

# INTRODUCTION AUX THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

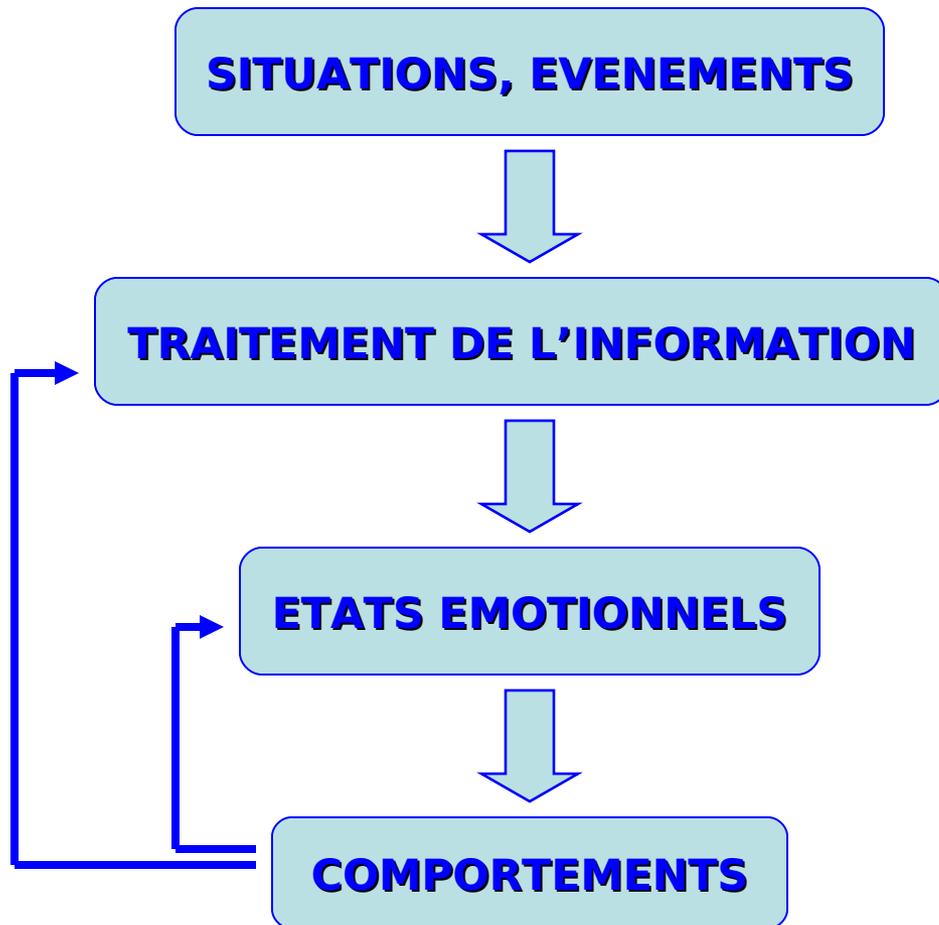
Dr P. CARBONNEL  
Centre Hospitalier Sainte-Marie de Nice

# Principes généraux des TCC

- ✓ Issues d'observations cliniques, les TCC rejoignent le mouvement de la **psychologie cognitive**
- ✓ Les TCC représentent l'application des principes de la **psychologie scientifique** à la psychothérapie
- ✓ Utilisation d'une **méthodologie expérimentale** pour comprendre et modifier les troubles psychologiques
- ✓ Les TCC font référence aux modèles issus des **théories de l'apprentissage et du traitement de l'information** (modèles cognitifs)

# Comportement, cognition, émotion

- ✓ **Comportement** : « enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète »
- ✓ **Cognition** : acte de connaissance : acquisition, mémorisation, organisation et utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur
- ✓ **Comportements et processus cognitifs sont en interaction avec les émotions**
- ✓ **Emotions** : reflet physiologique et affectif des expériences de plaisir ou de déplaisir, en réponse à des stimuli environnementaux
- ✓ La transformation de l'émotion (physique) en **affect** (mental : peur, tristesse...) dépend de l'interprétation de la situation, plus que de la situation elle-même
- ✓ La perception des événements dépend des expériences antérieures



# Historique des TCC : comportementalisme (1/4)

- ✓ Les méthodes comportementales et cognitives sont intrinsèquement liées à l'activité humaine : méthodes d'apprentissage, courants philosophiques, Yoga, Hippocrate...
  
- ✓ **Les précurseurs** : XIX<sup>e</sup> siècle : premiers essais de thérapie comportementale
  - Itard (Victor), Perroud (agoraphobie), hypnose (inhibition réciproque), Janet (Freud, Ferenczi ?)...
  
- ✓ **Le behaviorisme** : courant de recherche sur le comportement humain à partir des théories de l'apprentissage. Etude des relations fonctionnelles, de cause à effet, entre les stimuli et les réponses
  - Pavlov : *conditionnement répondant*
  - Watson (1913) : *behaviorisme*
  - Skinner (1937) : *conditionnement opérant* = apprentissage par les conséquences de l'action

# Historique des TCC : comportementalisme (2/4)

## Conditionnement répondant

- ✓ **Conditionnement classique** (= pavlovien = répondant) :
  - Déclenchement d'une réponse par association

**1- Stimulus Inconditionnel → Réponse Inconditionnelle**

**2- Stimulus Inconditionnel  
+ Stimulus Conditionnel → Réponse**

**3- Stimulus Conditionnel → Réponse Conditionnelle**

- Apprentissage par la substitution de stimulus

# Historique des TCC : comportementalisme (3/4)

## Conditionnement opérant

- ✓ **Conditionnement opérant (= skinnérien) :**
  - Déclenchement d'une réponse par renforcement

**1- Stimulus Discriminant → Réponse A**

**(Lumière)**

**Réponse B**



**Récompense**

**Réponse C**

**(renforcement)**

**2- Stimulus Discriminant → Réponse Conditionnée (B)**

- Apprentissage par les conséquences de l'action → **renforcement positif**, négatif, aversion
- Rôle de l'environnement dans la sélection des comportements adaptatifs

# Historique des TCC : comportementalisme (4/4)

## ✓ Développement des thérapies comportementales

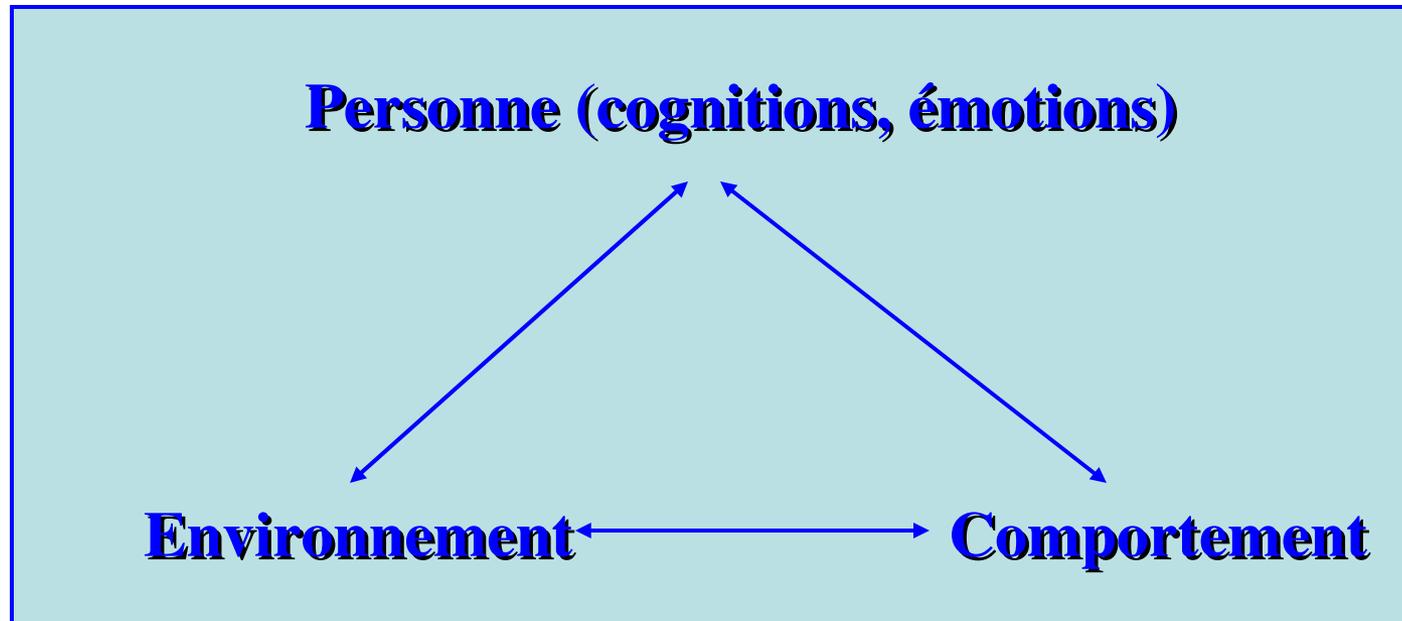
- Jones (1924) : thérapie d'un cas de phobie des lapins
- Wolpe (1958) : inhibition réciproque → **désensibilisation systématique** des phobies
- Recherches sur les **effets des psychothérapies** (Shapiro, Eysenck, 1952)
- Marks : efficacité de l'**exposition en imagination et en réalité** aux stimuli anxiogènes (études contrôlées vs antidépresseurs)
- Bandura (1969, 1977) : **théorie sociale de l'apprentissage** :
  - Aspect le plus achevé des théories de l'apprentissage
  - Renvoie essentiellement au comportement humain
  - Comportement externe, personne et environnement sont en constantes interactions
  - Influence la théorisation et la pratique des thérapies comportementales et établit la jonction entre behavioristes et cognitivistes

# Historique des TCC :

## Théorie sociale de l'apprentissage (Bandura)

- ✓ Intègre des phénomènes cognitifs négligés par les précédentes théories, en se fondant sur des bases expérimentales
- ✓ Une critique des théories existantes :
  - **Ecoles psychodynamiques** : motivation interne, sans justification causale précise fondée sur une analyse expérimentale
  - **Behaviorisme radical** : motivation externe, dans l'environnement et les contingences de renforcement externes (= organisme « passif »)
  - **Bandura** : comportement externe, personne et environnement sont en constantes interactions (= organisme « actif »)
- ✓ **L'apprentissage humain est régi par 2 types de processus liés :**
  - **Processus symboliques** ou cognitifs (pensées, croyances...) : rôle des phénomènes cognitifs (autocontrôle, attentes d'efficacité et de résultats...) dans la régulation des comportements
  - **Apprentissage social par imitation de modèles** (réels, symboliques, imaginaires)
  - Importance de la **motivation** : renforcement externe mais aussi **autorenforcement** lié à l'anticipation de récompenses

# Modèle bidirectionnel de BANDURA (1977) : Déterminisme réciproque



# Historique des TCC : Thérapies cognitives

- ✓ **Thérapie « rationnelle-émotive » de Ellis (1962) :**
  - « *Le comportement « névrotique » est un comportement stupide mis en acte par une personne intelligente »*
  - Le but thérapeutique est l'acceptation inconditionnelle de soi-même
  
- ✓ **Thérapie cognitive de Beck (1961) :**
  - Etude du rôle des cognitions conscientes et préconscientes dans la dépression
  - Etudes de cas individuels, études contrôlées
  - Proposition d'un modèle psychothérapeutique et de techniques adaptées, ciblées sur les **pensées automatiques** et la mise à jour de **postulats dépressogènes**
  - Première étude de supériorité démontrée sur un antidépresseur (Rush et al 1977)
  - Extension aux phobies, obsessions, anxiété généralisée, médecine comportementale, problèmes sexuels, troubles de la personnalité...

