

AFTCC Cours Addictions 3^{ème} année

L Romo

Pr de psychologie clinique

UPOND Université Paris Ouest Nanterre La
Défense

Psychologue clinicienne, CH Sainte Anne CMME
romodesprez@gmail.com

LES CRITÈRES

Usage nocif (CIM 10) ou DSM V (tr. liés à une substance)

- Répétition de la consommation

- **Constat de dommages induits (altération du fonctionnement ou souffrance, conséquences pour les proches ou la société)**

1. Généralités

2. Alcool

3. Jeux Vidéo

4. Jeu pathologique

5. Achats pathologiques

6 Addiction au travail et addictions sexuelles

7. Cannabis

MODÈLES THÉORIQUES

Les modèles de la psychologie comportementale:

- conditionnements :classique, opérant
- théorie de l'apprentissage social

Les modèles de la psychologie cognitive

- Modèle de Zuckerman
- Modèle de Marlatt et Gordon
- Théorie cognitive de Beck

L'APPRENTISSAGE SOCIAL

Bandura (1985)

- Rencontre du produit par apprentissage social = apprentissage vicariant
- Les réactions affectives sont médiatisées par des processus cognitifs = maintien du cpt
- Elles sont générées par des pensées au sujet d'événements stressants ou activées sur la base d'**attentes** apprises, le comportement externe=> la personne et l'environnement sont en interaction.
⇒ Par exemple chez les ados fumeurs de cannabis, le besoin et le désir de fumer sont renforcés par les motivations, les croyances et l'usage social du cannabis.

LE MODÈLE DE MARLATT ET GORDON

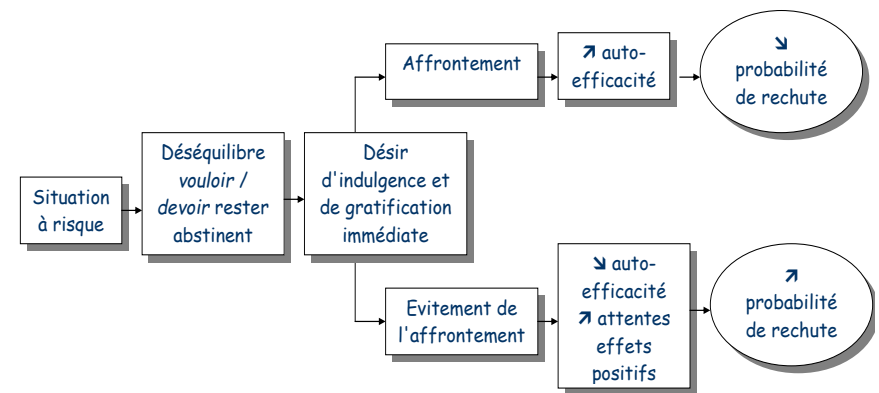
Marlatt (1985) décrit 4 processus cognitifs impliqués dans les addictions:

- **Le niveau de performance perçu (contrôle perçu)**
« je peux gérer efficacement les envies de drogue »; « je peux dire non aux drogues » / « Je suis esclave des drogues »; « je ne peux pas passer une journée sans »
- **Les attentes de résultats** vis à vis des effets supposés de la drogue :
« je vais me sentir bien dans la soirée avec la drogue»
- **Les attributions de causalité (externes ou internes)**
« dans mon quartier, tout le monde devient alcoolique » (contrôle externe du cpt) / « je me drogue car je suis dépendant » (contrôle interne volontaire du cpt)
- **Les processus de prise de décision** = se mettre en situation de rechuter

LE MODÈLE DE ZUCKERMAN (1969)

- La recherche de sensation serait liée au besoin de maintenir ou d'atteindre un certain niveau d'activité cérébrale « le niveau optimum de stimulation »
- Les différences entre individus viendraient de différences de seuils d'activation.
- Recherche de sensation = trait de personnalité.
- Mais ce modèle ne correspond qu'à l'aspect hédonique des addictions.

Le modèle de la rechute de Marlatt (1985) :



LA THÉORIE COGNITIVE DE BECK

○ Les processus cognitifs sont au premier plan dans les comportements addictifs (Beck et al., 1993).

