



IMMERSIVE
HEALTHCARE
TECHNOLOGIES

Intégration des TERV dans le traitement des troubles anxieux

Document Confidentiel C1

Ne pas diffuser - Strictement limité à un usage interne

©C2CARE 2024

SOMMAIRE

1. Introduction	4
a. Avertissement	4
b. Intégration des TCC	4
c. Intégration Psychanalyse	4
2. Format	5
3. Règles hygiéno-diététiques	6
a. Reprise du sport d'endurance	7
b. Arrêter les autres excitants ou les stimulants	7
c. S'exposer à la lumière du soleil	7
d. Consommer des desserts et du chocolat	7
e. Avoir des rapports sexuels fréquents	8
4. Psychoéducation	9
a. Modèle Neurobiologique de Gray	9
b. Modèle du conditionnement (modèle comportemental)	10
c. Modèle Étiologique de Barlow	10
d. Modèle Cognitif	11
5. La Relaxation	12
a. Préparation	12
b. La Relaxation Vagale ou Respiratoire	13
c. La Relaxation Musculaire progressive de Jacobson	14
d. Le Training autogène de Schultz	16
6. ACARA	20
a. A pour Accepter l'anxiété	20
b. C pour Contempler ses émotions	21
c. A pour Agir avec l'anxiété	21
d. R pour répéter ces 3 étapes encore une fois	22
e. A pour attendre le meilleur	22
7. Thérapie Cognitive	22
a. Première Étape : Auto-Observation	22
b. Deuxième Étape : La Recherche de Preuves	23
c. Troisième Étape : Générer une interprétation équilibrée	24
8. Stratégies Comportementales et cognitives	26
a. Les Stratégies pour faire face aux tentations	26
b. Stratégies adaptatives comportementales	27
9. Auto-instructions positives	27
10. Affirmation de soi	29
a. Savoir dire non / Savoir refuser	29
b. Les différentes techniques à utiliser	29

11. Imagerie Mentale	31
12. Exposition à la réalité virtuelle : les grands principes	32
a. Préparation	32
b. Progressif	33
c. Prolongé	34
d. Répété	35
e. Les Étapes d'une session de TERV	36
f. Le syndrome de cyber malaise	39
13. La transition avec la réalité : La Généralisation	39
14. Conclusion	40

1. Introduction

a. Avertissement

Les environnements virtuels de C2Care ne doivent pas être employés d'emblée avec un patient phobique ou souffrant d'un autre trouble anxieux au risque de le sensibiliser ou de provoquer une attaque de panique.

Ils doivent être utilisés une fois le patient anxieux préparé et formé à la thérapie (TCC : thérapie cognitivo-comportementale, relaxation, gestion des émotions, etc.).

Ils ont pour but thérapeutique d'exposer le patient aux environnements anxiogènes qu'il évite en général afin qu'il emploie les outils thérapeutiques en situation et ceci dans un but d'habituation et d'extinction de la peur.

b. Intégration des TCC

Ce manuel pour professionnel a pour but de vous aider à intégrer la thérapie par exposition à la réalité virtuelle (TERV) à votre pratique de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les principes généraux, une méthode complète et les différentes étapes de la thérapie seront détaillées dans les chapitres infra.

c. Intégration Psychanalyse

En ce qui concerne la psychanalyse, les psychanalystes peuvent exploiter ces environnements virtuels pour faire ressortir certains souvenirs issus de traumatismes passés, de mettre en évidence certaines pensées refoulées, d'effectuer de libres associations avec le contexte anxiogène, d'évoquer d'éventuelles représentations symboliques en situation, d'aider à la régression ou de simuler des schémas en lien avec les points de jouissance.

Il arrive en effet que le patient lorsqu'il se trouve confronté aux environnements virtuels représentant des situations redoutées ou évitées (métro, avion, ascenseur, sang etc.) se souvienne brutalement d'images, de pensées ou de souvenirs oubliés et possiblement refoulés. Il peut donc s'agir d'un outil supplémentaire pour vous donner accès à l'inconscient du patient.

2. Format

1 session hebdomadaire d'environ 40 à 50 minutes à l'hôpital ou en cabinet.

8 à 15 sessions au total soit 2 à 4 mois de traitement.

Un suivi espacé avec un entretien tous les 3 mois pendant la première année qui suit la fin de la thérapie est envisageable afin de s'assurer du maintien des bénéfices obtenus et de répondre aux éventuelles questions que l'exposition dans la réalité aura suscitées.

En ce qui concerne son utilisation en psychanalyse, le nombre de sessions est à la discrétion du thérapeute qui devra choisir entre la possibilité d'un transfert avant l'exposition ou la révélation de pulsions refoulées, de traumatismes oubliés ou de craintes déplacées lors de l'exposition en réalité virtuelle.

Primum non nocere : Le but du traitement est l'émancipation du patient et non de le rendre dépendant du thérapeute. Le patient est un adulte qui doit voler de ses propres ailes. Votre rôle n'est pas de l'enfermer dans une thérapie qui va durer des années. Votre rôle est de lui redonner les ailes qu'il recherche tant pour s'élever et s'épanouir en jouissant du plein potentiel de sa personnalité et de ses capacités propres.

Les 4-5 premières sessions sont dédiées à l'apprentissage de la relaxation, de la thérapie cognitive et de la gestion de l'anxiété (qui seront détaillées dans le présent manuel) et les 4 à 10 autres séances en TERV avec l'environnement virtuel C2Care. Si le patient présente une phobie sociale ou un trouble obsessionnel compulsif, il sera alors nécessaire de rajouter des modules dédiés à l'affirmation de soi (pour la phobie sociale) et à la prévention de réponse (pour le trouble obsessionnel).

Les 4-5 premières sessions de relaxation, de thérapie cognitive et de gestion de l'anxiété peuvent être réalisées en **groupe de 2 à 5 patients**. L'effet de partage du groupe, la sensation de ne pas être isolé dans son problème et les différents points de vue sont très constructifs pour la thérapie. Certains patients s'entraident même spontanément et échangent leurs coordonnées.

Il semble nécessaire dans un premier temps de s'assurer que le trouble anxieux ne soit pas d'origine organique. Recherchez des antécédents de troubles

hormonaux (hyperthyroïdie, Syndrome de Cushing, Syndrome de Stein Leventhal etc.) ou de pathologies neurologiques (hydrocéphalie, hématome sub-dural chronique sur un traumatisme crânien, épilepsie, accidentischémique, encéphalite, etc.) effectuez un examen clinique à la recherche de signes neurologiques au besoin.

La présence de signes avérés doit conduire à la demande d'un bilan biologique et d'un scanner cérébral voire d'une IRM. Il arrive parfois que dans les services de psychiatrie, certains patients ont eu de nombreuses formes de thérapies pendant des années sans succès alors qu'au final la pathologie à l'origine du trouble mental est somatique et qu'un simple traitement médical peut résoudre le problème en quelques semaines. **Il est en effet inutile de s'acharner à faire une psychothérapie sur un patient qui présente un trouble mental d'origine organique, le traitement sera alors médico-chirurgical.**

Lors du premier entretien, après avoir établi le motif de consultation, l'analyse fonctionnelle pour les thérapeutes TCC, une étude des rapports parentaux pour la psychanalyse, la vérification du diagnostic, l'objectif du patient et sa motivation, il est important de fournir des informations sur la psychanalyse, les TCC, les modalités de la thérapie, le nombre de sessions, leur durée, le suivi et les étapes.

Notez bien que le patient n'est pas obligé d'employer toutes ces méthodes mais uniquement celles qui lui correspondent ou celles qui lui plaisent. En effet, certaines d'entre elles ne seront pas toujours efficaces en fonction des goûts du patient, de ses préférences et de sa personnalité. Il est donc normal que le patient n'utilise pas tous ces outils après la fin de la thérapie.

3. Règles hygiéno-diététiques

Elles concernent des conseils simples sur les habitudes de vie. Voici les conseils à donner à vos patients.

a. Reprise du sport d'endurance

La pratique d'un sport d'endurance ou "cardio" est fortement conseillée : course à pied, cyclisme, natation, marche rapide etc. En effet, la pratique de sport d'endurance modifie la sécrétion de certaines neurohormones dans le cerveau et ces modifications ont un effet bénéfique sur l'humeur, les comportements agréables et la réduction de l'anxiété et des comportements hostiles. Notamment la sérotonine qui est augmentée par l'activité physique. Il est ainsi conseillé de pratiquer le sport au minimum 2 à 3 fois par semaine. La régularité est préférée à l'intensité : mieux vaut 20 minutes de vélo tous les jours que 2 heures de vélo le dimanche seulement.

b. Arrêter les autres excitants ou les stimulants

Café et alcool en excès tendent à aggraver l'anxiété du fait de leurs effets stimulants. Le patient doit prendre du décaféiné et boire de l'alcool modérément (1 à 2 verres de vin rouge par jour idéalement et quelques excès occasionnellement).

c. S'exposer à la lumière du soleil

Comme la pratique d'un sport, l'exposition à la lumière du soleil modifie les taux de neurohormones dans notre cerveau de manière bénéfique notamment la sérotonine qui intervient dans l'amélioration de l'humeur, les comportements et la réduction de l'anxiété. Il est donc conseillé de s'exposer au soleil en se promenant à l'extérieur dans les forêts ou les parcs, en se rendant à la plage ou près des rivières (avec une protection solaire et de manière raisonnable).

d. Consommer des desserts et du chocolat

Dans la limite du raisonnable bien entendu.