# Les théories cognitives (1/4) :

## Traitement de l'information

- ✓ **Cognition** : acquisition, mémorisation, organisation et utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur
- ✓ **Psychologie cognitive** : étude des processus de pensées : activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action.
  - S'intéresse aux phénomènes conscients et inconscients permettant à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes, en particulier au **traitement de l'information**
- ✓ L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de **schémas cognitifs**, stockés dans la mémoire à long terme et acquis par interaction entre les événements et les contraintes du SNC



# Les théories cognitives (2/4) : exemples de schémas cognitifs

- ✓ « Je dois toujours réaliser parfaitement ce que j'entreprends »
- ✓ « Je dois recevoir le soutien de mon entourage pour réussir »
- ✓ « Je n'ai pas le droit à l'échec »
- ✓ « Je dois attirer l'attention sur moi pour plaire et être aimé »
- ✓ « Je dois être aimé de tout le monde, sinon je serai malheureux »
- ✓ « J'ai le droit à ce que je veux »
- ✓ « Je dois me méfier des autres pour ne pas être trompé ou exploité »

# Les théories cognitives (3/4) : schémas cognitifs

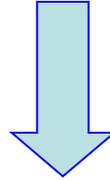
- ✓ Inconscients, fonctionnent automatiquement, hors de la volonté du sujet
- ✓ Contiennent, à un moment donné, tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde. Sont organisés en *constellations* de schémas
- ✓ Constituent des représentations organisées de l'expérience préalable. Peuvent être activés par des émotions analogues à celles du moment où ils ont été « imprimés »
- ✓ Sont des structures adaptatives sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées. Peuvent avoir présenté une valeur de « survie » dans l'histoire de l'individu et représentent un vestige qui a survécu à son utilité pratique
- ✓ Se caractérisent par des préjugés, attitudes ou croyances irrationnelles qui représentent des interprétations personnelles de la réalité et influent sur les stratégies individuelles d'adaptation

# Les théories cognitives (4/4) : schémas cognitifs

- ✓ Se traduisent par une attention sélective pour les événements qui les confirment
- ✓ Entraînent des déformations de la perception conduisant à l'assimilation des constructions mentales nouvelles
- ✓ Peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocément acquis
- ✓ Entraînent une vulnérabilité cognitive individuelle
- ✓ Des processus cognitifs (*distorsions cognitives*) permettent de passer des structures profondes (*schémas*) aux structures superficielles (*événements cognitifs : pensées automatiques, images mentales*)

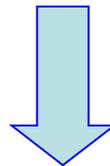
## SCHEMAS COGNITIFS

Structures cognitives stables  
Représentations de l'expérience antérieure  
Déformation des perceptions nouvelles



## DISTORSIONS COGNITIVES

Processus cognitifs générant des erreurs logiques  
(abstraction sélective, généralisation, dichotomie...)



## PENSEES AUTOMATIQUES

# **DISTORSIONS COGNITIVES**

## **INFERENCE ARBITRAIRE**

Tirer des conclusions sans preuve

## **ABSTRACTION SELECTIVE**

Juger une situation sur la base d'un seul événement

## **SURGENERALISATION**

Tirer des conclusions générales à la suite d'un événement

## **PERSONNALISATION**

Se sentir responsable dans des situations qui ne nous concernent pas

## **MINIMALISATION / MAXIMALISATION**

Minimiser les point positifs / exagérer les point négatifs

## **ETIQUETAGE**

Jugement global et hâtif

## **RAISONNEMENT EMOTIONNEL**

Confusion entre émotion ressentie et réalité concrète

## **LES « JE DOIS » ET « IL FAUT »**

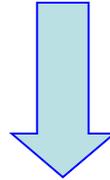
Tyrannie du devoir, qui maintient l'insatisfaction

## **RAISONNEMENT EN TOUT OU RIEN**

Raisonnement sans nuances ne considérant que les extrêmes

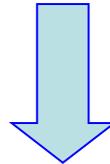
## **SCHEMAS COGNITIFS**

« Je suis faible, incompetent »  
« Je dois obtenir le soutien des autres, pour pouvoir m'en sortir »  
« Si je montre mes faiblesses, on ne pourra pas m'aimer »



## **DISTORSIONS COGNITIVES**

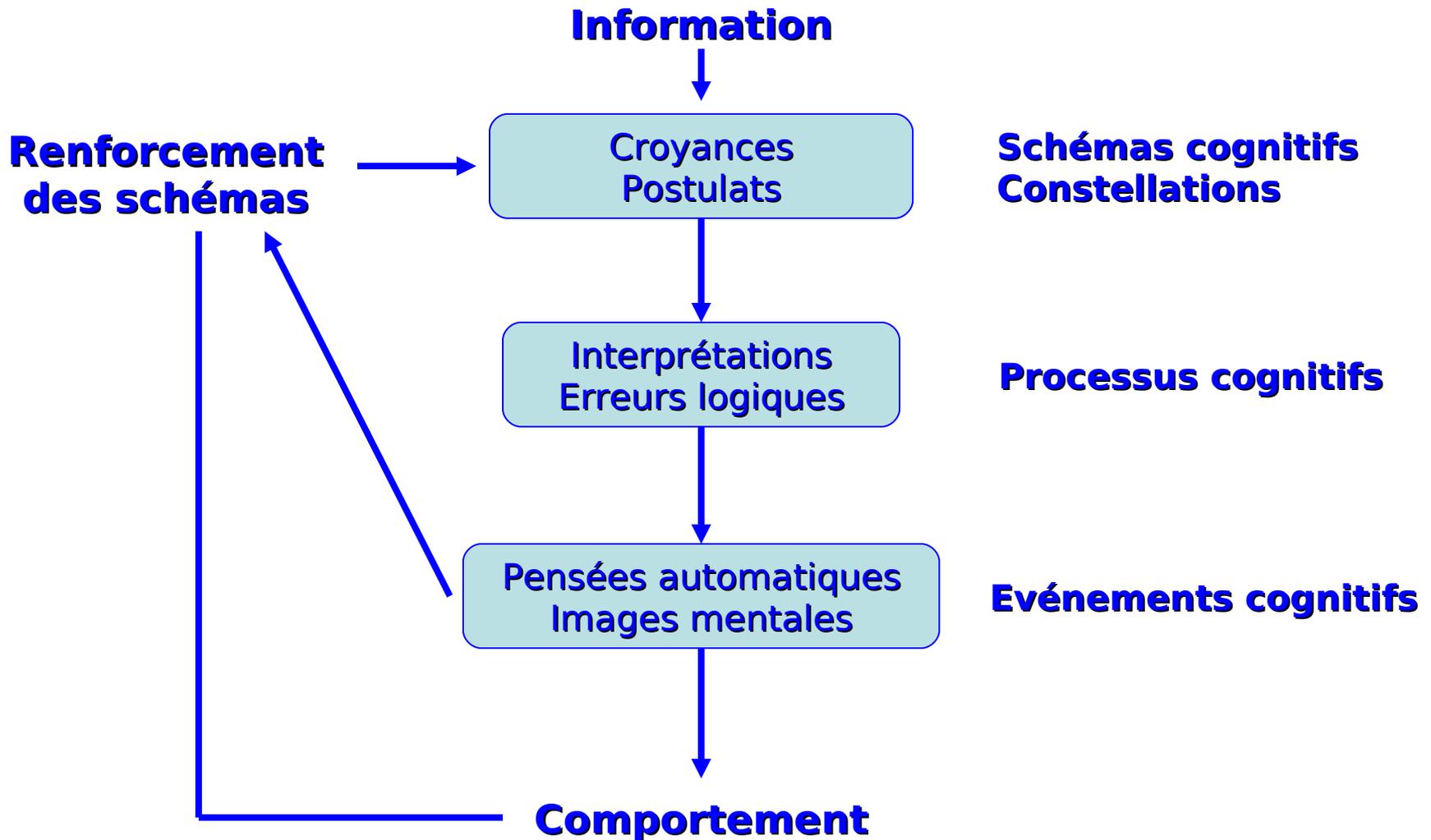
Généralisation, personnalisation, abstraction sélective



## **PENSEES AUTOMATIQUES**

« J'échoue dans tout ce que j'entreprends »  
« C'est entièrement de ma faute »  
« Je suis nul »