○ Les schémas sont des structures inscrites en MLT comportant toutes les connaissances qu'un individu a acquis sur lui, les autres et le monde au fil de son expérience.

○ Ces structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables donnent un sens au vécu et gèrent toutes les étapes du traitement de l'information

○ Un certain nombre de schémas mal adaptés peuvent influencer la mise en place et le maintien des conduites de consommation ainsi que la rechute en générant des schémas dits « addictifs ». Ceux-ci sous-tendent 3 types particuliers de croyances :

-anticipatoires : attentes positives liées au produit (ex : « avec un joint, je me sens + gai, je suis + apprécié par les autres... »)

-soulageantes : attentes de réduction du manque ou d'un malaise (ex : « fumer va me détendre, soulager l'ennui, la sensation de manque... »)

-permissives : autorisent la consommation malgré le risque (ex : « j'ai bien travaillé, j'ai bien mérité une cigarette... »; « je suis invité donc je ne peux pas refuser... », « ce n'est pas dangereux si je fais attention au produit et à la dose ... »)

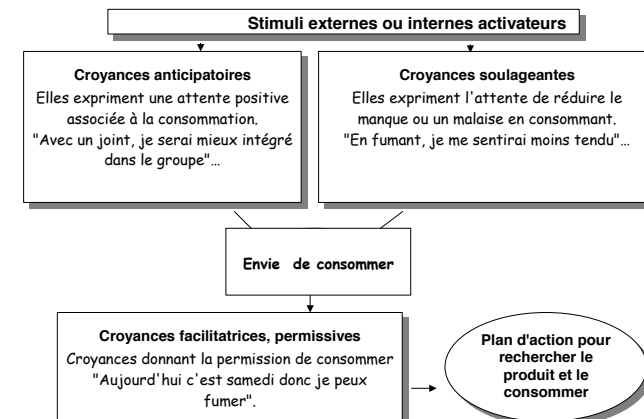
○ Le modèle cognitif de l'addiction (Beck et Clark, 1997) fait appel à la notion de schéma cognitif dysfonctionnel.

-Schéma dysfonctionnel => le raisonnement logique et volontaire cède place aux distorsions cognitives.

-Sur la base de ces erreurs de logique, on assiste à l'émergence de comportements et d'émotions inadaptés.

-Beck (1992, 1993) a élargi son modèle aux addictions

LES CROYANCES ADDICTIVES



ALCOOL

TYPOLOGIES DE L'ALCOOLISME

Cloninger (1978):

Type I (alcoolisme « de milieu » = après 20 ans, dans les deux sexes, peu génétique; faiblesse du moi);

Type II (masculin, avant 20 ans, dépendance très forte; conséquences somatiques et sociales graves. Facteurs génétiques (antécédents familiaux et neuropsychologiques, ex: TDAH)

Alcoolisme primaire et secondaire.

Diagnostic complexe:

Dépressions secondaires à l'alcoolodépendance (réactions dépressives précoces; réactions tardives de sevrage)

Alcoolisme secondaire à la dépression

Troubles anxieux (phobie sociale et agoraphobie les plus comorbides)

Troubles de la personnalité

EVALUATION DES PROBLÈMES D'ALCOOL

Entretiens structurés: (SCID) Structured Interview for DSM III-R, (Spitzer et coll, 1992); (DIGS) Diagnostic Interview for Genetic Studies, (Nuznberger et coll, 1984); (MINI) Mini International Neuropsychiatric Interview, (Sheehan et coll, 1995)

CAGE (DETA): - besoin de diminuer la consommation; - -- remarques de l'entourage; - impression de boire trop; - besoin d'alcool le matin pour être en forme (2 Q +)

MAST (Vie entière 25 et 13 items. 5 et +)

AUDIT (12 derniers mois score seuil:10: Audit C)

Autres questionnaires grilles de consommation; EVA des envies; attitudes; croyances; dépendance physique etc...

APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DES ADDICTIONS

Contrat thérapeutique et information adaptée

Auto-observation du symptôme addictif dans toutes ses composantes

Thérapies comportementales: réduction des comportements addictifs ; élaboration des comportements adaptés

Thérapies cognitives (en imagination; in vivo)

Relaxation

Thérapies de groupe

Thérapies de prévention de rechutes

MBRP, ACT.

