

ATTEINDRE TOUT LE POSSIBLE



Le tabagisme comme mécanisme d'évitement d'un trouble anxieux



Ensemble

vers un nouveau souffle

Conférence publique – 31/05/2025

R.GODINNE : psychologue – tabacologue – psychothérapeute

Intérêt de s'intéresser au sujet

Aujourd'hui, il semble capital de s'intéresser au lien entre tabagisme et anxiété :

1. De manière empirique : les fumeurs font le lien entre tabagisme et sensation de relaxation

- ✓ « fumer ça me soulage »
- ✓ « j'ai besoin de fumer pour me calmer »
- ✓ « quand je me dispute avec mon compagnon / ma compagne / un collègue (/ ...), il faut que je sorte fumer une cigarette »

2. Les études : mettent en évidence que la nicotine a des effets :

- ✓ anxiolytiques à court-terme
- ✓ anxiogènes à long terme

3. Le DSM V met en évidence que l'anxiété fait partie des critères des symptômes de sevrage du tabagisme (critère B2)

Plan

Approche cognitivo-comportementale – TCC

Pilotage automatique

Pilotage manuel

Les formes d'apprentissage

Comportement fonctionnel ou dysfonctionnel

Tabagisme et troubles anxieux

Stress ? Peur ? Anxiété ?

Différence entre anxiété et trouble anxieux ?

Corrélation entre troubles anxieux et tabagisme ?

Tabagisme comme mécanisme d'échappement / évitement

Echappement V.S. exposition

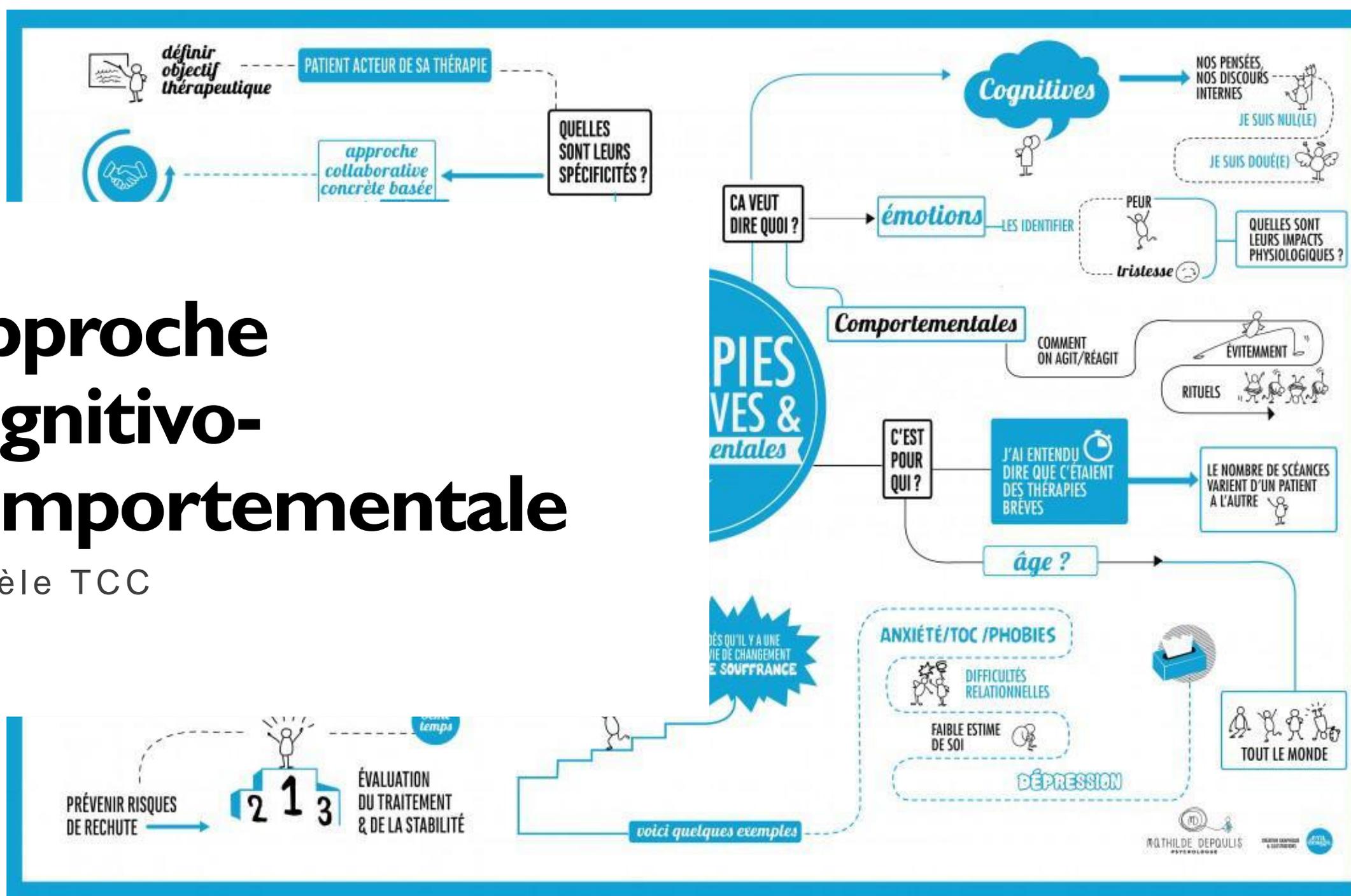
Quelques cas pratiques

Conclusion



Approche cognitivo- comportementale

Modèle TCC



Tout est dans la tête ?

Toute la puissance du contrôle de la pensée



Abracadabra

Malheureusement, ce n'est pas si facile

...

Que s'est-il passé ?

Le corps vivant : drôle de machine

Avec la détection d'un stimulus (5 sens), notre cerveau va **automatiquement** aller **rechercher la (les) expérience(s)** la/les plus similaire(s) à ce qu'il vit sur le moment.

→ Qu'est-ce que mon cerveau a déjà vécu en lien avec « éléphant + rose », « voir un collègue que j'apprécie aller fumer », « ... » ?



Notre cerveau va ensuite réagir en faisant adopter à notre corps les réactions qui lui **semblent** les plus adaptées :

- **Des réactions émotionnelles (physiologique)** (ex : sourire, craving)
- **Des pensées automatiques** (ex : « j'ai besoin de me faire une pause / besoin d'aller fumer »)

Les pensées et émotions immédiates qui découlent d'un contexte sont:

1. Automatiques : ne peuvent pas être empêchées ;
2. Intrusives : contre la volonté de la personne ;
3. **Psychosomatiques** : génèrent une réaction physiologique (sourire / faim / besoin ou **envie de fumer**).

Il est donc illusoire de penser qu'on peut avoir (**dans un premier temps**) un contrôle sur nos émotions et pensées.

Deux manières d'apprendre

Les tables de multiplication

Table de 1	Table de 2	Table de 3	Table de 4	Table de 5
1 x 1 = 1	2 x 1 = 2	3 x 1 = 3	4 x 1 = 4	5 x 1 = 5
1 x 2 = 2	2 x 2 = 4	3 x 2 = 6	4 x 2 = 8	5 x 2 = 10
1 x 3 = 3	2 x 3 = 6	3 x 3 = 9	4 x 3 = 12	5 x 3 = 15
1 x 4 = 4	2 x 4 = 8	3 x 4 = 12	4 x 4 = 16	5 x 4 = 20
1 x 5 = 5	2 x 5 = 10	3 x 5 = 15	4 x 5 = 20	5 x 5 = 25
1 x 6 = 6	2 x 6 = 12	3 x 6 = 18	4 x 6 = 24	5 x 6 = 30
1 x 7 = 7	2 x 7 = 14	3 x 7 = 21	4 x 7 = 28	5 x 7 = 35
1 x 8 = 8	2 x 8 = 16	3 x 8 = 24	4 x 8 = 32	5 x 8 = 40
1 x 9 = 9	2 x 9 = 18	3 x 9 = 27	4 x 9 = 36	5 x 9 = 45
1 x 10 = 10	2 x 10 = 20	3 x 10 = 30	4 x 10 = 40	5 x 10 = 50

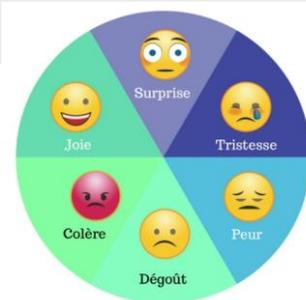
PAR LA FRÉQUENCE

Plus une scène se répète, plus il y a apprentissage (tables de multiplication, les réflexes de conduite, fumer après manger, pause cigarette, ...)

→ Dépendance comportementale

PAR L'INTENSITÉ ÉMOTIONNELLE

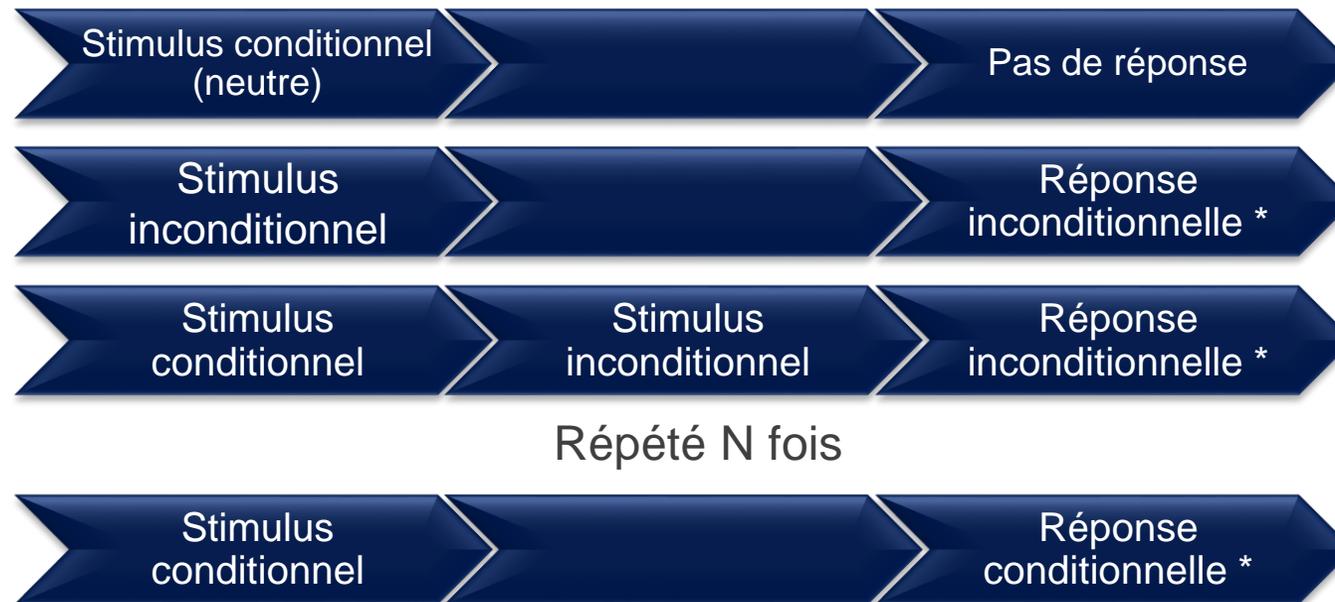
Plus la scène déclenche une forte décharge émotionnelle et plus c'est ancré (ex : une fête d'anniversaire, un mariage / un divorce, une attaque de panique, une dispute, ...)



→ Dépendance fonctionnelle / émotionnelle

Comment ça se passe ?