# Modèle de traitement de l'information (COTTRAUX et BLACKBURN, 1995)



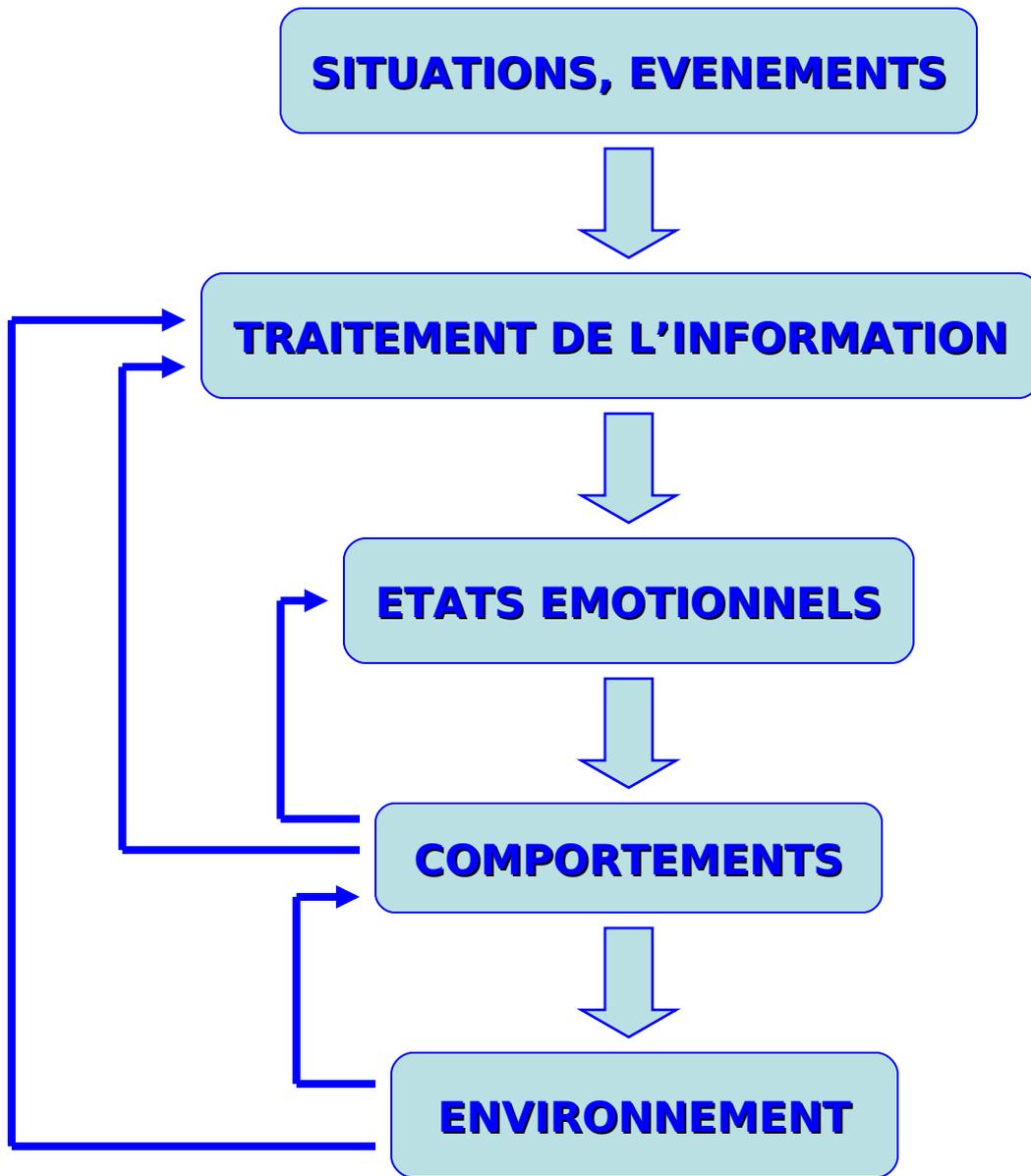
# Principes généraux des TCC

- ✓ La plupart des symptômes présents dans les troubles psychiatriques peuvent être causés ou maintenus par le biais de 3 grands types de conditionnement :
  - Conditionnement répondant (exemple : ESPT, phobies...)
  - Conditionnement opérant (exemple : évitement dans les troubles phobiques : le cpt de fuite renforcé par ses conséquences sur l'angoisse)
  - Conditionnement social : il est possible d'apprendre un comportement sans l'avoir expérimenté soi-même, par simple observation (mimétisme)
  
- ✓ Le **comportement** (séquence comportementale) n'est pas conçu comme le symptôme d'un état sous-jacent mais comme le trouble à part entière

# Principes généraux des TCC :

## Principes des thérapies cognitives

- ✓ **Les modèles cognitifs sont fondés sur l'étude du traitement de l'information** : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet
- ✓ **Modèle général** : une distorsion dans le traitement de l'information est à l'origine de la dépression, des troubles anxieux et de nombreux comportements inadaptés
- ✓ **La théorie cognitive postule que les interprétations qui résultent de nos systèmes de croyances régulent nos comportements**



# Principes généraux des TCC (1/4) : une thérapie du changement

## ✓ **Changement = apprentissages et désapprentissages**

- Prise de conscience des « causes » ou des « traumatismes déclenchants » : ni nécessaire ni suffisante pour modifier un comportement perturbé
- Les difficultés du patient ont été apprises → il est possible de les « désapprendre »
- Développement des aptitudes d'auto-évaluation et d'utilisation de méthodes qui serviront pour d'autres problèmes
- Une dimension pédagogique, basée sur l'explication, l'apprentissage de stratégies, la prescription d'exercices → contrôler le comportement pathologique et apprendre d'autres façons de réagir
- La thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence comportementale mais d'apprendre une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté

## ✓ **Pas de changement sans **motivation** (espérance d'un résultat)**

- la TCC nécessite un très haut niveau de motivation et il est souhaitable d'en avertir le patient

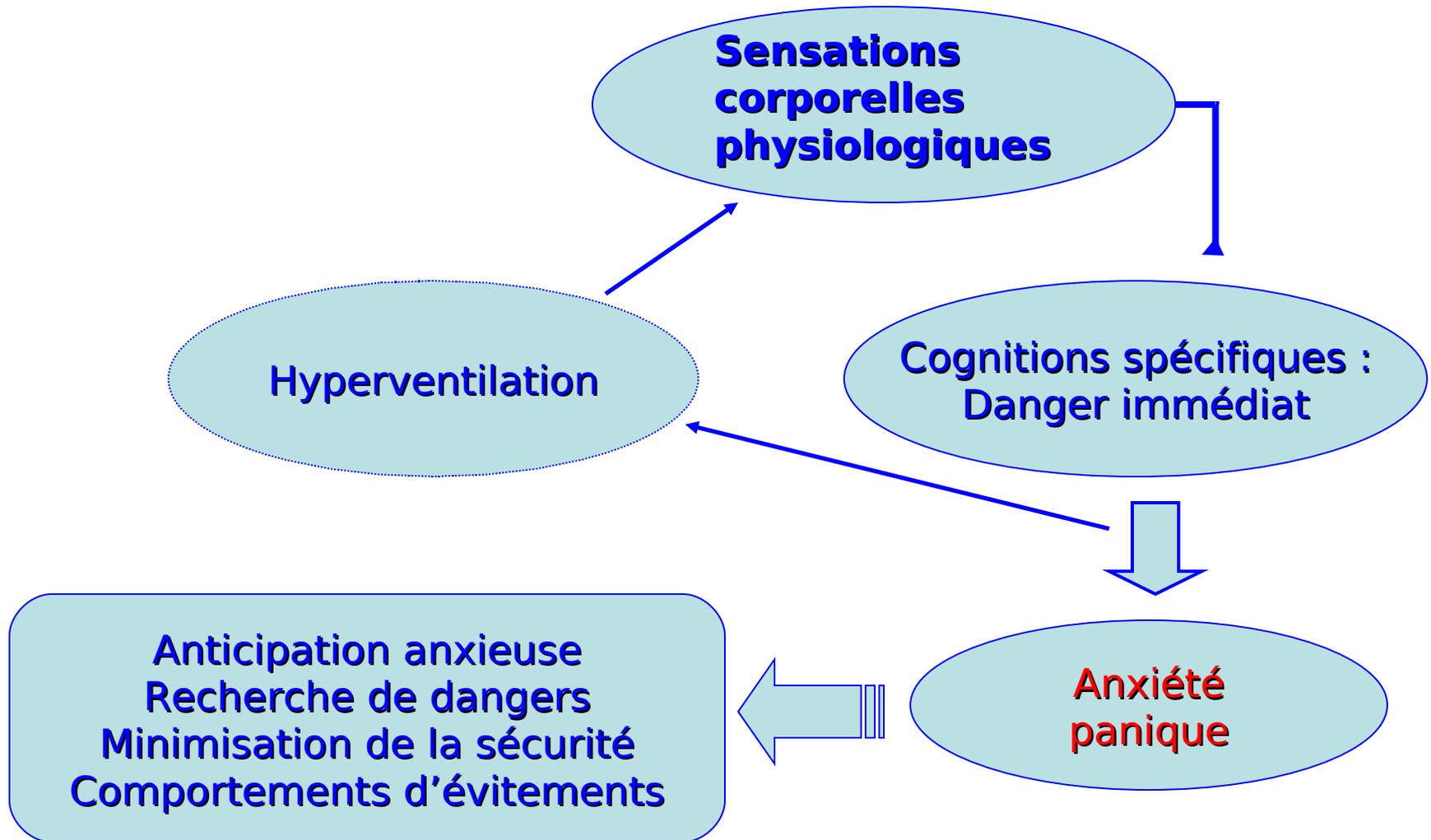
# Principes généraux des TCC (2/4)

- ✓ **Une approche stratégique** : définition d'objectifs et de stratégies
- ✓ **Centrées sur « l'ici et maintenant »**
  - La prise de conscience du rôle de difficultés liées au passé n'est pas suffisante pour modifier un problème psychologique
  - Focalisation sur les aspects actuels du trouble
- ✓ **Conception environnementaliste** : le milieu façonne les réponses qu'émet l'organisme mais les relations individu-milieu peuvent être remodelées favorablement par le sujet
- ✓ **Structurées et codifiées** mais adaptées à chaque cas particulier
- ✓ **Des thérapies à terme défini** : semaines, mois...années

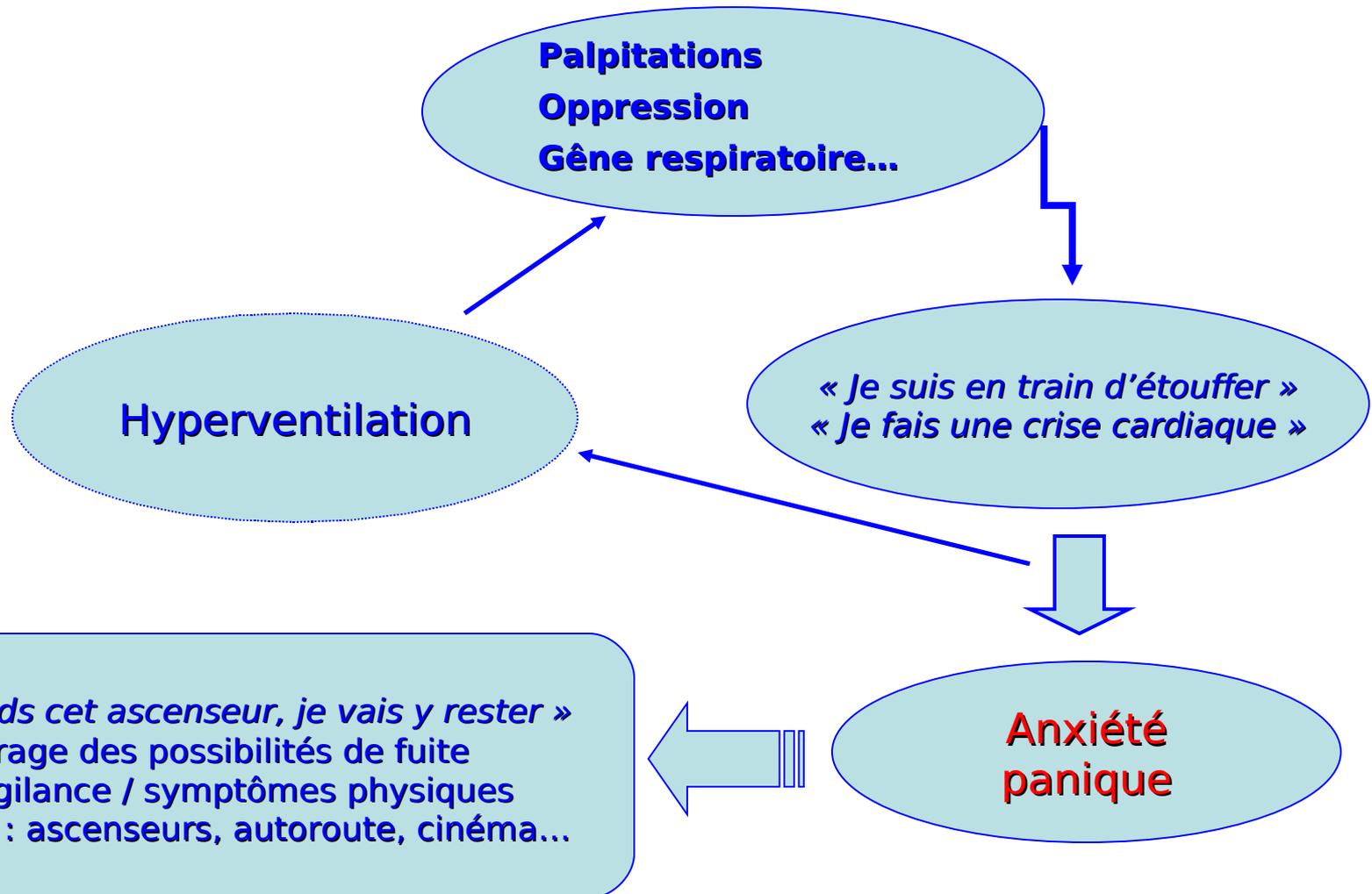
# Principes généraux des TCC (3/4)

- ✓ **Buts du traitement :**
  - Modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations perçues par le patient
  - Accroître les possibilités d'auto-gestion du sujet
  
- ✓ **Dimension pédagogique très forte :**
  - Information sur le trouble, conceptualisation partagée
  - Entraînement à des compétences spécifiques, prescription de tâches...
  