AVANTAGES DE LA THÉRAPIE COGNITIVE

Pas de risque au niveau somatique

Individualisation avec les données de l'AF

Les scènes sont revues au fur et au mesure du traitement

En prenant compte de l'expérience antérieure du patient, la généralisation à la vie quotidienne est facilitée

Avec l'aversion imaginée le sujet sait que ce sont ses propres représentations qui le font se sentir mal (et non un agent externe)

ALCOOL ET TCC (TECHNIQUES)

Thérapies comportementales de réduction des problèmes émotionnels: désensibilisation systématique; affirmation de soi

Thérapies cognitives de type sémantique: Thérapie Rationnelle Emotive d'Ellis; Thérapie Cognitive de Beck

Thérapies cognitives de type comportementale: modeling (Kazdin); conditionnement couvert ou imaginé de Cautela) = sensibilisation imaginée (SI); renforcement négatif imaginé (RNI); renforcement positif imaginé (RPI); extinction imaginée (EI)

Technique de résolution de problèmes (D'Zurilla et Goldstein)

PROGRAMMES DE CONSOMMATION MODÉRÉE (SOBELL ET SOBELL)

Analyse fonctionnelle

Entraînement aux habilités sociales

Techniques d'autocontrôle

Diversification (boissons non alcoolisées)

Planification de la consommation de la semaine)

Conseils de modération, d'éviter des alcools trop forts, l'ingestion prolongée...

Contrôle de l'alcoolémie

Auto-enregistrement de la consommation

Discussion régulière des objectifs

Ces programmes s'adressent à des personnes jeunes, sans dépendance médicamenteuse; avec une situation professionnelle stable; sans grande dépendance physique ou de graves problèmes psychiatriques

GROUPES DE PRÉVENTION DE RECHUTES

Situations à haut risque (intra-personnelles)

- Contact avec le produit
- pensées en relation avec le produit
- états émotionnels positifs ou négatifs
- mauvais état physique
- idée d'autocontrôle de la consommation

Situations inter-personnelles

- contact avec consommateurs
- pression sociale
- conflits
- états émotionnels positifs partagés avec d'autres

PROGRAMME D'UN GROUPE DE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

Introduction

Besoins et envies de boire

Techniques de résolution de problèmes

Savoir refuser une invitation à boire

Eviter les situations à risque

Affirmation de soi (1)

- styles de communication
- engager une conversation
- communication verbale et non verbale

GESTION DES SITUATIONS À HAUT RISQUE

Une gestion efficace de la situation augmente les sentiments d'efficacité personnelle (et diminue le risque de rechute)

Une gestion inefficace diminue le sentiment d'efficacité personnelle et potentialise l'attente des effets positifs du produit -> augmentation du risque de rechute

Dissonance cognitive (effet de violation de l'abstinence)

PROGRAMME D'UN GROUPE DE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE (2)

Affirmation de soi (2)

- compliments
- critiques

Intervention urgente en cas de rechute

Gestion de la colère

Renforcer les réseaux de socialisation et développer des activités gratifiantes

Stratégies de « faire face »

Résumé et bilan du programme

JEU PATHOLOGIQUE

CRITÈRES DU JEU PATHOLOGIQUE (DSM)

DSM V Troubles addictifs

Critères: **préoccupations par le jeu**

besoin de jouer avec des sommes croissantes

- efforts infructueux pour contrôler ou arrêter la pratique du jeu
- jouer pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
- mensonges; actes illégaux
- mise en danger ou perte des relations affectives
- compter sur les autres pour obtenir de l'argent

DÉFINITION DU JP

Jeu de hasard et d'argent: miser de l'argent ou un objet de valeur; la mise une fois placée n'est pas reprise et le jeu repose sur le hasard (impossibilité de contrôler l'issue du jeu) (Callois)

Jeu pathologique: un comportement répété et persistant de jeu d'argent exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives, où les conséquences du jeu (gains, jouer pour payer ses dettes) renforcent le comportement de jeu (Adès et Lejoyeux)

LES PHASES DU JOUEUR

La phase de gain ou le « gros gain » favorise le retour au jeu et la mise en place des pensées erronées

La phase de perte, ou de chasse: le joueur tente de se refaire

La phase de désespoir (avec des emprunts et des dettes)

La phase d'abandon

PRÉVALENCE DU JEU PATHOLOGIQUE

Etude OFDT, 2011:

- 0.9 JR; 0.4 JP (échantillon globale)
- 7.1% JR et 3.7% parmi les joueurs
- JEL (Costes et Tovar 2013)

L'étude d'Achour-Gaillard (1992) montre que 90% des joueurs sont des hommes, toutes les classes d'âge; la plupart jouent à un seul jeu; la plupart est sur-endettée et 20% ont commis des délits.