Les glucides des desserts engendrent une augmentation de la production de sérotonine dans le cerveau (en permettant dans le cerveau un taux de transport

plus important de son précurseur). Il est donc de bon ton de consommer un délicieux dessert à la fin de chaque repas (mais pas entre les repas pour avoir un régime équilibré et éviter la prise de poids).

Enfin certains aliments, comme le chocolat, les amandes et noix de cajou, les œufs, les produits laitiers, le poisson contiennent naturellement le précurseur de la sérotonine (qui est le tryptophane). Le patient pourra donc les inclure dans son régime alimentaire.

- (en) Wurtman RJ, Wurtman JJ, Regan MM, McDermott JM, Tsay RH, Breu JJ, « Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios », *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 77, no 1, janvier 2003, p. 128–32 (PMID 12499331)

e. Avoir des rapports sexuels fréquents

Chez les hominidés comme l'homme, le comportement de reproduction qui est moins nécessaire du fait de la surpopulation a évolué vers un comportement érotique car il procure un plaisir intense qui peut être partagé. Les rapports sexuels sont la clé de la complicité corporelle ainsi que du rapprochement émotionnel et charnel des deux partenaires d'un couple. Ils produisent des sentiments positifs et reflètent la qualité de la relation des deux partenaires. De surcroît, l'orgasme obtenu après un rapport sexuel est responsable de la production d'endorphine et d'ocytocine qui en plus du plaisir induit permettent d'apaiser les conflits et les tensions sexuelles, allègeront les préoccupations et par conséquent diminueront l'anxiété ou la dépendance. Les effets bénéfiques de l'orgasme n'ont pas seulement des conséquences sur le court terme, ils peuvent en réalité durer au moins une semaine après le rapport. Finalement, il est donc recommandé d'avoir une pratique régulière des rapports sexuels (au minimum 2 à 3 fois par semaine).

4. Psychoéducation

La psychoéducation va se baser sur 4 modèles issus des sciences biologiques, neurologiques, cognitives et comportementales. Il faudra donc enseigner à l'aide de schémas et d'explications claires ces 4 modèles aux patients. Cet enseignement doit être illustré de cas concrets en utilisant l'anamnèse du patient ou des récits d'autres patients.

a. Modèle Neurobiologique de Gray

Ce modèle est le reflet des théories anatomiques et neurobiologiques concernant l'anxiété et la peur. Il a été conçu essentiellement par Jeffrey Gray et Lazarus.

Lors d'une situation particulière comme prendre l'avion, l'ascenseur, faire un discours, toucher un objet sale, le patient phobique interprète de manière irréaliste cette action, induit une distorsion de l'information et y perçoit de la menace, il déclenche ainsi une évaluation primaire de la menace avec amplification de certains détails selon l'individu et sa structure cognitive (attente et intérêt) : localisation des sorties de secours, présence d'autres personnes, bouton de secours, aérations etc.

Suite à ce processus, le patient phobique déclenche une réponse primaire c'est à dire une action dans ce contexte de menace réelle ou non. C'est une autre entité appelée FFS (Flight of Fight System - Système de combat ou de fuite) qui va à son tour être mise en jeu. Elle peut induire un comportement de combat, le sujet affronte alors la situation : il prend l'avion, utilise le métro, rentre dans l'ascenseur, parle devant un auditoire, ne vérifie pas sa porte plus d'une fois ou conduit sur l'autoroute. Dans un autre cas, elle peut être à l'origine d'un comportement de fuite. Le patient reporte son vol en avion, prend les escaliers, rentre à pieds, annule une réunion, vérifie la porte 20 fois et ne prend pas l'autoroute mais une nationale.

b. Modèle du conditionnement (modèle comportemental)

Ce modèle est basé sur les théories du conditionnement de Pavlov et du conditionnement opérant de Skinner.

Dans l'expérience de Pavlov et Betcherev qui s'articule autour du concept stimulus - réponse, ces fameux travaux se déroulèrent sur le chien dans un premier temps ; ils induiront une réponse de salivation (réponse inconditionnelle) par la présentation de nourriture (stimulus inconditionnel).

Le modèle supra s'enrichit plus tard de la théorie du conditionnement opérant (ou conditionnement instrumental) du Behaviorisme radical de Skinner et met en évidence une relation biunivoque stimulus/réponse. Ce mode de conditionnement dérive de la loi de l'effet de Thorndike (1898) exploitée dans les concepts ultérieurs du human learning: « une action qui produit un résultat désirable sera probablement répétée dans des conditions similaires ».

De ce fait le conditionnement opérant repose sur une relation de contingence et de motivation vers un comportement conditionné par la présence de renforçateurs positifs (ou récompense) qui permettent d'accroître la fréquence et l'intensité de ce comportement et de renforçateurs négatifs (ou punition) dont l'évitement permet d'accroître la fréquence et l'intensité de ce comportement.

En d'autres termes, les actions sont renforcées par leurs conséquences. Ainsi, dans le cas d'un claustrophobe, le soulagement provoqué par l'évitement comme le fait de prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur est un renforçateur positif du comportement de fuite et l'absence d'anxiété un renforçateur négatif. En conclusion, **plus le phobique fuit et plus il va fuir dans l'avenir**. En fuyant, il se sent soulagé sur le court terme mais aggrave sa phobie sur le long terme.

c. Modèle Étiologique de Barlow

L'origine de la phobie ou des autres troubles anxieux est résumé par ce modèle. Ce sont des expériences passées qu'a subi le patient qui sont à la base de cette pathologie. Ces expériences peuvent être :

- Directes (vécues par le patient comme un accident de voiture, une panne d'ascenseur, une première attaque de panique, une agression etc.)
- Indirectes, le phobique pouvant être témoin d'un évènement survenant à une personne et par un processus d'identification excessif à celle-ci, il sera sensibilisé à cette situation indirectement vécue (vicarious experience). Lorsque le patient est témoin d'un accident de voiture, de violence envers des proches, de noyade, d'enfermement dans des ascenseurs en panne etc.
- Le stress qui correspond ici à une forme de pression prolongée sur plusieurs semaines ou mois est liée à des évènements sentimentaux, familiaux, financiers ou professionnels.
- Les fausses informations peuvent conduire à des processus d'alarmes assimilés puis acquis sous forme de lois générales du système de pensée logique et qui fixeront in fine la phobie. Il peut s'agir de fausses informations sur l'environnement délivrées par les parents ou les proches du patient : "ne va pas trop loin, tu vas te perdre", "ne rentre pas trop tard sinon tu vas te faire agresser" etc.

d. Modèle Cognitif

Les modèles cognitifs sont basés sur les théories de traitement de l'information.

Une situation va toujours demander une forme d'analyse ou d'évaluation avant une action. L'environnement nous entourant est cependant trop riche pour que notre attention se porte sur tous les détails d'un lieu en même temps. Le patient va donc utiliser ses processus attentionnels de manière sélective pour ne se focaliser que sur certaines caractéristiques de l'environnement (meubles, animaux, objets etc.).

En résumé, ils vont donc jouer un rôle majeur dans l'interprétation de la situation en sélectionnant certains détails (portes, foule, regard etc.) et pas d'autres. S'ils sont erronés comme c'est le cas dans le trouble anxieux ou ceux concernés sont ceux du danger et de la vulnérabilité, ils peuvent conduire à une sélection de détails relatifs au danger (sorties, regard hostile, foule, portes fermés, espace, rats etc.). Cette sélection inappropriée va conduire à une interprétation irréaliste de la situation conduisant à des pensées de catastrophe comme :

"je vais mourir"
"je vais rester coincé dans l'ascenseur"
"je vais devenir fou"
"je vais être ridicule, on va mal me juger"
"je vais avoir le sida ou être contaminé"
"je vais avoir un accident" etc.

In fine, ces schémas cognitifs, plus primitifs, sont extrêmes et précipitent le patient phobique ou obsessionnel dans des exagérations irrationnelles, des conclusions irréalistes, des généralisations stéréotypés de situations qui sont en réalité triviales ou inoffensives objectivement (prendre l'ascenseur, caresser un chien, parler en public, serrer la main etc.)

