partage l'émotion
    - L'empathie comprend l'émotion

# La motivation au changement

- Les différents stades du changement:
  - précomptemplation
  - comptemplation
  - la décision de changement
  - la mise en œuvre du changement
  - le maintien du nouveau comportement
  - la rechute

# La motivation au changement

- Chaque stade doit être évalué et respecté
- La motivation du sujet est toujours améliorable
- La relation empathique entre le sujet et le thérapeute est la variable essentielle du changement pour une bonne alliance

# La motivation au changement

- L'intervenant doit avoir les stratégies appropriées pour travailler avec le patient:
  - Ne pas prendre la posture de l'expert ou du moralisateur
  - Respecter chaque étape du sujet et accepter les retours en arrière comme autant de signes que ses propres stratégies doivent être modifiables
  - Soutenir le sentiment d'auto efficacité du patient
  - Faire prendre conscience de l'écart entre la situation actuelle et celle désirée

# L'estime de soi

- Définitions: ( Littré)
  - **le sentiment qui attache du prix à** quelque chose ou à quelqu'un.
  - **la juste opinion de soi** que donne une bonne conscience.
  - **la source de toutes ses consolations** est dans l'estime de soi

# L'estime de soi

- Résultat d'une **auto-évaluation** constante.
- En lien avec notre propre système de valeurs, de notre vision de nous et du monde.
- Repose sur nos apprentissages, notre histoire et notre vécu.
- **Une valeur fragile et changeante**, qui augmente quand nous agissons selon nos standards, diminue quand nous allons contre.

# L'estime de soi

- Variable directe de la **qualité de la vie**.
- Facilite l'actualisation du potentiel de chaque être humain.
- Intervient dans le style de relations aux autres:
  - **L'estimation haute mais juste** permet le respect mutuel.
  - **L'estimation basse** favorise l'irrespect des autres et de soi vis-à-vis de soi.

# L'estime de soi

- Le socle de la vie amoureuse:
  - **ne pas s'aimer** expose à ne pas croire à la vérité des sentiments de l'autre, avec le risque du **partenaire maltraitant** ou **inaccessible**.
  - **la juste valeur** répond à celle reconnue de l'autre avec enrichissement mutuel en toute **confiance et liberté**

