HAL
open science

Croyances dysfonctionnelles liées au craving

Estelle Guilbaud, A.H. Boudoukha, Didier Acier

To cite this version:

Estelle Guilbaud, A.H. Boudoukha, Didier Acier. Croyances dysfonctionnelles liées au craving : Évolution auprès des patients en post-cure d'alcoologie. L'Évolution Psychiatrique, 2013, 78 (3), pp.415-423. 10.1016/j.evopsy.2012.08.004 . hal-03355730

HAL Id: hal-03355730

https://univ-angers.hal.science/hal-03355730

Submitted on 24 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

TITRE : CROYANCES DYSFONCTIONNELLES LIEES AU CRAVING : EVOLUTION AUPRES DE PATIENTS EN POST CURE D'ALCOOLOGIE

TITLE: ADDICTIVE BELIEFS ABOUT CRAVING: EVOLUTION AMONG ALCOHOL ABUSE DISORDERED OUTPATIENTS.

Guilbaud Estelle*[1]

Boudoukha Abdel Halim*[2]

Acier Didier*[3]

* Université de Nantes –Faculté de Psychologie -Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire

[1] Psychologue – Master de Psychologie – Addictologie.

[2] Maitre de conférences en Psychologie clinique et Pathologique – Faculté de Psychologie de Nantes – auteur correspondant

[3] Maitre de conférences en Psychologie clinique et Pathologique – Faculté de Psychologie de Nantes

Auteur correspondant – Abdel Halim BOUDOUKHA –abdel-halim.boudoukha@univ-nantes.fr – faculté de Psychologie -Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227 Nantes Cedex 3

Résumé

Chez des personnes présentant une alcoolodépendance, les cognitions (croyances, pensées, schémas) jouent un rôle important dans les alcoolisations et également sur le craving, défini comme une forte envie, irrésistible et impérieuse de consommer un produit. Différent type de croyances, dites dysfonctionnelles, ont été identifiées spécifiquement chez les patients alcoolodépendants comme pouvant favoriser une rechute. L'objet de cette recherche porte sur les comorbidités (volet qualitatif) et les croyances dysfonctionnelles relatives au craving (volet quantitatif). Il s'agit d'appréhender leur évolution au cours d'une prise en charge en postcure. Dix patients en postcure pour une dépendance à l'alcool ont été reçus en entretiens, semi-directifs (anamnèse) et directifs (MINI). Ils ont également rempli la version française validée du Craving Beliefs Questionnaire (questionnaire de croyances relatives au craving) à deux moments : au début de leur post cure, puis à la fin du deuxième mois. Sur le plan qualitatif, les entretiens directifs et anamnestiques montrent une hétérogénéité des profils psychopathologiques et la présence de comorbilités dépressives et/ou anxieuses à l'exception d'un patient. Sur le plan quantitatif, les résultats montrent que les croyances irrationnelles diminuent chez tous les patients. Pour autant, cette évolution n'est pas corrélée au nombre de prises en charge dont ils bénéficient. Une hypothèse est que ce soit le cadre global de la postcure en lui-même qui influence les cognitions.

Mots-clés : *croyances dysfonctionnelles – craving – post cure – consommation d'alcool*

Abstract

Among patient with alcohol use disorders (AUD), cognitions (beliefs, thoughts, schemas) play an important role in alcohol abuse and in craving, defined as a strong and irresistible

urge to consume a product. Various types of beliefs, said to be dysfunctional, were specifically identified among AUD patient as being able to favor a relapse. The aim of this research concerns the comorbidity (qualitative part of the research) and the dysfunctional beliefs relative to the craving (quantitative part of the research). The evolution of craving related beliefs are analyzed during a post-cure care. Ten French patients in post-cure care for AUD were received in clinical interview, and in structured interview (MINI). They also filled the French form of the Craving Beliefs Questionnaire at the two moments: At the beginning of post-cure care, then at the end. On the quantitative part, the results show that the irrational beleifs decrease among every patients. However, this evolution is not correlated with the number of post-cure care from which they benefit. A hypothesis is whether it is the global residential care in itself that influences the cognitions-beliefs.

