LES ADDICTIONS (Version 1 : 25/10/2014)

Thierry Senjean

1) INTRODUCTION

Les deux types d'addiction -sans ou avec substance- qu'on repère dans la clinique montre qu'on ne devient pas addict du seul fait d'absorber une substance dont on deviendrait dépendant physiquement. La dimension psychologique est au moins aussi importante.

1-1) Les addictions sans substance

- Les jeux de hasard
- Les jeux vidéo
- La télévision
- Internet
- Le sexe
- Le travail
- Le sport

1-2) Les addictions avec substance

- Le tabac
- Les drogues
- Les psychotropes
- L'alcool

2) ASPECTS CLINIQUES DES ADDICTIONS

2-1) Les modes de consommation dans les addictions avec substance.

Quatre modes de consommation (en référence à l'alcool) peuvent être distingués :

➔ L'usage simple ou à **risque faible**

La consommation est occasionnelle, modérée.

➔ L'usage à risque, **abusif**, susceptible d'entraîner des dommages

La consommation est supérieure à 3 verres/j en moyenne pour les hommes et à 2 verres/j en moyenne pour les femmes. Il n'y a **pas de dommage** médical, psychique ou social **ni de dépendance**.

➔ L'usage **nocif**

Il existe **au moins un dommage** d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool quelle que soit la consommation. Il n'y a **pas de dépendance**.

➔ L'usage avec **dépendance**

Le sujet perd la maîtrise de sa consommation. Dans ce cas, ni la fréquence de consommation ni les dommages ne sont pris en compte.

En pratique, il est difficile de déterminer à partir de quelle limite un sujet passe d'un usage à risque faible à un usage avec dépendance sachant qu'**aucun mode de consommation n'est sans risque**. Il ne peut pas y avoir une même norme valable pour tous car nous ne sommes pas tous égaux devant les effets du produit consommé.

2-2) Les critères de la dépendance

➔ **Temps important** consacré à préparer, à entreprendre et à se remettre des comportements.
➔ Agitation ou **irritabilité** en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
➔ Sensation croissante de **tension** précédant le comportement.
➔ Sensation de **plaisir** ou de soulagement liée au comportement.
➔ **Activités** -familiales et/ou sociales et/ou professionnelles- **sacrifiées** du fait du comportement :
➔ **Tolérance** marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir le même effet désiré
➔ **Craving** : Perte de contrôle, **impossibilité de résister** aux impulsions à réaliser un comportement.

2-3) Le craving

La dépendance s'exprime à travers le **craving** ; on pourrait le définir comme un **désir impérieux et urgent de consommer**.

On définit **quatre modèles** permettant de comprendre le craving.

➔ **Le modèle de conditionnement** dans lequel le craving apparaît comme une réaction inconsciente à un stimulus.

➔ **Le modèle cognitif** dans lequel le craving apparaît lié au traitement de l'information.

➔ **Le modèle biologique** dans lequel le craving peut être expliqué par des facteurs biologiques.

Cloniger avec son Questionnaire Tridimensionnel de la personnalité (TPQ), distingue trois neuromédiateurs qui permettent de définir trois types de craving dans le modèle biologique :

• Recherche de la **nouveauté** avec la **dopamine**
• **Evitement** de danger en lien avec la **sérotonine**
• La dépendance à la **récompense** (approbation d'autrui dans les relations interpersonnelles) avec la **noradrénaline**

Verheul propose un autre modèle dans le domaine biologique :

• **Craving de récompense** (cocaïne, ecstasy, crack, alcoolisme de type 2 -début précoce, avant 20 ans, conduites impulsives et antisociales, antécédents familiaux, facteurs génétiques, l'évolution s'oriente rapidement vers la dépendance- lié au système dopaminergique
• **Craving de soulagement** (Cannabis, alcoolisme de type 1 -il se développe progressivement et lentement, il n'existe pas de conduites antisociales, très dépendant des facteurs environnementaux- correspondant à un besoin de réduction du stress ou d'une tension en lien avec le GABA et le glutamate. La consommation diminue le stress et la tension.
• Le **craving obsédant** qui correspond à des pensées obsédantes qui envahissent le sujet. La consommation vient calmer les obsessions.