5. La Relaxation

On retrouve dans la littérature trois formes de relaxation qui ont fait leur preuve sur plus de 50 ans et que nous emploierons ici afin que le patient obtienne un état de relaxation en situation dans les environnements virtuels C2Care ou dans la réalité. Cet état de relaxation est un élément pertinent pour mieux gérer son anxiété. L'aspect corporel de l'anxiété ainsi que ses manifestations symptomatiques doivent être atténués par ces pratiques de relaxation. L'esprit n'est pas solitaire, il se trouve dans un corps et ces deux entités interagissent en permanence. Apporter de l'apaisement à l'un à de facto des effets bénéfiques sur l'autre : un esprit détendu relâche les tensions du corps et un corps relâché apaise l'esprit.

Les trois formes concernées par cette thérapie sont :

- La relaxation vagale ou respiratoire.
- La relaxation musculaire progressive de Jacobson (Durand de Bousingen, 1992, pp28).
- Le training autogène de Schultz.

a. Préparation

En dehors de tout épisode d'angoisse, l'entraînement préalable à la relaxation est utile afin de se familiariser aux techniques, de prendre l'habitude d'appliquer ses

principes et par la suite de les employer efficacement en situation de stress ou d'anxiété intense.

- Pour s'entraîner choisir un lieu calme où vous savez que vous ne serez pas dérangé. L'éclairage doit être faible, il est ainsi conseillé de s'entraîner si possible dans la pénombre.
- Eteindre son téléphone portable.
- Se libérer de vêtements trop serrés (bustier, souliers, gaine, soutien-gorge, chignon, etc.) et desserrer ceinture et col de chemise.
- Il est préférable de ne pas avoir consommé, immédiatement avant, un repas trop consistant (pörkölt, bûche de Noël, yuebing, doriyaki, bortsch, etc.)
- On peut se coucher ou simplement s'asseoir pour la pratiquer.

b. La Relaxation Vagale ou Respiratoire

Il s'agit de la méthode la plus simple et la plus rapide à utiliser lors d'épisodes d'anxiété modérés ou intenses, elle s'acquiert facilement et est souvent fort appréciée des patients.

Le patient peut se coucher ou simplement s'asseoir pour la pratiquer.

Demandez-lui de mettre sa main sur son abdomen pour bien sentir son ventre.

Phase d'inspiration : le patient inspire et ce faisant tend ou gonfle son abdomen (d'où la main posée qui permet au patient de vérifier que son abdomen prend du volume).

Phase d'expiration : le patient expire doucement en relâchant son ventre et sans forcer. Il en profite pour relâcher ses épaules ou son cou.

Puis de nouveau phase d'inspiration etc.

Il n'y a pas de rythme ou de comptage à faire. Pour éviter toute forme de contrôle, le patient respire à son propre rythme sans compter.

Cette méthode permet de par la dépression créée dans l'abdomen une augmentation du diamètre de la veine cave inférieure induisant une diminution du débit d'entrée vers l'atrium gauche du cœur et une stimulation du nerf vague produisant un ralentissement du rythme cardiaque. Le patient a donc la possibilité de diminuer volontairement son rythme cardiaque.

c. La Relaxation Musculaire progressive de Jacobson

Cette méthode repose essentiellement sur la prise de conscience d'un relâchement du tonus musculaire. Plus simplement dit, elle cherche une baisse des tensions musculaires pour créer une détente psychique ou mentale.

Elle est ainsi basée sur succession d'une phase de contraction volontaire et d'une phase de relaxation de certains groupes musculaires isolés. La concentration se focalisera sur la différence de sensation entre ces deux états, d'où son intitulé. Cet apprentissage vise à produire une réduction consciente et progressive de l'activité des groupes musculaires.

En conséquence, cet entraînement aboutira à un transfert dans les situations stressantes et à la capacité de contracter les muscles nécessaires à la réalisation d'une certaine activité tout en gardant les muscles non sollicités détendus et relâchés.

Le patient peut se coucher ou simplement s'asseoir pour la pratiquer.

1ère phase : la contraction

Demandez au patient de poser sa main droite sur son genou et de contracter cette main en refermant les doigts pour former le poing. La contraction doit être progressive jusqu'à obtenir une contraction intense du poing à la limite de la douleur (contraction à environ 80%).

"serrez votre main droite fort et de plus en plus fort, à 80%. Concentrez vous sur les sensations de la main droite, tout le reste du corps est relâché, ne contractez pas votre épaule..."

Cette phase doit durer environ 5 à 10 secondes. Le patient doit se concentrer sur les sensations qui découlent de la contraction de la main (sensation de tensions, de brûlures voire de légères douleurs). Durant cette phase de contraction de la main, tout le reste du corps doit être relâché (épaule, cou, cuisse etc. seule la main doit être contractée).

2ème phase : la relaxation

Après les 10s de la phase de contraction, demandez au patient de relâchez très lentement son poing droit en ouvrant les doigts pour arriver à une relaxation totale de la main. Il doit alors se concentrer sur l'impression de diminution de la tension au niveau de la main, sur cette sensation de soulagement consécutive à la disparition de la contraction musculaire de la main. Cette phase doit durer environ 15 à 20 secondes.

"A présent, relâchez tout doucement votre poing droit et concentrez vous sur la sensation agréable de diminution de la tension, de la brûlure ou de la douleur, ouvrez lentement les doigts, la paume apparaît, votre main se détend jusqu'à un relâchement total...".

Il s'agit par la suite de reprendre ces deux types de contraction avec prise de conscience de la tension et de relaxation avec prise de conscience du relâchement pour tous les groupes musculaires. Le patient aboutira ainsi à une forme de perception accrue et directe de l'état de tension de son corps et pourra alors détendre les muscles inutilement contractés lors d'une posture ou d'une action . Il va relâcher son corps plus facilement en toute circonstance et cette détente sera une réaction spontanée et une habitude avec l'entraînement

Après la main droite, voici la liste des groupes musculaires que le patient va devoir solliciter successivement et isolément en employant toujours les deux phases contraction/relaxation

Le biceps droit (si le patient n'y arrive pas, lui dire de relever le bras droit contre sa force).

Le front, la mâchoire, le cou, les épaules, le thorax, l'abdomen, les muscles fessiers, , l'avant de la cuisse droite (muscle quadriceps), le mollet droit (muscle tibial antérieur), les orteils du pied droit (muscle releveurs des orteils).

Puis refaire cette même séquence mais pour l'hémicorps gauche (main gauche, biceps gauche, front, épaules etc.). Pour alléger la durée on pourra pratiquer avec l'hémicorps droit un jour et l'hémicorps gauche un autre jour.

d. Le Training autogène de Schultz

Elaborée dans les années 30 par le Dr Schultz, cette technique de relaxation est basée sur des données physiologiques et psychologiques recueillies entre 1905 et 1932. En mesurant ces paramètres et en interrogeant des patients sous hypnose, il obtient un ensemble de ressentis, d'émotions et d'impressions explicites (chaleur, lourdeur etc.). Après les avoir organisés en une liste d'étapes et de phrases que doit se répéter mentalement le patient, le Dr Schultz aboutit à une technique d'autosuggestion apaisante de symptômes manifestés pendant l'hypnose. On considère ainsi cette méthode comme une forme d'autohypnose.

Il s'agit donc de faire éprouver au patient une série de sensations variées :

- la lourdeur (détente des muscles)
- la chaleur (qui traduit une vasodilatation favorisant les échanges sang/cellules)
- la prise de conscience du rythme cardiaque
- la conscience de la respiration
- la sensation de chaleur au niveau du plexus solaire
- la sensation de fraîcheur au niveau du front
-

Le patient doit s'installer dans une position confortable soit allongée sur le dos, soit assise la tête contre un appui tête ou contre un mur.

"Avant de fermer les yeux, prenez vos repères dans l'environnement qui vous entoure : les meubles, le ciel, la nature, le bruit, la lumière, la forme de la pièce (etc.). Dès que vous êtes prêts, fermez les yeux. Concentrez votre attention sur ma voix et laissez vous guider pendant cette séance de relaxation.

D'abord, prenez conscience de votre corps en imaginant les différentes parties de ce dernier et à partir des pieds vous remontez lentement jusqu'à la tête. Visualisez donc vos pieds, la position de vos pieds, la forme, les points d'appuis de vos pieds sur le tapis. Chaque fois que vous imaginez une partie de votre corps, repérez bien les sensations localisées dans cette partie. Vous remontez lentement. Imaginez alors vos mollets, la forme de vos mollets, leur position, les points d'appui sur le sol, le matelas ou le dossier. Imaginez vos cuisses, la forme de vos cuisses, leur position. Imaginez vos muscles fessiers, leur position, les points d'appui de vos cuisses et de vos muscles fessiers sur le sol ou le lit. Remontez encore un peu, imaginez le creux du bas de votre dos, puis vous remontez lentement, imaginez

gravir votre colonne vertébrale et faites attention aux sensations liées aux points de contact de votre dos avec le sol ou le matelas. Imaginez vos épaules qui sont en train de se détendre, imaginez leur position, puis imaginez vos bras et leur position. Imaginez votre cou et les points d'appui de votre tête sur le coussin ou l'appuie-tête de votre chaise. Imaginez votre visage comme si vous vous observiez dans un miroir, votre mâchoire que vous laissez tomber, le menton, les joues, votre nez, les paupières, les sourcils, le front que vous détendez, les points d'appui de votre nuque contre le dossier.