Modèle d'apprentissage par la fréquence :



*Une réponse (réaction) inconditionnelle est une réponse (réaction) qui est innée

** Une réponse (réaction) conditionnelle est une réponse (réaction) apprise

Apprentissage par la fréquence

ILLUSTRATION : RITUEL DE LA PAUSE CIGARETTE AU TRAVAIL



Voir mon collègue à 10h

Rien / Pas de réponse

Voir une cigarette

Craving (pulsion à fumer)

Voir mon collègue à 10h00

Voir une cigarette

Craving (pulsion à fumer)

Répété N fois

Voir mon collègue à 10h00

Craving (pulsion à fumer)

Pilotage manuel

Si les émotions et certaines pensées sont automatiques :

- Une grande partie de nos pensées sont manuelles
- La très grande majorité de nos comportements sont contrôlés.

L'émotion va servir à :

- « amorcer l'envie » du comportement
- en modulant « l'énergie » mais ne va pas le déclencher.

Ce qui détermine notre « passage à l'acte / le comportement », ce sont :

- la / les conséquences anticipées par la personne
- face au contexte dans lequel il se trouve.

Qu'est-ce que **je** vais y gagner ?
Qu'est-ce que **je** vais y perdre ?

Pilotage manuel : renforcement

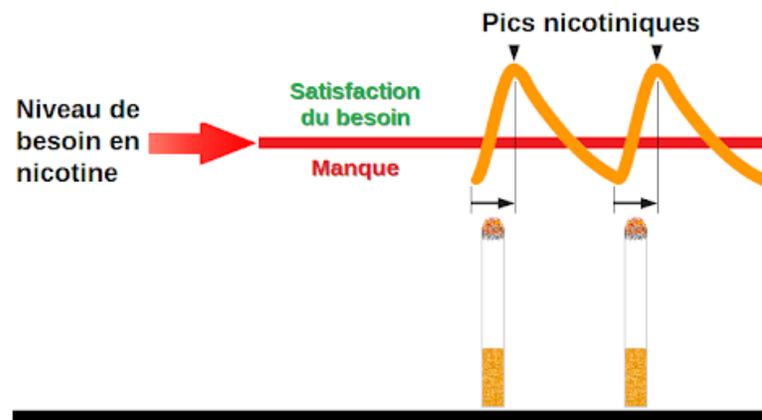
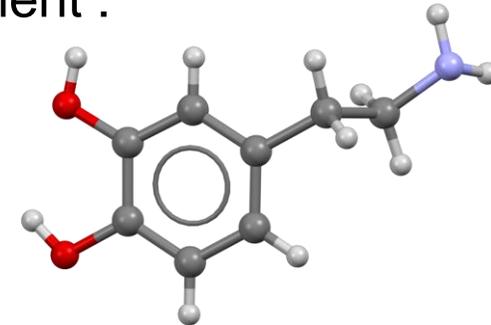
Pour **AUGMENTER** la probabilité d'apparition d'un comportement :

- **Renforcement positif**

- Ajouter une conséquence positive (approche) : +S+

- **Renforcement négatif :**

- Retirer une conséquence négative (échappement) : -S-
- Ne pas faire apparaître une conséquence négative anticipée (évitement) : °S-



Courbe de nicotémie

(Concentration de nicotine dans le sang)

Figure 1

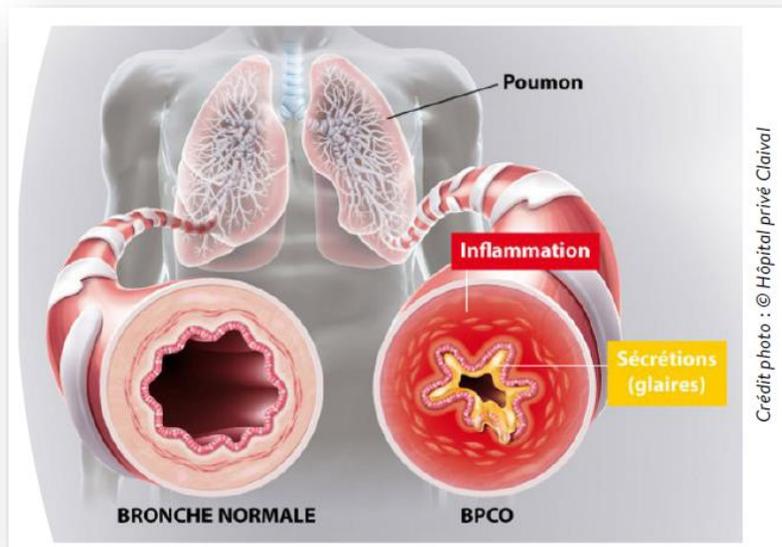
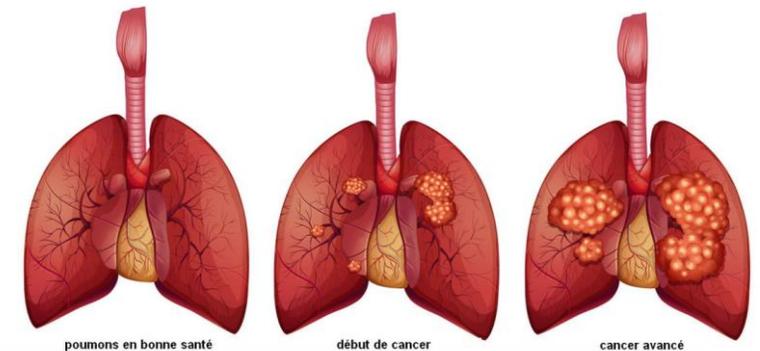
Déviatation

Pilotage manuel : punitions

Pour **DIMINUER** la probabilité d'apparition d'un comportement :

- **Punition positive**
 - Ajouter une conséquence négative : +S-
- **Punition négative**
 - Retirer une conséquence positive : -S+
 - Ne pas ajouter de conséquence positive (extinction) : °S+

Evolution du cancer des poumons



Pilotage manuel

Pour que la / les conséquence(s) aient un impact optimal, il faut idéalement :

1. Que la personne fasse le lien entre la / les conséquence(s) et son comportement.

(ex : je fume donc ça me déstresse / je fume donc j'ai du plaisir)

2. Que la / les conséquence(s) soi(en)t proportionnelle(s) au comportement

(ex : difficulté à percevoir en quoi une cigarette peut amener à un cancer).

3. Que la / les conséquence(s) arrive(nt) le plus vite possible

(ex : fumer → plaisir immédiat (5 à 7 secondes))

4. S'il y a répétition du comportement, que les conséquences soient graduelles

(ex : plus je continue à fumer, plus ma BPCO s'aggrave)

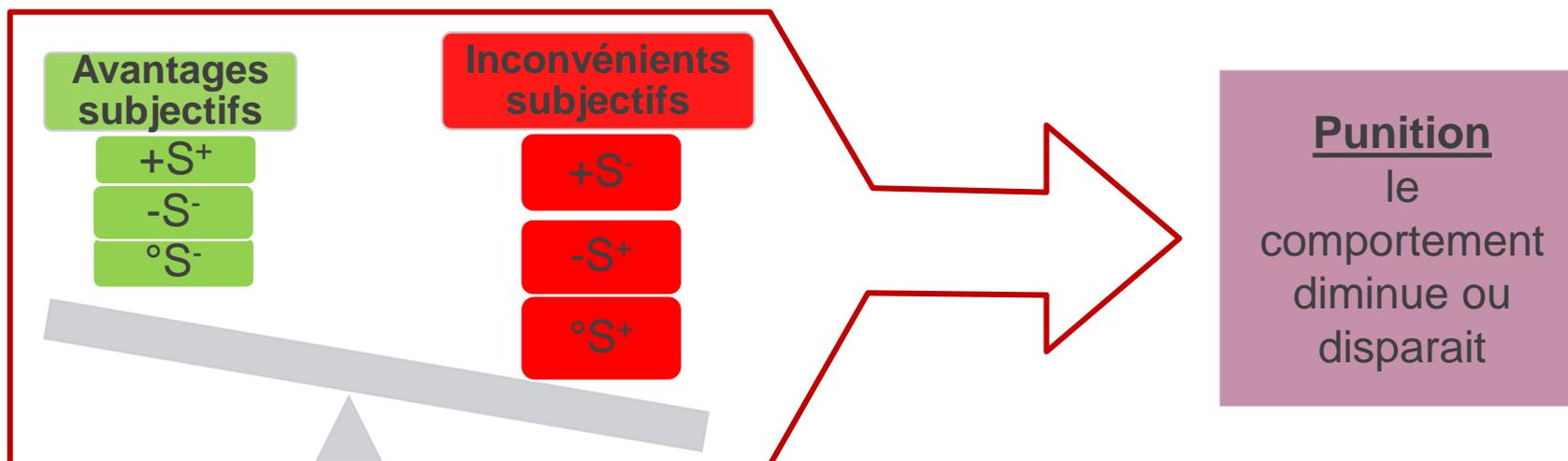
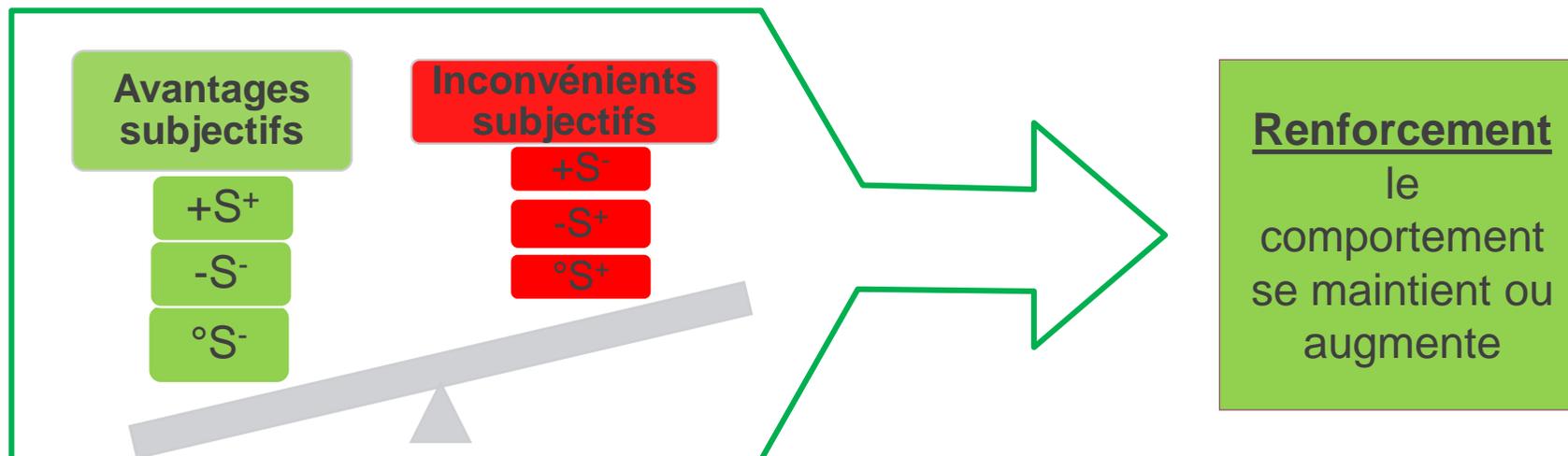
Pilotage manuel

À un comportement, il n'y a que **rarement** qu'une seule conséquence.
Dans la très grande majorité des cas, il y a une multitude de conséquences (+ et -) qui jouent de concert.



