

IMMERSIVE
ADDICTION
REHABILITATION



**IMMERSIVE
HEALTHCARE
TECHNOLOGIES**

Document Confidentiel C1

Ne pas diffuser - Strictement limité à un usage interne

©C2CARE 2024

SOMMAIRE

1. Introduction	3
a. Avertissement	3
b. Intégration des TCC	3
2. Format	3
3. Règles hygiéno-diététiques	5
a. Reprise du sport d'endurance	5
b. Arrêter les autres excitants ou les stimulants	6
c. S'exposer à la lumière du soleil	6
d. Avoir des rapports sexuels fréquents	6
4. Psychoéducation	7
a. Modèle Neurobiologique de la dépendance	8
b. Modèle du Conditionnement	10
c. Modèle cognitif de la rechute	12
5. Relaxation Vagale	14
a. Préparation	14
b. La Méthode	14
6. ACARA	15
a. A pour Accepter l'émotion de Craving	15
b. C pour Contempler ses émotions	16
c. A pour Agir avec l'anxiété	16
d. R pour répéter ses 3 étapes encore une fois	16
e. A pour attendre le meilleur	17
7. Thérapie Cognitive : La restructuration cognitive	17
a. Première Étape : Auto-Observation	17
b. Deuxième Étape : La Recherche de Preuves	18
c. Troisième Étape : Générer une interprétation équilibrée	20
8. Stratégies Comportementales et cognitives	22
a. Les Stratégies pour faire face aux tentations	22
b. Stratégies adaptatives comportementales	23
9. Auto-instructions positives	23
10. Affirmation de soi	25
a. Savoir dire non / Savoir refuser	25
b. Les différentes techniques à utiliser	25
11. Imagerie Mentale	27
12. Exposition à la réalité virtuelle : les grands principes	28
a. Avertissement	28
b. Progressif	29
c. Prolongé	30

d. Répété	30
e. Les Étapes d'une session	31
f. Le syndrome de cyber malaise	32
13. La transition avec la réalité : La Généralisation	33
14. Conclusion	34

1. Introduction

a. Avertissement

Les environnements virtuels de C2Care ne doivent pas être employés d'emblée avec un patient en abstinence ou souffrant d'une autre dépendance au risque de le sensibiliser et de provoquer une rechute. Ils doivent être utilisés une fois le patient préparé et formé à la thérapie (TCC : thérapie cognitivo-comportementale, psychanalyse, relaxation, gestion des émotions, etc.). Ils ont pour but thérapeutique d'exposer le patient aux environnements virtuels comportant des situations à risque de consommation en général afin qu'il emploie les outils thérapeutiques dans la réalité de sa vie quotidienne et ceci dans un but de gestion de son envie de consommation (craving).

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.

2. Format

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

8 à 12 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 suscité.

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'envie de consommer ou craving (qui seront détaillées dans le présent manuel) et les 4 à 10 autres séances en TERV avec l'environnement virtuel C2Care.

Les 4-5 premières sessions de relaxation, de thérapie cognitive et de gestion du craving 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.

Ceci en sachant que cela reste variable en fonction du patient et de sa pathologie. En règle générale, des consultations de suivi seront utiles pour le contact, la surveillance et la prévention de rechute tous les 3 à 6 mois durant la première année. Il semble nécessaire dans un premier temps de s'assurer que le trouble addictif ne soit pas d'origine organique. Recherchez des antécédents de pathologies neurologiques (retard mental, hydrocéphalie, hématome sub-dural chronique sur un traumatisme crânien, épilepsie, accident ischémique, encéphalite, etc.) qui pourrait causer une hypo frontalité ou une stimulation excessive du système de récompense (noyau accumbens) ; 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, nous examinons des patients qui ont eu de nombreuses formes 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..

Voici les étapes de la méthode du présent manuel (Tirés des TCC et de l'expérience de l'auteur) :

- Règles hygiéno-diététiques
- Psychoéducation
- Relaxation
- ACARA (technique de gestion des émotions dont le craving)
- Thérapie cognitive (restructuration cognitive)
- Stratégies comportementales et cognitives
- Auto-instructions positives
- Affirmation de soi
- Imagerie Mentale
- Thérapie par exposition à la réalité virtuelle avec le logiciel C2Care
- Suivi

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, certains 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 certains 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. 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 3 modèles issus des sciences biologiques, neurologiques, cognitives et comportementales. Il faudra donc enseigner à l'aide de schémas et d'explications claires, ces 3 modèles aux patients. Cet enseignement doit être illustré de cas concrets en utilisant l'anamnèse du patient ou des récits d'autres patients.

a. Le Tabac

L'addiction au tabac est caractérisée par l'impossibilité de contrôler un comportement de consommation de tabac en dépit des conséquences négatives (corporelles, financières, familiales et liées à l'entourage). Le tabagisme chronique est responsable de nombreuses pathologies au long cours, dont la l'évolution est défavorable ou invalidante (cancer du poumon, maladie cardio-vasculaire, maladie respiratoire chronique, etc.).

En effet, il existe 4000 composants identifiés dans la fumée de tabac dont certains sont toxiques et 60 sont des cancérigènes reconnus. Citons les:

CO un gaz toxique que l'on retrouve aussi dans les pots d'échappement des voitures.