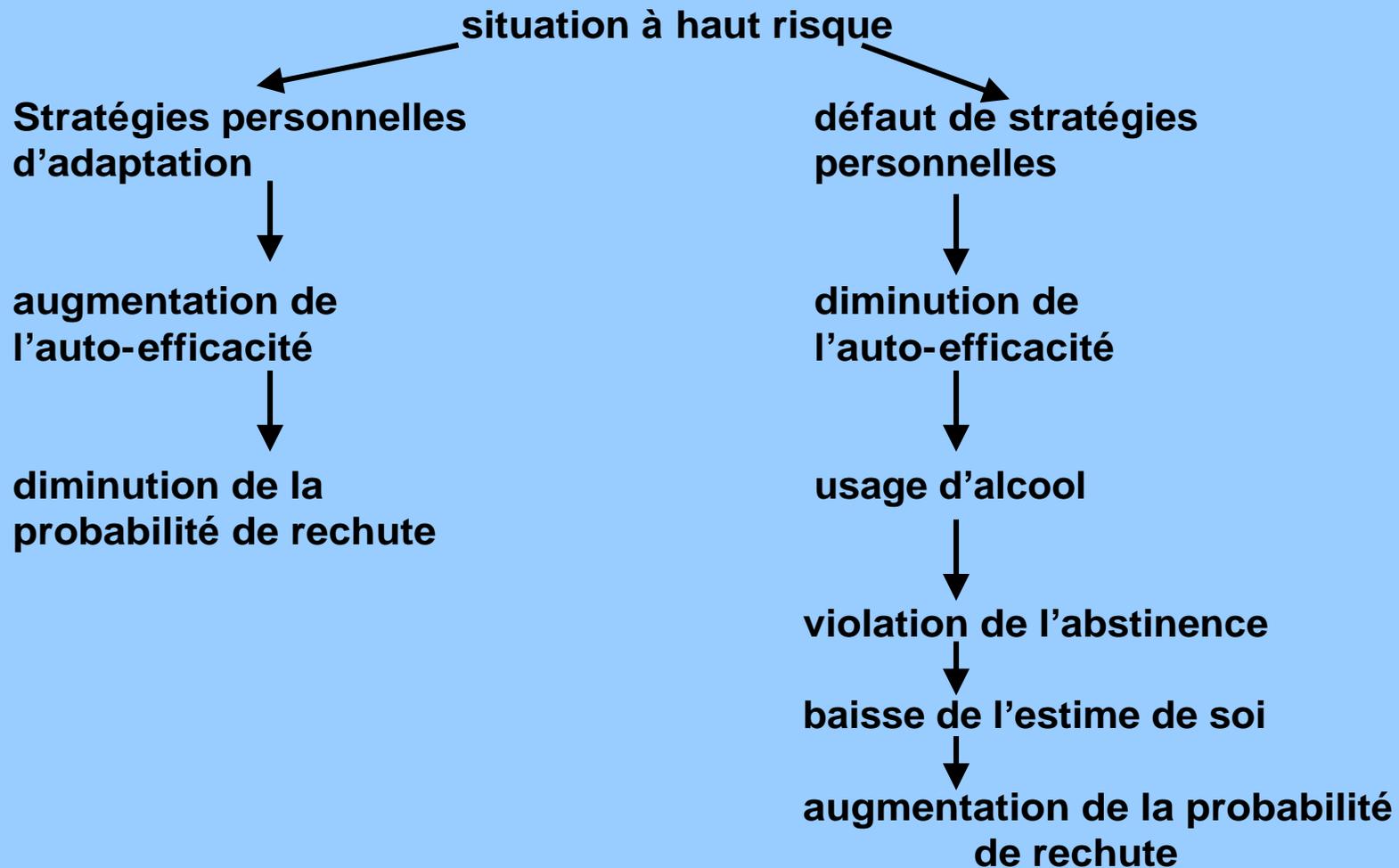
# L'estime de soi

- Gage de réussite personnelle:
  - **Une juste estime** permet d'oser, de décider pour soi et ceux qui nous sont chers. Les succès obtenus la renforcent, les échecs éventuels peuvent être relativisés.
  - **Une estime faible** ne permet pas d'oser, prive de réussites renforçantes et expose à l'effondrement personnel

# L'estime de soi

- Garant d'une **stabilité émotionnelle**.
- Une dynamique qui **s'entretient** et **se renforce** par un apprentissage au quotidien, partant de notre attitude face à nous-mêmes et à la vie.
- **Modifiable**, cette attitude intérieure repose sur l'acceptation de nos limites, du **sentiment réaliste** de notre valeur et de la certitude que tout peut évoluer.