A noter que pour Cloniger la récompense est liée à la noradrénaline alors que pour Verheul elle est en relation avec la dopamine. (A vérifier)

➔ **Le modèle de la motivation** dans lequel le craving s'intègre dans le cadre de la prise de décision

Les **types de craving** peuvent varier **selon les substances** consommées mais aussi **selon les personnalités** des sujets.

3) POURQUOI DEVIENT-ON DEPENDANT ?

Une pluralité de facteurs concourent à la mise en place d'une addiction:

➔ **Vulnérabilité biologique** et **génétique**
➔ **Personnalité** (impulsivité...)
➔ Recherche de **sensations**
➔ Facteurs **psychopathologiques** (anxiété, dépression...)
➔ Présence d'**autres comportements addictifs**
➔ **Croyances** positives sur le produit ou le comportement
➔ **Pensées** permissives
➔ **Distorsions cognitives** (jeux de hasard)
➔ **Evènements traumatiques**

➔ **Stress**
➔ **Facteurs environnementaux**
➔ **Les modèles**

3-1) La vulnérabilité

Elle est due à des facteurs biologiques et génétiques, elle se définit comme une moindre capacité de résistance, une plus grande sensibilité.

3-2) Les traits de personnalité

- faible estime de soi
- autodépréciation
- réactions émotionnelles excessives
- difficultés de communication
- impulsivité
- retour lent à l'équilibre après un stress
- tendances agressives
- personnalité antisociale

3-3) La recherche de sensations

Les amateurs de sensations fortes sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements qui augmenteront le niveau de stimulation qu'ils ressentent. Avec la notion **d'intensité** comme caractéristique de la recherche de sensations et d'expériences, le concept devient plus solide. L'intensité permet de distinguer les amateurs de sensations fortes des amateurs de sensations faibles.

La recherche de sensations fortes est conceptualisé comme un construit de la personnalité composé de quatre dimensions :
➢ Recherche d'excitation-frisson et d'aventures (activités de danger et de vitesse)
➢ Recherche d'expériences nouvelles (intellectuelles, sensorielles, motrices)
➢ La désinhibition (comportement extraverti)
➢ La susceptibilité à l'ennui (ennui aux activités monotones)

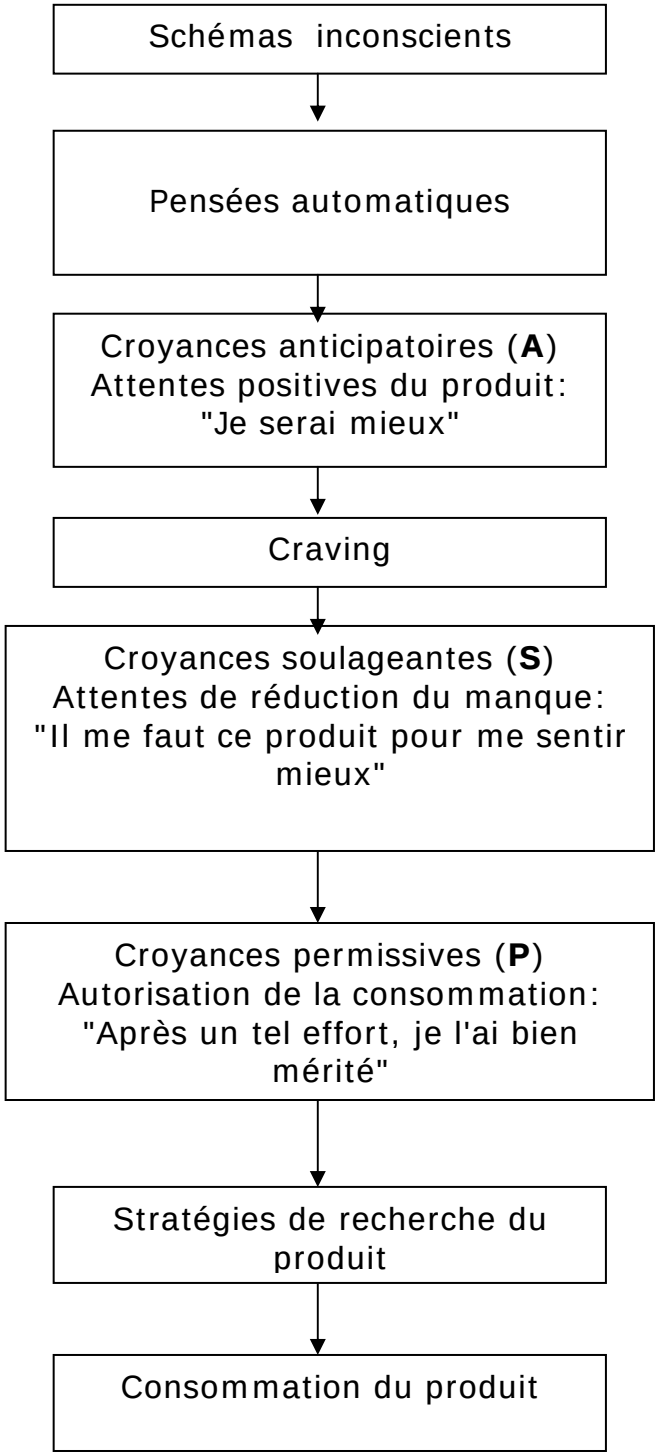
3-4) Les facteurs psychopathologiques.