Environ 4% de la population serait des joueurs à risque et 1% des joueurs pathologiques

Aux USA: 1,2 à 3,4% Hypothèse : accessibilité au jeu augmente la fréquence (pas confirmé au Québec).

Hommes PMU et paris sportifs et femmes machines à sous (début plus tardif)

Begin (2001): 80% des ventes de loterie proviennent des 20% des joueurs et dans les casinos : 52% des recettes proviennent des joueurs pathologiques ou à problèmes.

COMORBIDITÉ DU JEU PATHOLOGIQUE

2/3 des joueurs présenteraient une comorbidité avec:

l'alcool, abus ou dépendance aux substances (34,8) (pour d'autres 40 à 50%)

les troubles de l'humeur 15.9%

les troubles anxieux 7.2%

une impulsivité importante; une faible estime de soi.

la structure de personnalité

LES PERSONNES ÂGÉES

Manque de littérature

Augmentation de 35 à 80%

Dans 3/4 des joueurs pathologiques avaient conscience de leurs troubles et étaient intéressés par une démarche de soins mais sans y avoir accès

Potenza: étude sur les lignes téléphoniques d'aide: personnes avec revenus plus faibles, parcours de jeu plus long, un seul jeu, (problèmes cognitifs?)

FACTEURS ASSOCIÉS AU JP (1)

Fonctions exécutives (prise de décisions) et TDAH (29,1% des JP => TDAH)

Agrégation familiale (Black et al. 2006) = antécédents : 39% père et 3% mère JP
24% des parents dépendants à l'alcool et 33% des parents troubles de l'humeur

L'automédication

Hypothèse traumatique

Approche sociale (souffrance sociale)

EVALUATION

SOGS

ICJE

Deba-Jeu

Critères DSM J

DISTORSIONS COGNITIVES

Superstitions

Rituels

Relation cause/effet entre deux événements différents

Illusion de contrôle

Minimisation du hasard

La certitude de gagner de l'argent sans tenir compte des pertes.

Personnification de la machine

APPROCHE TCC

C.C. excitation associée au jeu

C.O Programmes intermittents

Difficultés à contrôler l'activation émotionnelle et à mettre en question les pensées irrationnelles.

Résolution de problèmes; impulsivité et restriction dans les stratégies de « faire face ».

Adhésion à la thérapie est déterminé dans les huit premières semaines et également un environnement soutenant. 50% des patients en rupture de traitement.

PRISE EN CHARGE (1)

Approche motivationnelle

Traitement des comorbidités (troubles anxieux, dépressifs, addictions...)

Suivi et prévention de rechutes

Approche cognitivo-comportementale et gestion de situations à risque

Les groupes thérapeutiques

Les groupes d'entraide

Pas de réponse unique abstinence/contrôle

Différence avec un joueur social: la fonction du jeu (loisir); le temps et l'argent investis; la possibilité de contrôler; les mensonges; les prêts et les problèmes familiaux et professionnels

REGISTRES

Cahier hebdomadaire où on peut noter:

- le jour, l'heure, le lieu, les pensées; les envies; l'argent dépensé; les émotions, le comportement.

La liste de dettes

Le remboursement (programme réaliste)

Choisir le jour pour s'arrêter.

L'annonce*

LE PROGRAMME DE LADOUCEUR ET COLL. (2000)

L'évaluation de la problématique à travers le SOGS

Information sur le jeu

Les registres de comportements, émotions et pensées

La gestion des situations à risque

L'annonce à la famille et aux proches

Le budget hebdomadaire

L'élargissement des activités de loisirs

La technique de résolution de problèmes et prévention de rechutes

Le travail sur les « pensées erronées »

LE PROGRAMME DE BLASZCZYNSKI (1998)

Manuel d'auto-aide . Information et évaluation à travers les 20 questions des Joueurs Anonymes.