Goudron qui est cancérigène et recouvre les poumons d'une substance visqueuse.

Acétone, une substance aussi présente dans le dissolvant.

Acide cyanhydrique (utilisé dans les chambres à gaz)

Métaux lourds (plomb et cadmium) toxique pour le cerveau (saturnisme).

Par ailleurs, le tabac contient de la nicotine. Ce composé va agir sur le fonctionnement cérébral et perturber le système du plaisir et de la récompense.

En ce qui concerne les relevés épidémiologiques a une échelle plus large, le problème du tabagisme concerne le monde et plus précisément l'Europe avec une prévalence du tabagisme quotidien de 28% parmi les adultes de plus de 15 ans. C'est d'ailleurs en Europe qu'il y a plus grande prévalence de tabagisme quotidien au monde chez les femmes (20%).

Pour la France et d'après les derniers relevés de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), ce chiffre diffère peu des données européennes avec, pour les fumeurs quotidiens, une prévalence de 28.7% chez les plus de 15 ans soit 13.5 millions d'individus [5]. Cet institut a aussi constaté une augmentation de ce chiffre entre 2005 et 2010 (26.9% et 28.7% respectivement) ; elle concerne essentiellement les femmes.

b. L'Alcool

L'addiction à l'alcool, ou trouble de l'usage de l'alcool, se manifeste par une consommation excessive et incontrôlée d'alcool malgré les conséquences négatives sur la santé physique, mentale, sociale et professionnelle. L'alcoolisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, avec un large éventail de conséquences allant des maladies du foie, troubles cardiovasculaires, à des impacts sur la santé mentale comme la dépression et l'anxiété.

L'abus d'alcool peut également entraîner une dépendance physique, caractérisée par des symptômes de sevrage lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation. Ces symptômes peuvent inclure des tremblements, de l'anxiété, des nausées, des hallucinations, et dans les cas graves, des convulsions et le delirium tremens.

La dépendance à l'alcool affecte non seulement l'individu, mais a également un impact significatif sur les familles et les communautés, augmentant le risque de violence domestique, d'accidents de la route, et de problèmes au travail. Les facteurs de risque incluent la génétique, les influences sociales et environnementales, les problèmes de santé mentale, et les modes de consommation d'alcool.

Sur le plan épidémiologique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rapporte que des millions de personnes dans le monde souffrent de troubles liés à l'alcool. La prévalence varie selon les régions, mais l'alcoolisme reste une préoccupation majeure de santé publique dans de nombreux pays, y compris les pays développés où l'accès à l'alcool est facile et socialement accepté.

c. La Cocaïne

L'addiction à la cocaïne est, comme celle au tabac, une dépendance sévère qui affecte profondément la vie des individus sur plusieurs plans : santé, relations sociales, financières et professionnelles. La cocaïne est un stimulant du système nerveux central qui augmente les niveaux de dopamine dans les circuits de récompense du cerveau, ce qui conduit à des niveaux élevés d'euphorie. Toutefois, cette augmentation est suivie d'une chute brutale, poussant à une consommation répétée pour éviter le malaise de la descente, ce qui favorise l'addiction.

Sur le plan sanitaire, la cocaïne peut causer des dommages immédiats et à long terme. À court terme, la consommation peut entraîner des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, et des convulsions chez certains individus, même dès la première prise. À long terme, l'usage chronique de cocaïne peut entraîner des maladies cardiovasculaires, des troubles respiratoires, des problèmes neurologiques, ainsi que des troubles psychiatriques tels que l'anxiété, la paranoïa et la schizophrénie. La cocaïne est également associée à des comportements à risque augmentant l'exposition au VIH et à d'autres maladies transmissibles.

La cocaïne contient plusieurs substances toxiques et des produits de coupe qui peuvent être nocifs. Bien que moins étudiés que les composants de la fumée de tabac, les adjuvants et contaminants présents dans la cocaïne de rue, tels que le lévamisole (un vermifuge pouvant causer des troubles sanguins graves) et d'autres substances, peuvent causer des dommages supplémentaires.

Les données épidémiologiques montrent que la prévalence de l'usage de cocaïne varie considérablement d'une région à l'autre, avec une consommation plus élevée dans certaines parties de l'Amérique et de l'Europe. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) rapporte que la cocaïne est la drogue stimulante illicite la plus consommée en Europe, avec des millions d'usagers chaque année.

En France, selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), la cocaïne est la deuxième drogue illicite la plus consommée après le cannabis. Les enquêtes indiquent une augmentation de l'usage de cocaïne, avec des impacts significatifs sur la santé publique et les services d'urgence.

d. Le Cannabis

L'addiction au cannabis, également connue sous le nom de trouble de l'usage du cannabis, se caractérise par une incapacité à arrêter ou à contrôler la consommation malgré les conséquences négatives sur la santé, la vie sociale, ou les responsabilités professionnelles et éducatives. Bien que souvent perçu comme moins dangereux que d'autres substances, l'usage régulier de cannabis peut entraîner des problèmes de santé significatifs et un potentiel de dépendance.