- ✓ **Une volonté scientifique : évaluation des résultats**
  - Permet de faire évoluer les techniques existantes
  
- ✓ **Techniques :** interviennent aux niveaux comportemental, cognitif et émotionnel
  - Dépendent de modèles spécifiques pour chaque trouble
  - Sont choisies en fonction du cas particulier : programme

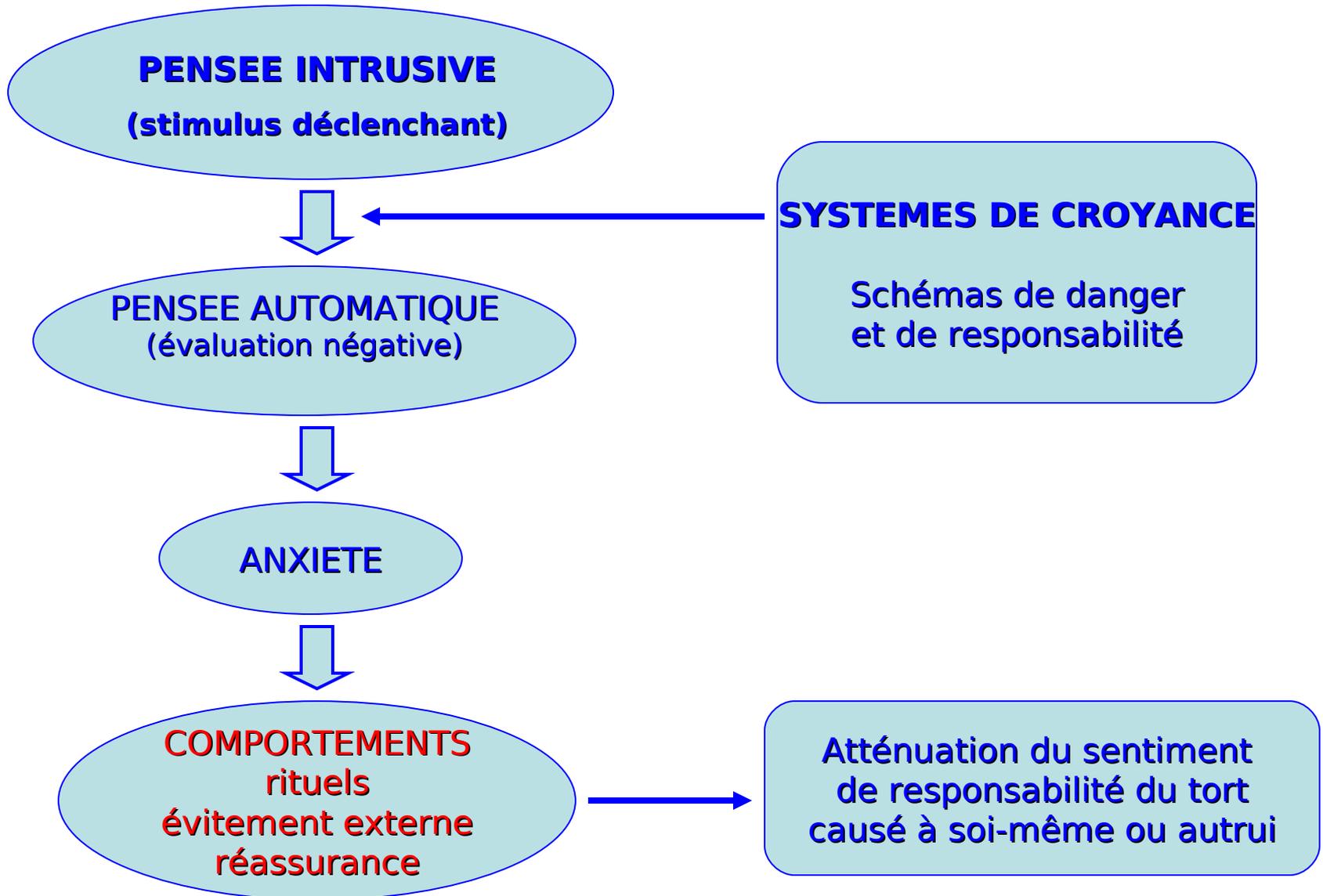
# Modèle du trouble panique (CLARK et al 1985)



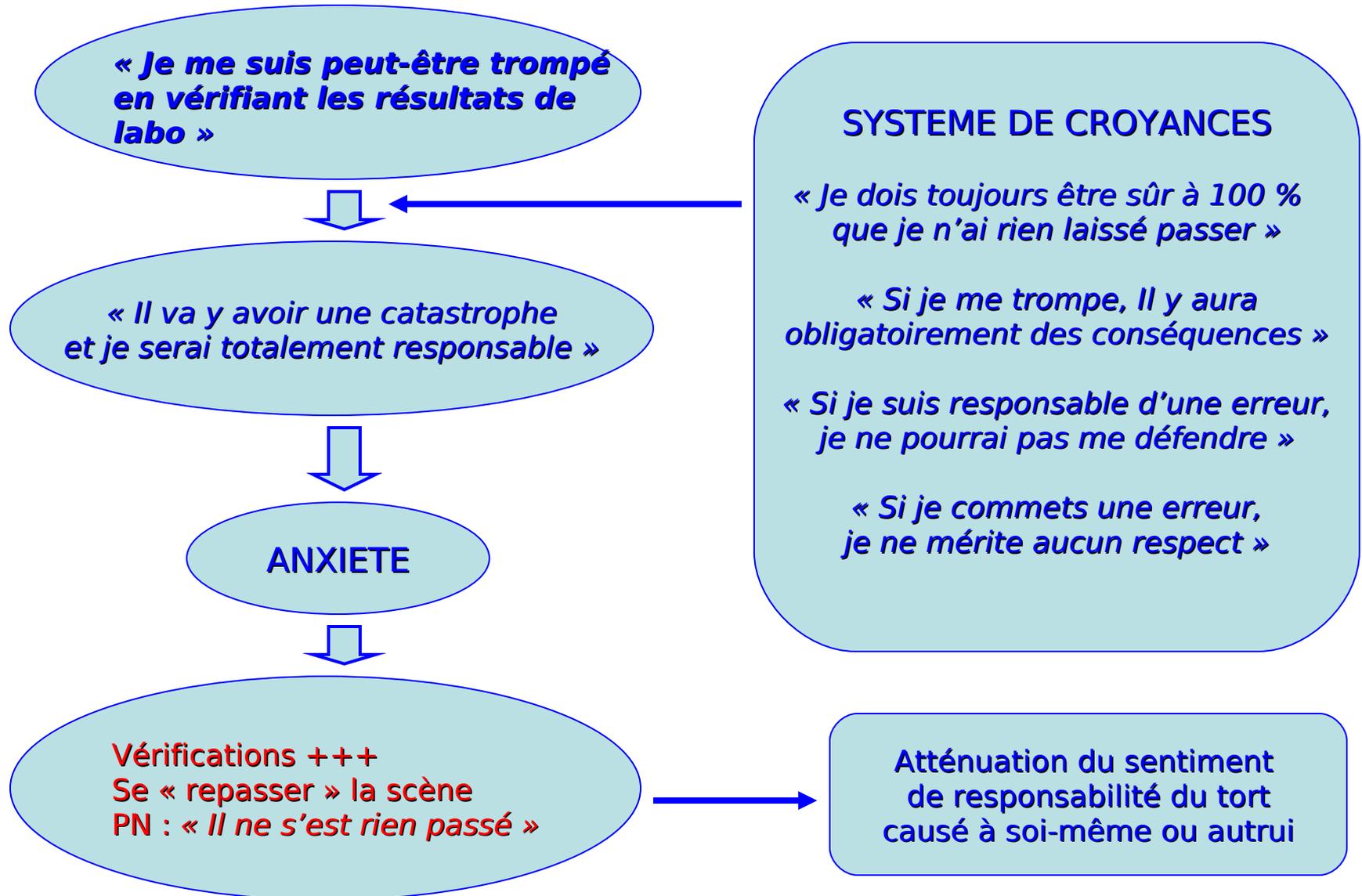
# Modèle du trouble panique (CLARK et al 1985)



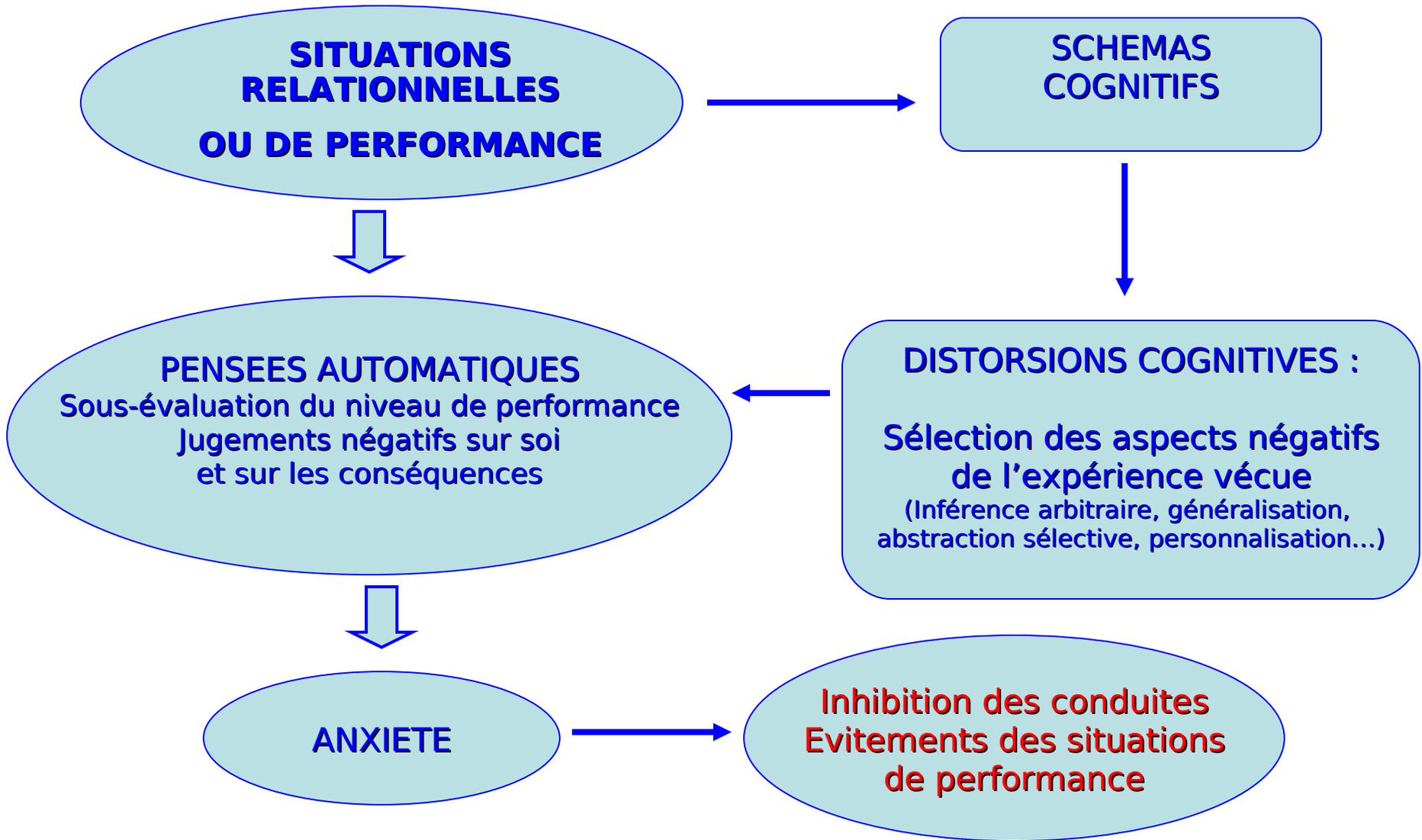
# Modèle du TOC (SALKOVSKIS)