Maintenant que vous avez parcouru les différentes parties qui constituent votre corps, vous avez peut-être repéré de multiples sensations, qui bougent, qui se déplacent, peut-être sont-elles localisées dans une partie et de cette partie, elles se généralisent au reste de votre corps. Peut-être qu'il y a aussi des tensions et ces tensions vont peu à peu, laisser place à des sensations de bien-être, de détente, de relaxation.

Pour aider les sensations de bien-être à s'installer, vous pouvez vous répéter mentalement "je deviens calme, de plus en plus calme, très calme (pause de quelques secondes) et vous vous le répétez deux fois dans votre tête. Faites attention aux changements que vous pouvez observer au niveau de vos sensations corporelles. Peut-être que des sensations très différentes sont en train de s'installer. Par exemple, une sensation liée à l'état de relaxation est celle de la lourdeur".

Pour mieux la ressentir, vous pouvez poser votre attention sur votre bras dominant et vous répétez mentalement deux fois « mon bras devient lourd, de plus en plus lourd, très lourd ». Peut-être qu'une sensation de lourdeur est en train de gagner votre bras, elle peut être localisée dans une partie de votre bras, dans l'avant-bras, ou bien dans la main et de cette partie, la sensation de lourdeur augmente et se généralise de plus en plus à tout le bras. Peut-être que vous ressentez également de la lourdeur dans l'autre bras et le reste du corps. Essayez de bien suivre les modifications de cette sensation. Vous pouvez vous répéter mentalement deux fois « mon corps devient lourd, de plus en plus lourd, mon corps devient très lourd».

Et maintenant, imaginez un lieu, un lieu que vous inventez, ou un lieu que vous connaissez bien, par exemple le lieu de vos vacances, une pièce de la maison ou du jardin, un lieu de votre enfance. Dans ce lieu, vous êtes bien, détendu, heureux, calme, tranquille. Visualisez bien ce lieu, vous pouvez entendre les bruits de ce lieu, sentir les odeurs, voir les couleurs, sentir des sensations au niveau de la peau de votre visage ou celle du reste du corps. Vous pouvez bouger dans ce lieu, vous déplacer. Prenez quelques instants pour vous imaginer dans ce lieu et éprouvez les sensations de bien-être liées à ce lieu.

Nous allons laisser ce lieu d'apaisement de calme et de bien-être et nous retournons aux sensations du corps qui est allongé sur le tapis. Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement "je suis calme, de plus en plus calme, très calme, mon corps est lourd, de plus en plus lourd, très lourd". Observez les autres sensations de votre corps. Apprenez à les connaître. Par exemple, une autre sensation liée à l'état de relaxation est celle de la chaleur en hiver ou du froid en été.

Pour mieux la ressentir, vous pouvez poser votre attention sur votre bras dominant et vous répétez mentalement deux fois « mon bras devient chaud, de plus en plus chaud, très chaud». Comme si votre bras reposait sur le sable d'une plage et était exposé à la douce chaleur du soleil. Peut-être qu'une sensation de chaleur est en train de gagner votre bras, elle peut être localisée dans une partie de votre bras, dans l'avant-bras, ou bien dans la main et de cette partie, la sensation de chaleur augmente et se généralise de plus en plus à tout le bras. Peut-être ressentez-vous également de la chaleur dans l'autre bras et le reste du corps. Essayez de bien suivre les modifications de cette sensation. Vous pouvez vous répéter mentalement « mon corps devient chaud, de plus en plus chaud, très chaud».

IMPORTANT : si la session se déroule en été remplacez la sensation de chaleur du bras par la sensation de froid du bras. Comme si le patient plongeait un jour d'été son bras dans l'eau froide d'un lac ou d'une plage.

Vous pouvez vous répéter mentalement «Je suis calme, de plus en plus calme, très calme». Portez votre attention sur votre respiration. Le rythme de votre respiration est lent, de plus en plus lent, comme si vous étiez sur le point de vous endormir. Vous pouvez vous dire mentalement "ma respiration devient calme,

(profonde), lente, détendue, sereine. Ma respiration devient calme, de plus en plus calme, très calme ou ma respiration devient détendue, de plus en plus détendue, très détendue”.

Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement "je suis calme, de plus en plus calme, très calme" Votre cœur bat lentement lui aussi. De plus en plus lentement, très lentement. (Pause de quelques secondes).

Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement « je suis calme, de plus en plus calme, tout à fait calme », « mon corps est lourd, de plus en plus lourd, très lourd», « mon corps est chaud, de plus en plus chaud, très chaud ». Observez les autres sensations de votre corps. Apprenez à les connaître. Par exemple, une autre sensation liée à l'état de relaxation est celle de la chaleur au niveau de votre abdomen, le plexus solaire.

Pour mieux la ressentir, vous pouvez poser votre attention sur votre abdomen et vous vous répétez mentalement deux fois« mon ventre devient chaud, de plus en plus chaud, très chaud». Imaginez qu'il y a un soleil ou une étoile dans votre abdomen diffusant une lumière chaude et apaisante. Peut Être qu'une sensation de chaleur est en train de gagner votre abdomen, elle peut être localisée dans une partie de votre ventre, au niveau de votre diaphragme, ou de votre sternum et de cette partie, la sensation de chaleur augmente et se généralise de plus en plus à tout votre ventre. Essayez de bien suivre les modifications de cette sensation. Vous pouvez vous répéter mentalement « mon ventre devient chaud, mon ventre devient de plus en plus chaud, mon ventre devient extrêmement chaud» ... « mon ventre devient chaud, mon ventre devient de plus en plus chaud, mon ventre devient extrêmement chaud» (Pause de quelques secondes).

IMPORTANT : si la session se déroule en été remplacez la sensation de chaleur de l'abdomen par la sensation de froid de l'abdomen. Comme une personne versait de l'eau fraîche sur l'abdomen du patient un jour d'été.

Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement deux fois « je suis calme, très calme, tout à fait calme » ou "je suis calme, de plus en plus calme, très calme"

La dernière sensation liée à l'état de relaxation est celle de la fraîcheur au niveau de votre front. Pour mieux ressentir cette fraîcheur, vous pouvez poser votre attention sur votre visage et plus particulièrement votre front et vous répétez mentalement deux fois « mon front devient frais, de plus en plus frais, très frais ». Peut-être qu'une sensation de fraîcheur est en train de gagner votre front. Essayez d'imaginer qu'une personne qui vous aime vous pose un gant de toilette imbibé d'eau fraîche sur votre front. C'est agréable, vous vous détendez complètement. Essayez de bien suivre les modifications de cette sensation.

Observez bien vos sensations. Vous pouvez vous répéter mentalement deux fois "je suis calme, de plus en plus calme, très calme"

La reprise se fait progressivement par une succession d'étapes bien déterminées : mouvement des bras, de la tête, des membres inférieurs puis tout le corps et deux inspirations profondes avant d'ouvrir les yeux : Vous allez lentement faire la reprise, à votre rythme, quand vous le désirez. Il s'agit de mettre un peu d'énergie dans votre corps. Vous pouvez par exemple, bouger lentement les doigts de vos mains, tourner lentement votre tête de droite à gauche, prenez deux inspirations profondes puis ouvrez les yeux. Faites les mouvements que vous avez l'habitude de faire le matin au réveil.

6. ACARA

ACARA est un acronyme, expliquez que chaque lettre de ACARA signifie le terme d'une technique et ceci afin de l'aider à s'en rappeler plus facilement et à l'utiliser lors d'épisodes anxieux en toutes situations lors d'exposition en réalité virtuelle ou dans la réalité.

a. A pour Accepter l'anxiété

Le contrôle des émotions, le fait de lutter, de combattre, de maîtriser ne fait que provoquer, aggraver ou maintenir l'anxiété. Il est ainsi essentiel que le patient fasse le choix d'accepter l'anxiété en abandonnant toute forme d'idées de contrôle, de lutte, de résistance. Il est nécessaire d'insister sur cette notion de choix car il ne s'agit nullement d'une résignation passive.