Keywords: *addictive beliefs – craving – residential care – alcohol use*

INTRODUCTION

Parmi les processus impliqués dans les risques de rechute dans les addictions, le craving est particulièrement pointé. Il est défini comme une envie irrépressible ou un désir impérieux et irrésistible de consommer un produit, comme par exemple de l'alcool (1–3). Ce processus intense et aigu est identifié comme facteur de risque de ré-alcoolisation (4). Classiquement, on distingue quatre grandes formes de craving (1). La première répond aux symptômes de manque et désigne chez une personne l'envie de consommer de l'alcool pour faire disparaître les symptômes désagréables (tension, sudation, tremblements, etc.) La seconde forme reflète la croyance que l'alcool viendra apporter un plaisir recherché le plus rapidement possible, il s'agit donc d'une réponse à un sentiment de manque de plaisir, l'alcool étant perçu comme un moyen d'automédication face à l'absence de plaisir. La troisième forme de craving est une réponse conditionnée aux indices liés au produit. Ainsi, par apprentissage, un stimulus neutre est associé à la consommation d'alcool et au plaisir qu'elle procure (qui devient un renforcement). Les stimuli neutres deviennent alors des stimuli conditionnés, et leur simple présence peut faire survenir le craving. Enfin, la quatrième forme de craving désigne une réponse à un désir hédonique en ce sens que l'envie provient du désir de renforcer une expérience positive.

Le craving est un ressenti subjectif, une expérience singulière sur laquelle les patients alcoolodépendants peuvent mettre un sens en termes de croyances. Les croyances sont des pensées, des connaissances propres aux individus sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure. Elles sont le produit subconscient de schémas cognitifs stockés en mémoire à long terme. Les schémas cognitifs sont des structures-processus relativement rigides qui deviennent difficilement modifiables avec le temps (1). Ils interviennent dans toutes les étapes du traitement de l'information (2). Ce sont des schémas centraux, construits précocement, qui,

en devenant dysfonctionnels, sont le terrain du développement de schémas addictifs chez les personnes alcoolo-dépendantes (5). Ils sont inconscients et produisent des pensées automatiques, des croyances dysfonctionnelles, qui influencent les sentiments et les comportements, et favorisent ainsi l'alcoolisation excessive, qui renforce alors l'élaboration des schémas addictifs suivants. Comme le rappellent Hautekeete, Cousin & Graziani (5), il s'agit d'une « boucle structuro-fonctionnelle ».

Les croyances peuvent référer à des cognitions qui concernent l'envie d'alcool et sa dimension incontrôlable. L'importance de ces croyances est une indication que le patient considère l'envie d'alcool comme irrépressible, incontrôlable, et qu'il ne se sent pas efficace pour y faire face (1).

Ces croyances peuvent donc avoir une influence indirecte sur la rechute (1). En effet, une activation de schémas cognitifs généraux et de croyances addictives entraîne une mise à la conscience des pensées automatiques, qui font naître le craving. Ressentant l'envie d'alcool, la personne active des croyances permissives et enclenche un comportement qui donne lieu à la consommation d'alcool. Ainsi, les croyances jouent un rôle dans la genèse du craving (2,6). Le craving pouvant être un facteur de risque de rechute (4,7,8), les croyances dysfonctionnelles sont considérées elles aussi comme un facteur indirect de rechute (par le biais de l'activation du craving). En effet, des études ont montré que les patients qui rechutaient étaient ceux qui présentaient au préalable le plus de croyances dysfonctionnelles relatives au craving (9,10). Cependant, le nombre trop limité des recherches sur ce thème, notamment dans l'espace francophone, ne permet pas de généraliser une relation directe de cause à effet entre croyances et rechute chez les patients alcoolo-dépendants. Pour autant, les chercheurs considèrent que les croyances peuvent jouer un rôle important dans la rechute, particulièrement chez les patients sévèrement dépendants. Ainsi, la diminution des croyances

dysfonctionnelles relatives au craving est considérée comme un facteur d'amélioration dans l'évaluation de l'efficacité des thérapies (2,11).