L'individu va évaluer les conséquences

(STIMULI CONSÉQUENTS)

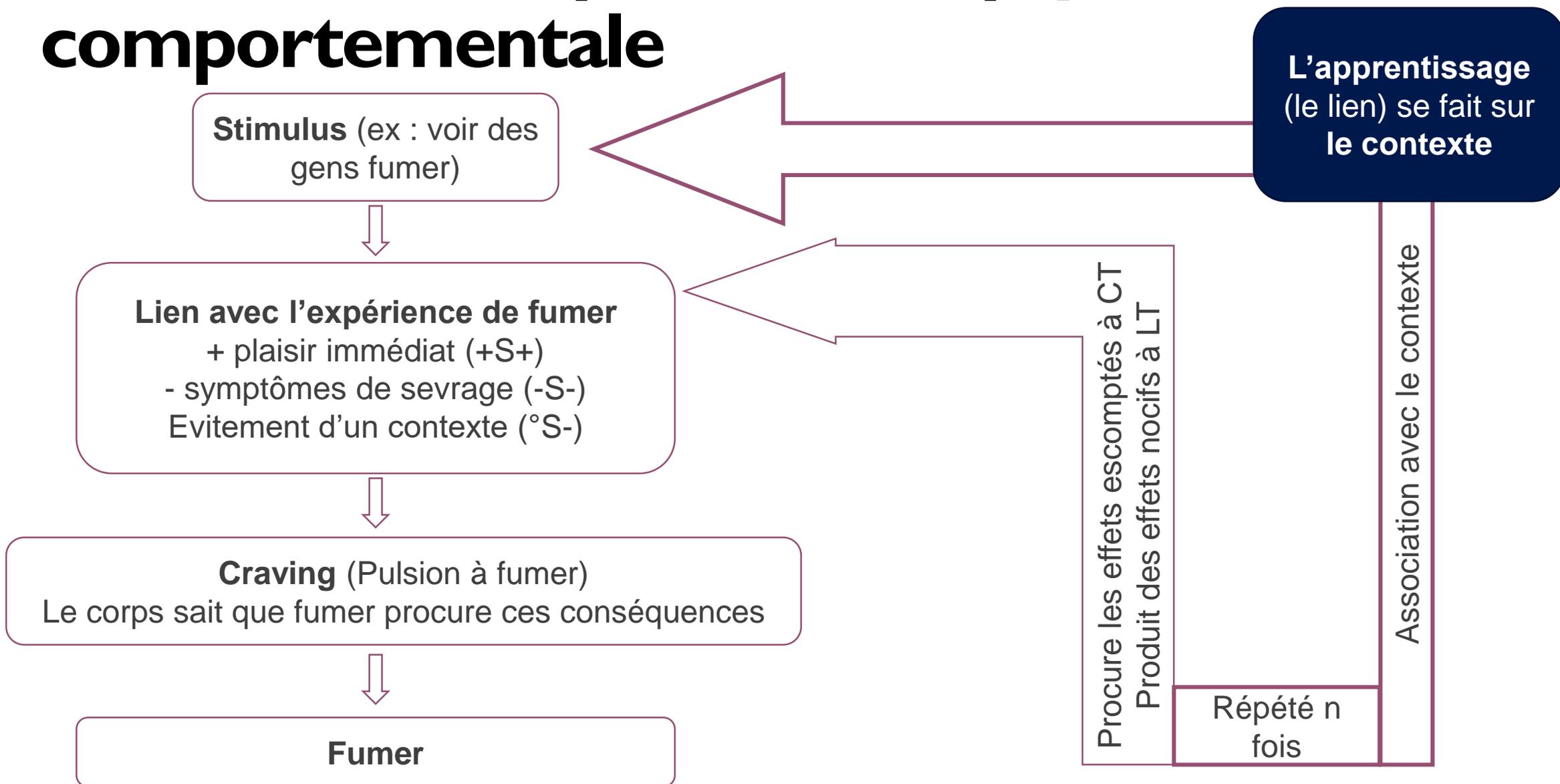


Prêt à tenter l'aventure ?

La balance décisionnelle que nous utilisons avec nos patients nous sert justement à aider à la prise de conscience des renforçateurs et des punitions à court et à long-terme.



Résumons la dépendance « psy » comportementale



La place de la cigarette pour un fumeur

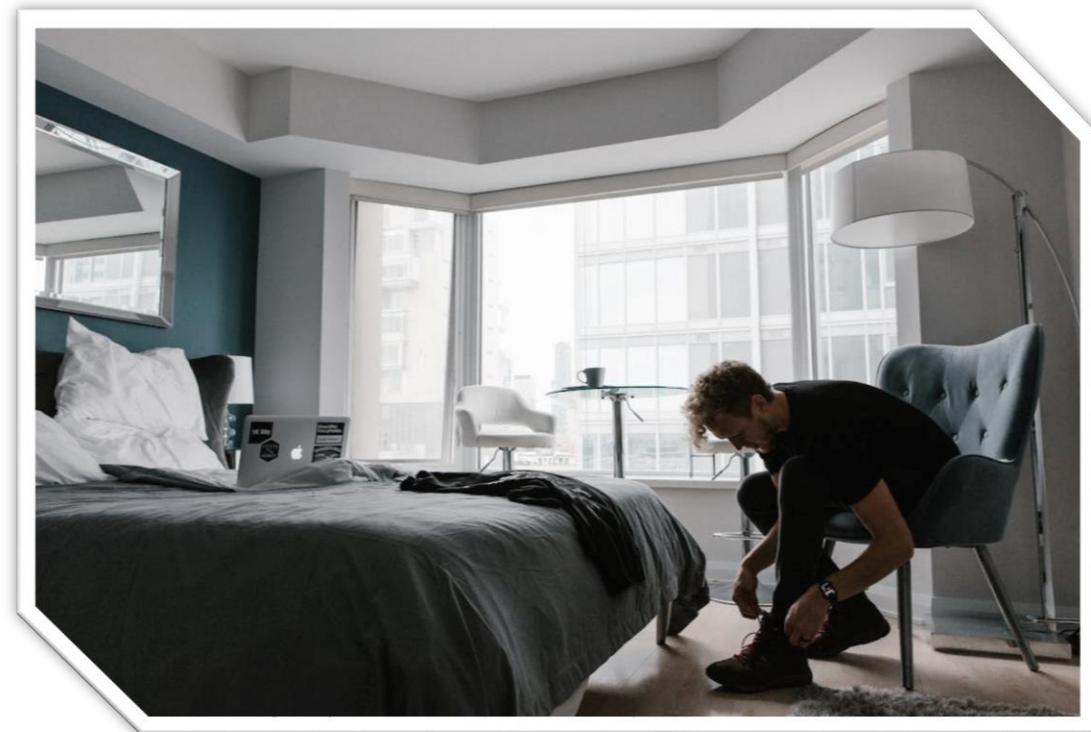
Puisque le geste est associé à un contexte, **prenons conscience un instant** de la puissance du conditionnement avec un exemple simple.

Michel a 40 ans et il fume environ 20 cigarettes par jour depuis ses 16 ans. Ceci nous donne :

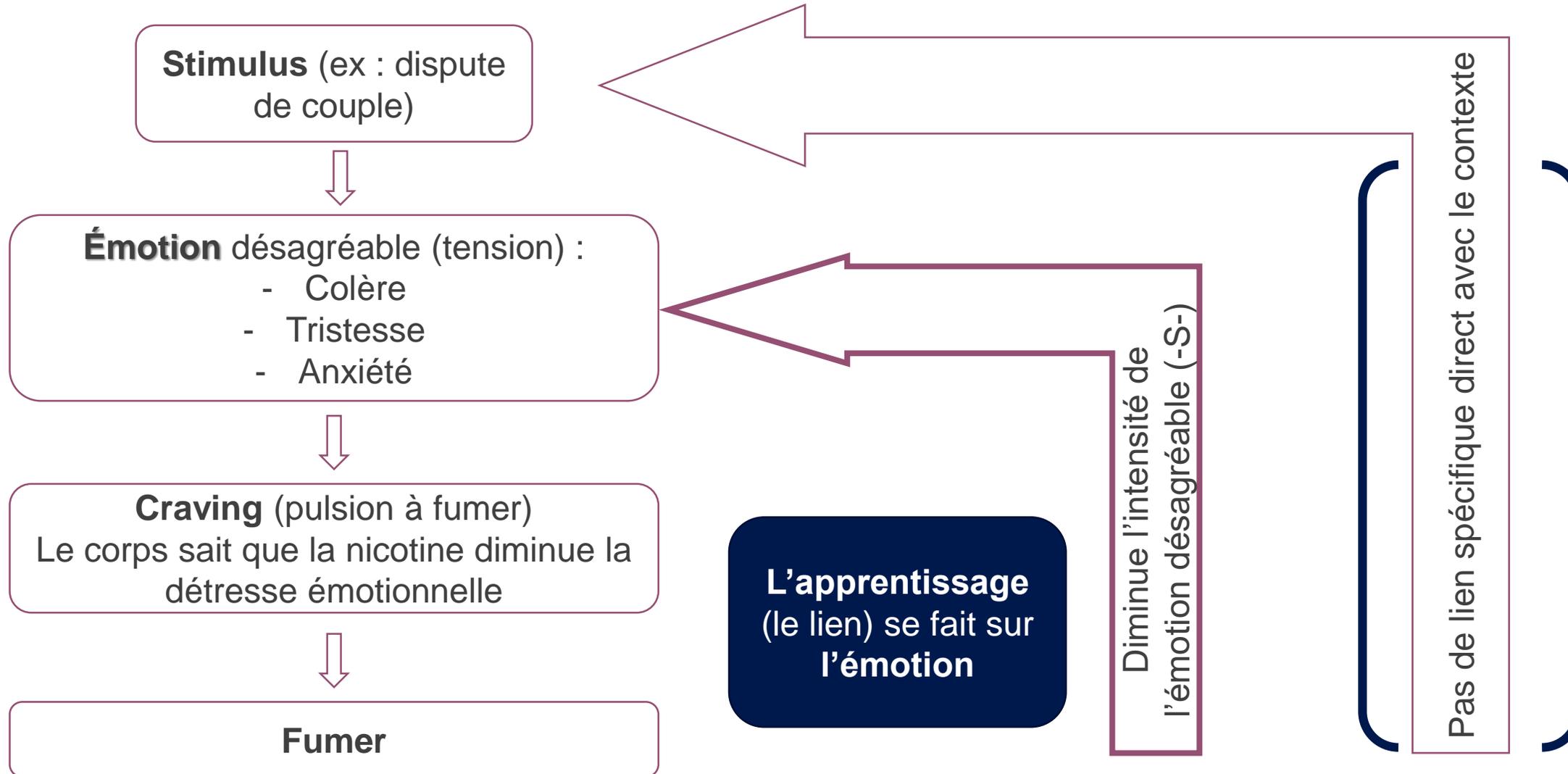
20 (cigarettes) **X 24** (ans) **X 365** (jours) **X 8** (fois le geste environ par cigarette)

La personne a répété 1 401 600 fois le geste.

Il n'existe probablement aucun geste plus conditionné que celui d'amener une cigarette à sa bouche.