Le patient doit laisser les émotions ou l'anxiété venir sans chercher à les contrôler. Il doit l'accepter car elle fait partie de lui tout comme ses mains ou ses jambes. Accepter l'anxiété c'est lui permettre d'exister et de partir sans jugement de la part du patient : "je la laisse venir et je la laisse partir" "je sais qu'elle est inoffensive car elle fait partie de moi".

Accepter ainsi l'anxiété, et en général, ses émotions permet d'atteindre un haut niveau de maturité : sans anxiété, pas de maturité...

b. C pour Contempler ses émotions

Comme dans le tableau de thérapie cognitive (cf. chapitre homonyme), le patient doit contempler et évaluer l'intensité de ses émotions de craving de 0 à 100. Il les suit dans le temps en les évaluant et en notant ses fluctuations avec un détachement équivalent à un observateur externe.

En les suivant ainsi, cela l'aide à prendre du recul par rapport à ces émotions mais surtout cela lui rappelle un fait très utile : celui que l'envie de consommer peut être fort mais il est toujours temporaire voire fugace. Il y a un début et une fin.

c. A pour Agir avec l'anxiété

Lors d'un épisode anxieux, le patient doit continuer l'action qu'il avait entrepris. Il doit agir comme s'il n'était pas anxieux. Son activité sera certes ralentie ou plus rigide mais il doit la poursuivre. Cela lui montre que même anxieux, on peut encore être organisé.

Les patients anxieux ont en effet tendance à croire que l'anxiété sème le chaos dans leur esprit et les empêche d'agir. Il se démontre ainsi le contraire en agissant même lorsqu'il éprouve l'anxiété.

d. R pour répéter ces 3 étapes encore une fois

Le patient doit répéter les étapes, accepter l'anxiété, contempler l'anxiété et agir avec l'anxiété encore une fois.

e. A pour attendre le meilleur

Préciser au patient que ses pensées anxiogènes n'étant pas réalistes, ce qu'il redoute ne se passera pas.

De facto, il doit s'attendre au meilleur : les portes de l'ascenseur vont s'ouvrir, l'avion va atterrir, il n'aura pas de maladie, le métro va atteindre sa station, son anxiété passera, il va arriver chez lui, le chien va partir, l'araignée sera sortie etc.

7. Thérapie Cognitive

La thérapie cognitive s'est développée à partir du modèle cognitif décrit supra. Elle a été définie et développée par plusieurs auteurs tel que Beck, Emery.

Elle s'étend sur trois étapes qui sont rédigées sur trois tableaux successifs de thérapie cognitive (I, II et III) présents à la fin du manuel.

a. Première Étape : Auto-Observation

Afin de faire la transition avec la psychoéducation et le modèle cognitif évoqué en dernier, au cours du dialogue vous pouvez demander au patient depuis combien de mois ou d'années, il souffre de sa phobie ou de son obsession. A partir de cette information, vous soulignez alors qu'avec le temps, comme une habitude, le patient produit quasi-intensément une pensée de catastrophe dans une situation redoutée.

Ces pensées de catastrophe sont à ce point rapide que l'on parle parfois de pensées automatiques. Cette forme d'automatisme peut évoluer jusqu'au stade

où le patient n'en a plus conscience. Par conséquent, il est primordial qu'il reprenne conscience de ses pensées de catastrophe.

b. Deuxième Étape : La Recherche de Preuves

Être le détective de soi-même en cherchant les preuves, La technique du pour/contre.

Après avoir énuméré les croyances irréalistes et pensées de catastrophe, invitez le patient à se transformer en détective et l'amener progressivement au cours du dialogue à comprendre son rôle en tant que fin investigateur : celui de chercher les preuves ou les faits concrets. Il semble nécessaire d'insister sur le point que les preuves sont des faits objectifs et indiscutables et non des hypothèses ou des impressions.

Le patient va ensuite devoir séparer les preuves « POUR »: celles qui soutiennent ses pensées de catastrophes et le conforte dans son interprétation irréaliste et les preuves « CONTRE»: qui contredisent ou invalident ces mêmes pensées de catastrophe.

Ex:

Pensées de catastrophe	Preuve POUR	Preuve Contre
Je vais m'étouffer dans l'ascenseur	L'ascenseur est un lieu étroit	Les ascenseurs ne sont pas faits pour être étanches L'air circule
Je vais rester coincé	Il n'y a pas de fenêtres Les portes sont fermées	L'ascenseur est récent Je peux respirer Les autres personnes sont calmes et respirent
L'ascenseur va tomber en panne	C'est un appareil mécanique donc une panne peut survenir	Mes ongles sont de couleur normale (pas de cyanose) Je peux me déplacer et bouger La fermeture est temporaire, les portes vont bientôt s'ouvrir

		Si les ascenseurs étaient dangereux personne ne les prendraient
--	--	---

Cet exemple illustre bien la mise en place des faits. Faites constater au patient qu'il y a bien plus de preuve "contre" que de preuves "pour" ce qui démontre de manière flagrante l'erreur dans l'interprétation de la situation vécue par le patient.

Par ailleurs, une faute à éviter de la part du thérapeute *prima facie* est de répondre à la place du patient ou de lui suggérer systématiquement les réponses. Résistez à cette envie et prenez le temps de laisser le patient formuler lui-même ses réponses.

c. Troisième Étape : Générer une interprétation équilibrée

La phase finale qui suit la recherche de preuve consiste en la formulation alternative de pensées plus réalistes et qui concerne la situation anxiogène ou redoutée par le patient phobique ou obsessionnel.

Le patient peut parfois s'imaginer ce qu'il devrait penser s'il était une autre personne. Cependant, dans l'absolu, il semble utile de l'aider à structurer cette pensée plus réaliste pour la faire naître.

L'élaboration de pensée alternative s'établit en rappelant au patient :

- **De reconnaître ses émotions**

Lorsque l'on est dans une situation qui induit l'anxiété ou provoque une crise d'angoisse, il ne s'agit pas d'être dans le déni en se disant "tout va bien" mais au contraire de reconnaître la présence de l'anxiété qui, de toute manière, n'est pas dangereuse comme cela a été expliqué dans le chapitre de la psychoéducation. On peut se dire alors "c'est vrai, je suis anxieux, c'est un peu dur, c'est assez difficile etc."

- **De chercher l'opportunité dans la situation**

La situation anxiogène comme l'avion, le métro, une soirée, une rue sale etc. représente au contraire une chance pour le patient de pratiquer sur le terrain les méthodes qu'il a acquises.

Comme le nageur qui a passé des mois à s'entraîner en vue des jeux olympiques ou un coureur qui s'est durement astreint à des exercices rigoureux pour participer à un marathon, une situation redoutée représente pour le patient le moment d'appliquer tout ce qu'il a appris pendant la thérapie. Le patient doit donc se voir comme un champion préparé à ce défi, à ce challenge.

- **De revoir succinctement les preuves CONTRE**

Cela consiste simplement à revoir succinctement les preuves contre (et uniquement les contre) énumérées dans la partie précédente (chercher les preuves).

- **De formuler les avantages de la situation**

Cet aspect est différent de l'opportunité. Le patient doit réaliser en quoi la situation affrontée est un avantage pour lui.

Ex : l'autoroute me permet d'aller plus vite, d'éviter les embouteillages, de me détendre car cela demande moins d'attention qu'en centre ville etc

- **De conclure sur un futur réaliste**

Les hypothèses et pensées de catastrophe du patient n'étant pas réalistes (je vais m'étouffer, être ridicule, avoir un accident etc.), elles ne surviendront donc pas dans la réalité. Ce que redoute le patient ne se produira pas.

Ce qui va se dérouler, est simplement ce qui est de plus probable ou de plus évident : l'avion va atterrir, les portes de l'ascenseur vont s'ouvrir, la réunion va se terminer, l'anxiété va diminuer, la sortie de l'autoroute va être atteinte et le patient va atteindre son but, arriver à bon port ou rentrer chez lui.