Problématique

La présente étude s'intéresse spécifiquement aux croyances dysfonctionnelles relatives au craving chez des patients en centre de soins de suite et réadaptation, ou centre de post cure. En effet, dans ces institutions l'objectif des prises en charge réside notamment dans la préparation au maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes. Ces soins favorisent un changement profond par l'engagement dans un nouveau mode de vie, en éloignant les patients de leur environnement habituel (12). Etant donné l'influence des croyances dysfonctionnelles relatives au craving sur le risque de rechute, notre question de recherche s'attache à évaluer si un séjour en centre de post cure peut contribuer à réduire ces risques de rechute, plus spécifiquement par le biais de la modification des croyances. Nous appréhendons ainsi l'évolution des croyances dysfonctionnelles relatives au craving au cours d'une post cure en alcoologie, de même que les facteurs impliqués dans cette évolution, notamment ne termes de prises en charge proposées. Cette présente étude comporte deux temps. D'une part, elle s'attache à décrire le vécu subjectif et objectif des patients à travers notamment de l'utilisation d'entretiens structurés. D'autre part, le second temps met à l'épreuve deux grandes hypothèses :

(a) de savoir si les croyances dysfonctionnelles relatives au craving diminuent au cours d'une post cure. Nous postulons qu'elles seront plus faibles après deux mois de post cure qu'à l'arrivée en post cure.

(b) si l'évolution des croyances relatives au craving pendant une post cure est liée aux prises en charge dont les patients ont bénéficié. Nous pensons que la diminution des croyances dysfonctionnelles est corrélée positivement au nombre de prises en charge effectuées.

METHODE

Participants

L'étude se déroule dans un centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSR) dans lequel les patients sont hospitalisés à temps complet pendant au minimum deux mois. Les patients ont été préalablement reçus en entretien par un médecin-addictologue, qui a posé le diagnostic d'alcoolo-dépendance. Ce diagnostic est la raison principale de leur présence dans le centre. L'échantillon se compose de cinq femmes et cinq hommes, âgés de 32 à 56 ans (moyenne = 43.6 ; écart-type = 7.5), et de niveaux d'études hétérogènes (allant de sans diplôme, à bac +5).

Les participants sont volontaires pour participer à la recherche. Ils n'ont reçu aucune rémunération. Ils ont tous signé une feuille de consentement éclairé, avant de participer à cette recherche.

Matériel

Le Craving Beliefs Questionnaire (CBQ)

Les croyances relatives au craving ont été appréhendées à l'aide de la version française du Craving Beliefs Questionnaire traduit par De Saint Aubert (13). La version initiale, américaine, comporte vingt-huit items mesurant les croyances associées au phénomène de craving chez les utilisateurs de cocaïne et de crack. La version française est adaptée sur la base de la version abrégée, validée par Wright (in Beck, (1)). La version française comporte vingt items correspondant à des affirmations sur l'envie d'alcool. Pour chacune d'elle le patient doit exprimer son degré d'accord sur une échelle en 6 points (1= complètement faux pour

moi ; 6 = tout à fait vrai pour moi). Plus le score est élevé, plus le patient présente des croyances dysfonctionnelles. Une diminution du score montre une évolution

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Afin d'apporter des éléments qualitatifs de compréhension, les comorbidités ont été évaluées avec la version française du MINI (14). Il s'agit d'un entretien diagnostic structuré d'une durée de passation de 15 minutes en moyenne, qui peut varier selon les patients. Cet outil répertorie sous forme de questions les symptômes de 16 troubles psychopathologiques du DSM-IV-TR (15). Pour chaque trouble, une première question est posée, et, si la réponse est affirmative, des questions supplémentaires sont posées. Selon les réponses du patient sont mis en évidence les éventuels troubles psychopathologiques. Les études de validations ont démontré les qualités psychométriques de cet outil (16).

Procédure

Dès la première semaine de soins, une information orale et écrite sur la recherche était donnée aux patients et ils avaient le choix de participer. Si ceux-ci étaient d'accord, ils signaient une feuille de consentement. Un premier entretien était réalisé avec les personnes ayant donné leur accord. Celui-ci commençait par un échange sur leur parcours. Cet échange explorait les fonctions subjectives de l'alcool, la durée du trouble et les soins effectués auparavant. Les personnes remplissaient ensuite le CBQ. Les affirmations et les réponses étaient lues à voix haute, pour assurer la bonne compréhension du patient. Un deuxième entretien, la semaine suivante, était consacré à l'évaluation des comorbidités avec le MINI (14).