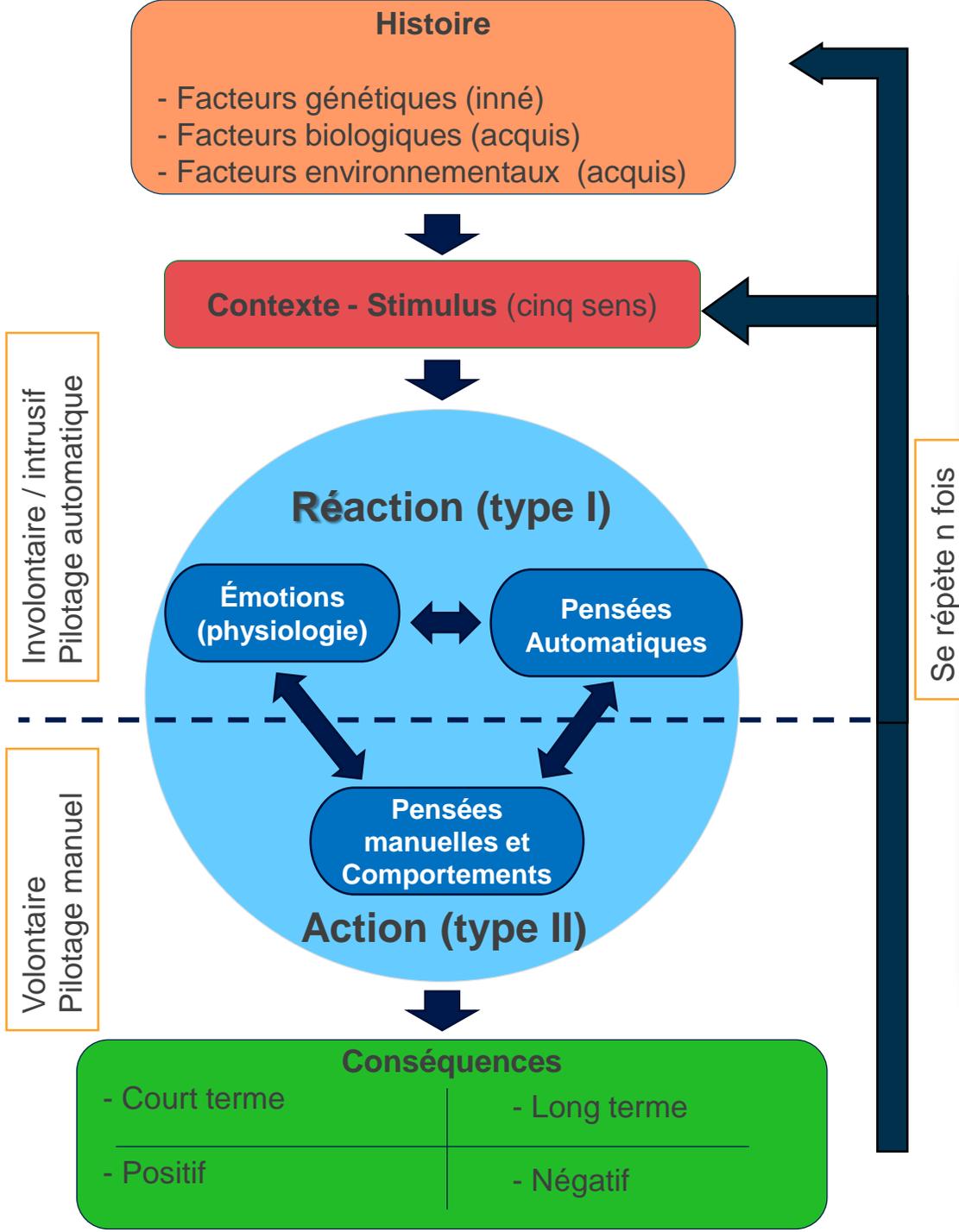
Résumons la dépendance « psy » fonctionnelle / émotionnelle



Thérapie

L'accompagnement va être :

- Emotionnel : diminuer l'activation corporelle
- Cognitif : recadrer les pensées manuelles
- Comportemental : adopter des comportements adaptés en remplacement du comportement retravailler



Résumé

On a tendance à croire que c'est en contrôlant les envies qu'on arrivera à ne plus fumer.

Les études sur le conditionnement démontrent que c'est en travaillant sur le comportement (**notamment par le remplacement et pas la suppression** de l'acte) qui va permettre de diminuer les envies.

Remplacer un apprentissage par un autre plus pertinent.

Lien entre comportement dysfonctionnel et échappement / évitement

Court-terme	Long-terme	Comportement
+	+	Fonctionnel
-	-	Dysfonctionnel en extinction
+	-	Dysfonctionnel
-	+	Fonctionnel alternatif

Mais pourquoi le cerveau privilégie certains comportements dysfonctionnels ?

Lien entre comportement dysfonctionnel et échappement / évitement

Court-terme	Long-terme	Comportement
✗	+	Fonctionnel
-	✗	Dysfonctionnel en extinction
+		Dysfonctionnel
-	+	Fonctionnel alternatif

L'humain est programmé biologiquement pour, **une fois un cap émotionnel dépassé (ex : stress intense), privilégier le court-terme sur le long-terme (la survie avant la préservation).**

Si une décharge émotionnelle prend trop d'importance : le cerveau se met en « sécurité » et cherche la situation à court terme procurant les meilleurs avantages

Or, il n'existe pas de comportement à court-terme qui donne autant satisfaction que la cigarette. Une fois que l'individu est dans l'émotion... C'est trop tard

En quoi est-ce problématique ?

Les comportements visant à l'échappement et à l'évitement **renforcent la sensibilité aux stimuli contrôlés.**

EXEMPLES :

- ✓ Un arachnophobe qui fuit son araignée est **toujours autant voire de plus en plus craintif** des araignées
- ✓ Un accidenté de la route qui ne reprend pas la voiture **entretient** la peur de conduire
- ✓ Un fumeur abstinent (ex-fumeur) qui **évite la fumée de cigarette s'hypersensibilise** à la fumée.

1. « J'évite donc c'est un danger »
(physique ou psychologique)

2. Comme j'évite, je ne peux remettre en question ma croyance sur l'objet

Tabagisme et troubles anxieux

ROPHOBIA

ARACHNOPH

Stress >< Peur >< Anxiété

Attention aux confusions possibles :

- Stress : Réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée
 - Peur : Emotion primaire face à un stimulus présent évoquant une menace
 - Anxiété : Anticipation de quelque événement ou série d'événements inquiétants ... qui pourraient se produire ... ou pas. C'est une forme d'incertitude
- ➔ La distinction entre la peur et l'anxiété repose sur la présence ou non d'un danger réel.



Anxiété >< Trouble anxieux

Trouble anxieux : Lorsque le niveau d'anxiété prend une ampleur (fréquence et intensité) telle qu'elle amène à des perturbations :

- Des réactions émotionnelles excessives (ex : attaque de panique, flash-back, etc.)
- Des réactions comportementales dysfonctionnelles inadaptées et maintenant le trouble (échappement et évitement) :
 - Cigarette pour faire « une pause »
 - Alcool pour « oublier »
 - Benzodiazépine pour contrôler l'anxiété (prolongé)
 - Compulsions pour contrôler une obsession
 - Faire un détour pour ne pas passer devant un lieu
 - Prendre le bus pour ne pas conduire (si accident)
 - Prendre les escalier pour éviter l'ascenseur
 - Rester chez soi pour ne pas croiser du monde

Trouble anxieux = phobie

Les troubles anxieux sont tous des phobies mais avec des « objets » différents :

- **Phobie simple** : phobie d'un objet extérieur (hauteur, araignée, serpents, prise de sang, etc.)
- **Trouble panique** : phobie des changements dans les sensations corporelles (rythme cardiaque, rythme respiratoire, ventre, etc.)
 - Avec agoraphobie : phobie de faire des AP dans certains contextes (ascenseur, magasin, etc.)
- **Phobie sociale** : phobie du jugement l'autre (regard et performance)
- **ESPT** : phobie du / de souvenir.s (accident, agression)
- **TOC** : phobie de la croyance / pensées (contamination)
- **TAG** : phobie de l'incertitude (santé, argent, ...)



Comorbidités : Tabagisme >< Tr. Anxieux

De manière générale :

- Dépendance : les personnes présentant un trouble anxieux sont 2x plus dépendantes
 - Prévalence : corrélation positive importante entre tabagisme et
 - **TP** : Trouble panique (avec ou sans agoraphobie) **OR = 3,6**
 - **PS** : Phobie sociale **OR = 2,07**
 - **TAG** : Trouble anxieux généralisé **OR = 1,7**
 - **ESPT** : Etat de Stress Post-traumatique **OR = 4,26**
 - **TOC** : Troubles obsessionnels compulsifs **Exception : corrélation négative**
- De plus, les fumeurs présentant un TOC ont moins de traits de personnalité obsessionnelle compulsives que les non-fumeurs présentant un TOC.

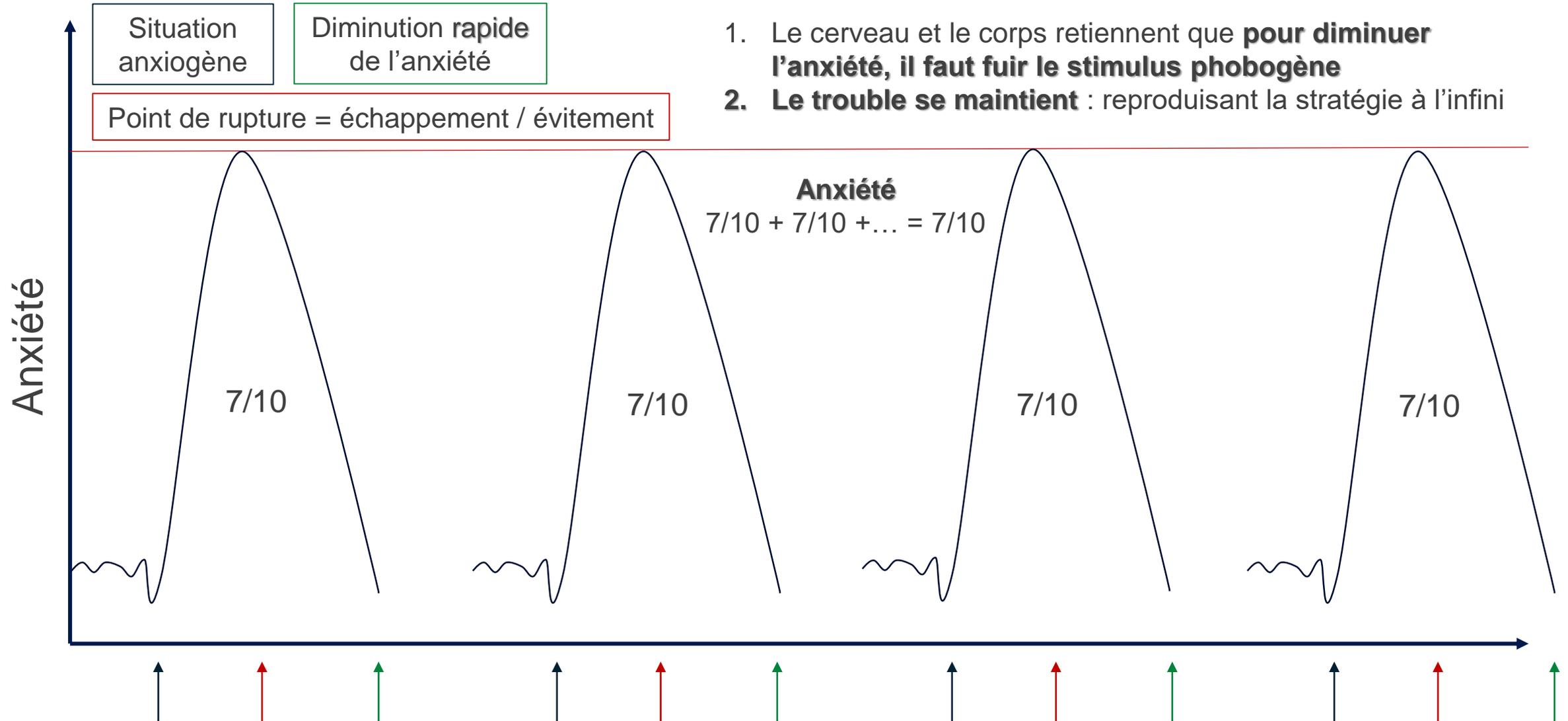
Notons que la prévalence d'un trouble anxieux augmente drastiquement lorsqu'il y a comorbidité avec un trouble dépressif