Sur le plan de la santé, l'usage chronique de cannabis est associé à des risques de troubles mentaux tels que la schizophrénie, surtout chez les personnes ayant une prédisposition génétique. Il peut également exacerber les symptômes de troubles préexistants comme la dépression et l'anxiété. Physiquement, le cannabis peut affecter le système respiratoire, similairement à la fumée de tabac, en augmentant le risque de bronchite et d'autres infections respiratoires. Des études suggèrent également un lien entre la consommation régulière de cannabis et une altération de la mémoire, de l'attention et de la fonction cognitive, surtout lorsque l'usage commence à l'adolescence.

Le THC (tétrahydrocannabinol), le principal composé psychoactif du cannabis, agit sur le cerveau en se liant aux récepteurs cannabinoïdes, influençant ainsi le système de récompense et pouvant mener à une dépendance psychologique. Les effets immédiats incluent la modification de la perception, de l'humeur, et de la conscience, tandis que l'usage à long terme peut diminuer la motivation et conduire à un état d'apathie, connu sous le nom de syndrome amotivationnel.

Concernant l'épidémiologie, le cannabis est la substance illicite la plus consommée au monde. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le cannabis occupe une place prépondérante dans les habitudes de consommation de drogues en Europe, avec des millions d'utilisateurs annuels, notamment chez les jeunes adultes. En France, l'usage de cannabis est

également le plus répandu parmi les drogues illicites, avec une prévalence particulièrement élevée chez les adolescents et les jeunes adultes. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) rapporte que la consommation de cannabis chez les jeunes est une préoccupation majeure de santé publique, avec des implications pour la santé mentale et le bien-être général.

e. Autres Drogues

L'addiction aux drogues, qu'il s'agisse d'opioïdes, d'amphétamines, d'ecstasy, ou d'autres substances psychoactives, présente un défi majeur pour la santé publique. Ces substances affectent le cerveau et le comportement, entraînant une dépendance physique et/ou psychologique profonde, difficile à surmonter sans aide.

Opioïdes (héroïne, morphine, fentanyl) : Ces drogues sont particulièrement addictives et associées à un risque élevé de surdose mortelle. Elles provoquent une euphorie intense, suivie d'une accoutumance rapide, nécessitant des doses de plus en plus fortes pour obtenir le même effet. Les conséquences sanitaires incluent des infections, des problèmes respiratoires et des troubles mentaux.

Amphétamines (méthamphétamine, ecstasy) : Ces stimulants augmentent l'énergie et la vigilance mais peuvent conduire à des problèmes cardiovasculaires graves, des troubles psychotiques et une dépendance sévère. L'ecstasy, ou MDMA, est souvent utilisée dans des contextes festifs et peut causer déshydratation, épuisement et troubles émotionnels.

Hallucinogènes (LSD, champignons magiques) : Bien que le potentiel de dépendance physique soit moins élevé, ces substances altèrent la perception et peuvent entraîner des expériences psychédéliques intenses. Les risques comprennent des crises de panique, des flashbacks et une désorientation psychologique.

La prévalence de l'usage de ces substances varie selon les régions et les groupes démographiques, mais elle représente une préoccupation mondiale. Les efforts de traitement comprennent la thérapie comportementale, le soutien psychosocial, et

parfois l'utilisation de médicaments pour atténuer les symptômes de sevrage et faciliter la récupération.

f. Modèle Neurobiologique de la dépendance

Le système de récompense / renforcement aussi appelé système hédonique, est un système fonctionnel fondamental des mammifères, situé dans le cerveau. Ce système de récompenses est indispensable à la survie, car il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés, permettant de préserver l'individu et l'espèce (recherche de nourriture, reproduction, évitement des dangers...).

Plus précisément, le système de renforcement est constitué par trois composantes :

1. **Affective**, correspondant au plaisir provoqué par une récompense, ou au déplaisir provoqué par les punitions ; (Neurotransmetteur : opioïdes dont endorphines).
2. **Motivationale**, correspondant à la motivation à obtenir une récompense ou à éviter la punition ; (Neurotransmetteur : Dopamine).
3. **Cognitive**, correspondant aux apprentissages généralement réalisés par conditionnement (prédiction, associations, représentations liées au plaisir).

Le système de récompense et de plaisir est constitué par le système mésolimbique. Ce système mésolimbique est formé de neurones dopaminergiques du mésencéphale (neurones qui synthétisent la dopamine comme neurotransmetteur). Leurs corps cellulaires sont situés dans l'aire tegmento-ventrale (ATV) et leurs axones se projettent sur le noyau accumbens (noyau très impliqué dans le système de récompense) ainsi que sur le tubercule olfactif, le cortex frontal et l'amygdale.