Pendant les 6 semaines suivantes, les patients suivaient le programme de la post cure. Ils prenaient part à des activités obligatoires de réadaptation à la vie quotidienne (cuisine, vaisselle, ménage), et participaient à d'autres prises en charge pour lesquelles l'inscription était libre. Ces prises en charge se divisaient en quatre catégories : la première regroupait les prises

en charge psychologiques (entretiens individuels ou familiaux et groupes de parole) – la deuxième comprenait les prises en charge corporelles (activités physiques et soins corporels) – la troisième concernait les prises en charge à médiation artistique (peinture, argile) – et la quatrième représentait les prises en charge éducatives (information sur les addictions et l'alcoologie, préparation des week-ends). Les patients notaient chaque activité réalisée dans un carnet qui leur était remis.

Lors de la 8ème semaine, un troisième entretien individuel avait lieu avec les participants de la recherche. Les croyances sur le craving étaient à nouveau évaluées avec le CBQ, puis était répertorié le nombre de prises en charge suivies dans chaque catégorie. Finalement, les personnes étaient invitées à s'exprimer sur l'intérêt subjectif de ces activités et leurs ressentis. Cet échange avait pour but d'apporter des informations qualitatives et des éléments d'interprétation des résultats de l'évaluation.

Analyse des données

Nos données ont été traitées à l'aide du logiciel Statistica. Pour vérifier la première hypothèse, les deux scores de croyances relevés avec le CBQ à 8 semaines d'intervalle ont été comparés avec le test t de Wilcoxon pour échantillons appariés, afin de voir s'ils se différenciaient significativement. Pour vérifier la deuxième hypothèse, une corrélation était effectuée avec le test des corrélations par rang de Spearman, entre le nombre de prises en charge suivies pour chacun dans chaque catégorie et le taux brut de diminution du score au CBQ.

RESULTATS

Vécu subjectif de l'alcoolodépendance

Histoire de l'alcoolodépendance et comorbidités

Les caractéristiques cliniques des personnes de l'échantillon sont hétérogènes. Ainsi, la durée auto-rapportée de l'alcoolo-dépendance varie de 2 à 30 ans selon les patients (moyenne = 10 ; écart-type = 8). Ils affirment être tous abstinents depuis au minimum une semaine avant leur entrée en post cure. Six participants ont déjà effectué des soins en alcoologie auparavant (cure ou autre post cure). Pour trois patients la fonction principale de l'alcool est d'aider à s'affirmer et à se désinhiber. Pour les autres il s'agit d'un moyen pour faire face à des difficultés de la vie quotidienne : oublier, dormir. Sept personnes ont déjà effectué une tentative de suicide, qui a souvent provoqué l'entrée dans une démarche de soins. Quatre personnes présentent une dysthymie, avec des affects dépressifs chroniques, et deux personnes présentent un épisode dépressif majeur. L'anxiété est présente chez quatre participants, sous différentes formes : anxiété généralisée, agoraphobie et phobie sociale. Un patient seulement ne présente pas de comorbidité identifiée.

Prises en charge de l'alcoolodépendance en post cure : données quantitatives et vécu subjectif

Le nombre brut de prises en charge effectuées est très différent selon les patients. Dans chaque catégorie également les chiffres sont très hétérogènes, particulièrement pour les prises en charge corporelles. Le tableau 1 présente les moyennes et les écart-types du nombre de prises en charge effectuées dans chaque catégorie.

Mettre le tableau 1

Les appréciations qualitatives des patients sur les prises en charge sont également hétérogènes. Ce qui ressort principalement dans leurs propos est le bénéfice des entretiens psychologiques et des groupes de parole pour « se confier, donner du sens à son vécu et apprendre des autres ». Les activités sportives paraissent aussi très importantes pour beaucoup de patients. Elles permettent surtout de « se détendre, se sentir mieux, apaiser ses angoisses », et un patient pense qu'elles l'aident à maintenir l'abstinence. Les activités artistiques viennent compléter le travail psychologique, en offrant un médiateur pour faciliter l'expression. Les ateliers éducatifs sont des lieux d'apprentissages et d'échanges. Beaucoup de participants perçoivent les activités comme complémentaires et faisant partie d'un ensemble thérapeutique. Un patient évoque avec ses mots l'influence du cadre global, propice à une « réflexion personnelle ». Plusieurs personnes rapportent aussi l'importance des temps informels (pause, repas, soirée) pendant lesquels de nombreux échanges ont lieu.