La consommation de produits peut être causée par une **souffrance, de l'anxiété, une dépression**. Elle visera à apporter une réponse inadaptée (la consommation de produit) pour les réduire. L'addiction ou la dépendance jouerait le rôle de **régulateur des émotions**. Pour Zuckerman, les substances serviraient à lutter ou à maîtriser la détresse.

3-5) Les facteurs cognitifs

Ce sont les **pensées**, les **croyances** les **valeurs** et toutes les variables psychiques qui sous-tendent l'expression des comportements. Plus que la molécule addictogène **c'est la croyance du pouvoir de la substance qui joue sur le comportement**.

Pour Beck, la dépendance serait le résultat de l'interaction entre des croyances.



Au fur et à mesure de l'utilisation du produit, le sujet développe des croyances concernant le produit ou le comportement. Ces croyances sont résumées dans le modèle **ASP** qui explique pour Beck la répétition du comportement.

Les croyances ASP sont massivement présentes dans le trouble addictif, elles apparaissent de manière automatique et jouent un rôle incontestable dans son maintien et dans une éventuelle rechute.

3-6) Les évènements traumatiques

Ils favorisent la mise en place de conduites addictives pour éviter de se confronter à une situation vécue douloureusement.

3-7) Le stress

Le stress est dépendant de la qualité de la relation existant entre l'environnement et l'individu. C'est moins la situation que **l'interprétation** que le sujet va en faire qui va générer du stress.

Approche de Lazarus.

Niveau I:

Dans un premier temps, l'individu évalue les enjeux en termes de menace, de perte ou de défi. De cette évaluation va dépendre le **stress perçu**.

Niveau II:

Dans un second temps, le sujet évalue ses capacités à faire face pour remédier à la perte, prévenir la menace, relever le défi ou obtenir un bénéfice. Cette seconde étape correspond au **contrôle perçu**

Du stress est perçu lorsque la situation est jugée menaçante, dangereuse et dépassant les capacités de contrôle du sujet.

Niveau III:

Face au stress, le sujet élabore un ensemble de **stratégies** visant à résoudre la situation perçue comme stressante. Ce sont des **stratégies de coping**. Ces stratégies -cognitives et comportementales- ont pour but de **faire face** à la situation.

On distingue les stratégies de coping centrées sur :

- le problème (contrôle ou modification de la situation)
- l'émotion (régulation des émotions du sujet)

Le stress est fréquemment identifié comme pouvant provoquer des conduites addictives. Ainsi les prises ou abus de substances sont considérées comme des stratégies de coping inadaptées, dysfonctionnelles. Les plus jeunes auraient recours à ce type de stratégie.

Ces consommations utilisées au départ pour réguler le stress peuvent devenir en elles-mêmes sources de stress, ce qui va renforcer ces comportements addictifs (renforcement négatif).

3-8) Facteurs environnementaux

- Misère sociale
- Chômage
- Destruction de la cellule familiale
- Exclusion scolaire
- Marginalité

3-9) Les pairs, les modèles

Les pairs joue un rôle majeur dans l'initiation au comportement addictif. Par ailleurs, on note une corrélation importante entre les antécédents familiaux de toxicomanie et l'abus de substances par leurs enfants pendant l'enfance et l'adolescence.