8. Stratégies Comportementales et cognitives

a. Les Stratégies pour faire face aux tentations

- **Évitement** : Dans un premier temps, éviter les tentations autant que faire se peut pour éviter les situations dangereuses qui risqueraient d'entraîner une chute, notamment les premières semaines de sevrage. (Fêtes, moment de repos, éviter de boire du café dans un premier temps...)
- **Substitution** : Remplacer le stimulus déclencheur de l'envie par un autre stimulus (par exemple, association café/cigarette à la fin du repas --> remplacer le café par une autre boisson chaude comme thé, infusion...)
- **Le changement** : Modifier la situation déclenchante (contexte): Prendre son café dans un autre endroit, dans une autre tasse, à un autre moment...
- **Évasion** : Cette technique est applicable lorsqu'on n'a pas pu éviter une situation à risque, alors s'échapper apparaît comme une bonne stratégie. (Faire une pause lors d'une réunion stressante afin de faire diminuer le stress ; Pendant une fête, sortir de la pièce, aller prendre l'air...).
- **Distraction** : Faire une liste d'activités distrayantes que l'on peut réaliser lors d'une « envie urgente ». Il est important de faire la liste en avance pour ne pas avoir à réfléchir comment occuper son temps au moment de « l'envie urgente ». Les activités distrayantes peuvent être cognitives ou comportementales. But : En laissant passer du temps en s'occupant avec autre chose, on prend le temps d'observer qu'au bout d'un certain temps l'envie diminue et passe. Laisse également le temps de se remémorer tous les inconvénients de la prise.
- **Retard** : Attendre lorsque « l'envie urgente » se manifeste, nous permettant ainsi de nous rendre compte que l'envie diminue rapidement et disparaît au bout de quelques minutes.
- **L'exposition aux situations à risque** : Après avoir pratiqué de multiples fois les autres stratégies et lorsque que l'on est bien entraîné à toutes les méthodes, on peut commencer à s'exposer à la situation d'envie mais sans consommer. Renforcement, autosatisfaction, fierté et augmentation de l'auto-efficacité en découleront.

b. Stratégies adaptatives comportementales

- **Relaxation** : Relaxation vagale comme vue dans lors de la session 1.
- **Activité physique** : L'activité physique est souvent utilisée comme substitut. Faire de la gym, du surf, courir, faire du vélo, de la natation, de la planche à voile, pratiquer la marche rapide, faire son ménage ou encore jardiner peuvent servir à diminuer les tensions. De plus, l'exercice physique vous engage dans une activité incompatible avec la réalisation simultanée du comportement tabagique.
- **Consommation alternative** : Céleri, carotte, maïs soufflé. Boire du thé et du café sont de bons substituts, s'ils ne faisaient pas partie de la « routine tabagique ». Sucrer des bonbons qui fondent doucement dans la bouche (tic-tac, gommes, cachou...) ou des stylos, de la paille et des cure-dents.
- **Compétences d'affirmation** : La capacité à refuser à participer à une activité centrée sur l'addiction en question.
- **Activité brève (et plaisante)** : câlin, boisson fraîche, un baiser, marshmallow, un massage, consommer un fruit, brossage des dents, bain dans la mer ou dans la baignoire,...
- **Soutien** : Parler à une personne de soutien. Ce sera votre "garde du corps". Lui parler de vos problèmes, lui demander de vous motiver à ne pas reprendre en parlant des avantages, s'engager dans une activité avec lui (sports, jeux, danse, câlin si c'est votre conjoint). Cette aide sera collaborative, vous devrez l'aider à votre tour sur une de ses activités.

Demandez au patient de choisir 5 stratégies qui lui paraissent les plus adaptées à sa personnalité, à ses difficultés.

9. Auto-instructions positives

Pour maintenir l'aspect dialectique de la thérapie, demandez au patient ce que sont les slogans.

Les slogans que l'on observe dans notre société sont des sentences assez simples, percutantes et répétées ad infinitum. Leur finalité est de pousser des personnes ou des masses à adopter un comportement spécifique : choix et achat d'un produit

pour un slogan à but commercial, vote pour un candidat pour les slogans à visée électorale, adoption d'un dogme pour les slogans de propagande à visée politique. Donnez quelques exemples.

Il s'agira donc de slogans thérapeutiques : les auto-instructions positives. Le patient ne peut pas contrôler ses émotions ou ses pensées, c'est normal (il doit les accepter) mais il peut contrôler ce qu'il se dit à lui-même car se parler à soi-même est un comportement volontaire.

Le patient pourra les utiliser en les récitant dans sa tête ou en se le rappelant soit lors d'épisode de craving soit lorsqu'il hésite à affronter une situation à risque en réalité virtuelle durant la Thérapie par exposition à la réalité virtuelle (TERV), dans l'imaginaire ou dans la réalité. Ce moment où le patient fait ce choix est le temps de décision critique.

En voici 15 issus de la littérature (Beck) et de mon expérience mais chacun est libre d'en ajouter de nouvelles :

- Je dois me forcer
- Je dois me lancer
- Je dois agir avec l'impulsion
- Je ne sais pas jusqu'à ce que j'essaye
- Je dois prendre des risques
- Je dois me surprendre
- Je dois prendre des risques
- Je suis assez fort(e) pour surmonter cela
- Je dois retrouver ma liberté
- Je dois conquérir ce lieu
- La force est avec moi
- Qui à dit que je ne pouvais pas le faire?
- L'anxiété est toujours temporaire, cela va passer
- L'anxiété paraît désagréable mais n'est pas dangereuse
- La caverne dans laquelle j'entre contient le trésor que je recherche

Sur ces 15 phrases que le patient aura scrupuleusement notées, il doit choisir chez lui les 5 qui lui correspondent le mieux ou qu'il aime le plus. Ces dernières doivent être écrites au verso de la fiche cartonnée (type bristol) qu'il avait utilisée pour les

phrases du système ACARA (cf. chapitre ACARA). Il devra ainsi toujours les avoir sur lui afin de l'utiliser dans des situations difficiles virtuelles et réelles ou lorsque, sous l'effet de l'envie de consommer, il en a oublié le contenu.

10. Affirmation de soi

C'est pouvoir exprimer ce que l'on sent, ce que l'on ressent ou ses besoins ; Tout en respectant ce que sent ou ressent l'autre ainsi que ses besoins.

a. Savoir dire non / Savoir refuser

Savoir refuser, la marche à suivre :

- Pratiquer l'écoute active, c'est-à-dire écouter et si nécessaire faire préciser la demande.
- Verbalisation directe et précise de la réponse
- Utilisation du disque rayé
- Faire une "révélation sur soi", savoir se servir de ses émotions et de ses sentiments. Émotions négatives ("je suis désolée, ne le prends pas mal mais...") comme positives ("je suis content de te voir")
- ADS empathique, savoir se mettre à la place de l'autre. Communiquer en priorité à l'autre ce que l'on comprend de sa position, de ses problèmes, puis dans un second temps verbaliser notre réponse, avis, demande ou sentiment.), alternatives et compromis et affirmation de soi négative peuvent également être utilisés.
- Terminer chaleureusement

Les 2 derniers points s'emploient surtout lorsque l'interlocuteur est susceptible, ou que la réponse que je donne est difficile pour lui. Attention, il faut bien vérifier à ne pas se justifier, dériver ou trop expliquer, sinon la formulation du refus risque de devenir très difficile.

b. Les différentes techniques à utiliser

La technique du « disque rayé »

- Savoir persister

- Répéter la même chose sans s'énerver, toujours plus aimablement
- Ne pas dériver ni se justifier

Ne pas justifier

- Ne pas trop chercher d'excuses ou donner de raisons
- En effet, donner trop de raisons diminue la clarté du message car cela donne à l'interlocuteur des arguments de discussion supplémentaires voir « le bâton pour se faire battre »
- Votre parole est suffisante car vous êtes un adulte

Ne pas dériver

- Ne pas se laisser entraîner vers un sujet sans rapport direct avec l'objet de la discussion : cela entraîne une perte de clarté du message et cela nuit à l'objectif recherché

Ne pas trop expliquer

- Il est vrai que les explications sont souvent utiles et nécessaires
- Trop expliquer nuit à la clarté du message et conduit généralement à la justification et à la dérive
- Il vaut mieux donner de l'information plutôt qu'expliquer

Corriger les pensées erronés ou dysfonctionnelles

- Mon refus va vexer, faire de la peine, il est peut-être très important pour l'autre que j'accepte.
- Si je refuse on va m'en vouloir, avoir une mauvaise opinion de moi, ne plus m'apprécier.
- Si l'autre accepte mal mon refus, exprime de la tristesse ou de la colère, que faire ? Je serai désemparé.
- Si on me demande cela c'est que c'est important ; je ne peux pas refuser, les besoins des autres passent avant les miens.
- Est-ce que ça vaut la peine de refuser.

Il faut bannir ces pensées, car elles sont fausses. On les remplace par des pensées plus réalistes

11. Imagerie Mentale

Elle est composée d'un ensemble de méthodes qui ont pour objectif d'utiliser l'imagination pour mieux gérer l'anxiété.

La substitution positive

Lors d'un épisode anxieux, il s'agit de substituer les pensées de catastrophe avec des souvenirs agréables issus du passé du patient. Souvenir d'enfance, évènements de l'adolescence, mémoire de l'âge adulte. Le patient doit vivre cette expérience comme une véritable réminiscence de son passé. Il doit ainsi impliquer tous ses sens dans ce voyage dans le temps : ce qu'il voit, entend, sent comme odeur, ce qu'il perçoit sous ses pieds, dans quelle position est son corps, ce qu'il sent sur sa peau etc.

Image symbolique

Il s'agit de demander au patient d'imaginer un objet qui va le rassurer lorsqu'il se trouve dans une situation anxiogène. Le patient doit donc visualiser un objet imaginaire dans un lieu réel. Cet objet est en lien avec le thème de ses craintes et de ces pensées de catastrophe.