Analyses cliniques

L'évolution des croyances relatives au craving

Les scores au CBQ de chacun des patients diminuent, ce qui traduit une baisse des croyances dysfonctionnelles au cours de la post cure. Cette diminution est significative selon le test t de Wilcoxon pour échantillons appariés ($p = .005$), ce qui permet de valider la première hypothèse.

Liens entre l'évolution des croyances et le nombre de prises en charge effectuées

Le test des corrélations par rang de Spearman montre qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre de prises en charge dans chaque catégorie et le taux de diminution des croyances, excepté pour les prises en charge corporelles. Il y a en effet une corrélation négative

significative (-.70) entre le nombre de prises en charge corporelles et la diminution du score au CBQ. Cela signifie que les personnes qui ont participé au plus petit nombre d'activités corporelles sont celles dont les croyances ont le plus diminué, et inversement. Ces résultats invalident la deuxième hypothèse selon laquelle il y aurait une corrélation positive entre le nombre de prises en charge effectuées et le taux de diminution des croyances.

DISCUSSION

Les croyances dysfonctionnelles relatives au craving diminuent significativement dans notre échantillon au cours de leur post cure à l'instar d'autres recherches (17–19). En l'absence d'un groupe contrôle, il est difficile de pouvoir affirmer que ce sont précisément les prises en charges en postcure qui expliquent cette diminution. Il nous semble cependant que les soins proposés vont favoriser cette diminution. En effet, ils permettent un engagement dans un nouveau mode de vie, notamment par le changement d'environnement, propice à la remise en cause des croyances addictives (12). Les données de la littérature ont montré que les soins résidentiels sont plus efficaces que les soins en ambulatoire pour les personnes présentant des dépendances plus sévères (20). Une explication possible est que les croyances relatives au craving diminueraient car le craving lui-même diminue. Le cadre offert par la post cure permet en effet d'éliminer des situations qui seraient à l'origine du craving. C'est le cas pour le craving comme réponse liée aux indices car l'exposition à l'alcool est moins fréquente. C'est également le cas pour le craving comme réponse au manque car les patients sont sevrés et certains bénéficient d'un traitement médicamenteux pour éliminer les symptômes du manque qui persisteraient. La diminution du craving contribuerait probablement à augmenter la confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité, entrainant une remise en cause des croyances irrationnelles d'impuissance (2,21).

L'absence de corrélation entre le nombre de prises en charge suivies et le taux de diminution des croyances est surprenante. Ce résultat va dans le sens contraire d'une donnée bien établie que plus les patients sont en traitement plus leur symptomatologie diminue (22,23). Plusieurs hypothèses sont à explorer. On peut penser que c'est le cadre thérapeutique dans sa globalité, plutôt que les prises en charge prises spécifiques, qui permette d'assouplir les croyances. Le cadre thérapeutique est l'ensemble des règles institutionnelles et des soins dispensés aux personnes. Ces soins comprennent tous les temps de réadaptation à la vie quotidienne, toutes les consultations médicales et les entretiens avec les référents (qui ne sont pas comptés dans la somme des prises en charge, car tous les patients en bénéficient de la même façon). En plus de ces temps définis, il faut prendre en compte tous les temps informels pendant lesquels les patients échangent leurs histoires et vie et leurs expériences : temps entre les activités, temps de repas, soirée. Dans les données de la littérature, les patients soulignent l'importance de l'aspect communautaire des soins résidentiels et la richesse des échanges liés aux expériences de chacun (24). Le cadre, matérialisé par des outils comme les règles ou le contrat de soin, apporte une sécurité, un contenant, qui permet au patient d'évoluer psychiquement (24,25). Ainsi, la post cure offre un cadre sécure, qui serait propice à l'assouplissement des croyances dysfonctionnelles.

La corrélation négative qui ressort entre le nombre de prises en charge corporelles et l'importance de la diminution des croyances nous interpelle. Des études ont montré que les activités sportives favorisent une diminution du craving (26–28). Dans la présente étude, le craving ressenti n'est pas évalué. Est-il possible qu'il diminue sans que cela soit accompagné d'une diminution des croyances dysfonctionnelles ? Des recherches ultérieures pourront étudier cette question. Selon les résultats de cette recherche, les activités physiques ne sont pas le lieu de la remise en cause des croyances. Pour les patients, elles permettent d'oublier, de ne pas penser. Le travail cognitif se ferait dans les autres temps.