Explications

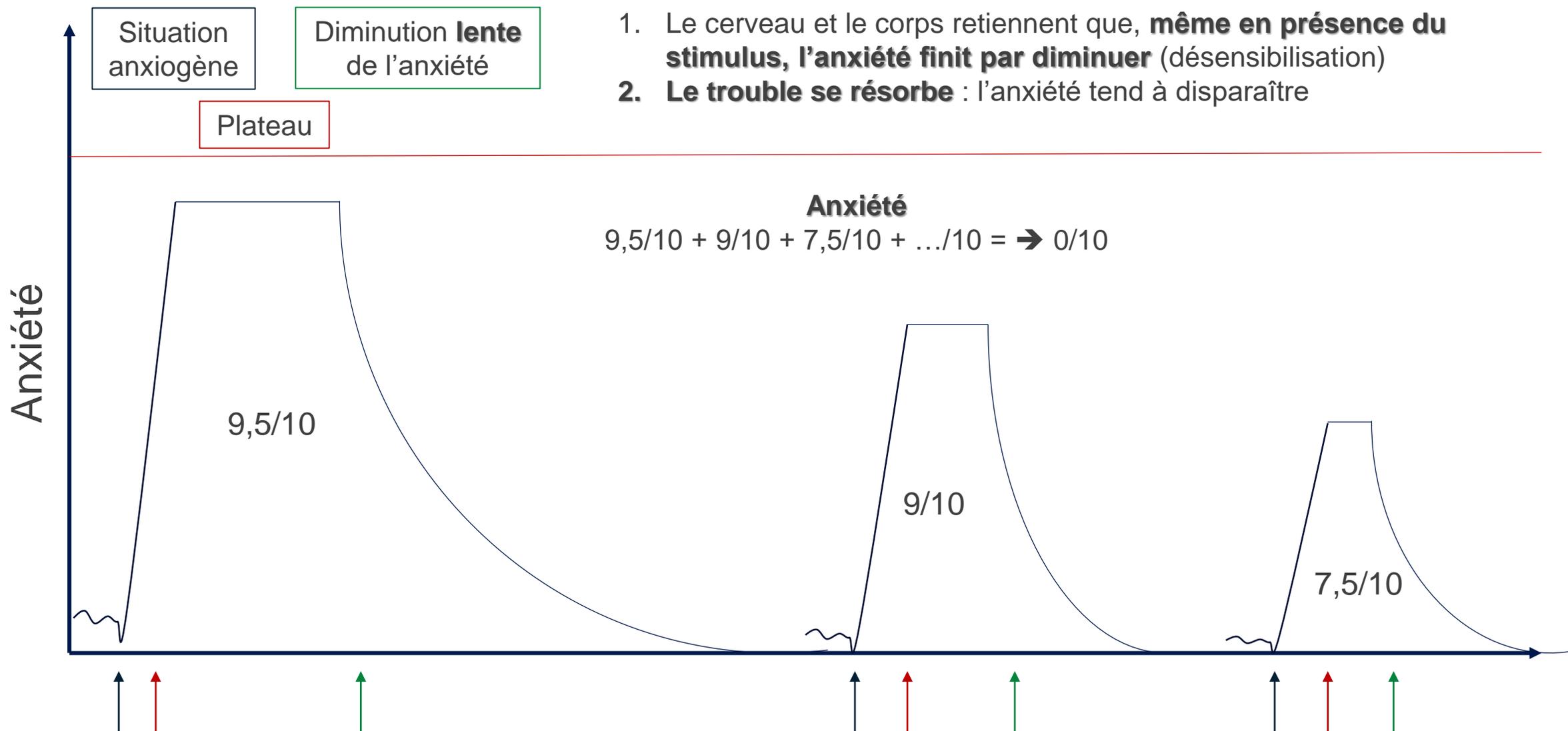
Quatre facteurs principaux pour expliquer cette corrélation :

1. D'une part, **la pathologie mentale peut amener le patient à fumer** et ensuite intensifier le tabagisme (notamment par mécanisme échappement - évitement)
→ Ados et jeunes adultes avec PS = plus haut risque de développer un tabagisme actif.
2. D'autre part, **fumer est en soi un facteur de risque étiologique d'une pathologie mentale**
→ Ados et jeunes adultes qui fument = plus haut risque de développer un TP et un TAG
3. De plus, il peut exister des **facteurs génétiques** chez la personne la **rendant plus vulnérable** et donc **prédisposée** au tabagisme ou à l'anxiété.
4. Enfin, les **facteurs environnementaux** peuvent bien sûr **déclencher** ou **influencer** le tabagisme et/ou le trouble anxieux

Echappement et évitement de l'objet



Exposition à l'objet



Explications

Pourquoi l'individu privilégie l'échappement (-S-) et / ou l'évitement (°S-) :

- Si biais dans la croyance : une anxiété trop élevée amènerait à la « destruction » de l'individu (ex : si je fais une attaque de panique, je vais faire une crise cardiaque)
- Et si sur une seule occurrence :
 - Les mécanismes d'échappement / d'évitement diminuent rapidement l'anxiété (7/10)
 - Alors que les expositions diminuent lentement l'anxiété (9,5/10)
- Alors, en cas de stress très important, le cerveau et le corps privilégient :
 - La survie (diminution rapide du stress)
 - Sur la préservation (résorption du trouble anxieux)

Et la cigarette dans tout ça ?

Vous l'aurez compris

La cigarette représente une « super » stratégie d'échappement / d'évitement

- Pour tous les troubles : diminution de la sensation d'anxiété... Mais aussi
- Si trouble panique (avec ou sans agoraphobie) :
 - Délai et préparation avant d'affronter le.s contexte.s associé.s au trouble panique
- Si phobie sociale
 - Délai avant d'affronter la situation sociale ou la performance
 - Barrière sociale avec les autres individus
- Si ESPT
 - Délai avant d'affronter la situation phobogène
- TAG (faible OR) et TOC (OR négatif) : hypothèse
 - Nicotine = boost de concentration → Focalisation directe sur la / les croyance.s phobogène.s
 - ➔ Augmentation des symptômes plutôt que réduction (punition et non renforcement)



Quelques situations cliniques

Trouble panique

TAG

ESPT

Jean-Marie, 73 ans

J-M vient en consultation spontanée pour arrêter de fumer. L'arrêt est amorcé et Jean-Marie se débarrasse de la cigarette en deux semaines.

Lors du premier entretien de suivi :

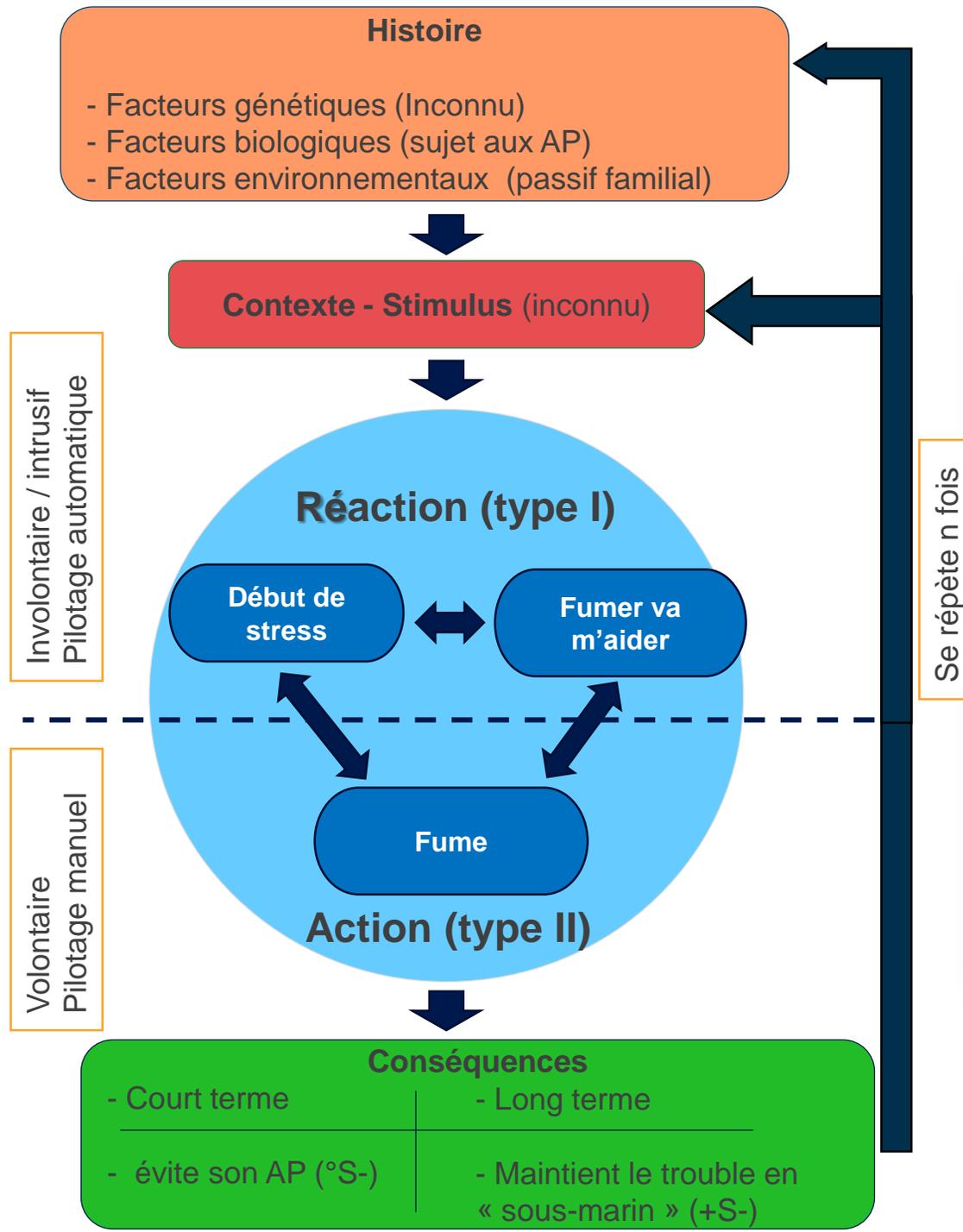
- J-M avoue être extrêmement satisfait de son arrêt ;
- MAIS il décrit un gros problème depuis son arrêt. Il éprouve régulièrement :
 - De grosses détresses respiratoires ;
 - Des pointes au cœur ;
- ➔ A tel point qu'il se pose la question du lien entre le fait d'arrêter de fumer et le risque de faire un arrêt cardiaque.

Aie aie aie... que faire ?