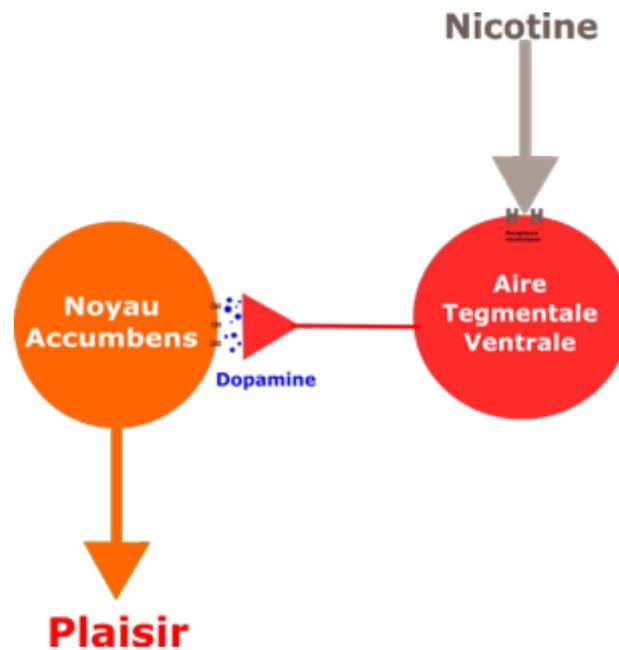
Les substances psychoactives agissent sur ce système qui est normalement activé par des signaux sensoriels. Les signaux naturels se retrouvent par exemple dans l'appréciation de la musique : si une personne éprouve du plaisir à écouter une musique (stimulus auditif), elle va vouloir écouter cette musique de nouveau pour reproduire la sensation de plaisir. Il permet un renforcement positif tel que nous le verrons dans le modèle du conditionnement infra.

Ainsi nos amis les rats actionnant un levier permettant de leur délivrer de la cocaïne, le feront de manière croissante au point de ne plus se nourrir. Par contre

si les fibres dopaminergiques mésolimbiques sont lésées en injectant une toxine de type 6-hydroxydopa-mine uniquement dans le noyau accumbens, cette lésion éliminera le comportement d'auto-administration de cocaïne.

Ces noyaux en particulier l'ATV peuvent être activés par le stress d'où le désir de consommer et le risque de rechuter après un stress.

Le sevrage provoque aussi une activation de l'amygdale responsable des réactions d'anxiété ce qui explique le stress provoqué par le sevrage qui pousse lui aussi à la rechute.



La rechute peut donc être due à :

1. Une nouvelle consommation qui va réactiver les processus cérébraux de récompense
2. Un stress
3. Des indices contextuels (situations associées au tabac, soirées, rencontres etc. voir conditionnement infra).

La régulation des émotions et du comportement s'effectue par le cortex frontal dont le cortex préfrontal en particulier. Or ces structures sont avec la durée de la dépendance de moins en moins actives : on observe une hypo frontalité : il y a une neuroadaptation. Le cortex frontal gère les fonctions exécutives, la motivation, la mémoire de travail, l'attention et l'inhibition comportementale via leurs projections glutamatergiques vers l'ATV et le nucleus accumbens. Le sujet va donc moins réguler ses émotions et son comportement. Il en résultera a une impulsivité et une

compulsion. De plus, ces circuits frontaux sont immatures chez l'adolescents d'où sa vulnérabilité.

g. Modèle du Conditionnement

Ce modèle est basé sur les théories du conditionnement de Pavlov et du conditionnement opérant de Skinner. Dans l'expérience de Pavlov et Bekhterev qui s'articule autour du concept stimulus a réponse. Concernant Pavlov, 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). Ils introduisirent la notion de conditionnement en associant, à la présentation de nourriture, le son d'une cloche qui finit, par répétition de l'expérience, par provoquer seul (sans stimulus inconditionnel c'est à dire sans nourriture) la réponse inconditionnelle de salivation (cf. Schéma infra).

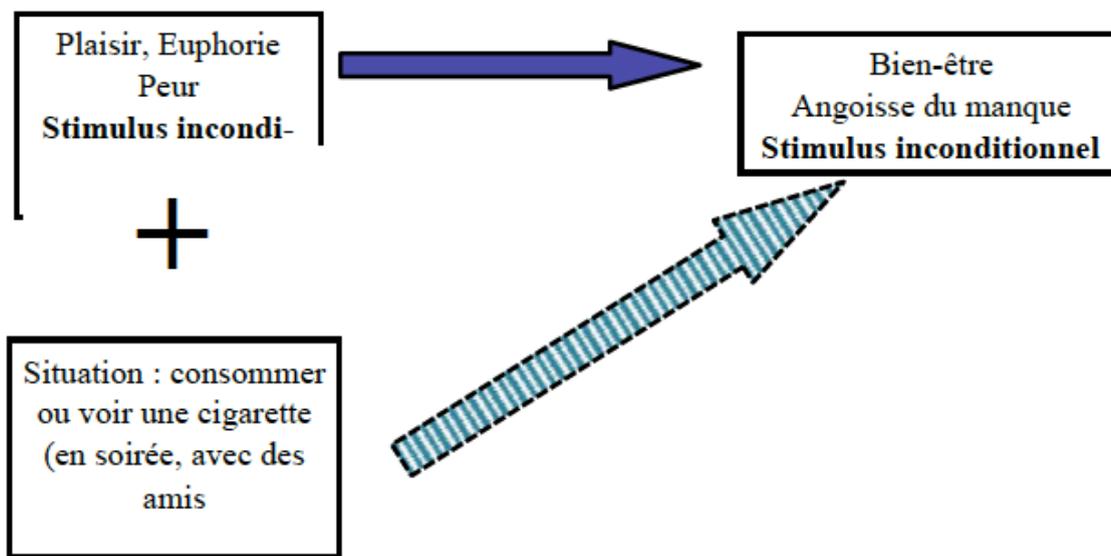
Dans le cadre des addictions comme celle liée au tabac, la théorie affirme que résulte de l'association fortuite ou non d'un stimulus conditionnel neutre (les gestes de consommation du tabac, boire un verre, prendre un rail de cocaïne, ...) à un stimulus inconditionnel (la plupart du temps le plaisir ou l'euphorie mais cela peut être aussi la peur d'un manque) engendrant une réponse inconditionnelle (bien être mais parfois aussi anxiété liée au manque). Conséquemment, cette réponse inconditionnelle de bien être se manifestera ultérieurement en réponse au stimulus neutre (le produit) même en l'absence du stimulus inconditionnel (plaisir) d'où le fait de ne consommer plus que par habitude et non plus par le plaisir initial. Le comportement résultant apparaît alors inadapté à la situation car il produit dans ce cas une réaction de bien être par l'utilisation d'un produit toxique addictif : l'apprentissage se construit de facto sur un mode pathologique. Les autres modalités de ce modèle (extinction du conditionnement, discrimination, généralisation, sur généralisation) s'y appliquent également.