4) COMMENT DEVIENT-ON DEPENDANT ?

Pour répondre à cette question on peut s'appuyer sur les modèles issus de **l'apprentissage** : approche comportementale de Pavlov, Watson, Skinner et Bandura. Dans cette vision, les comportements sont acquis et se maintiennent selon les lois générales de l'apprentissage. Ce sont des facteurs environnementaux qui conditionnent la construction du sujet.

4-1) Apprentissage par conditionnement classique

Il s'opère une construction d'associations entre le plaisir de la consommation et les caractéristiques contextuelles à la consommation. (lieu, matériel utilisé, moment de la journée...)

Cette forme décrit la relation qui peut être créée entre un stimulus et une réponse. Par exemple entre la vision d'une marque de cigarette et le plaisir ressentit en fumant cette marque de cigarettes.

4-2) Apprentissage par conditionnement opérant

On réalise le comportement pour obtenir des effets positifs ou éviter les conséquences négatives. On passe ainsi d'un renforcement positif (avoir du

plaisir) à un renforcement négatif (éviter la souffrance) La tolérance marquerait le **passage du plaisir au besoin** et ceci pour éviter la souffrance du manque.

4-3) Apprentissage par conditionnement vicariant

Un modèle valorisé ou important ou encore un individu avec lequel on partage des caractéristiques communes peuvent donner lieu à l'apprentissage d'un comportement observé. Des types de comportements de la part de parents ou de proches peuvent servir de modèles de coping dans des situations anxiogènes ou douloureuses.

Ces **modèles** centrés sur l'apprentissage s'avèrent **limités** pour expliquer pourquoi chez deux personnes ayant les mêmes renforcements, l'une souffre d'addiction et pas l'autre.

5) EVALUATION DES CONDUITES ADDICTIVES.

Plusieurs questionnaires sont disponibles pour évaluer la dépendance :

- Addition Severity Index (**ASI**) traduit en français.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/echelle_asi-annexe_2_des_recommandations.pdf

- Test de **FagerStröm** (tabac)
http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf

- Test **Audit** (Alcool)

- Test **Cast** (Cannabis)

- **QMICA** : Questionnaire de Mesure de l'Intensité des Conduites Addictives

6) THERAPIE TCC.

6-1) Partie théorique

L'objectif de la prise en charge TCC est de :

- **Diminuer les risques** liée à toute consommation de substances
- **Faire face au craving**
- **Proposer des stratégies** pour aborder les situations à risque
- **Rendre conscientes** les pensées qui accompagnent le choix de continuer à consommer.
    - Auto-observation
    - Prise de conscience de l'existence des **pensées ASP**
    - Identification de ces pensées

• Critique de ces pensées

➢ **Favoriser le changement**

6-1-1) Les obstacles au changement:

➢ l'ambivalence
➢ les résistances

➔ **L'ambivalence** est considéré comme le **principal obstacle au changement**. C'est parce que le patient est ambivalent -partagée entre continuer ou arrêter ses pratiques- qu'il ne parvient pas à décider de changer.

➔ **Les résistances** sont le deuxième obstacle majeur vers le changement. Le sujet pense et/ou constate que le thérapeute cherche à lui imposer quelque chose et s'y oppose par une attitude de non-écoute, d'agressivité...

En respectant la liberté de choix et de décision du patient, le thérapeute contourne la résistance. A travers une attitude empathique, le thérapeute dans ses reformulations montre au sujet addict qu'il se représente ce qu'il vit, ce qu'il pense, ce qu'il ressent.

6-1-2) L'entretien motivationnel.

Miller et Rollnick ont développé une approche appelé "**entretien motivationnel**" qui fait référence pour aider les personnes à s'engager dans le changement. Il est basé sur l'**empathie du thérapeute** et la **liberté de choix du patient**. La **motivation** du patient pour le changement **n'est pas constante**, elle peut fluctuer au cours d'un même entretien.

Le patient doit être responsable de ses choix et de la mise en œuvre de ses changements. **Le thérapeute adapte sa stratégie thérapeutique en fonction du stade de changement dans lequel le patient se trouve.**

L'entretien motivationnel est directif et centré sur la personne, il vise à **faire travailler le sujet sur son ambivalence** jusqu'à ce qu'il se détermine en faveur du changement.