Une autre piste mérite d'être explorée. Avec les données cliniques recueillies, il ressort que dans l'échantillon de participants, ce sont les deux patients qui ont pratiqué le moins d'activités physiques qui ont le plus assoupli leurs croyances dysfonctionnelles. Or ces deux patients sont aussi ceux qui présentaient un épisode dépressif majeur au moment de la première évaluation des croyances. Ce trouble a été traité avec des médicaments antidépresseurs et, selon leurs appréciations, leur humeur s'est améliorée au cours des 8 semaines d'intervalle entre les deux évaluations. Il semblerait que la dépression sévère augmente les croyances irrationnelles relatives au craving. En effet, ces croyances traduisent un sentiment d'impuissance (2,21), qui pourrait favoriser ou être accentué par la dépression (29). Les personnes dépressives présentent des schémas négatifs stockés en mémoire, qui influencent le traitement de l'information : elles ont alors une perception négative d'elles-mêmes, des autres et du futur (30). Aux troubles dépressifs sont associées des croyances relatives au découragement et au sentiment d'impuissance (31). La variable dépression viendrait alors expliquer les résultats de ces patients. Cela vient confirmer la nécessité de traiter les comorbidités en même temps que l'alcoolo-dépendance pour optimiser l'efficacité de la thérapie (32).

Limites de l'étude

Des limites méthodologiques imposent de relativiser les résultats et de rester prudent dans les conclusions. D'abord, les conditions pratiques de la recherche ont limité le nombre de participants. L'échantillon est restreint, ce qui n'a pas permis d'effectuer des statistiques paramétriques. La puissance des analyses reste faible et il serait nécessaire de reproduire l'étude avec un échantillon plus important. Cela permettrait également de mieux contrôler les variables qui peuvent parasiter les résultats. Une autre limite résulte encore des conditions pratiques de l'étude : il n'a pas été possible de mettre en place un groupe contrôle. Il serait

intéressant de réaliser d'autres recherches afin d'observer l'évolution des croyances avec d'autres modes de soins et même chez des patients ne bénéficiant pas de soins, afin de déterminer l'impact réel de la post cure. Enfin, le peu de recherches dans le domaine du craving et des croyances associées, et encore plus sur les effets des prises en charge sur les croyances, limite l'interprétation des résultats. Peu d'éléments viennent appuyer la discussion. Cela ouvre des perspectives pour de nouveaux travaux de recherche.

CONCLUSION

La présente recherche montre que les croyances dysfonctionnelles relatives au craving diminuent dans notre échantillon en postcure. Sans pouvoir l'affirmer, il nous semble que le cadre institutionnel et thérapeutique global, davantage que la quantité de prises en charge, influencerait cette diminution. De plus, le traitement conjoint des troubles dépressifs permettrait un assouplissement des croyances irrationnelles. Ces conclusions montrent l'intérêt des soins résidentiels, permettant un changement d'environnement et un engagement dans un travail thérapeutique complet, impliquant le traitement des comorbidités. Il serait intéressant à l'avenir d'observer si ces changements se maintiennent une fois les patients sortis de cet environnement protégé, afin d'adapter au mieux les prises en charge proposées pour que leur efficacité soit durable. En définitive, outre les limites de cette étude, elle soulève une question : est-il envisageable, à l'instar des psychothérapies menées dans d'autres pays, de mettre en place des prises en charge en termes d'exposition aux produits permettant aux patients de travailler directement sur le craving et les croyances associées ?

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. Beck AT, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press; 1993.

2. Eraldi-Gackiere D. Production cognitivo-émotionnelle au cours d'une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcoologique. Analyse de pensées liées au craving. Lille; 2006.

3. Valleur M, Matysiak J-C. Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris: Armand Colin; 2006.

4. Marlatt GA, Donovan DM. Prévention de la rechute. Médecine et Hygiène. Chêne-Bourg: 2008.

5. Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolo-dépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. Journal de thérapie comportementale et cognitive. 1999;9(4):108–12.

6. Martinez-Gonzalez JM, Verdejo Garcia A. Basic addictive beliefs and craving. Addicciones. 2011;23(1):45–52.

7. Rohsenow D, Monti P. Does urge to drink predict relapse after treatment? Alcohol reasearch and health. 1999;23(3):225–32.