# Modèle du TOC : exemple



# Modèle de la phobie sociale



# Principes généraux des TCC (3/4) : relation thérapeutique

- ✓ Les TCC reposent sur **un style relationnel particulier**
  - Le thérapeute est : actif, interactif, directif, incitatif
  
- ✓ Le thérapeute cherche à établir **une relation empathique**. Il essaie d'être chaleureux, de montrer son intérêt et sa capacité à comprendre les problèmes du patient
  
- ✓ Il est demandé au patient de participer à **un programme de « collaboration scientifique »** ayant pour sujet lui-même et pour but l'obtention d'un changement cognitivo-comportemental
  
- ✓ La qualité de la relation constitue **une préoccupation permanente** pour le thérapeute

# Conduite de la thérapie :

## Les différentes étapes du traitement

- ✓ Diagnostic
- ✓ Information sur le trouble et les stratégies thérapeutiques
- ✓ Analyse fonctionnelle : conceptualisation du cas
- ✓ Evaluation en ligne de base
- ✓ Définition des cibles thérapeutiques
- ✓ Elaboration d'un programme de changement cognitivo-comportemental
- ✓ Apprentissage et utilisation des techniques
- ✓ Phase de généralisation et/ou de maintien

# Cas clinique : Jacques, 28 ans, présente depuis 3 semaines de forts accès d'angoisse avec peur de faire un malaise...

## ELEMENTS BIOGRAPHIQUES ET ANTECEDENTS

- **Père : éthylique et violent.** Plus de contacts. Jacques le trouve « *faible de par son vice* » et ne voudrait pas lui ressembler.
- **Mère : anxieuse et protectrice.**
- **Divorce de ses parents très conflictuel.** Sa mère a dû quitter précipitamment le domicile familial avec ses deux enfants. Jacques aurait vécu cette fuite avec soulagement tant la situation était tendue avec son père.
- **Scolarité - Vie professionnelle :** formation de comptabilité-gestion avant de rentrer dans un établissement bancaire.
- **Loisirs :** cours de théâtre, randonnée...
  
- **Premier épisode d'anxiété paroxystique : à 17 ans.** « Malaise » dans la foule attendant, en plein soleil, un concert rock. Persistance d'une forte appréhension des situations où il subit l'ensoleillement ou la chaleur.
- **En 1997, accident de sport :** atteinte ligamentaire d'un genou. Proposition d'intervention chirurgicale : effrayé en raison des risques de l'AG. Forte angoisse lors d'une IRM et nombreuses « **crises de spasmophilie** » (sensations vertigineuses, tension musculaire, picotement des extrémités...) durant plusieurs mois.

# Cas clinique : présentation du cas (2/3)

- **En 1999, quitte le domicile maternel** pour vivre dans un studio.
- **En 2000, promotion, d'un emploi de guichet à un rôle d'encadrement et de formation du personnel.** Source importante de satisfaction mais aussi de stress et d'anxiété. Quitte souvent son travail après 20h00 et a progressivement sacrifié ses loisirs.
- **En 2001, très affecté par le décès brutal, d'une crise cardiaque, de son professeur de théâtre, « un homme très fort »** qu'il considérait un peu comme son père.
- **Trois semaines après cet événement, part en voyage avec son amie, en compagnie d'un autre couple.** Rupture sentimentale. A le sentiment de se retrouver « prisonnier », ne pouvant rentrer prématurément. Forte symptomatologie anxieuse, jusqu'à son retour.
- **Reprend son activité professionnelle et ne présente plus qu'une anxiété de fond modérée au prix de quelques conduites d'évitement** (centres commerciaux, plages, bars, boites de nuit) et de la consommation d'un peu d'alprazolam et de magnésium.

# Cas clinique : présentation du cas (3/3)

- Depuis trois semaines, présente de nouveau une **anxiété paroxystique**.
- Le premier épisode a eu lieu lors d'une soirée chez des amis.
- **Dernière attaque de panique : trois jours auparavant**, au domicile. A ressenti un durcissement au niveau des épaules, des sensations de picotement, une gêne respiratoire et des palpitations associé aux pensées suivantes : « *Je suis seul* », « *Je vais faire un malaise, je vais y rester* ». La pratique d'un exercice de respiration abdominale, appris lors de ses cours de théâtre, et la prise d'un comprimé d'anxiolytique l'ont aidé à surmonter cette forte angoisse qui a fini par disparaître après environ quinze minutes.
- Jacques conserve depuis une **anxiété anticipatoire** quotidienne de présenter une nouvelle crise.

# Conduite de la thérapie : organisation de la thérapie

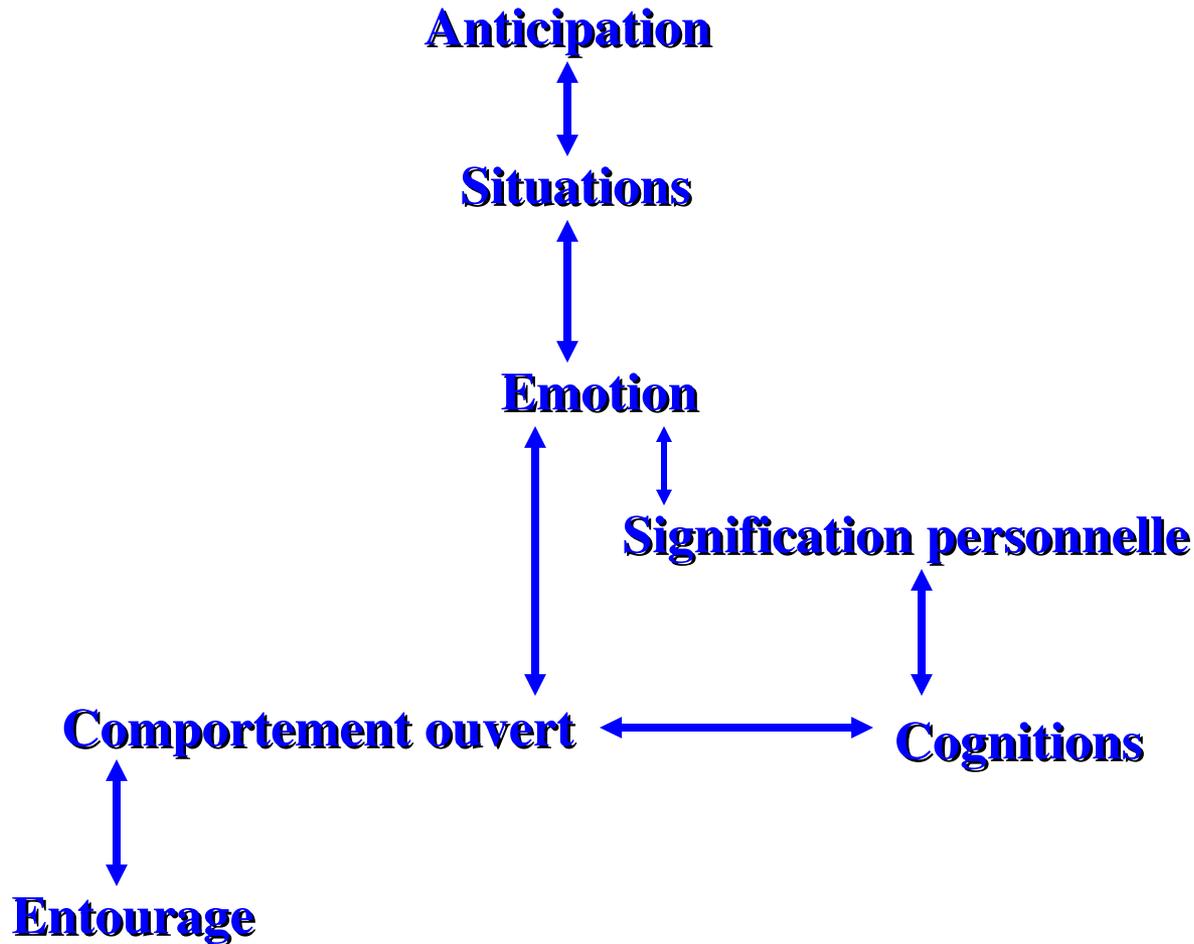
- ✓ Une thérapie très structurée
- ✓ Premières séances :
  - Analyse fonctionnelle
  - Evaluation : permettra la comparaison des mesures effectuées avant, durant et à la fin du traitement
- ✓ Structuration des séances : résumé séance précédente, revue des consignes, agenda de séance, choix d'une situation cible...
- ✓ Utilisation de techniques codifiées : « transfert de technologie »
- ✓ Thérapie ancrée dans l'actuel et le quotidien
- ✓ Un nombre limité de séances

# Conduite de la thérapie : Analyse fonctionnelle

- ✓ **Conceptualisation du cas : étape fondamentale**
- ✓ **But : préciser les conditions de déclenchement et de maintien des comportements = isoler les problèmes clés dont la solution modifiera de façon durable le comportement**
- ✓ **La dimension historique de l'acquisition des perturbations est étudiée**
- ✓ **Le thérapeute étudie les pensées, les images mentales et les comportements moteurs ou verbaux qui accompagnent ou précèdent les comportements-problèmes**