Thérapie

- Cognitive : invalider un problème cardiaque et respiratoire , diagnostiquer le TP et expliquer au patient ce que c'est (rassurer)
- Emotionnelle : apprentissage de la relaxation,
- Comportementale : exposition aux AP.

Après 5 séances : fin du tabagisme et trouble résorbé



Explication

Pendant près de 60 ans, Jean-Marie a endormi son trouble panique (sans agoraphobie) causé par un passif familial lourd.

A tel point que l'intéressé ignorait avoir un TP !

Le mécanisme d'évitement tombé, le TP a refait surface et l'individu a refait face à sa phobie (accentuée par son âge et le récent arrêt du tabac pouvant générer une croyance)

François : 19 ans

François vient en consultation chez le tabacologue suite à une pathologie irréversible aux poumons. Les joints fumés (cannabis + tabac) ont créé d'importantes lésions à tel point que le pronostic vital est engagé.

Le pneumologue lui donne injonction d'arrêter de fumer le cannabis et la cigarette car il risque au mieux une greffe des poumons, au pire la mort. Très vite, la consommation diminue et puis se stabilise autour de 3-4 cigarettes par jour (plus de cannabis).

François vit chez ses parents et est apprenti dans le bâtiment :

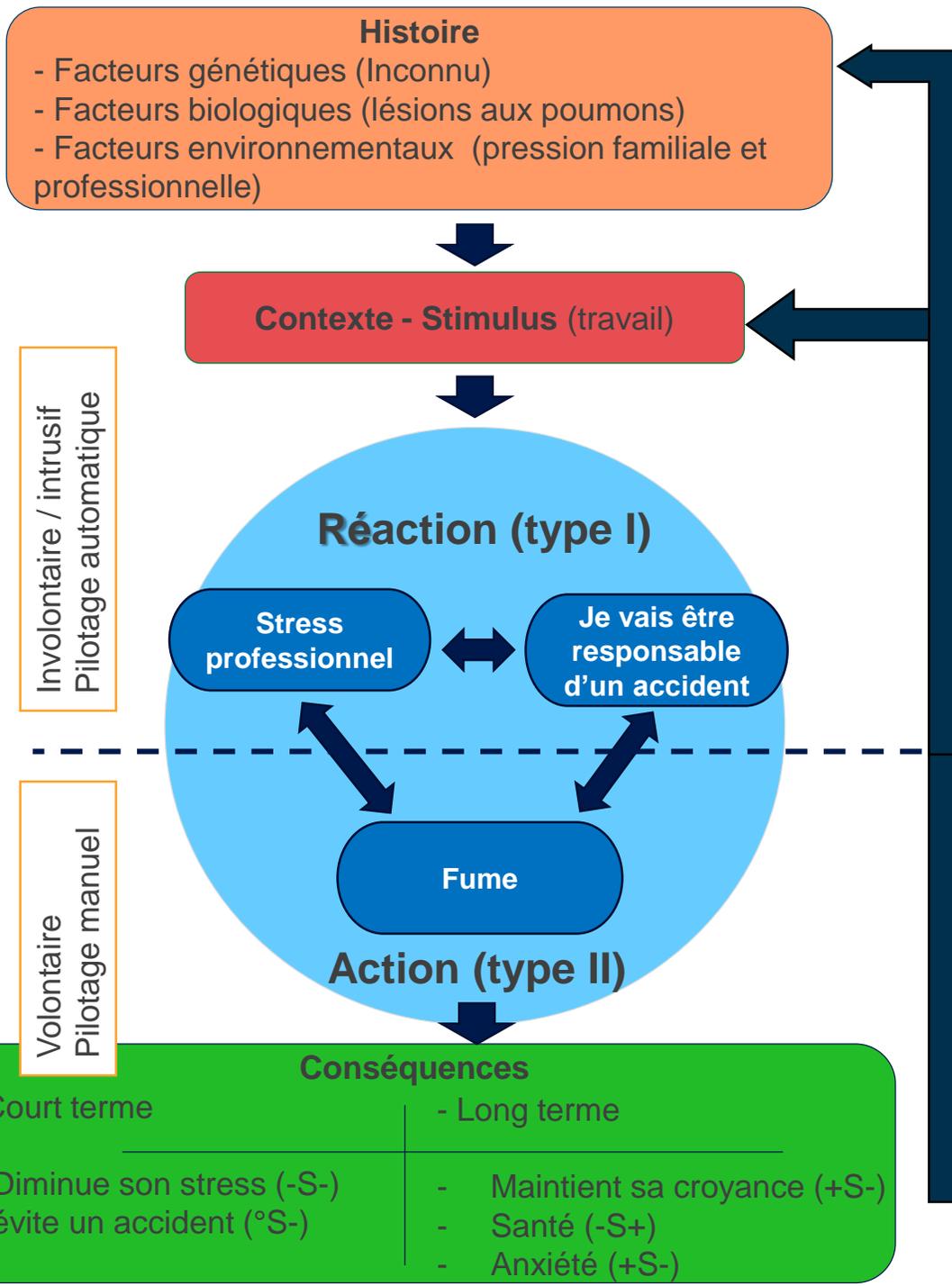
- Il travaille dans l'entreprise de construction de son père qui voit en lui son futur successeur.
- Il coordonne une équipe d'ouvriers
- François est quelqu'un qui est assez « actif » et « rumine beaucoup »
- Les dernières cigarettes sont fumées uniquement au travail

Comment expliquer les difficultés à arrêter les dernières cigarettes ?

Thérapie

- Cognitive : Retravailler la croyance
- Emotionnelle : apprentissage de la relaxation,
- Comportementale : Délai progressif entre cigarette et situation stressante sur chantier. Trouver une alternative déstressante à la cigarette

Après 10 séances : fin du tabagisme et TAG moins invasif



Explication

Avec son TAG, François rumine :

- Je ne mérite pas ma place
- Donc, je ne suis pas compétent
- Donc, je dois être hyper attentif

Si je ne fume pas :

- Alors je suis moins attentif
- Alors je serai moins capable de gérer
- Alors il y aura un accident
- Alors il y aura un mort
- Donc j'aurai détruit ma vie, celle d'un ouvrier et celle de ma famille

Marie : 73 ans

Marie 73 ans au début de la prise en charge, envoyée par le médecin-pneumologue vers le psychologue-tabacologue

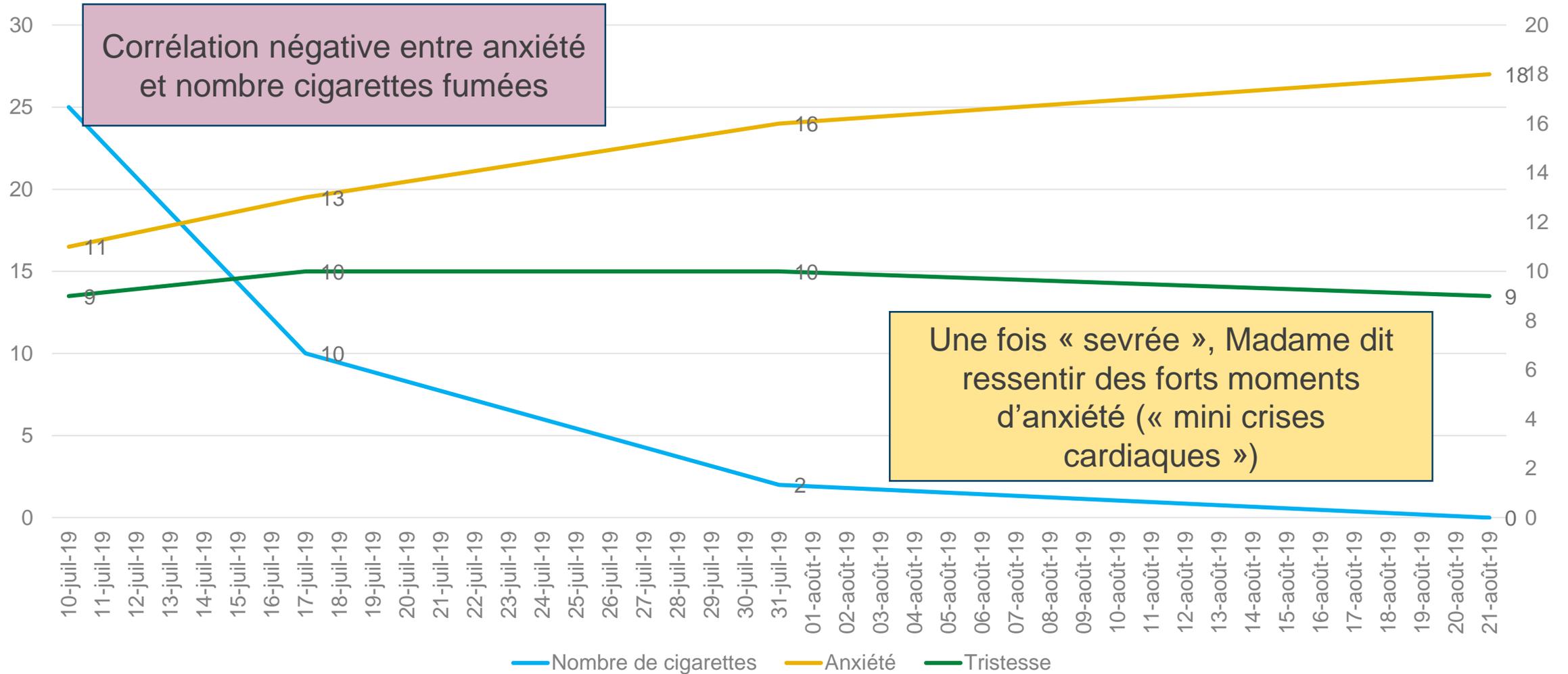
- PICO : 29 ppm de CO
- Échelle HAD : A = 18 (symptomatologie certaine), D = 10 (symptomatologie douteuse)

Le sevrage tabagique s'est déroulé « sans encombre » (4 séances pour l'arrêt total)

- Traitement TSN
 - Patch sur 3 mois (25mg -> 15mg -> 10mg)
 - Pastilles 2mg lors des envies : d'abord alternance avec cigarette puis substitution totale

➔ Apparition d'attaques de panique et d'évitements de lieux publics et de certains profils d'individus (principalement des étrangers)

Historique : suivi (TSN + TCC)



Anamnèse complète

Famille d'origine :

- Marie est née dans la région de Charleroi et y va vécu toute sa vie ;
- Père « alcoolique », « violent » et « peu présent » (mécanicien auto) ;
- Mère au foyer, « soumise », « dépressive », « trop gentille », qui sort peu ;
- Fille unique, pas de contact avec oncles, tantes, cousins, cousines et GP.

Couple et enfants :

- Marie possède la maison de son défunt mari (suicidé par balle dans la maison)
- Lucien (Mari décédé), mécanicien, violent (physiquement et sexuellement) avec elle et les enfants
- Marie a 4 enfants (deux filles et deux garçons) qui ont coupé les ponts.