8. Gordon SM, Sterling R, Siatkowski C, Raively K, Weinstein S, Hill PC. Inpatient desire to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. Am J Addict. 2006;15(3):242–5.

9. Lee NK, Pohlman S, Baker A, Ferris J, Kay-Lambkin F. It's the thought that counts: Craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. Journal

of Substance Abuse Treatment. 2010;38(3):245–50.

10. Turcapar H, Kose S, Ince A, Myrick H. Beliefs as a predictor of relapse in alcohol-dependent turkish men (English). J. stud. alcohol. 2005;66(6):848–51.

11. Grant B, Kunic D, MacPherson P, McKeown C, Hansen E. The high intensity substance abuse program: results from the pilot programs. 2003;

12. Morel A, Couteron J-P. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Dunod. Paris: 2008.

13. De Saint-Aubert C, Graziani P, Hautekeete M, Eraldi-Gackiere D, Gibour B. L'exposition d'indices in vivo et en imaginaire dans le traitement de la dépendance à l'alcool. J. thér. comport. cogn. 2000;10(4):136–42.

14. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry. 1997;12(5):224–31.

15. A.P.A. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e éd. Paris: Masson; 2003.

16. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. European Psychiatry. 1997;12(5):232–41.

17. Skinner MD, Aubin H-J. Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2010;34(4):606–23.

18. Saladin ME, Drobes DJ, Coffey SF, Dansky BS, Brady KT, Kilpatrick DG. PTSD symptoms severity as a predictor of cue elicited drug craving in victims of violent

crimes. Addictive Behaviors. 2003;28:1611–29.

19. Eraldi-Gackiere D, Graziani P, Hautekeete M. Développement de la motivation et modification des croyances addictives chez un patient alcoolo-dépendant, travail préparatoire à une prise en charge TCC. J. thér. comport. cogn. 2001;11(4):151–61.

20. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AHS, Finney JW. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. Addiction. 2007;102(3):432–40.

21. Eraldi-Gackiere D. Apprendre à analyser et à lutter contre le craving par l'exposition : un cas clinique en alcoologie. J. thér. comport. cogn. 2008;18(1):36–40.

22. Carroll KM, Connors GJ, Cooney NL, DiClemente CC, Donovan DM, Kadden RR, et al. Internal Validity of Project MATCH Treatments: Discriminability and Integrity. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998;66(2):290–303.

23. Dale V, Coulton S, Godfrey C, Copello A, Hodgson R, Heather N, et al. Exploring Treatment Attendance and its Relationship to Outcome in a Randomized Controlled Trial of Treatment for Alcohol Problems: Secondary Analysis of the UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). Alcohol alcohol. (Oxford). 2011;46(5):592–9.

24. Wilkinson S, Mistral W, Golding J. What is most and least useful in residential rehabilitation? A qualitative study of service users and professionals. Journal of Substance Use. 2008;13(6):404–14.

25. Vénisse J-L, Bailly D. Addictions, quels soins? Masson. Paris: 1997.

26. Van Rensburg KJ, Taylor A, Hodgson T, Benattayallah A. Acute exercise modulates cigarette cravings and brain activation in response to smoking-related images: An fMRI study. Psychopharmacology. 2009;203(3):589–98.

27. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour : a systematic review. Addiction (Abingd. Print). 2007;102(4):534–43.

28. Ussher MH, Sampuran AK, Doshi R, West R, Drummond DC. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. Addiction (Abingd. Print). 2004;99(12):1542–7.

29. Doron J, Swendsen J. Quelques réflexions sur l'anxiété et ses troubles associés : un débat entre l'approche cognitivocomportementale et psychodynamique. L'Évolution Psychiatrique. 2001;66(1):7–16.

30. Van der Linden M, Ceschi G. Traité de psychopathologie cognitive. Marseille: Solal; 2008.

31. Blackburn IM, Cottraux J. Psychothérapie cognitive de la dépression. Masson. Paris: 2008.

32. Adès J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson. Paris: 2003.

Tableau 1 : Données sur les prises en charge effectuées dans chaque catégorie

Prises en charge	**Psychologiques**	**Corporelles**	**Artistiques**	**Educatives**	**Totales**
Nombre Minimum	17	4	1	4	26
Nombre maximum	27	43	16	10	82
Moyenne	21.2	24.3	7.6	6.3	59.4
Ecart-type	4.1	11.9	5.1	1.8	16.5