# Grille S.E.C.C.A. (COTTRAUX 1995) (1/4)

## PROBLEME CIBLE :



# Grille S.E.C.C.A. (2/4)

## **DONNEES STRUCTURALES POSSIBLES**

**a) génétiques :**

**b) personnalité :**

## **FACTEURS HISTORIQUES DE MAINTIEN POSSIBLES**

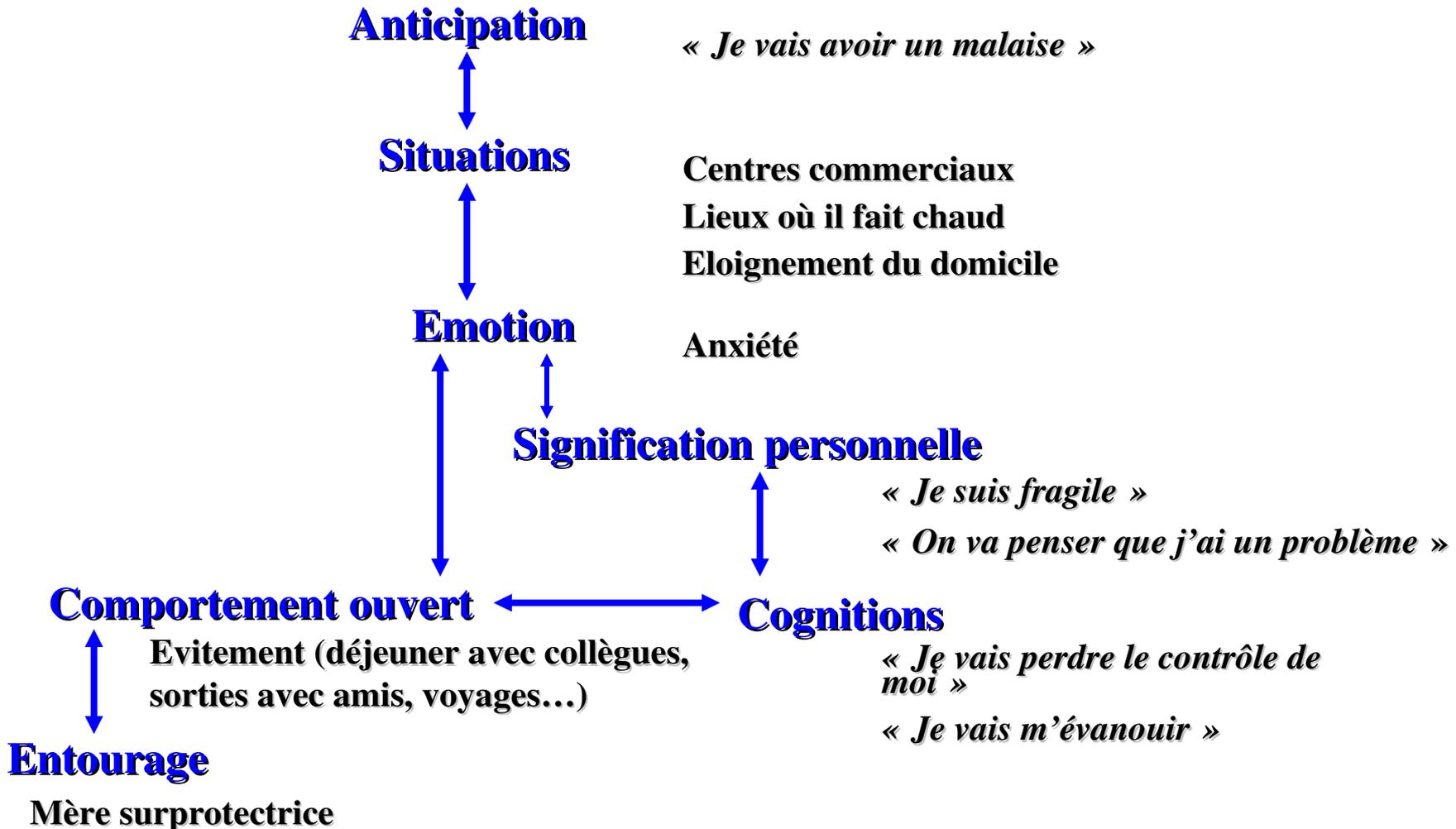
## **FACTEURS DECLENCHANTS INITIAUX EVOQUES**

## **EVENEMENTS PRECIPITANTS LES TROUBLES**

## **TRAITEMENTS ANTERIEURS**

# Grille S.E.C.C.A. (3/4)

## PROBLEME CIBLE : attaques de panique avec agoraphobie



# Grille S.E.C.C.A. (4/4)

## DONNEES STRUCTURALES POSSIBLES

- a) génétiques :
- père éthylique et violent
  - mère : tempérament anxieux
  - frère : trouble panique
- b) personnalité :
- terrain anxieux, manque de confiance en soi
  - extraverti, besoin de séduire, d'être approuvé
  - fort investissement professionnel

## FACTEURS HISTORIQUES DE MAINTIEN POSSIBLES

Décès brutal de son professeur de théâtre d'une crise cardiaque

## FACTEURS DECLENCHANTS INITIAUX EVOQUES

Malaise à l'âge de 17 ans lors d'un concert rock

## EVENEMENTS PRECIPITANTS LES TROUBLES

Stress professionnel depuis 2 ans avec abandon des activités de loisir. Rupture sentimentale

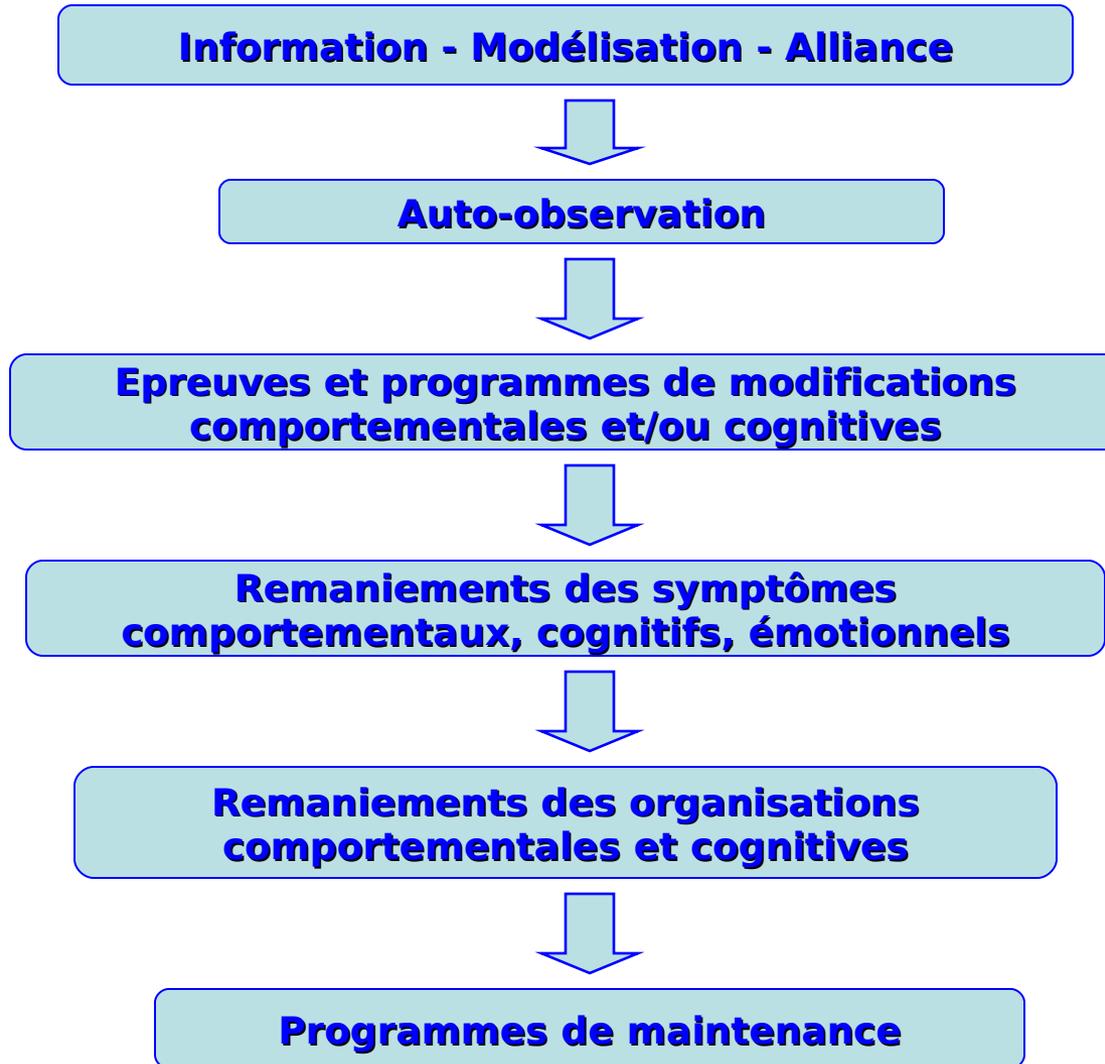
## TRAITEMENTS ANTERIEURS

Anxiolytiques (benzodiazépines, magnésium)

# Conduite de la thérapie : définition des objectifs et du programme

- ✓ Thérapeute et patient formulent des hypothèses communes sur les troubles et leurs facteurs de déclenchement et de maintien
- ✓ Etablissement d'un « contrat » portant sur les buts du traitement et les moyens à utiliser
- ✓ Le programme thérapeutique utilise les principes et techniques définis au préalable
- ✓ Le thérapeute développe chez le patient sa capacité d'auto-régulation de ses comportements :
  - Permet la généralisation des changements appris à l'extérieur de la relation thérapeutique
  - Evite les rechutes
  - Explique l'absence de substitution de symptômes (développement d'un autre comportement, plus satisfaisant)

# Etapes de la thérapie



# Cas clinique : séances 1 à 5

- Jacques se fait accompagner par sa mère et a pris un comprimé de tranquillisant avant de venir (peur des embouteillages, attente au secrétariat...).
- Prise de contact sur un *mode relationnel empathique* et relevé des données de l'observation.
- **Information** : aspects physiologiques et pathologiques de l'anxiété, en insistant sur les aspects comportementaux (aggravation par l'évitement et la réassurance, amélioration par l'exposition...) ainsi que sur le déroulement de la thérapie.
- **Inventaire et cotation hiérarchisée des situations problèmes :**

1- Embouteillage	30 %
2- Restaurant avec des amis	35%
3- Commerce avec file d'attente	60 %
4- Restaurant avec des collègues de travail	65 %
5- Lieux de détente bondés (bars, discothèques)	70 %
6- Plage	70 %
7- Sortir avec les amis présents lors de sa 1 <sup>ère</sup> A.P.	75 %
8- Partir seul loin du domicile	90 %

# Cas clinique : séances 1 à 5

- Définition concertée des *objectifs* : essayer de faire disparaître les attaques de panique et obtenir une diminution de l'anxiété de fond par un programme de 15 à 20 séances.
- **Apprentissage de l'auto-évaluation de l'anxiété.**
- L'analyse des situations relevées lors des auto-évaluations pratiquées à domicile permet de compléter l'*analyse fonctionnelle*.