L'idée est de faire prendre conscience qu'il existe une **divergence entre son plaisir immédiat** -résultant de son comportement addictif- **et l'atteinte de buts importants pour lui**. C'est parce que son comportement addictif l'empêche de réaliser des objectifs qui lui tiennent à cœur que le changement s'impose progressivement à lui.

Les arguments en faveur du changement ne peuvent venir **que de la personne elle-même**. C'est à elle d'amener sa propre argumentation que le thérapeute l'encourage à développer et à tester. **La coercition, la confrontation, les menaces, la persuasion directe sont à bannir** car elles diminuent l'occurrence d'un changement éventuel. **Le thérapeute accepte l'ambivalence du sujet** et le guide dans sa réflexion sur son comportement.

Les méthodes utilisées par le thérapeute lors de l'entretien motivationnel sont résumées dans l'acronyme **OUVER**:

➔ Questions **OU**vertes

Elles encouragent la verbalisation du patient

➔ **V**alorisation du patient

Valoriser, renforcer les efforts et les ressources du patient

➔ **E**coute réflexive (reformulation)

Les reformulations permettent de guider le patient dans l'exploration de son ambivalence jusqu'à ce qu'il prenne lui-même la décision de changer.

• Reflet simple : reformuler de façon neutre

• Reflet amplifié : reformuler en grossissant le trait mais sans ironie.

• Double effet: Reformuler deux arguments qui témoignent d'une contradiction

• Recadrage : Le thérapeute valide le discours du patient tout en lui donnant une autre signification.

➔ **R**ésumé la situation

Le thérapeute en regroupant un ensemble d'éléments invite le patient à tirer des conclusions à partir de ces éléments regroupés. Dans cette approche, le thérapeute chemine avec la personne addict, d'égal à égal, dans le respect de la **liberté du patient**.

6-1-3) Les outils de l'entretien motivationnel.

➔ La balance décisionnelle

Elle consiste en une liste des avantages et des inconvénients à maintenir ou à arrêter la dépendance. La comparaison se fait sur le court et sur le long terme. Il est important de considérer **l'évolution des avantages et des inconvénients** entre les premières consommations et la consommation actuelle. Le poids des avantages et des inconvénients est instable.

Le thérapeute va aider le patient à s'auto-observer afin de déséquilibrer certains avantages et inconvénients et faciliter ainsi une prise de décision au changement. **Il faut aussi du temps afin que cette décision soit la plus stable possible**.

Pour le changement (Court Terme/Long Terme) :	Contre le changement (Court Terme/Long Terme):
• Avantages abstinence • Inconvénients consommation	• Avantages de la consommation • Inconvénients de l'abstinence

Le thérapeute retrace avec le sujet son parcours dans la dépendance de façon à repérer les phases de son évolution pour identifier et renforcer les périodes d'abstinence et **détecter les cercles vicieux**.

➔ L'avocat du diable

Le thérapeute amène les inconvénients à ne pas consommer pour inciter le patient à faire émerger les avantages. Cette méthode insiste sur les effets positifs de la dépendance.

➔ Les pièges à éviter pour le thérapeute

- Poser des questions fermées.
- Essayer de convaincre le patient.
- Se positionner comme un expert de la situation
- Poser une étiquette sur le patient.
- Aller trop vite
- Apporter des solutions au sujet
- Blâmer le patient suite à une difficulté

➔ L'alliance thérapeutique

Contexte d'empathie et d'authenticité.

6-1-4) Le modèle des stades du changement.

Dans le cadre de la prise en charge TCC, il apparaît essentiel de **préciser le niveau de motivation du patient**. Le modèle de Di Clemente et Prochaska est le plus utilisé. Le sujet passe parfois d'un stade à un autre de façon cyclique, parfois de façon anarchique.

Prochaska et DI Clemente modélisent le parcours de changement en décrivant chaque stade en termes de:

• conscience du problème
• sentiment d'auto-efficacité
• attribution externe ou interne du problème
• disposition au changement.

Les motivations à consommer un produit ou à répéter un comportement sont très importantes à considérer dans la prise en charge. **Il existe souvent plusieurs motivations** pour un même comportement.