Imaginer un futur positif

L'objectif est de visualiser un avenir immédiat ou lointain qui présente un dénouement réaliste. Avec deux possibilités : celle de visualiser un futur proche et celle de visualiser un futur lointain.

Dans la modalité avec futur proche, le patient est invité à se projeter par imagination dans les minutes ou les heures qui suivent l'évènement anxiogène auquel il est confronté.

Ex : dans l'avion, le patient va visualiser son arrivée, l'atterrissage, le sas de la cabine qui s'ouvre, l'air exotique qui pénètre dans la cabine, les visages de ses amis qui l'attendent etc.

Dans la modalité avec futur lointain, le patient va s'imaginer dans quelques années dans la même situation. Il se voit alors à l'aise dans l'avion, le métro, sur l'autoroute, devant un public. Il se voit indifférent et détendu dans ses situations, ne faisant même plus attention à tous les signaux qu'il surveillait autrefois (porte, sorties, aérations, fenêtres, regard).

Imaginer échapper à un danger plus grave (avec humour)

Avec une certaine forme d'humour et de dérision ou en utilisant des références cinématographiques, le thérapeute suggère au patient d'imaginer ce qui pourrait survenir de plus catastrophique que sa peur et qui inciterait le patient à affronter la situation qu'il évite.

Imaginer un modèle

L'idée princeps est de proposer au patient d'imaginer que dans la situation bien réelle se trouve une personne qu'il aime ou qu'il admire et qui le rassure : le modèle. Ce personnage imaginaire peut être le/la conjoint(e), un ami, un parent qu'il soit vivant ou non ou même une personne que le patient ne connaît pas personnellement comme un acteur ou un héros de manga, comics ou bande dessinée. Une fois de plus, l'emphase est mise sur l'implication de tous les sens : le patient doit visualiser l'apparence de la personne, son visage, sa voix, son parfum, son contact.

Modifier la réalité de manière drôle ou positive

Dans cette dernière modalité, le patient est libre de modifier en partie voire en totalement la réalité de la situation affrontée de manière à la rendre amusante ou agréable. Il peut modifier les personnes, le lieu, des détails de l'environnement, les sons etc.

12. Exposition à la réalité virtuelle : les grands principes

Une fois que les différentes méthodes rédigées supra ont été acquises par le patient, le patient peut alors s'exposer aux environnements virtuels puis réels. Les modèles behavioristes issus des théories du conditionnement ont démontré que l'effet recherché était une forme d'habituation aux stimuli anxigènes dans le but d'obtenir une extinction de la peur.

a. Préparation

Comme précisé au début du présent ouvrage, la phase dite d'exposition aux environnements virtuels ou aux évènements 3D avec le visiocasque ne doit

s'effectuer qu'après avoir formé les patients aux méthodes de thérapie que le thérapeute aura choisi (TCC : thérapie cognitivo-comportementale, psychanalyse, relaxation, mindfulness, gestion des émotions, etc.). Sans ces enseignements, le patient risque de présenter une rechute ou un trop fort craving sans savoir comment gérer les émotions qui le submergent. Il peut en résulter une rechute contre-productive.

Le thérapeute rédige une liste des environnements virtuels ou des situations 3D qu'il a à sa disposition et qui correspondent aux lieux redoutés par le patient.

Ex : pour l'acrophobie (peur des hauteurs) : pont, passerelle, toit d'immeuble.

A partir de cette liste, le patient devra établir une hiérarchie des lieux anxiogènes ou des situations évitées. Il les classera lui-même du plus facile (les moins anxiogènes) au plus difficile (les plus anxiogènes).

Ex : pour l'agoraphobie, d'abord le supermarché, puis le cinéma, le parking souterrain, ensuite le métro et enfin l'avion.

b. Progressif

Le patient devra débiter l'exposition en affrontant les environnements les plus faciles pour lui à partir de la liste qu'il aura établi. En effet, l'exposition ne doit pas être brutale. Elle doit provoquer suffisamment d'anxiété mais à un niveau raisonnable. Si elle devait être trop intense, le patient ne pourrait pas appliquer les méthodes efficacement car il serait submergé par l'anxiété.

En résumé, la situation virtuelle ou réelle affrontée doit être un peu difficile mais pas trop : le niveau d'anxiété du patient exposé doit être de 50-60 sur 100 au maximum dans un environnement virtuel. S'il est supérieur à ce chiffre, c'est que la situation est encore trop anxiogène et qu'il faudra utiliser une situation plus facile : "reculer d'un pas" "ralentissez" "ressortez un peu".

Le patient évolue à son rythme d'une situation à l'autre. Lorsque l'anxiété du patient est redescendue à 0 ou à 10-20 sur 100 au bout d'une ou plusieurs séances dans un même environnement, c'est le signe qu'il peut passer au suivant.

Cette notion de progression reste vraie à l'intérieur même d'une seule situation réelle ou virtuelle (si elle a été configurée ainsi). Une même situation peut être ainsi fragmentée en plusieurs sous étapes pour faciliter la progression.

Ex : pour l'avion

- le patient va d'abord rester dans l'aéroport, l'anxiété peut survenir, il décrit une anxiété à 50 et a les mains moites. Il pratique alors la relaxation respiratoire puis ACARA (voir les chapitres correspondant).
- l'anxiété redescend à 10 au bout de 15 minutes, il pourra alors progresser vers le transbordeur ce qui va faire remonter son anxiété temporairement. Il pratique alors l'imagerie mentale puis la thérapie cognitive (voir les chapitres correspondant).
- l'anxiété redescend à 10 au bout de 15 minutes, il peut progresser vers la cabine de l'avion sans passer au départ et ainsi de suite au fur et à mesure des sessions jusqu'à ce que le patient arrive à prendre un vol prolongé dans la cabine virtuelle pleine de passagers.
-

Si l'anxiété ne redescend pas, il ne faut pas inciter le patient à aller plus loin mais au contraire inviter le patient à rester plus longtemps ou à revenir à l'étape précédente (plus facile) pour réessayer à de multiples reprises plus tard.

Ces étapes peuvent être élaborées ad infinitum en fonction des paramètres et détails décrits par le patient.

Heure du jour, accompagné ou non, présence d'autres personnes, météo, temps d'exposition, nombre d'étages, étendue des tâches de sang, nombres de chiens etc.

c. Prolongé

L'anxiété étant un phénomène transitoire, l'habituation à la peur ne peut donc s'effectuer que si le patient reste longtemps dans la situation (plus de 5 minutes et au mieux plus de 15 minutes). Il verra ainsi de lui-même que dans les lieux tant redoutés l'anxiété finit toujours par s'estomper.

Cependant, pour que le patient demeure dans un lieu réel ou virtuel évité (métro, avion public etc.), il ne faut pas que ce dernier soit trop anxiogène ou trop difficile d'où l'intérêt de la progression étape par étape comme précisé supra.

Pour l'aider à rester dans la situation anxiogène, le patient peut pratiquer les méthodes de thérapie détaillées dans les chapitres précédents (relaxation, ACARA, thérapie cognitive etc.), il peut aussi dialoguer librement dans le but de recherche d'associations et d'évocations de pensées refoulées pour la psychanalyse.

d. Répété

L'apprentissage, quelque soit la matière abordée, implique fréquemment une notion de répétition du geste. L'exposition étant une forme d'apprentissage pour s'habituer, pratiquer et voir autrement, il est conseillé au patient de s'entraîner plusieurs fois par semaine en réalité virtuelle puis progressivement en réalité.

En réalité virtuelle, le patient doit choisir une étape de l'environnement virtuel afin de s'y exposer (monter dans un avion virtuel à moitié plein, conduire sur une autoroute avec quelques voitures, s'approcher d'un sol avec des tâches de sang, etc.). Une fois cette étape choisit, le patient s'y confronte de manière répétitive au cours de la même session ou d'une session à l'autre.

Si au cours des sessions, le patient a éprouvé plusieurs environnements virtuels mais exprime des doutes sur un environnement qu'il a déjà terminé lors de séances précédentes, il est nécessaire de revenir en arrière et de lui proposer de le refaire autant que faire se peut de manière à s'assurer que le patient est détendu et à l'aise dans la situation en question.

Bonus : La récompense

Toute exposition en réalité virtuelle comme en réalité qui a été effectuée est une exposition réussie. Le patient ne doit pas être à la recherche d'une forme de perfection ou une attente de résultats scolaires excellents. Avoir eu le courage d'affronter la situation et d'y être rester est en soi une grande réussite.

Après une session d'exposition en réalité virtuelle, le patient sera souvent fatigué, voire éreinté. Le temps lui aura semblé s'écouler plus vite. Ce sont des

phénomènes normaux relatifs à un niveau d'attention nécessaire à la gestion des émotions. Ils sont sans conséquence.