Registres sur le temps passé, les pensées, sur les pertes, les émotions etc.

Les problèmes associée (alcool, problèmes de couple etc.)

Programme basé sur la motivation pour le changement:

l'évaluation de l'intensité; les objectifs réalistes; la relaxation (gestions des affects négatifs)

le changement des pensées irrationnelles concernant le jeu

la prévention de rechutes et le soutien social.

PRÉVENTION DE RECHUTES (1)

Relaxation

Registres

Activités alternatives (incompatibles)

Éviter la solitude « non souhaitée »

Pensées erronées (travail)

Faire la liste de répercussions négatives du jeu

Problème d'alcool**

Se préparer la pression sociale

Conflits personnels et interpersonnels. Les problèmes de couple.

L'état émotionnel.

LES ASSOCIATIONS

Association « SOS Joueurs » en France

Gamblers Anonymous

Association « Rien ne va plus » Suisse. Créée en 2000 Pour soutenir les personnes touchées et pour la prévention (par exemple information ou sensibilisation employés de casino)

Activités: groupes de parole, entretiens individuels; groupes d'entraide; documentation sur le jeu excessif, liste de ressources disponibles (réseau)

Un test sur le web

Les autres associations

Une page pour la famille (différence entre aide et « codependance »)

Pages d'émissions à la télé ou articles

Témoignages.

Bibliothérapie

LES ACHATS PATHOLOGIQUES

Critères de McElroy (1994):

a) Pensées envahissantes et gênantes concernant les achats ou comportements d'achat inadapté ou impulsion d'achat avec: - pensées ou impulsions d'achats irrépressibles, intrusives et dépourvues de sens et - achats fréquentes supérieurs aux capacités financières; achats fréquents d'objets inutiles ou achats durant plus de temps que prévu

b) les pensées et impulsions provoquent une gêne; une perte de temps et des répercussions au niveau social, professionnel, familial...

ACHATS PATHOLOGIQUES

ACHATS COMPULSIFS (2)

C) Ces comportements n'apparaissent pas durant les moments de manie ou d'hypomanie.

« Une forme de toxicomanie avec les mêmes effets: frénésie, vertige, perte de contrôle » (comme lors du sevrage mais « a minima »)

Acheteurs compulsifs = des boulimiques de la dépense, ils n'en sont jamais rassasiés (Adès et Lejoyeux, 2001)

Un acheteur compulsif n'est pas un collectionneur (réflexion; utilisation; motif)

Aux USA une étude montre que 6% de personnes ont du mal à contrôler leur achats et 1% sont des acheteurs compulsifs.

ACHATS COMPULSIFS (3)

Selon une étude en France (Adès et Lejoyeux, 2001): 45% des personnes faisaient des achats incontrôlés; 44% s'énervait si pas achat* ; 43% avaient eu des difficultés financières après un ou plusieurs achats. 4% répondaient aux critères de McElroy. La durée des problèmes avant la consultation est en moyenne 12 ans

Les objets: vêtements, chaussures, bijoux, produits de beauté; objets pour l'automobile; électronique; livres...

Variables importantes:

- un comportement solitaire
- la dépression
- les autres dépendances (boulimie, alcool, tranquillisants, travail)
- l'agressivité
- la famille

LES ACHATS COMPULSIFS (5)

Le carnet des achats

Le budget hebdomadaire

Le « sens » de l'argent

Travail sur la décision des achats

Analyse de la publicité

Les groupes thérapeutiques et de « débiteurs anonymes »

ACHATS COMPULSIFS (4)

L'aide aux acheteurs compulsifs:

La thérapie cognitivo-comportementale: Observation des: comportements/émotions/pensées.

Repérer les facteurs déclenchants

Analyser les croyances sur l'argent, les achats (objets, processus...)