*Situations d'anticipation anxieuse pure :*

- avant des réunions professionnelles avec des cadres de sa société, surtout si un déplacement est nécessaire
- avant de répondre à des invitations à se rendre dans des lieux redoutés

*Situations d'exposition, le patient présentant peu d'évitement systématique :*

- terrasses de café ensoleillées, plages
- soirées entre amis
- achat d'un sandwich dans un centre commercial lors de sa pause-déjeuner (file d'attente)
- solitude au domicile

# Cas clinique : séances 1 à 5

- Quelques remarques intéressantes sont soulignées :
  - « *J'ai remarqué que les gens ne voient pas que je suis angoissé* »
  - « *Chaque contrariété me contracte les muscles du cou et des épaules* »
  - « *J'ai remarqué que l'angoisse passe une fois que je me suis habitué à la situation* »
- Apprentissage d'une *technique de contrôle respiratoire*, à mettre en pratique quotidiennement.
- Assignation de *tâches cognitives* : recherche des *pensées automatiques*.  
Les principales pensées relevées ont pour thème la **peur de commencer à se sentir mal sans pouvoir se soustraire à la situation anxiogène** et **d'être mal jugé**, aussi bien en cas de malaise visible que dans le cas d'un évitement.
- Dès la première séance, Jacques ne présente plus d'attaque de panique.

# Conduite de la thérapie :

## Techniques comportementales par exposition

### ✓ Exposition in vivo par Immersion (*flooding*)

- exercices intensifs
- situation difficile d'emblée
- préparation
- avec puis sans thérapeute
- renforcement positif
- évaluation écrite

### ✓ Exposition in vivo progressive

- échelle de difficultés
- techniques de régulation physiologique
- 30 à 45 mn x 4 / semaine
- travail sur les pensées automatiques

### ✓ Exposition en imagination

- scénario détaillé : situation, craintes, symptômes corporels...

# Conduite de la thérapie : Autres techniques comportementales

- ✓ Auto-évaluation des émotions
- ✓ Emploi du temps et plan d'activité hiérarchisé
- ✓ Expériences comportementales : test d'hyperventilation...
- ✓ Technique de Contrôle respiratoire (Lum 1976)
- ✓ Relaxation
- ✓ Jeux de rôle, entraînement aux compétences sociales

# Conduite de la thérapie :

## Entraînement aux compétences sociales

- ✓ Stratégie visant à entraîner les patients à maîtriser les comportements relationnels, verbaux et non verbaux, adaptés aux interactions quotidiennes
  
- ✓ Jeux de rôle, en groupe
  
- ✓ Situations d'affirmation de soi
  - Faire / recevoir un compliment
  - Situations de conversation
  - Exprimer une demande / un refus, un désaccord
  - Formuler / répondre à une critique
  - Gérer une attitude de communication agressive

# Conduite de la thérapie :

## Techniques cognitives (restructuration cognitive)

- ✓ Définition de mots
- ✓ Arguments pour / contre
- ✓ Recherche de pensées alternatives réalistes, exposition au pire
- ✓ Décentration-distanciation
- ✓ Discussion des avantages et désavantages
- ✓ Discussion de type socratique ( $\neq$  persuasion)
- ✓ Flèche descendante

# Cas clinique : séances 6 et 7

- Jacques s'est lancé spontanément dans une exposition des situations redoutées avec un certain succès.
- Il a stoppé la prise préventive de tranquillisant avant l'affrontement d'une situation-problème.
- Il a pu vaincre son appréhension de se sentir mal loin de son domicile : est parti, avec son frère, passer un séjour de détente en Savoie. Au retour, il s'est senti angoissé au passage des immenses tunnels routiers mais il a contrôlé la montée de l'angoisse en mettant en pratique la technique de contrôle respiratoire.
- Il conserve une forte appréhension des sorties avec ses amis.
- Ce problème est abordé par une approche cognitive.  
Une situation cible est choisie : anxiété anticipatoire avant un rendez-vous dans un bar. ➔
- Tâches de fin de séance : exposition in vivo et recherche de pensées alternatives.

# Cas clinique : séances 6 et 7

SITUATION	PENSEES AUTOMATIQUES	PENSEES ALTERNATIVES
<p>Rendez-vous dans un bar où se trouvent mes amis</p> <p>Anxiété 4 / 8 avec palpitations et tremblements</p>	<p>« Il n’y aura pas de place assise et il fera trop chaud »</p> <p>« Je vais faire une attaque de panique »</p> <p>Croyance: C1 = 50 %</p> <p>Croyance après restructuration cognitive: C3 = 10 %</p>	<p>« Il y a 1 mois, je me suis senti tendu dans cet endroit mais j’étais fatigué et c’est passé rapidement »</p> <p>« Je pense pouvoir tenir 1/2 heure debout sans tension excessive »</p> <p>« J’y suis déjà allé deux fois et j’ai trouvé à m’asseoir rapidement »</p> <p>« La chaleur, finalement je m’y acclimate, c’est pas si terrible »</p> <p>« Si je fais un début d’AP, je peux aller me passer de l’eau sur le visage et revenir. Au pire, je peux toujours rentrer chez moi »</p> <p>« Le plaisir de retrouver mes amis est plus important »</p> <p>« Même si je ressens une tension excessive, je suis capable de me calmer rapidement »</p> <p>« Si je n’y vais pas, je vais aggraver ma peur »</p> <p>Croyance dans les pensées alternatives: C2 = 90 %</p>

# Cas clinique : séances 8 à 11

- Jacques affronte les situations quotidiennes au prix d'une anxiété minime (1 à 2 /8) rapidement contrôlée. Il a pu aller, seul, faire une randonnée en montagne en parcourant 100 Km en voiture.
- Il demeure mal à l'aise dans les rapports avec ses amis, en présence desquels il redoute de faire une nouvelle attaque de panique.

Nous réalisons une *flèche descendante* à la recherche d'un schéma cognitif :

« *Je commence à me sentir mal devant mes amis* »

« *Ils me voient pas bien et se posent des questions à mon sujet* »

« *Ils vont penser que j'ai un problème, que je suis malade...ou que je suis dépressif* »

« *C'est dur pour mon orgueil, je veux toujours être au top. Ils vont colporter le fait que ça ne va pas. Mon image pourrait être ternie auprès des personnes de sexe féminin* »

« *Je ne suis pas aussi fort et à l'aise que je le parais* »

« *C'est une faille et je ne veux pas que les gens qui ne sont pas mes amis la connaissent* »

« *Cannes c'est petit, on va penser que je suis comme mon père* »

« *On va penser de moi : c'est un pauvre type* »

- Nous nous mettons d'accord sur le schéma suivant :

« **Si je montre un signe de faiblesse, alors je suis un pauvre type** »

**Croyance = 65 %**

# Cas clinique : séances 8 à 11

- Recherche d'arguments pour et contre le *schéma* : ➔  
« Si je montre un signe de faiblesse, alors je suis un pauvre type » C = 65 %.
- Large prédominance des *arguments contre*, soulignant, notamment, le fait qu'une faiblesse passagère ne peut remettre en cause les qualités d'un individu, que chacun possède ses faiblesses et que, dans les moments où il se sentait mal, Jacques a toujours été soutenu par ses amis.  
Croyance = 40 %
- La poursuite de la réflexion entre les séances conduit Jacques à conclure que la possibilité de faire une attaque de panique ne doit pas l'empêcher de vivre correctement sa vie et qu'il ne sait pas s'il peut effectivement ressembler à l'image de « *l'homme fort* » qu'il se reprochait de ne pouvoir atteindre.  
Croyance = 15 %.
- Mais un nouveau schéma semble transparaître : « **Il faut être aimé de tous** », dont Jacques reconnaît qu'il est sans doute plus important et sur lequel il nous faudra revenir.
- Parallèlement, Jacques continue de progresser au niveau comportemental. Il a pu retourner dans un restaurant avec des amis, ce qui n'était pas arrivé depuis plusieurs mois.

# Cas clinique : séances 8 à 11

POUR	CONTRE
<p>« C'est humiliant d'être fort physiquement et d'avoir des faiblesses » 70 %</p> <p>« Je vais être mal jugé dans mon travail » 60 %</p> <p>« On peut penser que je ne suis pas quelqu'un de solide et on ne va pas me confier de responsabilité » 50 %</p> <p>« On ne peut pas comprendre que je puisse être mal alors que j'ai l'air en forme » 65 %</p> <p>« On va penser que je suis dépressif ou malade » 30 %</p> <p>« J'ai fait une AP lors d'une soirée TV entre amis. On a du m'allonger et j'ai entendu des gens rire » 20 %</p> <p><b>TOTAL = 295</b></p>	<p>« Je ne suis qu'un être humain et tout être humain a ses faiblesses » 70 %</p> <p>« Si j'ai une faiblesse au travail, ça ne remet pas en cause le travail que j'ai effectué » 90 %</p> <p>« Mes chefs comprendraient sûrement que je peux être fatigué » 90%</p> <p>« Pour ce qui est de me confier des responsabilités, c'est ma capacité de travail qui est le plus important » 75 %</p> <p>« Ce peut être un signal d'alarme bénéfique et que je dois me reposer » 50 %</p> <p>« Je sais que je ne suis pas déprimé, je ne sais même pas ce que c'est » 90 %</p> <p>« Que les gens le comprennent ou pas, cela ne devrait avoir aucune importance et cela peut me permettre de distinguer mes vrais amis » 70 %</p> <p>« Les gens que j'ai entendu rire n'avaient pas de mauvaise intention, ils ont été surpris et n'ont pas compris. Dans l'ensemble, mes amis se sont occupés de moi et se sont inquiétés pour ma santé » 90 %</p> <p>« On ne choisit pas sa carapace et si je suis quelqu'un de sensible, c'est comme ça » 60 %</p> <p>« Si les gens m'aiment, ils m'aimeront comme je suis » 80 %</p>

**TOTAL = 765**

# Cas clinique : séances 12 et 13

- Légère remontée de l'anxiété de fond durant la semaine écoulée faisant craindre une rechute. Interrogation abordée comme une *pensée automatique*, par la *restructuration cognitive* de façon à mettre en évidence les preuves allant à l'encontre d'une rechute.
- Reformulation du second *schéma*. Jacques dit ressentir le besoin permanent de recevoir des compliments, d'être aimé, et même d'être admiré :  
« **Je dois susciter l'admiration ou le respect de tous pour être heureux** » Croyance = 100 %
- **Restructuration cognitive :**
  - **Décentration**
  - **Questionnement socratique :** qu'est-ce que l'admiration ? N'y a-t-il pas confusion entre « l'effet groupie » et l'admiration profonde ? Est-ce que se sentir bien dans sa peau ne repose pas plutôt sur une perception individuelle de soi-même ?
  - **Technique avantages / désavantages** ➔
  - La *restructuration cognitive* souligne, notamment, le risque de n'être jamais totalement satisfait et le rapport de dépendance par rapport à autrui qui pourrait, paradoxalement, aboutir à être peu respecté.
  - Baisse progressive du niveau de croyance (10 %).
- Conclusion de Jacques : « ***Ca peut être un challenge intéressant d'assouplir ce postulat. Si j'arrive à le modifier, je pourrai peut-être être plus heureux au quotidien*** ».