Médico-psycho :

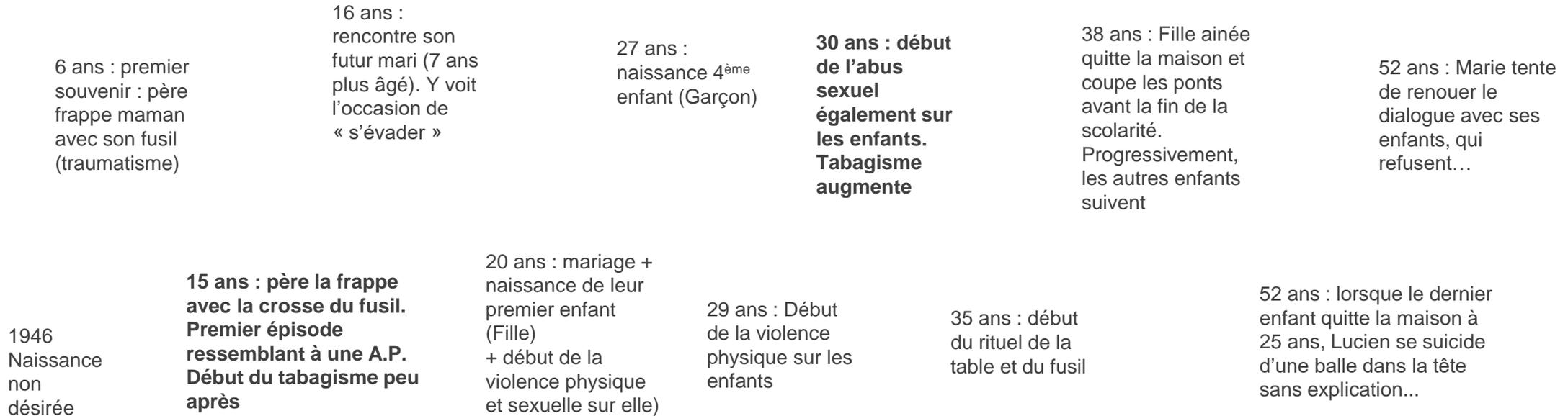
- Surpoids, psoriasis, sommeil perturbé (réveils fréquents), 50 ans de tabagisme
- Aucun problème cardiaque connu et bilan négatif → AP ?

Professionnel : pensionnée (administrative dans le même garage que Lucien).

Loisirs : principalement T.V. et mots croisés.

Social : seul contact : sa voisine qu'elle côtoie uniquement en journée

Ligne de vie abrégée



Violence familiale

Scolarité difficile

Violence conjugale (puis abus sexuel)

Femme au foyer

Rupture familiale

Vie professionnelle : secrétariat dans un garage automobile (travaille seule)

Diagnostic

Après la passation de plusieurs tests diagnostiques et entretiens cliniques :

- ESPT chronique confirmé
- Diagnostics différentiels
 - Trouble panique avec agoraphobie : « l'objet phobique » évité n'est pas celui de faire une attaque de panique mais d'être victime d'une agression / de violence.
 - Episode dépressif : critère A non rempli :
 - Pas d'humeur dépressive présente toute la journée,
 - Pas de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - Pas de perte de plaisir dans les activités du quotidien (ou même arrêt tabac ou avancement thérapie)
 - Pas d'agitation ou ralentissement, d'insomnie ou d'hypersomnie (mais réveils la nuit et fatigue)
 - Pas de pensée de mort

Théorie psychosociale

Famille

- Naissance non désirée
- violencée par papa, cautionné par maman
- Famille isolée
- Précarité sociale et économique
- Traumas précoces

Faible estime de soi
(carence aff., Imperfection)

Mari violent et abuseur
(punition)

Contexte insécurisant
(Criminalité - Peur d'attentats)

Télé - mots croisés

Biais cognitifs

Tentatives de cambriclage

Anxiété (+ trauma armes à feu)

ESPT (proche du TP avec agora)

Stratégies « carapace affective »

Psychologue

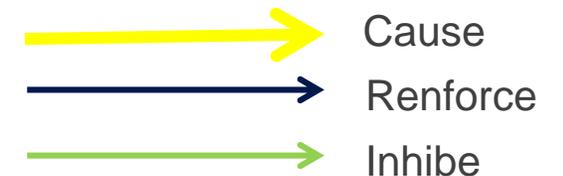
Rupture avec enfants

Isolement

Tabagisme

Symptômes psychosomatiques (fibro, psoriasis)

Voisine



signific

Relation excitatrice
Séquentielle

CS :

- Aller dans un grand magasin
- Aller en terrasse
- Aller dans un parc
- Aller sur une place
- Chambre (lit)

CS+ :

- Nuit
- Beaucoup de monde
- Beaucoup de bruit
- Alcool
- Typé « étranger »
- Langue étrangère

CS- :

- Journée
- Présence de la voisine
- Périmètre de « sécurité » autour du domicile

US/UR :

Évènement clé : 15 ans, père frappe d'un coup de crosse de fusil car elle voulait sortir avec sa 1^{ère} amie :

« tu ne sortiras pas, encore moins sans me demander ».

« Je fais ça pour ton bien ».

Réponse : Douleur intense, anxiété, honte, tristesse, colère contre son père

→ « boule au ventre, estomac noué, n'arrêtais pas de pleurer, n'arrivait pas à reprendre ma respiration, mon cœur allait exploser » (cuisine puis sa chambre)

Signification : ambivalence

→ Je hais mon père

→ En même temps, il a raison

CR

Émotions : peur panique, anxiété, honte, colère sur soi

Cognitions : dévalorisation : « je ne peux pas ... », « Je démarre une crise cardiaque »

Physiologique : R.C. ↗ , R.R. ↗ , chaleur, transpiration...

Signification : « on est bien que chez soi »

→ « dehors, on risque la mort »

| Analyse des contingences

sD Petites courses à faire	R (comportements actuels)	Conséquences C.T. -S- : soulage l'anxiété	Conséquences L.T -S+ : perd le contrôle
Le choix du magasin	Va à l'épicerie du coin de la rue (plutôt que dans un grand magasin)	-S- : diminue l'anxiété +S+ : augmente le sentiment de contrôle -S+ : moins de choix de produits +S- : les produits sont plus chers	+S- : renforce l'anxiété -S+ : diminue l'estime de soi -S+ : diminue les finances +S- : renforce la solitude (« pourrait aller avec ma voisine au gd magasin »)
Dans le magasin	Tient son sac près d'elle Se tient à l'affut des personnes pouvant arriver Utilise un petit caddie à roulette	°S- : évite les vols -S- : diminue l'anxiété -S- : diminue le sentiment d'anormalité +S- : attire le regard	+S- : renforce l'anxiété +S- : renforce les croyances dys. +S- : augmente l'hypervigilance
Croise une personne	Détourne le regard Regarde le sol Accélère le pas Contourne la personne par le côté opposé	+S+ : augmente le sentiment de contrôle -S- : diminue l'anxiété -S+ : diminue son attention sur ses courses +S- : attire le regard	+S- : renforce l'anxiété +S- : renforce les croyances dys. +S- : augmente l'hypervigilance
À la caisse	Pose vite les courses sur le tapis Regarde la personne derrière elle Paie par carte en cachant bien son code de la main Emballer très vite « rouf » Revérifie que son caddie est fermé	+S+ : augmente le sentiment de contrôle °S- : évite les vols +S- : augmente l'hypervigilance +S- : abime les courses +S- : attire le regard (<i>augmente l'anxiété</i>)	+S- augmente l'anxiété +S- renforce les croyances dys. °S- : ne s'est jamais rien fait voler °S+ : « sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie »

Autres stratégies inefficaces

Autre mécanismes d'évitements	Mécanisme d'échappement
<ul style="list-style-type: none"> • Contourne les parcs ou grands espaces (Parc de Charleroi, place verte, place des beaux-arts, marché de Charleroi, ...) • Contourne les grandes rues (Boulevard Tirou, Rue de la montagne, ...) • Commande en ligne avec sa voisine pour produits spécifiques et se fait livrer (Evite les centres commerciaux (ex : Rive Gauche, Ville 2 et grands magasins) • Ferme les volets à 19h00 	<ul style="list-style-type: none"> • Change de trottoir lorsqu'il y a plus de 3-4 personnes en rue • Change de trottoir lorsqu'il y a une personne « de couleur » ou parlant une autre langue • Détourne le regard • Se concentre sur son rythme cardiaque • Met ses mains sur sa poitrine pour « sentir son cœur » • Se répète : « ça va aller, ça va aller » • Se lève de son lit (chambre) • Se met debout et marche • Ouvre la fenêtre • Passe sa tête par la fenêtre • Passe de l'eau froide sur le visage • S'assied dans son fauteuil (salon) • Téléphone à sa voisine et parle (pour intervenir au cas où) • <u>+ tabagisme</u>

Accompagnement thérapeutique

- **Thérapie émotionnelle** : séances de relaxation
- **Thérapie cognitive** :
 - Travail sur le sentiment de culpabilité
 - Travail sur le lien entre tabagisme >< évitements >< anxiété
 - Exposition mentale sur les événements traumatiques
- **Thérapie comportementale** : changer les comportements dysfonctionnels
 - Exposition progressive aux situations phobogènes
 - Remplacement des mécanismes d'échappement / évitement



Accompagnement thérapeutique

Psychoéducation sur les A.P. et sur l'évitement des contexte (2 séances).
Réassurance sur :

- La non dangerosité des A.P.
- La fonction d'une A.P.
- Les liens avec le tabagisme
- Explication plus importante sur les TCC, l'implication du contexte dans l'apparition des A.P. et l'utilité de l'exposition (cf. annexes)

Apprentissage relaxation et exposition mentale (2 séances)

- Lieu de sécurité (une journée à la plage passée en été seule avec ses enfants)
- Exposée aux symptômes d'A.P. (sensation d'étouffement): même scénario exposé 3x sur la séance (Anxiété / Désagrément / Fierté)
- Exposée après à différents lieux avec scénarios « catastrophe » (défusion)

Accompagnement thérapeutique

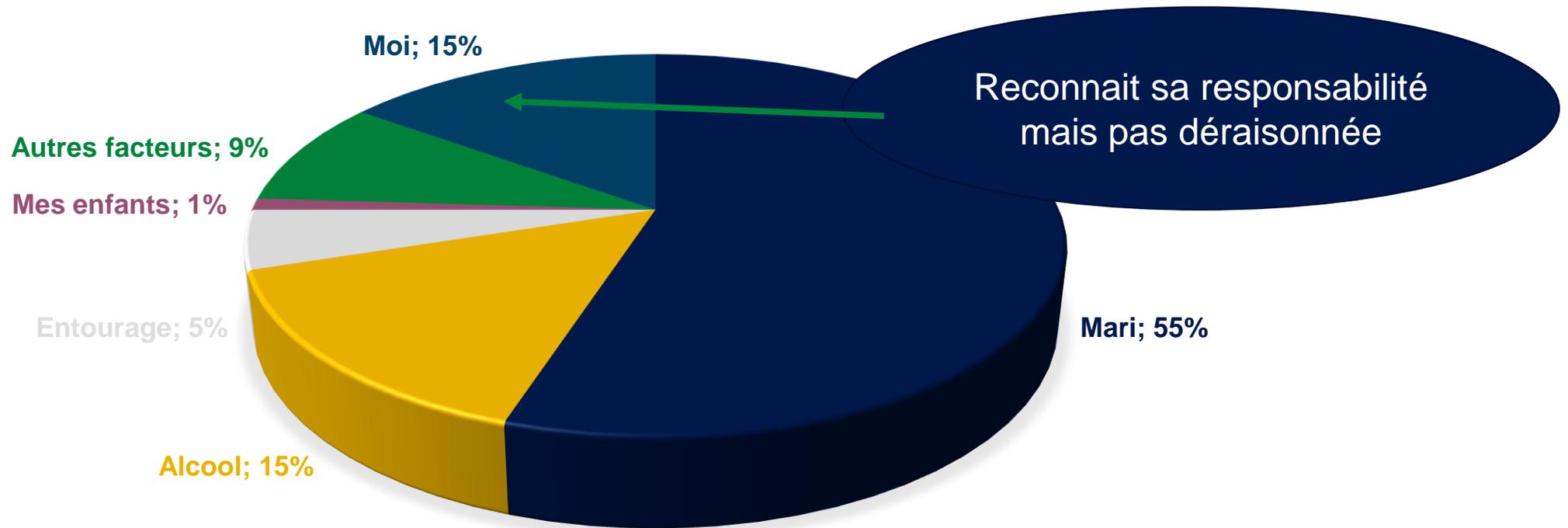
Exposition « in vivo » aux symptômes physiques (3 séances) :