JEUX VIDÉO

ADDICTION AUX JEUX VIDÉO

Pas reconnue dans le DSM V

Griffits (2002)

Addictions technologiques: passives (télévision), actives (jeux vidéo)

Addictions aux objets technologiques: Télévision, ordinateurs (hacker, programmation...), Internet (chats, jeux de rôle), pinball, téléphone mobile, balladeurs numériques, GPS, jeux vidéo..

QUELQUES SIGNES CLINIQUES

Négliger l'école

Évasif par rapport à l'emploi du temps

Changement de comportement

Abandon des activités de loisir et plaisir

Problèmes de concentration

Délaisser l'apparence physique

ON NE PENSE QU'AUX JEUX VIDÉO?

L'activité de jeu « domine » la personne (préoccupations envahissantes, et distorsions cognitives), sentiments (craving) et problèmes socio-familiaux, scolaires, professionnels...

Raisons: pour s'évader, c'est une activité sociale, pour gagner de l'argent, challenge, modifier l'humeur...

Ne pas reconnaître avoir un problème.

LA MOTIVATION

Mais à l'adolescence:

- Difficultés de génération
- Difficultés pour intégrer des groupes thérapeutiques
- Ne pas accepter l'aide
- Perception d'autoritarisme
- Se sentir en minorité dans le groupe
- Adolescence = processus (fluctuations de la motivation)
- Les autres dépendances
- La dépression

EVALUATION

Questionnaire de Tejeiro (Enfants)

Questionnaire Usage problématique d'Internet (PIUQ)

Questionnaire de Young (IAT)

PRISE EN CHARGE (2)

Il faut limiter le jeu (ou ne plus jouer)

Détecter les situations stressantes qui peuvent le pousser à jouer

Développer d'autres centres d'intérêt

Continuer à explorer les raisons du jeu

Évaluer la psychopathologie associée (si elle existe)

Réseaux sociaux, familiaux. Activités de plaisir (autres que le jeu)

PRISE EN CHARGE (1)

Comprendre le contexte:

- Évaluer le problème (diagnostic, AF)
- Conseils (temps, accès aux jeux, argent, autres renforçateurs « réels »...)
- Développer « la vérité » (la réalité)
- Construire « l'estime de soi »
- Contrôler les finances
- Évaluer les progrès
- Prévenir la rechute
- Auto-aide (groupes, bibliothérapie)
- « good gambling »

PRISE EN CHARGE (3)

Questionnaire pour les parents :

- Joue-t-il tous les jours?
- Passe-t-il des périodes de plus de trois heures?
- Sacrifie-t-il des activités sociales ou sportives?
- Joue-t-il pour s'exciter.
- Est-il irritable s'il n'arrive pas à jouer
- Joue-t-il même s'il ne fait pas ses devoirs
- Joue-t-il même s'il a des problèmes

PRISE EN CHARGE (4)

Conseils d'autoguide:

- Parler à quelqu'un
- Construire le programme:
 - Stop,
 - Construire un projet,
 - Groupe,
 - Évaluer les émotions chaque jour,
 - Analyser les déterminants de ces comportements,
 - Registres des jours sans jeu.
- Mise en place du changement (d'habitudes...)
- Distractions
- Autres renforçateurs

PRISE EN CHARGE (6)

4. Douze semaines: Console de jeu le week-end

5. Douze semaines : 90 min par jour sans école

6. Maintien: pas plus de deux heures par jour pendant la semaine et quatre heures le week-end

(Accompagnement des parents)

PRISE EN CHARGE (5)

Waite (2007)

Étapes dans la prise en charge TCC de la dépendance aux jeux vidéo:

- 1 Quatre semaines sans jeu (discussion sur les limites)
- 2 Huit semaines (jeu 90 minutes) deux fois par semaine
- 3 Douze semaines : 1 heure par jours par semaine (et 3h le week-end) Mais pas de jeu en ligne
- (Toujours développer d'autres activités)

CANNABIS À L'ADOLESCENCE

OFDT 2011

Consommations régulières des 18 – 25 ans

- Tabac :
 - Alcool
 - Cannabis :
-
- Alcool + Tabac + Cannabis
 - Expertise Collective Inserm 2014.



CONDUITES À RISQUE

La notion de conduite à risque

(Michel, 2001) avec les risques à court terme et à long terme

En fonction de l'âge et du sexe

Étude CREDOC (1999)

Jeunes sans problème 36%

Jeunes qui contrôlent 30% (risque avec les limites)

Jeunes mal dans leur peau 17% (conflits...)