➔ **La précontemplation.**

Le patient se livre à son comportement addictif et **estime ne pas avoir de problème**. Il ne fait pas de liens entre son comportement et ses conséquences. A ce stade, la demande d'aide vient de la famille, de l'entourage ou de la justice. Cette demande de changement est vécue par le patient comme coercitive. L'entretien motivationnel permet d'établir une relation de confiance. Le thérapeute se positionne comme une personne disponible pour l'aider à déterminer si elle souhaite ou non changer son comportement, à faire apparaître un doute quant aux risques à consommer un produit.

➔ **La contemplation**.

Ce stade se caractérise par une **prise de conscience qu'un problème existe** et par une intention de changer même si la personne n'a pas encore la capacité à s'engager dans l'action nécessaire. Ce stade est caractérisé par un **état d'ambivalence**. Le thérapeute invite le patient a examiner les avantages et inconvénients à changer ou non de comportement. Il renforce la confiance du sujet à changer de comportement.

➔ **La préparation**.

Le patient est prêt à l'action, il **se détermine en faveur du changement** qu'il projette dans un futur proche (dans les 30 jours)

➔ **L'action.**

Le patient remplace ses comportements addictifs par des comportements plus adaptés. **Ses intentions sont transformés en actes**. Le thérapeute aide le patient dans le processus de changement. Le renforcement du thérapeute est essentiel.

➔ **Le maintien**.

Les **nouveaux comportements** d'abord coûteux et difficiles à mettre en œuvre s'automatisent. La personne reste vigilante et continue à s'opposer de façon active aux différentes **tentations de retour aux comportements addictifs antérieurs**. Le thérapeute propose des stratégies de prévention de la rechute.

➔ **La rechute**.

Les rechutes ne sont pas systématiques mais très fréquentes. Le thérapeute **dédramatise** la situation et incite le patient à reprendre la phase action.

On distingue trois niveaux de rechute:
• un **écart** : reprise d'un verre d'alcool après une période d'abstinence
• la **reconsommation** : prise d'alcool répétée d'alcool sans apparition de signes de dépendance avérée.
• la **rechute** proprement dite (relapse) : réinstallation de la **dépendance**.

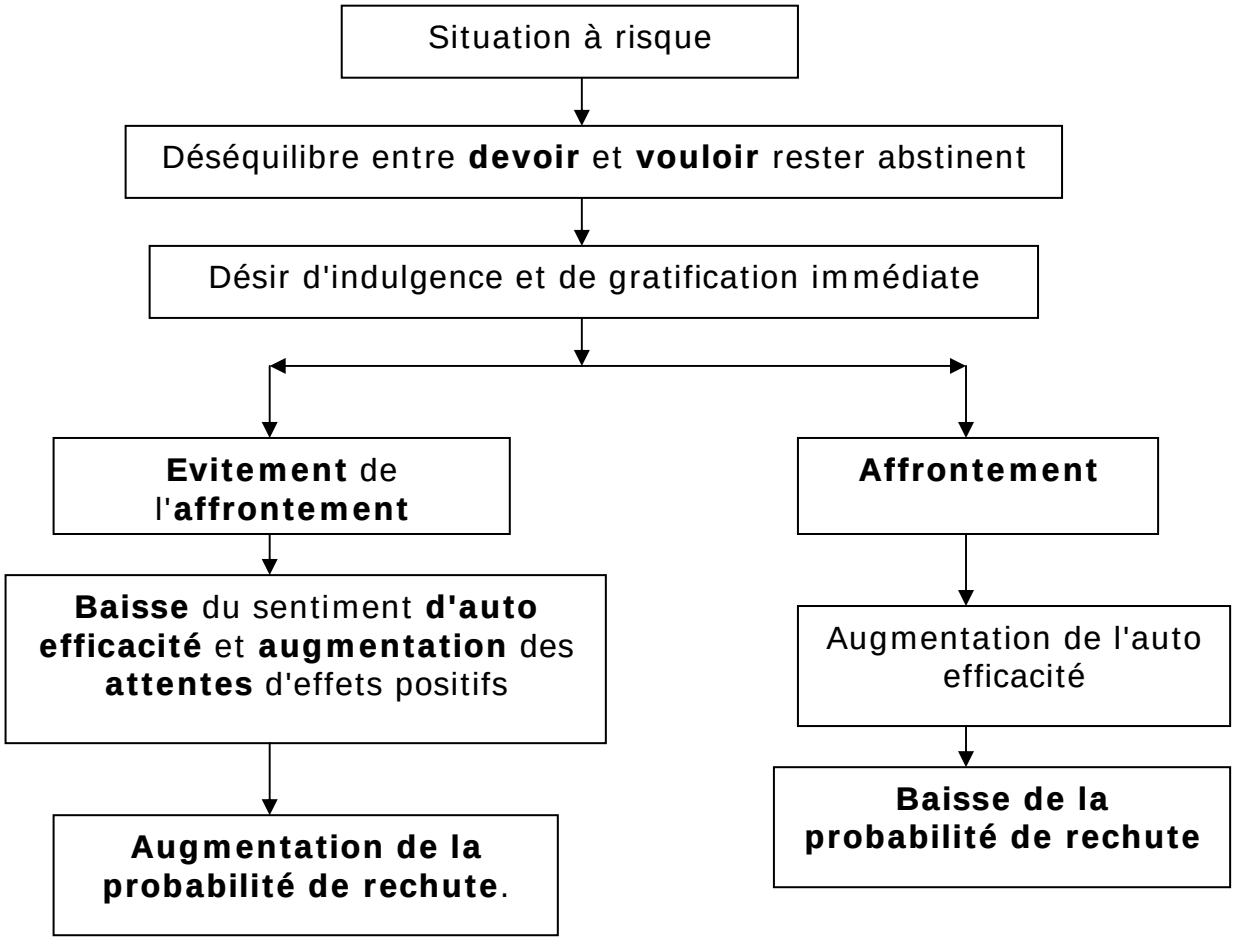
Il faut parfois plusieurs tentatives pour sortir du cercle de l'addiction. La **restructuration cognitive** va être primordiale pour **prévenir la rechute**.