Ex : Une patiente est présente à une soirée, ce jour-là, elle décide pour la première fois d'accepter une cigarette car elle se sent un peu triste du fait d'une récente séparation. Elle va ressentir un certain plaisir à fumer et elle se sent plus concentrée et plus active. Elle va se souvenir de ces effets euphorisants, de l'objet les ayant provoqués et de la situation ou cela s'est produit. Alors les soirées et la cigarette vont être associées fortuitement à cet épisode de plaisir et la patiente va commencer à présenter une envie de fumer en soirée. Par la suite, cette dernière peut se généraliser à toute forme de situations sociales (bar, restaurant, dîner au

domicile). Ce mécanisme est classique et se voit fréquemment en consultation. Lorsque l'association avec le plaisir de la cigarette s'étend à d'autres situations avec le temps, on parle de généralisation de l'addiction.

Donc au plaisir physique qui provoque une dépendance physique initiale lors de la consommation des premières cigarettes va s'ajouter une tentation de recommencer à fumer pendant une période assez longue après la disparition de la dépendance physique.

On parle alors de dépendance psychologique.



En d'autres termes, les actions sont renforcées par leurs conséquences. Un comportement qui aura des conséquences positives ou agréables sera répété et donc renforcé.

Préciser au patient que c'est l'idée que tout comportement qui apporte du plaisir sera répété alors que tout comportement entraînant de la souffrance ou le manque sera abandonné.

Ainsi, dans le cas d'un fumeur, le soulagement (émotion positive donc) provoquée par l'évitement du manque est un renforçateur positif du comportement et l'absence d'anxiété découlant du manque un renforçateur négatif. Ainsi soulagé le patient va prendre l'habitude conditionnée de fumer et de ne pas s'engager dans l'abstinence.

En conclusion, plus le fumeur consomme et plus il entretiendra sa dépendance dans l'avenir. En fumant il se sent heureux sur le court terme mais aggrave sa dépendance sur le long terme.

h. Modèle cognitif de la rechute

Les modèles cognitifs sont basés sur les théories du 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 sensoriels 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, espaces, animaux, objets, voiture, taille, bourdonnement, vitesse etc.).

L'attention va ainsi être guidée par des schémas cognitifs qui correspondent à des entités organisées ou des croyances influant sur la perception des événements et de facto sur l'interprétation d'une situation. Les expériences passées au cours de l'enfance ont permis l'élaboration de ces croyances ou schéma cognitifs qui vont être stockés dans la mémoire à long terme et vont ainsi conduire le patient à se fixer sur les informations qu'il doit attendre d'une situation.

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.

Si ces croyances ou schémas cognitifs sont erronés comme c'est le cas dans les addictions ceux concernés sont ceux du danger et de la vulnérabilité, ils peuvent conduire à une sélection de détails relatifs à l'effet de la cigarette ou son abstinence (impuissance, échec, soulagement bref, déception, manque d'efficacité etc.). Cette sélection inappropriée va conduire à une interprétation irréaliste de la situation conduisant à des pensées erronées sur la cigarette tout comme celle de nombreux patients souffrant de trouble anxieux. En voici les exemples tirés de personnes bien réelles reçues en consultation de Terv, ces pensées erronées sur la cigarette doivent être simples et rédigées en général au futur proche ou au futur simple de l'indicatif :

Ainsi ce qui rend le patient dépendant ou anxieux est sa propre interprétation de la situation et non la situation elle-même.