# Cas clinique

## AVANTAGES

### COURT TERME:

- « Pour être comme ça, je suis exigeant avec moi-même »
- « Ca me permet de dépasser mes limites »
- « Si on fait attention à moi, je me sens bien dans ma peau, je me sens sur de moi »

### MOYEN TERME:

- « Ca me permet de tendre vers le haut »
- « Quand je suis dans une période où je suis considéré, je ne me pose plus de questions, je suis épanoui »

### LONG TERME:

- « C'est une possibilité d'atteindre mes objectifs (bien que je ne sache pas précisément lesquels) »
- « Si je ne vis pas quelque chose d'un peu extraordinaire, la vie me paraît fade »
- « Si ça peut durer toute la vie, je serai bien épanoui »

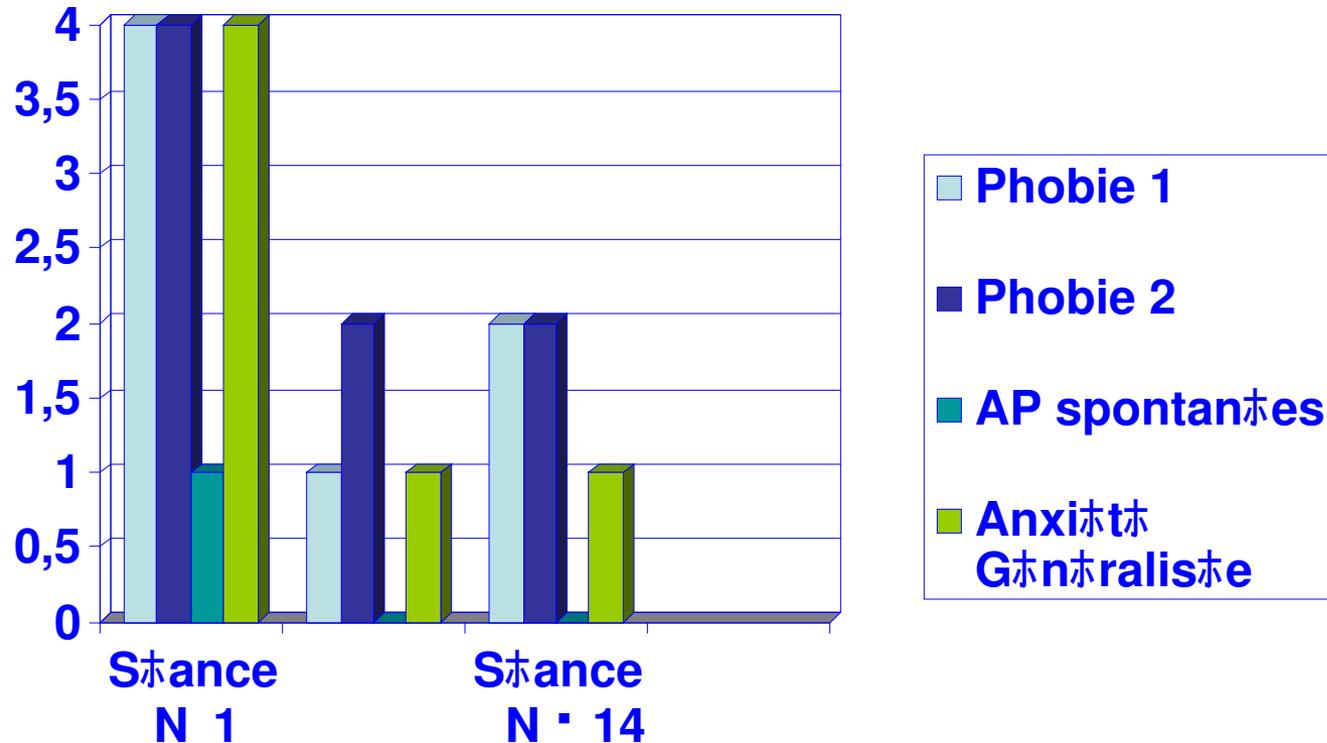
## DESAVANTAGES

- « C'est épuisant d'être toujours exigeant »
- « Mon état dépend de mon interprétation de l'attitude des autres. Cela me rend complètement dépendant »
- « On peut m'apprécier sans forcément le montrer »
- « Si l'on vient me voir pour résoudre un problème, c'est plutôt lié à mes compétences, ce n'est pas vraiment de l'admiration »
- « Je ne peux pas être apprécié par tout le monde et cela me fait souffrir quand je le perçois »
- « Même les personnages célèbres connaissent des moments difficiles. Etre admiré n'empêche pas d'avoir de gros problèmes »
- « Se sentir bien, ce n'est pas tout...actuellement je vis seul »
- « Je risque de ne jamais être satisfait en étant si exigeant »
- « Je base ma vie sur des éléments superficiels. Je risque de passer mon temps à courir après des chimères. La réussite sociale est importante mais ce n'est pas cela qui me rendra le plus heureux »
- « Même s'il ne se passe rien d'exceptionnel dans ma vie, ça serait dommage de ne pas apprécier cette routine qui n'est pas si désagréable »
- « Je risque de perdre mon temps à essayer de me faire aimer des gens, donc être dépendant et finalement être peu respecté »

# Cas clinique : séance 14

- Aucun épisode anxieux important n'est rapporté.
- Jacques va quotidiennement au restaurant avec ses collègues de travail et contrôle efficacement son anxiété en utilisant la recherche de *pensées alternatives*.
- Il conserve une légère appréhension concernant les sorties avec ses amis, devant lesquels il pourrait se sentir mal mais aboutit à la conclusion : « ***Je suis comme je suis et, après tout, si les gens ne me comprennent pas tant pis !!*** »
- Les objectifs fixés en début de thérapie semblent atteints et le patient ne présente plus d'attaques de panique.
- La thérapie s'interrompt donc à la 14<sup>ème</sup> séance. Quelques contacts par téléphone avec Jacques semblent indiquer un maintien des résultats obtenus.

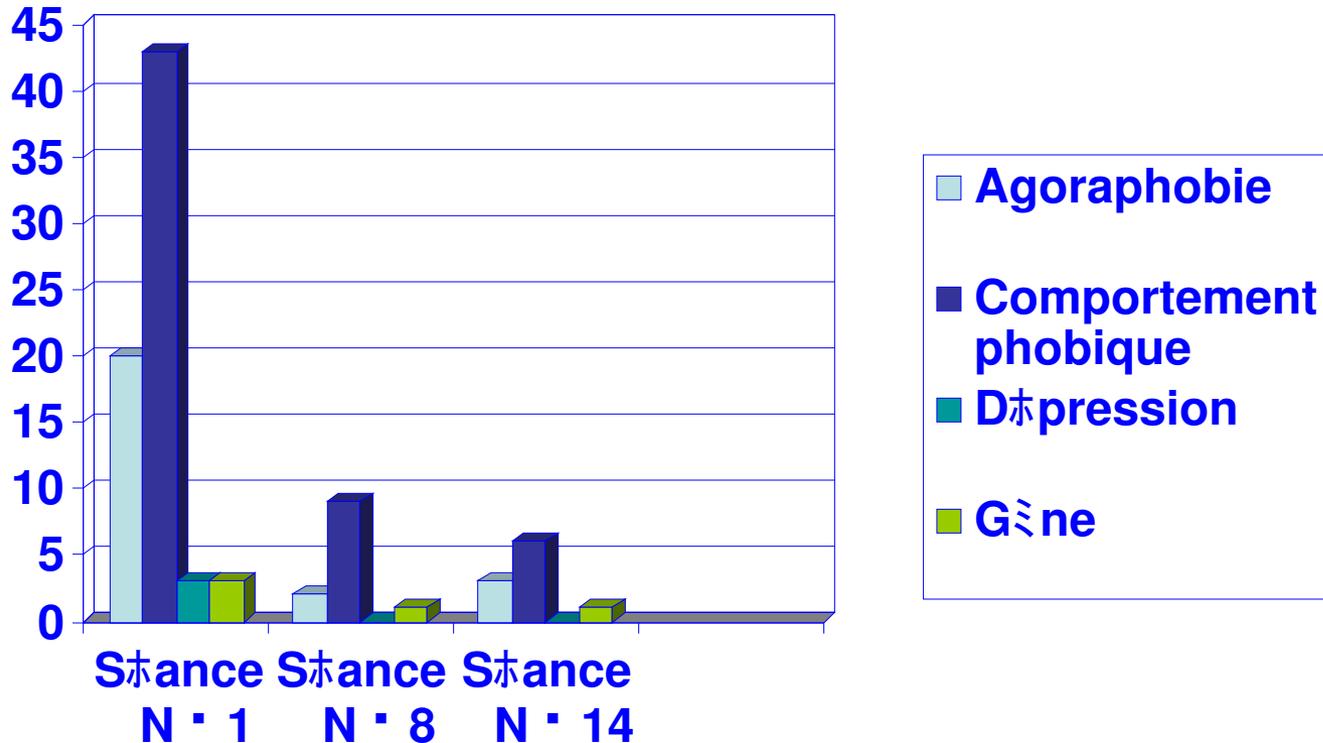
# Cas clinique : Echelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété diffuse (COTTRAUX, 1993)



Phobie 1 : partir seul loin du domicile

Phobie 2 : sorties en société

# Cas clinique : Questionnaire des peurs (MARKS et MATHEWS, 1978)



Principale phobie : être en société

# Principales critiques portant sur les TCC

- ✓ Les TCC ne se préoccupent que de symptômes...
- ✓ Des protocoles de soins rigides ne respectant pas la singularité du sujet et portant atteinte à sa liberté...
- ✓ La disparition d'un comportement-cible est suivie de l'apparition d'un nouveau problème (déplacement, substitution de symptômes)...
- ✓ Une négation de l'inconscient
- ✓ Un traitement superficiel / « thérapies des profondeurs »...

# Contre-indications des TCC

Schizophrénie en phase aiguë

Paranoïa

Dépression mélancolique ou ralentie

Impossibilité de définir clairement les buts du traitement

# Indications des TCC (1/3) : un traitement de choix

Phobies sociales, agoraphobie, phobies spécifiques

Attaques de panique

Trouble obsessionnel compulsif

Anxiété généralisée

Dépression résistante aux antidépresseurs

Sevrage des BZD et autres psychotropes

# Indications des TCC (2/3) : une utilité certaine

Boulimie
Problèmes sexuels et de relation de couple
Prévention de rechute des maladies coronariennes
Douleur chronique
Etats de stress post-traumatique
Gestion du stress
Réhabilitation psychosociale des sujets schizophrènes

# Indications des TCC (3/3) :

## des indications en développement

Troubles addictifs :

Alcoolisme

Toxicomanies, Tabagisme

Jeu pathologique

Médecine comportementale :

Psychogériatrie, ORL, approches éducatives...

Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent :

Troubles anxieux (phobies, obsessions...)

Autisme

Troubles bipolaires

Troubles de la personnalité

# Références bibliographiques

- ✓ « Les thérapies comportementales et cognitives », J. COTTRAUX, Masson, 1998
- ✓ « Les thérapies cognitives », J. COTTRAUX, Retz, 1992
- ✓ « S'affirmer et communiquer », J.M. BOISVERT et M.BEAUDRY, les Editions de l'Homme, 1979
- ✓ « Thérapies cognitives des troubles de la personnalité », J. COTTRAUX et I.M. BLACKBURN, Masson 1995
- ✓ « Faire face à la dépression », C. CUNGI et I.D. NOTE, Retz 1999
- ✓ « Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter : mieux vivre avec un TOC », A.SAUTERAUD, Odile Jacob, 2000