Jeunes hédonistes 11% (vivre l'instant présent)

Jeunes déstabilisés 6%, faible EdS, comportement à risque, conduites déviantes...



ADOLESCENCE ET CANNABIS

1/4 à 1/3 d'adolescents fument

Cumul de produits: alcool, tabac, tranquillisants, hypnotiques

Banalisation du produit (dès 16/17 ans)*

Précocité = facteur de risque

Consommation régulière : autres troubles comme tr. de conduites, tr. de l'humeur, troubles anxieux.

La prévention doit cibler => la chronicisation et les comorbidités

50% des lycéens => au moins fumeurs occasionnels

- REDUCTION DE RISQUES!!!

ÉVALUATION DES PROBLÈMES DE CANNABIS (1)

CAST usage nocif. 2 minutes

Vie entière

ESCAPAD

+ de 3 usage nocif

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi?

2. « » » » » » » » » lorsque vous étiez seul?

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis

4. Des amis ou des proches vous ont déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis?

5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver?

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident; crise d'angoisse, mauvais résultats à l'école...)

Questionnaire POSIT 12 à 19 ans(10 facteurs)

DEP-ADO

CUDIT (8 items)

Marijuana craving (17 items)

ASI

Questionnaire CANDIS

ADOSPA= CRAFFT (Reynaud, Karila, Legleye, 2003)

ALAC (11 questions)

TROUBLES PSYCHOTIQUES (1)

Effets aigus : signes négatifs de la schizophrénie

Effets chroniques : symptômes positifs de la schizophrénie

Épisodes brefs

Quelques semaines à 2/3 mois

Consommations régulières (parfois arrêt brutal)

Événement brutal psychologique ou somatique sur des personnes sans trouble manifeste.

Hallucinations visuelles, confusion, thèmes polymorphes

(50% des sujets schizophrènes ont de problèmes d'abus ou de dépendance)

DÉPRESSION (1)

Certaines études: liens entre dépression et consommation de cannabis

Évaluer la dépression +++

Études longitudinales Risque relatif pour l'adulte (anhédonie, idées de suicide)

L'humeur est aggravé par le cannabis (unanimité des études)

Confusion avec d'autres facteurs: polyconsommations, précarité sociale, dysfonctionnement familial, antécédents psychiatriques

TROUBLES PSYCHOTIQUES (2)

L'hypothèse de l'automédication ne tient pas (cas le plus graves)

Parmi les substances le cannabis est la substance à laquelle ils sont le plus sensibles

Psychose toxique (sans vulnérabilité psychotique, et à très fortes doses)

Psychose fonctionnelle (2 semaines délires dépersonnalisation, hypomanie. Sujets avec vulnérabilité schizophrénique)

Les patients schizophrènes toxicomanes: moins âgés, sexe masculin, moins compliants, plus de rechutes , plus d'hospitalisations, plus de comportements violents, dépression et suicides.

PRISE EN CHARGE

Évaluation de la consommation et de la trajectoire de vie

Accompagnement dans l'usage

EM (Développement de motivations intrinsèques, Stephens, et al 2006)

TCC

Thérapie Multidimensionnelle familiale (Rowe et coll. (2002)

Thérapies bifocales (P Jeammet =>Th. analytique + psychodrame)

Approche corporelle

THÉRAPIE MOTIVATIONNELLE

Miller et Rollnick

EM

Les deux premières séances en individuel

Le feed-back personnalisé (travail)

Usage, attentes favorisantes

Pas d'abstinence totale demandée

TCC : sur des stratégies de coping. Modification de croyances et émotions négatives en groupe et compléter en individuel

Dosage quantitatif de cannabinoïdes

Groupe de parole avec les parents.

CANNABIS YOUTH TREATMENT (CYT)

1^{er} module: bref et peu coûteux

TM + TCC 6 semaines

5 séances 2 sessions individuelles EM et 3 sessions TCC de groupe

EM pour arrêter et intégrer le groupe. Le groupe : développement de compétences, comment refuser l'offre de cannabis, le réseau social, faire face aux situations de crise, récupérer après une rechute....