Pensées erronées (tirées de Marlatt & Gordon)		Émotions
Pensées Minimisantes	Aujourd'hui c'est la fête, je peux fumer un joint, demain j'arrête. Un, ce n'est pas grave.	Agréables : Plaisir, bien être
Pensées	J'ai bu un verre, c'est foutu	Désagréables :

Maximalisantes	Je n'aurais jamais dû Je suis impuissant face à l'envie	Malaise émotionnel Découragement
----------------	--	-------------------------------------

Pensées Anticipatoires Positives	Je vais passer un bon moment
Pensées Anticipatoires Soulageantes	Je vais me détendre Je vais me calmer
Pensées Permissives	Une petite cigarette, ce n'est pas bien grave. Je l'ai bien mérité !
Pensées Facilitantes	Je peux bien les accompagner dehors sans fumer

5. Relaxation Vagale

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 Méthode

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.

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 de forte tentation (craving) en toutes situations lors d'exposition en réalité virtuelle ou dans la réalité.

a. A pour Accepter l'émotion de Craving

Rappel : le craving est une forte émotion, intense et fugace poussant une personne à consommer un produit. Il survient lors d'indices contextuels (soirées, présence d'autres consommateurs, visualisation du produit dans un média,...).

Le contrôle des émotions ainsi que le fait de lutter, de combattre, de tenter de maîtriser son angoisse ou son envie ne fait que provoquer, aggraver ou maintenir l'anxiété du manque ou l'émotion du craving. Il est ainsi essentiel que le patient fasse le choix d'accepter cette émotion de craving en abandonnant toute forme idée de contrôle, de lutte, de résistance et de maîtrise. 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 à lui sans chercher à la contrôler. Il doit l'accepter car elle fait partie de lui toutes comme ses mains ou ses jambes. Accepter la sensation de craving 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".

On peut comparer l'anxiété à une vague dans la mer, au bord de l'eau. Si l'on se dresse face à la vague, elle nous renverse. Ce geste de contrôle est donc inutile. Si par contre, au lieu de se dresser contre elle, on se retourne et l'on plonge avec elle, la vague nous pousse alors jusqu'au rivage. Il faut donc glisser avec le craving comme une vague...

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 de craving, 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 sous l'effet du craving ou de l'anxiété, on peut encore être organisé. Les patients anciens consommateurs ont en effet tendance à croire que l'envie de consommer est irrépressible et sème le chaos dans leur esprit et les empêche d'agir. Il se démontre ainsi le contraire en agissant même lorsqu'il éprouve l'envie de consommer.

Il y a deux règles à respecter pour aider le patient à agir avec l'envie :

- Il ne doit effectuer qu'une tâche à la fois. Lors de TERV, Le thérapeute peut aider le patient à se recentrer sur l'action en cours.
- Lors des actions, il est impératif de ralentir ses mouvements, de décomposer et de démultiplier ses gestes pour réaliser son action efficacement même si l'envie est présente et incite le patient à faire vite.

d. R pour répéter ses 3 étapes encore une fois

Le patient doit répéter les étapes accepter le craving, contempler le craving et agir avec le craving 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 : l'envie va cesser, ses amis vont l'apprécier, l'avion va atterrir, il n'aura pas de maladie, le métro va atteindre sa station, son anxiété passera, il va arriver chez lui, etc.

Le patient doit au contraire se surprendre à manipuler l'anxiété ou le craving. Aussi longtemps que l'homme vivra, il aura de l'anxiété ou des envies. C'est une pensée magique que de croire que l'on peut se débarrasser du craving comme une maladie. Utiliser ACARA, c'est donc se mettre dans de bonnes dispositions émotionnelles pour accepter l'envie si elle survient.

7. Thérapie Cognitive : La restructuration cognitive

a. Première Étape : Auto-Observation

Il faut donc dans un premier temps observer et décrire la situation durant laquelle le désir de consommer apparaît

QUAND ? OÙ ? AVEC QUI ? COMMENT ?

Ex : "Je suis à une soirée avec des amis et l'un d'eux me propose de sortir consommer"

Enumérer les différentes causes possibles menant à une rechute et les DAS :

CAUSES EXTERNES (lieu, personnes, situation) :

- Le conflit
- Situations spécifiques (stimuli déclencheurs variés : café, téléphone, voiture, activités routinières...)
- Les moments agréables ou les situations associées au comportement de consommation
- Repas de famille/ Fête/ Anniversaire
- La consommation contrôlée
- Prise de poids

CAUSES INTERNES (SENTIMENTS, ÉMOTIONS, IMAGES, PENSÉES)

- Stress aigu (colère, évènement de vie douloureux)
- État émotionnel négatif
- Période dépressive avec des images négatives (je ne vauds rien, je vais rester seul(e) etc.)
- Période anxieuse avec des images de catastrophe (je vais perdre mon travail, mon conjoint(e) va me quitter, mes enfants vont être malades etc.)
- Difficultés relationnelles
- Tristesse, Ennui
- État émotionnel positif
- Perte de motivation

On évalue l'émotion et le niveau de craving sur 100.