Pour Marlatt 75% des rechutes sont dues à :

- un état émotionnel désagréable
- des conflits interpersonnels
- une pression sociale

Marlatt et Gordon proposent un modèle de la rechute dans lequel l'activité cognitive joue un rôle essentiel. Ils distinguent quatre processus cognitifs impliqués dans la rechute :

• **Auto-efficacité perçue** : capacités perçues du sujet à rester abstinent.
• **Croyances** sur les effets attendus : attentes du sujet vis à vis des effets de l'alcool.
• **Attribution** de causalité :
Dans le cas d'une attribution interne le sujet contrôle son comportement. Si l'attribution est externe, le sujet pense que son comportement est incontrôlable.
• Processus de **prise de décision** : La consommation et la rechute résulte d'une succession de prise de décision.



Pour Marlatt , la **dépendance psychologique**, bien plus que la dépendance physique semble être **impliquée dans** le phénomène de **la rechute**.

6-2) Partie clinique face à un sujet addict

6-2-1) Information sur la substance addictive

Par exemple, **Information sur l'alcoolodépendance**

6-2-2) Entretien motivationnel

Il s'agit d'explorer **les habitudes de consommation** et les **désirs de changement**, de mettre en évidence les buts et les valeurs personnels, d'induire la réflexion sur ce qui empêche leur réalisation et d'explorer en quoi ces buts entrent en conflit avec le comportement addictif.

- Enregistrer les consommations d'alcool
  - Situation précise
  - Intensité du désir de boire
  - Type d'alcool
  - Nombre de verres

- Effets attendus
- Effets obtenus
- Sensations avant la consommation
- Emotions avant la consommation
- Pensées avant la consommation
- Sensations après la consommation
- Emotions après la consommation
- Pensées après la consommation

6-2-3) Définir un objectif de changement

- A partir du carnet de bord : Analyse des habitudes de consommation
- Se fixer un objectif final et des objectifs intermédiaires
- Anticipation de l'avenir et comparaison avec les aspirations.

6-2-4)Questionnaires et tests

Dans un premier temps est définie la ligne de base puis une comparaison avec des retests périodiques.

6-2-5) Principes du conditionnement appliqués aux addictions

6-2-5-1) Conditionnement classique

- Les méthodes aversives.

Il s'agit de créer de **nouvelles associations stimulus-réponse**, de désapprendre le comportement associé à la substance en apprenant d'autres réponses adaptatives.