Dosage de cannabis (4^{ème} séance)

MARIJUANA TREATMENT PROJECT (ADULTE) (1)

450 adultes

9 séances de TCC en individuel. (+ 3 séances)

Évaluation globale(EM, groupe, famille...)

Résolution de problèmes psychosociaux

Compétences:

- Comprendre les types d'usage de cannabis, évaluer les situations à risque, entraînement à la relaxation, gestions de l'ennui
- Coping du craving et de l'impulsivité,
- Journal quotidien
- Gestion des pensées en rapport avec la prise de produits
- Résolution de problèmes
- Stratégies pour refuser le cannabis

MARIJUANA TREATMENT PROJECT (ADULTE) (2)

5 séances optimales

- La planification pour l'urgence et les stratégies pour les faux pas
- Les décisions
- Gestion des états émotionnels négatifs (déprime)
- Affirmation de soi
- Gestion de la colère
- 2 séances EM
- 5 séances TCC
- 2 séances Résolution de problèmes

PROGRAMME CANDIS (2)

10 modules:

- Travail sur la psychoéducation et la motivation pour le changement
- Connaissance de sa propre consommation
- Préparation au jour du changement (SORC comme AF)
- Stratégie de faire face à l'offre de cannabis
- Plan d'urgence, prévention de la rechute
- Résolution de problèmes
- Psychoéducation sur les comorbidités
- Compétences sociales en fin de thérapie
 - Flash Candis (Docs résumés)// La famille

PROGRAMME CANDIS (1)

Hoch, Zimmerman, Henker, Rohrbacher, Noack, Bühringer, Wittchen (2006)

Objectifs:

- Reconnaissance du problème
- Acceptation de la thérapie
- Abstinence : objectif principal

- Prévention de la rechute
- Apprendre à résoudre les problèmes psychologiques et sociaux
- A partir de 16 ans. Séances de 90 minutes.



AUTRES INTERVENTIONS

Des thérapies par internet, efficaces comme dans les cas des dépressions, troubles de panique et phobie sociale.. (Hedman, Ljotsson & Lindfors (2012)

Par téléphone = efficace à partir de 4 semaines, et plus d'arrêts significatifs à 12 mois. (Gates, Norberg, Copeland, Digiusto (2012)

TCC plus efficace chez les jeunes de 17-18 ans, tandis que thérapie multidimensionnel familiale (TMF) plus efficace chez les plus jeunes.(Hendriks, Van der Schee & Blanken (2012)



SUITE

Résultats similaires de la TCC et de la TMF (Hendriks et al (2011))

TCC et patch: Efficace pour la cigarette mais pas efficace si double dépendance avec le cannabis(Hill, TOTO, Scott et al, 2013).

Changements parallèles dans les deux substances (Gray, Riggs et Winhusen, 2011)

BIBLIOGRAPHIE

Adès, J., Lejoyeux., M. (1999). *La fièvre des achats. Le syndrome des achats compulsifs*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Graziani, P; Glakiere Eraldi D: Comment arrêter l'alcool, Odile Jacob, paris, 2005

Marlatt, A ; Donovan D-M (2008) Prévention de la rechute. Stratégies de maintien en thérapie de conduites addictives. Ed medicine et Hygiène, 2005, Guilford Press.

Poudat F-X (2005) La dépendance amoureuse. Odile Jacob,Paris.

Romo, L, Aubry, C., Djordjian, J., Legauffre, C., Adès, J. (2007). Approche cognitivo-comportementale des achats compulsifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. Mars , Vol 17, 1, 8-13.

C. Cungi (2000) Faire face aux dépendances – Alcool, tabac, drogues, jeu. Retz, collection Faire face

Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press.

Tison P; Hautekeete M. (1998) : Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. JTCC, 8, 2, 43-49.

PRÉVENTION

Prévention en milieu scolaire des conduites à risque. Travail de partenariat avec des « adultes relais »

Information

Soutien psychologique

Le milieu sportif

Parents: services d'écoute.

Un travail sur le bien-être



CAS CLINIQUES

Cas d'une femme avec un problème d'achats pathologiques

Cas d'un patient avec un problème d'alcool

Cas de problème de JHA