Ex : satisfaction, plaisir, agréable craving 60/100

On recherche les pensées erronées liées comme une forme d'auto-observation. Il est utile de le faire dès que la montée de craving se manifeste. Il est donc important de rapporter et d'identifier le type de pensées erronées ou d'erreur de raisonnement sur la situation pour retrouver son besoin réel ou son vrai désir :

Les pensées erronées doivent être simples et rédigées en général au futur proche ou simple de l'indicatif :

"une cigarette va me faire passer une meilleure soirée "

"Juste une trace ça va me mettre en forme"

"J'en ai fumé une, je vais rechuter"

"je ne vais pas pouvoir dire non à un verre"

"La cigarette va me calmer et me détendre, je vais en avoir besoin"

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, invitez le patient à se transformer en détective (il peut choisir celui de son choix : Sherlock Holmes, Nicky Larson, Detective Dee, inspecteur Gadget ou tout autre enquêteur célèbre) 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.

Donc après avoir auto-observées ses pensées et ses fausses croyances ainsi que l'émotion, la prochaine étape est de rechercher les faits qui soutiennent (preuve pour) ou qui infirment (preuve contre) ses fausses croyances ou pensées (comme je vais rechuter, je ne pourrais pas dire non etc.).

Ainsi, on cherche les arguments « pour » et « contre » ces pensées.

Chercher les arguments objectifs, tirés de l'analyse des faits, qui vont dans le sens de mes pensées et mes fausses croyances : les preuves pour

Ex : J'ai déjà rechuté deux fois. Expérience passée donc.

Je ressens une forte envie de fumer

Dans le passé, j'ai eu des difficultés à dire non

Chercher aussi les faits indiscutables qui vont dans le sens opposé de mes pensées ou de mes fausses croyances : les preuves contre

Ex : J'ai déjà pu dire non dans le passé aussi.

La vraie rechute n'est pas de consommer une fois mais de consommer de manière de plus en plus rapprochée jusqu'à ce qu'on reprenne son rythme de consommation d'autrefois.

Je ne peux contrôler mes émotions mais je peux contrôler mon comportement et m'engager dans une autre activité (sortir, changer de lieu, travailler, faire la relaxation, boire du thé, jouer aux jeux vidéo etc.).

L'effet du craving est intense mais temporaire.

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 le craving ou la situation à risque de rechute par le patient en abstinence.

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'envie de consommer 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, j'ai envie de consommer, je le sens, c'est un peu dur, c'est assez difficile etc."

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

La situation à risque comme une soirée, un stress au travail, une dispute, une pause-café 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 à risque de rechute 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 : Je me montre que je peux gérer seul le craving et la situation, en ne consommant pas je maintiens une bonne santé, je n'incite pas les autres, j'économise de l'argent, je peux à la place me faire plaisir ou offrir des cadeaux pour faire plaisir.

- **De conclure sur un futur réaliste**

Les hypothèses et pensées erronées ou déformées du patient n'étant pas réalistes (j'en ai fumé une, je vais rechuter, je ne vais pouvoir dire non 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 : mes amis comprendront si je ne consomme pas car ils m'apprécient, je me détends avec la relaxation, je peux dire non en expliquant ma démarche etc.

Ex:

Situations	Pensées Erronées	Interprétations Alternatives Réalistes
------------	------------------	--

<p>Je suis à une soirée avec des amis et l'un d'eux me propose de sortir sur le balcon pour fumer une cigarette</p>	<p>Je ne vais pas pouvoir dire non Fumer va me donner du punch Une petite cigarette ne vas pas me faire de mal Je vais le décevoir si je refuse</p>	<p>C'est vrai, j'ai envie de fumer je le sens, cela me parait un peu difficile, mais c'est une chance pour moi de pratiquer la thérapie et la relaxation en situation. J'ai bien dormi donc je suis assez en forme, je pourrai donc prendre le temps de me reposer plus tard. Mon ami comprend si je refuse car c'est pour mon bien. On a plaisanté sur le sujet, j'arrive à faire autre chose comme discuter, fixer mon attention sur ma respiration ou boire un verre. Je sais que le craving est temporaire comme une vague, je peux attendre que cela cesse. Finalement, j'aurai bien discuté en riant avec mes amis, j'aurai bu un bon verre, fait des rencontres, je serais rentré chez moi et je serai fier de moi.</p>
---	---	--

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 ne veux pas consommer
- Je dois me lancer
- J'ai davantage de souffle si j'arrête de consommer
- Je ne sais pas jusqu'à ce que j'essaie
- Je dois prendre des risques
- Je dois me surprendre
- Consommer contamine tout (cheveux, habits, maison, voiture)
- Je suis assez fort(e) pour surmonter cela
- Je dois retrouver ma liberté
- Je dois conquérir ce lieu
- La force est avec moi
- Le craving est toujours temporaire, cela va passer
- Je me fais du bien en ne consommant pas
- Je protège la santé de mes proches en ne consommant pas.
- 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 anxigène 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 anxiogènes dans le but d'obtenir une extinction de la peur.

a. Avertissement

Comme précisé au début du présent ouvrage, la phase dite d'exposition aux environnements virtuels ou aux événements 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.

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 : il doit y préciser l'ensemble des situations à risques de rechute auquel il est exposé, et les classer par ordre de difficulté en fonction de l'importance du craving perçu dans la situation.