- **Hyperventilation** : 1'30" de respiration rapide 3x en séance (répété chez elle)
- **Chaleur** : même exercice mais en remettant pull et puis veste (répété chez elle)
- **Augmentation du rythme cardiaque** : monter et descendre les escaliers de l'hôpital puis s'arrêter et fermer les yeux (concentration sur le cœur qui bat)
- **Pour chaque séance** : feed-back (Anxiété / Désagrément / Fierté)

Note : pour la plupart des étapes, augmentation du craving de fumer puis stabilisation (Parfois nécessité d'augmentation temporaire du patch)

Thérapie cognitive

DIAGRAMME DE RESPONSABILITÉ DANS HISTORIQUE FAMILIAL



Thérapie comportementale

s△ Petites courses à faire	R (comportements alternatifs)	Conséquences C.T. +S- : augmente l'anxiété	Conséquences L.T +S+ : reprise de contrôle
Le choix du magasin	Prépare une liste de course Choisit et va au magasin qui répond à ses besoins	+S- : augmente les pensées invasives angoissantes +S- : augmente l'anxiété -S- : diminue son anxiété par la préparation	+S+ : permet de tester les croyances +S+ : fait de l'exercice -S- : diminue le coût des courses +S+ : gagne du temps
Dans le magasin	Regarde sa liste de courses Prends le temps de regarder les articles dans les rayons Met son argent dans un sac banane	+S- : augmente les pensées invasives angoissantes -S- : diminue le sentiment de contrôle +S- : augmente l'anxiété	-S- : Diminue les croyances +S+ : fait de l'exercice (plus longues courses) -S- : diminue l'anxiété +S- : augmente les chances de se faire voler
Croise une personne	Regarde la personne Dit bonjour en souriant si croisement de regard Continue sa route telle que prévue au pas initial	+S- : augmente l'anxiété +S- : craint de faire une A.P. devant la personne +S- : augmente la probabilité de se faire voler	-S- : diminue l'anxiété -S- : diminue les croyances dys. +S+ : permet de nouer le dialogue avec de nouvelles personnes => -S- : isolement
À la caisse	Prends le temps de bien disposer ses courses sur le tapis Paie en liquide ou par carte Prends le temps d'emballer « ergonomiquement » Dit bonjour et revoir	+S- : augmente les pensées invasives +S- : prend plus de temps °S- : n'abime plus ses courses à l'emballage	+S- : augmente les chances de se faire voler -S- : diminue l'anxiété -S- : diminue les croyances dysf. +S+ : reprend le contrôle sur sa vie

Exposition in vivo

Consignes pour les expositions « in vivo » : « L'exposition doit être volontaire, programmée, progressive et récurrente ».

- ✓ rester au minimum 20 minutes (idéalement)
- ✓ Le prendre comme un challenge
- ✓ Si nécessaire, relaxation avant (voire pendant)
- ✓ S'engager à y aller au 1 une fois par jour, idéalement 2 ou 3

Les 9 contextes « à s'exposer » se sont déroulés en 4 séances

- ✓ Quelques retours sur les envies de fumer mais pas de nécessité de patch
- ✓ Hypothèse : le travail sur les attaques de panique a permis d'avancer plus vite et mieux sur les contextes évoquant l'ESPT

Exposition in vivo

Situation	Niveau de difficulté
Prendre un café en terrasse dans Rive Gauche	100 (v)
S'asseoir sur un banc dans Rive Gauche	95 (v)
Prendre un café en terrasse extérieure (Grand rue)	90 (v) (**)
S'asseoir sur un banc dans le parc de Charleroi (soir)	90 (v)
Marcher dans Rive Gauche	70 (*)
Faire ses courses au marché de Charleroi	70 (v)
S'asseoir sur un banc au Marché de Charleroi	65 (*)
Se balader au marché de Charleroi	60 (v)
S'asseoir sur un banc dans le parc de Charleroi (journée)	55 (*)
Marcher dans le parc de Charleroi (journée)	50 (v)
Volets ouverts toute une nuit	50 (v)
Volets ouverts jusque 21h00	30 (*)
Volets ouverts jusque 19h30	25 (v)

v = réalisé

* = Marie se sentait prête à passer ces stades

** : bagarre dans la rue et petit mouvement de foule lors de la première expo. Nécessité d'être rassurée.

Résultats

Situation débutée le 10 juillet 2019 et clôturée le 15 janvier 2020 :

1. **Tabagisme** : Marie est ex-fumeuse (recontactée par le CAF un an après et a confirmé)
2. **ESPT (symptômes agoraphobiques)** : Marie côtoie à nouveau les grands espaces, va faire ses courses dans n'importe quel magasin, sur le marché de Charleroi et autres lieux.
3. **Attaques de panique** : amélioration :
 - Les fréquences sont passées d'en moyenne 1-2 par jour à environ 1 par mois
 - Le niveau de « désagrément » de l'A.P. est passé de 8/10 à 4/10
 - Le niveau d'« anxiété » de l'A.P. est passé de 9/10 à 1/10
4. **Armes à feu** : Marie dit ne pas avoir besoin d'un suivi et comprendre le principe des expositions pour le faire chez elle.



Conclusion

Que retenir de tout ça ?



Pas de contrôle

Nous ne contrôlons pas :

- Nos envies / nos émotions
- Nos pensées

➔ **Dans un premier temps**



Il s'agit bien d'une **réaction** de notre corps qui interprète le contexte grâce aux cinq sens en lui donnant une signification en lien avec notre vécu.

Ces réactions sont :

1. Automatiques : ne peuvent pas être empêchées ;
2. Intrusives : contre la volonté de la personne ;
3. Psychosomatiques : génèrent une réaction physiologique (symptôme de sevrage)

Mais du contrôle

Nous contrôlons :

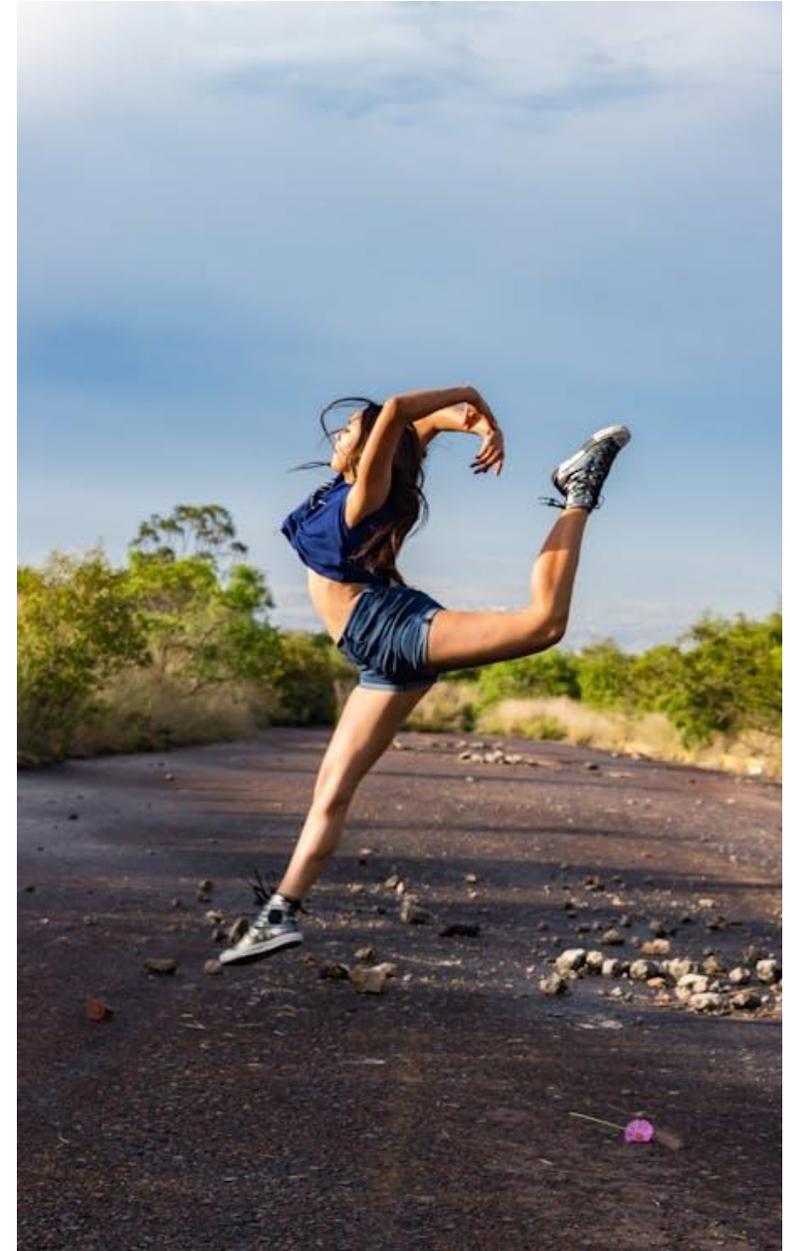
- Nos pensées manuelles
- Nos actes

→ Puisque nos **actions sont volontaires**, il est utile de **les orienter** :

- **pour travailler le contexte** (qui influence les émotions).
- **De les analyser de manière critique** pour évaluer leur pertinence

Ce sont bien :

- nos actions qui vont permettre de recalibrer nos émotions (et le craving)
- et pas les émotions qui vous nous permettre de recalibrer nos actions



Anxiété et tabagisme

Le tabagisme s'inscrit dans un continuum de la vie de la vie de l'individu.

Lorsqu'on accompagne un patient, il est recommandé de toujours investiguer la dimension anxieuse de la personne.

Lorsque l'individu présente une comorbidité anxieuse :

- Le tabagisme est souvent (toujours ?) un mécanisme d'échappement / d'évitement
- Il faut en tenir compte faute de quoi :
 - On pourrait rompre la relation thérapeutique
 - On pourrait renforcer la croyance de l'individu dans les « bienfaits » du tabagisme



Accompagnement

La bienveillance dans l'arrêt du tabac, c'est être partenaires... C'est :

- **Déculpabiliser la personne** : lui faire comprendre que ses envies sont liées au contexte et non :
 - À sa volonté
 - À une faiblesse de sa part
- **Prendre conscience** des liens avec son anxiété
- **Aider à changer** le contexte qui génère ces envies afin de se « désensibiliser » à la cigarette.
- **Renforcer** la personne dans ses réussites
- **La soutenir** dans ses difficultés

Ceci tout en **respectant SON rythme** :

- Stimuler est positif
- Forcer est contreproductif

Et tout en **respectant... VOTRE rythme et VOS limites** !



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

 **RAPHAEL GODINNE**

 0474/92 62 28

 raphael.godinne@gmail.com

ATTEINDRE TOUT LE POSSIBLE



PAS DE QUESTIONS DIFFICILES SVP