# La prévention de la rechute (Marlatt)



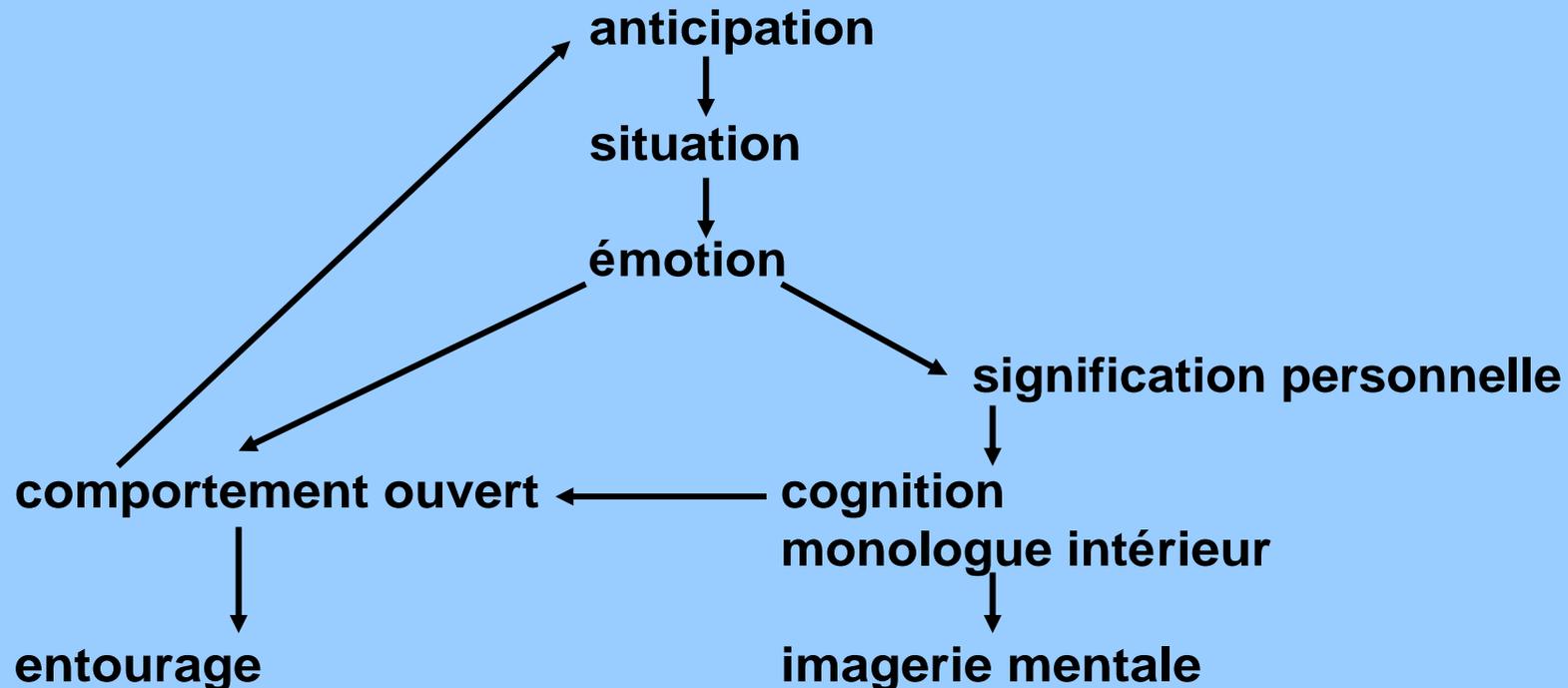
# L'analyse fonctionnelle

- Temps essentiel de la thérapie
- Permet d'enregistrer les données essentielles au sujet du patient; la forme des échanges est aussi importante que leur contenu
- La relation thérapeutique se noue à ce moment-là
- Respecter le temps nécessaire s'impose pour ne pas commencer une thérapie sur de mauvaises hypothèses
- Trois outils principaux:
  - La grille SECCA
  - La BASIC IDEA
  - Les tests psychométriques

# L'analyse fonctionnelle

## grille SECCA

Problème cible:  
Synchronie:



# L'analyse fonctionnelle

Diachronie:

- 1- données structurales possibles
  - génétiques
  - personnalité: axe I  
axe II
- 2- facteurs historiques de maintien possibles
- 3- facteurs déclenchants initiaux invoqués
- 4- évènements précipitant les troubles
- 5- autres problèmes
- 6- traitements antérieurs

# L'analyse fonctionnelle

**B:** comportement

**A:** charge affective

**S:** manifestations somatiques

**I :** capacités à visualiser des situations

**C:** discours intérieur

**I :** fonctionnement social et relationnel

**D:** consommations de produits

**E:** désir de changement, motivation, implication

**A:** attentes du thérapeute

# L'analyse fonctionnelle

## **Questionnaires généraux:**

- dépression
- anxiété
- personnalité
- troubles spécifiques (pensées obsédantes, couple et sexualité, stress post-traumatique...)

## **Questionnaires spécialisés:**

- habitudes de prise de boissons alcoolisées( Pelq)
- dépendance au tabac( Fagerstroëm)
- dépendance à l'alcool( DETA, AUDIT)...

# Traitements

## **Techniques centrées sur les comportements:**

- exposition
- entraînement aux habiletés sociales
- prévention de la rechute

## **Techniques centrées sur les cognitions:**

- restructuration cognitive
- résolution de problèmes

## **Techniques centrées sur les émotions:**

- relaxation
- désensibilisation systématique

# Traitements

## **Notion de programmes de prise en charge:**

- processus personnalisés
- standardisation possible de programmes permettant l'évaluation
- objectifs de soin déterminés avec le patient en vue de l'évaluation et la progressivité
- importance des étapes intermédiaires

# Traitements

**Tout outil possible permettant des actions sur plusieurs axes avec une lecture pluridisciplinaire (obligatoire dans le champ des addictions):**

- ergothérapie
- sophrologie
- activités de remise en forme
- psychomotricité
- éducation thérapeutique
- travail sur la gestion du temps