Pour la réalité virtuelle, il suffit de lui demander de classer les environnements virtuels disponibles par ordre de difficulté :

- Arrêt de bus (vidéo à 360)

- Comptoir d'un buraliste (photo à 360)
- Détente dans un salon d'appartement (photo à 360)
- Café (vidéo à 360)

Cette hiérarchisation dans l'exposition en réalité comme en réalité virtuelle est importante car cette dernière ne doit pas être brutale. Elle doit provoquer suffisamment d'anxiété ou de craving 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.

Le patient évolue à son rythme d'une situation à l'autre. Lorsque le craving du patient est redescendu 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 (arrêt de bus simple puis arrêt de bus avec une personne qui propose une cigarette par exemple).

c. Prolongé

Le craving étant un phénomène transitoire, sa diminution 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 le craving finit toujours par s'estomper. Cependant, pour que le patient demeure dans un lieu réel ou virtuel évité (pause-café, 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 à risque de rechute, 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, quelle que 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 (aller dans un bar, conduire sur une route avec embouteillage, s'approcher de personnages consommant etc.). Une fois cette étape choisie, le patient s'y confronte de manière répétitive au cours de la même session ou d'une session à l'autre.

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 resté est en soi une grande réussite.

e. Les Étapes d'une session

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.

Lancez l'environnement virtuel choisi avec le patient en commençant par le plus facile et donc le moins tentant sur le plan de l'envie de consommer et ceci à partir de la liste des situations établie avec lui (voir le paragraphe progressif supra).

Assurez-vous que le patient ait 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-lui le temps de bien l'ajuster.

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 de craving 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 de craving 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 que j'ai envie d'une cigarette, ici, que dois-je faire ?"

THERAPEUTE : "quel est votre niveau de craving ?"

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 plait bien ce système je crois"

PATIENT : " oui, alors le premier A veut dire accepter le craving, je ne dois pas contrôler ou lutter je dois..."

THERAPEUTE : " bien, à présent déployez les stratégies et revoyez comment dire non."

[...]

A la fin de l'exposition, le patient doit avoir un niveau de craving bas (0 à 30).

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, 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 nauséeux 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

Le suivi s'effectuera à partir de la dernière session de thérapie en réalité virtuelle. Il convient alors de proposer une session tous les deux ou 3 mois pendant un an. Ce suivi permet de vérifier que le patient applique correctement les méthodes sur le long terme et ce suivi rassure le patient.

Dans le monde réel, après une ou deux sessions de TERV, il appliquera les mêmes règles que pour l'exposition en réalité virtuelle (progressif, répété et prolongé). Ce sera à lui de construire les étapes de la hiérarchie dans l'exposition aux situations à risque de rechute pour une bonne progression. Il existe toujours des étapes que vous pourrez rappeler au patient : temps (Aller une heure à une soirée puis partir, demeurer 5 minutes près de collègues qui consomment, parcours cours en voiture, paquet de cigarettes éloignés etc.) Entraînement au refus de consommer,

exposition accompagnée ou non par une personne qui le soutient, heure de la journée (le matin, le soir) etc.

L'entraînement entre les sessions et après est crucial :

Dire au patient que : "10% de la thérapie c'est à l'hôpital ou au cabinet et 90% c'est à l'extérieur".

Si le patient a la sensation de régresser, ce n'est souvent qu'une impression liée à son humeur ou à un passage difficile de sa vie. Cela peut être induit par un événement externe sans relation (examen, décès, séparation etc.). Il est conseillé d'expliquer au patient que l'humeur varie dans le temps et il y a des périodes où une personne est plus en forme et d'autres où elle est moins énergique. Cet état a un impact sur la perception que le patient a de son exposition en réalité ou en réalité virtuelle. Soulignez l'aspect normal de cette variation d'un jour à l'autre. Il n'y a pas de régression mais une évolution qui est toujours là à condition que le patient s'entraîne régulièrement et pratique l'exposition dans la vie réelle.

Dans son entraînement dans le virtuel tout comme la vie réelle, le patient lorsqu'il s'expose ne doit pas systématiquement rechercher une forme de performance. Il ne s'agit pas d'un examen personnel. Il lui suffit de simplement faire l'exposition, cela suffit à réussir. Le seul échec, c'est lorsque le patient ne s'expose pas, en particulier lorsqu'il devra s'exposer de lui-même entre les sessions de thérapie.

14. Conclusion

In fine, l'objectif est de proposer et d'enseigner aux patients un maximum d'outils variés pour mieux gérer l'envie de fumer et son impulsion : le craving. La finalité sera d'atteindre le déclic cognitif qui va lui permettre de reconceptualiser son environnement. Sa vision sera alors génératrice de pensées plus réalistes et plus rassurantes sur l'abstinence et les situations à risque qui sont associées à la consommation de la substance addictive. 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 et approfondir davantage encore les outils thérapeutiques, vous pouvez consulter les œuvres suivantes :

- Soigner les addictions par les TCC. P Graziani & L Romo. Ed. Elsevier Masson.
- Cognitive therapy of substance abuse. AT Beck, FD Wright et al. The Guildford Press New York
- Maintenance strategies on the treatment of addictive behaviors. Marlatt, GA. et Gordon, JR. The Guildford Press- New York