Afin de renforcer la sensation de satisfaction que ressent le patient après une séance de TERV, il est utile de renforcer ce sentiment en conseillant au patient de se faire plaisir. Il doit donc se récompenser en s'offrant un moment de qualité, de plaisir : siroter une coupe de champagne, lire un bon livre, savourer de délicieux chocolats, voir un film apprécié au cinéma, goûter de succulentes pâtisseries, s'offrir un dîner au restaurant, une sortie au théâtre, à l'opéra, en recevant des massages agréables de sa conjointe etc.

e. Les Étapes d'une session de TERV

Le patient aura au préalable bénéficié d'une préparation en TCC ou en psychanalyse sur plusieurs séances.

- Expliquez le fonctionnement du visiocasque au patient et les éventuels réglages qu'il devra effectuer. Lui montrer l'espace dont il dispose dans votre bureau ou votre cabinet afin d'éviter qu'il se heurte aux meubles environnants.
- Démarrer l'ordinateur PC et connecter le visiocasque à ce dernier (prise USB de l'alimentation et du tracker, prise HDMI pour la diffusion du son ou des images).
- Lancez l'environnement virtuel choisi avec le patient en commençant par le plus facile et donc le moins anxiogène de la liste des situations établie avec lui (voir le paragraphe progressif supra).
- Assurez-vous que le patient a suffisamment de place autour de lui (4m² au minimum) pour évoluer et se tourner. Il aura aussi tendance à marcher ou à se déplacer spontanément.
- Placez le visiocasque sur la tête du patient. Laissez-le l'ajuster et faire les réglages. Donnez-lui les écouteurs.

- Le patient peut à présent et sous votre supervision, débiter son exposition en réalité virtuelle
- Dans un premier temps, laissez-le se familiariser tranquillement avec le matériel et le mode navigation.
- Une fois qu'il a acquis son fonctionnement, vous pouvez à présent lui suggérer de débiter son exposition : "vous pouvez rentrer dans l'immeuble" "l'ascenseur est à votre droite" "ouvrez la porte" "pénétrez dans le couloir" "marchez vers la foule" etc.
- Le patient doit être invité à agir mais il ne doit pas être forcé, c'est à lui de choisir son action.
- Une fois anxieux assurez-vous qu'il pratique les méthodes de thérapies détaillées dans les chapitres précédents.
- Aux instants clés, demandez régulièrement au patient de vous préciser son niveau d'anxiété de 0 à 100 :
 - de 0 à 30 il peut continuer à évoluer dans la situation.
 - de 40 à 60, il doit cesser sa progression et rester sur place pour pratiquer les méthodes de thérapies détaillées dans les chapitres précédents.
 - de 70 à 99, le niveau d'anxiété est trop élevé, invitez-le à revenir en arrière vers une situation ou une position plus facile.
- Un dialogue peut tout à fait s'instaurer entre le thérapeute et le patient pendant l'exposition :
 - PATIENT : "je me sens anxieux ici, que dois-je faire?"
 - THERAPEUTE : "quel est votre niveau d'anxiété?"
 - PATIENT : "50"
 - THERAPEUTE : "Bien, dans ce cas arrêtez-vous où vous êtes et que pouvez-vous faire ici?"
 - PATIENT : "la relaxation respiratoire"
 - THERAPEUTE : "bien, faisons là ensemble"

PATIENT : " je me sens un peu mieux, que dois-je faire ensuite?.. j'ai oublié"

THERAPEUTE : " commencez à me parler du système ACARA, il vous plaît bien ce système je crois"

PATIENT : " oui, alors le premier A veut dire accepter l'anxiété, je ne dois pas contrôler ou lutter je dois..."[...]

THERAPEUTE : " à présent, parlez-moi de la thérapie cognitive, quelles sont vos pensées de catastrophe? Vous avez peur qu'il se passe quoi ici?"

PATIENT : " je vais m'étouffer, je ne pourrai pas sortir, je vais rester coincé"

THERAPEUTE : " très bien, donnez-moi les preuves pour puis les preuves contre" etc.

- A la fin de l'exposition, le patient doit avoir un niveau d'anxiété bas (0 à 30) et être sorti de la situation (de l'ascenseur, de l'immeuble, de l'avion, de l'autoroute, de la foule etc.).
- Ne stoppez jamais le programme lorsque que le patient est encore dans la situation, il doit en être sorti pour des questions de cohérence mais également pour écrire dans sa mémoire un épisode d'exposition réussie où le patient a fini par sortir de la situation avec un niveau d'anxiété faible. Cela améliorera l'autosatisfaction, renforcera la confiance en soi et laissera un souvenir agréable.
- Si ce n'est pas le cas, avant de conclure l'exposition, invitez-le à sortir de la situation (quitter l'ascenseur, se diriger vers les sorties de l'immeuble, passer le sas de l'avion, prendre la sortie de l'autoroute, quitter la foule etc.).
- Enfin, discuter de ses actions en réalité virtuelle, de ses progrès et complimentez-le. Fixez alors la date de son prochain rendez-vous et proposez-lui au bout de la 3ème session de TERV ou plus à s'exposer dans la réalité en suivant les mêmes principes et les mêmes méthodes que dans la réalité virtuelle. Insistez une fois encore, sur le caractère progressif de l'exposition. Le patient doit s'exposer étape par étape, en commençant par

la moins anxiogène, en progressant à son rythme et en ne sautant pas des marches de la hiérarchie.

f. Le syndrome de cyber malaise

On pourrait le traduire par malaise cyberinduit, cybersickness ou mal du simulateur. Il représente l'ensemble des signes fonctionnels secondaires à l'utilisation du matériel de réalité chez quelques patients.

Elle s'apparente à la fatigue oculaire et à la naupathie. La symptomatologie est principalement constituée de sensation d'instabilité, de vertiges, nausées voire d'exceptionnels vomissements, de fatigue oculaire, de sensation de voile devant les yeux.

De ce fait, si le patient présente des symptômes nauséux pendant la séance de TERV, il lui sera conseillé de ralentir ses gestes, de tourner la tête moins vite et de faire des pauses toutes les 5 à 10 minutes. Ce phénomène gênant pour la thérapie survient parfois lors d'un premier essai. Le syndrome s'amenuise fréquemment au fur et à mesure des sessions.

13. La transition avec la réalité : La Généralisation

In fine, l'objectif est de proposer et d'enseigner aux patients un maximum d'outils variés pour mieux gérer l'anxiété et atteindre le déclic cognitif qui va lui permettre de reconceptualiser son environnement. Sa vision sera alors génératrice de pensées plus réalistes et plus rassurantes.

L'exposition va lui permettre de gagner une plus grande confiance en lui combinée avec une forme de fierté et d'autosatisfaction. Il a, en effet, surmonté une épreuve qui lui paraissait autrefois impossible. Ce sera son exploit personnel et le garant d'une évolution constante de sa vie. Par ailleurs, le patient n'est pas obligé d'utiliser tous les outils rédigés ici. C'est précisément l'intérêt d'en fournir plusieurs. L'observation clinique a permis de constater qu'il va en préférer certains au détriment d'autres qu'il n'utilisera pas, ce qui est un processus normal. Laissez-lui la liberté d'exploiter la thérapie et de se l'approprier comme il l'entend du moment que celle-ci est efficace et bénéfique pour lui.

14. Conclusion

In fine, l'objectif est de proposer et d'enseigner aux patients un maximum d'outils variés. L'exposition va lui permettre de gagner une plus grande confiance en lui combinée avec une forme de fierté et d'autosatisfaction. Il a, en effet, surmonté une épreuve qui lui paraissait autrefois impossible. Ce sera son exploit personnel et le garant d'une évolution constante de sa vie.

Par ailleurs, le patient n'est pas obligé d'utiliser tous les outils rédigés ici. C'est précisément l'intérêt d'en fournir plusieurs. L'observation clinique a permis de constater qu'il va en préférer certains au détriment d'autres qu'il n'utilisera pas, ce qui est un processus somme toute normal. Laissez-lui la liberté d'exploiter la thérapie et de se l'approprier comme il l'entend du moment que celle-ci est efficace et bénéfique pour lui.

Lecture optionnelle

Si vous désirez avoir accès à d'autres connaissances vous pouvez consulter les œuvres suivantes :

En Français :

- Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. O. Fontaine. Edition Broché.
- Chartier, J.-P. (2001). Introduction à la pensée freudienne. Paris:Payot.

En Anglais :

- AT BECK Anxiety and Phobias a cognitive perspective. Il est ancien mais représente la base de la TCC.
- MARKS Fears, Phobias and rituals. La référence diagnostique des troubles anxieux
- Bateman, A. & Holmes, J. Introduction to psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice (Routledge 1995)