Créer une réaction d'aversion lié à l'alcool (vue, odeur) à l'aide de produits chimiques (disulfirame) ou d'un travail en imagination. Cautela propose la sensibilisation imaginée. Elle consiste à créer chez l'alcoolique un comportement d'évitement de l'alcool. Le patient se représente en train de boire puis il fait suivre cette image d'une conséquence négative imaginée (nausée...)

- Les méthodes d'extinction.

Exposition en imagination dans laquelle le sujet s'expose d'une manière progressive à la substance, **l'exposition in vivo** ou enfin sujet placé dans une réalité virtuelle. Le but est de constater une diminution spontanée et régulière de l'envie en présence du stimulus.

6-2-6) Principes du cognitivisme appliqués aux addictions

6-2-6-1) Restructuration cognitive

• Repérer les pensées APS
• Comprendre et agir sur ses pensées automatiques négatives, chercher des pensées alternatives.
• Imaginer les situations à risque, décrire ses sensations
• Elaboration de stratégies adaptées
• L'idée est de construire de solides arguments contre la consommation ou en faveur de l'abstinence.
• Imaginer le futur avec et sans changements.
• Comparer la situation présente à ses ambitions et aspirations.
• Quelles raisons l'incitent à changer ?
• Quelles craintes et inconvénients sont liés à ses changements ?
• Définition des **limites** par le patient concernant sa consommation

6-2-6-2)Repérer les cercles vicieux

6-2-6-3) Résolution de problèmes

6-2-7) Approche émotionnelle

• Gestion du stress : stratégies de coping
• Relaxation
• Contrôle de la respiration

6-2-8) Entraînement à l'affirmation de soi

• Gérer la pression sociale à boire
• Refuser les demandes déraisonnables
• Savoir dire NON

L'affirmation de soi provoquera un sentiment d'auto-efficacité personnel

6-2-9) Prise en charge de l'entourage.

Cette prise en charge est essentielle. Le sujet alcoolo dépendant sevré bouleverse l'équilibre familial. Accompagnement de la femme ou du mari et des enfants.

Le thérapeute explique la prise en charge, à l'entourage qu'il impliquer dans cette prise en charge. L'entourage contribue à la réussite du projet.

6-2-10) Mise en place d'un suivi, adhésion à des associations d'entraide

6-3) Prévenir la rechute

➢ Mise en évidence des **situations à risque**(Ou?, Quand? Avec qui ?)

➢ Travailler en imagination sur les situations à risque

➢ Analyse du parcours avec alcool, d'abstinence, de réalcoolisation

➢ Facteurs qui augmentent ou qui diminuent l'intensité d'alcoolisation.

➢ Effet de violation du contrat personnel

➢ Etablissement de **plans d'urgence** pour chaque situation d'urgence

- Penser : "je peux y arriver"
- Faire : me relaxer
- Contacter : numéros de téléphone déjà prêts

➢ Gérer les émotions et la colère en particulier

- Repérer les situations de colère, les pensées négatives qui lui sont liées, mise en place de pensées alternatives
- Régulation des émotions
  - Relaxation : Jacobson, Schultz
  - Contrôle respiratoire

➢ Mise en place d'**activités gratifiantes** qui serviront de renforçateurs de l'abstinence :

- Liste des activités
- Planification des activités gratifiantes
- Repérer les moments de désœuvrement dans la journée

➢ Considérer la **rechute** comme un **accident de parcours**.

7) BIBLIOGRAPHIE.

➔ Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive : Les dépendances alcooliques
sous la direction de Ovide Fontaine et Philippe Fontaine
Retz

➔ Les addictions du sujet âgé
sous la direction de Lydia Fernandez
In Press

➔ Psychopathologie des addictions : 12 cas cliniques
sous la direction de Lydia Fernandez
In Press

➔ Sexe, passion et jeux vidéos
Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak
Flammarion

➔ Soigner les addictions par les TCC
Pierluigi Graziani et Lucia Romo
Elsevier Masson

➔ Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience
Sarah Bowen, Neha Chawla, G. Alan Marlatt
De Boeck

➔ La dépendance aux jeux vidéo et à internet
Lucia Romo, Stéphanie Bioulac, Laurence Kern, Grégory Michel
Dunod

➔ Faire face aux dépendances : Alcool, tabac, drogues, jeux, internet
Charly Cungi
Retz