

Monsieur G

Monsieur G réside sur la région depuis environ un an. Il vient consulter en disant qu'il a fait des attaques de panique depuis qu'il était étudiant. Il avait vu un psychiatre sur Boulogne où il résidait puis ensuite une psychanalyse. Il a toujours mal supporté le divorce de ses parents dans son enfance avec un sentiment d'abandon. Après la séparation, il a vécu seul avec son père car sa mère ne voulait pas de lui. Il s'est trouvé séparé de ses frères et sœurs.

Il évoque un début post-traumatique de ses troubles car il s'est retrouvé 3 fois dans des incendies dont une fois au 15^{ème} étage !

Il évite les déplacements de plus de 80 km, il ne peut pas prendre l'avion. Lorsqu'il s'angoisse, il ressent « une pointe au cœur et se dit qu'il va faire une crise cardiaque ». Il fait parfois deux à trois crises d'angoisse par jour.

Actuellement, il lui arrive à aller jusqu'à Rouen ou Caen mais aller plus loin lui semble compliqué ; coucher une nuit à l'extérieur lui semble également compliqué. « J'éloigne le cercle mais le mur est toujours là » dit-il.

Le contexte biographique et familial est difficile. Le divorce des parents a donc été mal supporté ; il dit que sa mère était probablement bipolaire : elle s'emportait puis le câlinait puis brutalement le frappait.

Il a un fort sentiment d'attachement pour son père.

On note également le décès de sa sœur d'un cancer du sein il y a deux ans et le fait que son père (67 ans) a une maladie d'Alzheimer depuis l'âge de 57 ans.

Sa mère a des conduites d'alcoolisation importantes et est en surendettement.

Il signale d'ailleurs lui-même qu'il a un temps « soigné son agoraphobie et ses paniques avec de l'alcool ». Il est abstinent deux ans.

Monsieur L

Monsieur L souffre d'angoisse de contamination importante pour lui et pour les autres en particulier ses enfants.

La crainte du risque est majeure. Il a commencé à éviter de nombreuses situations : les transports en commun du fait des risques de contamination supposées, le toucher des barres d'appui dans les bus, métro, les clenches dans les lieux publics.

Il présente également une angoisse majeure du risque d'accident pour ses enfants principalement. Tout est prétexte à craindre les accidents. Il est très angoissé lorsqu'il doit partir en vacances, quitter sa maison : ai-je bien fermé le gaz, les volets, l'eau, les serrures etc...

Il est utile de noter que cette crainte du risque d'accident se rapproche du fait que son père était administrateur d'une compagnie d'assurances associative bien connue. Son père lui a souvent dit que « tout risque peut-être prévenu ».

Les empêchements que Monsieur L. impose à sa famille dans sa vie quotidienne vont jusqu'à compromettre la vie de couple et actuellement Monsieur L. vit dans une situation de séparation de fait puisqu'il travaille sur Rouen et y a pris, pour des raisons professionnelles, un appartement ce qui « permet de résoudre les tensions à la maison » dit-il.

Il a excellent niveau culturel et professionnel (enseignant universitaire avec responsabilités) et qui a par ailleurs fait depuis de nombreuses années une psychanalyse. « Je suis dans la situation de la personne qui sait pour quoi elle va mal et qui continue à aller mal.

Madame D.

Madame arrive en consultation ralentie, figée, avec une impression au premier abord d'attitude hostile, fermée.

Elle tient des propos très sombre : « je me traîne. J'ai l'impression de n'être plus rien. Cela fait plusieurs mois. Ça traîne depuis 18 mois. Je n'ai plus rien, plus d'envie, de plaisir... ».

Elle travaille comme responsable d'une association d'aides à domicile. Elle évoque une vie professionnelle de plus en plus difficile. « C'est toujours plus, toujours plus vite ».

Récemment, pendant un arrêt de travail, elle a reçu un avertissement pour insuffisance de travail et était en arrêt de travail depuis 5 mois à la première consultation.

« J'ai l'impression d'être cassée en plein de petits morceaux comme un puzzle. Mon mari et mes enfants en ont marre d'entendre ça ». Ils me disent : « secoue-toi, c'est tout ».

Elle a deux enfants de vingt-trois et vingt et un ans.

Elle pense sans cesse à son travail, « je n'arrête pas d'y penser, cela fait vingt-cinq ans que je travaille dans cette association. Aucune collègue ne me contacte. J'ai l'impression d'être une merde ». En 2005, je me suis fait une fracture et la collègue qui m'a remplacée m'en a voulu. C'est une forte tête, et vous savez, je ne sais pas répondre».

À l'époque de la première consultation, son mari était au chômage puis venait de retrouver un emploi en CDD sur la commune où ils résident.

« Tout était bien structuré à la maison et tout s'est écroulé en même temps ».

Après plusieurs mois de prise en charge, et de traitement, elle retrouve un travail et tout va pour le mieux jusqu'à ce qu'à la dernière consultation elle éprouve à nouveau des soucis à son travail. Elle a un ½ temps en remplacement d'un temps plein. « Mon chef met la pression ; il me dit qu'avez-vous fait ce matin ? Après tout ce que j'ai fait : J'ai répondu au téléphone, (il faut passer dix minutes au téléphone), j'ai trié le courrier pour tout le monde (elle travaille à l'accueil secrétariat d'une grosse structure) etc... et sur trois heures, tout cela passe très vite ».

Mais elle s'inhibe, n'ose pas s'expliquer, se dévalorise, manque de confiance en elle et résume cela par : « je suis nulle ».

Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950.

Définition des thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique.

Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social.

Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information.

On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Historique

Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970 grâce à des associations

L'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972,

L'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994.

Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès.

Chacune de ces deux associations propose un annuaire des thérapeutes destiné au corps médical.

Formation des thérapeutes cognitivo-comportementalistes en France

La formation pour s'intituler thérapeute comportementaliste et/ou cognitiviste s'adresse aussi bien aux psychiatres qu'aux médecins généralistes possédant une bonne formation préalable en psychiatrie, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Les orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC et l'AFFORTHECC et dans le service public par des diplômes universitaires (DU).

La formation dure cinq ans au minimum en comptant la formation professionnelle de base de 3 ans puis 2 ans de supervision.

Ces trois années et ces critères sont requis pour obtenir le diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive de l'université Lyon I. D'autres universités proposent des diplômes en deux ans : Marseille, Toulouse, Reims, Bordeaux, Lille et Paris. Mais il est vraisemblable que les normes européennes vont progressivement s'imposer partout.

Modalités d'exercice

Parmi les limitations dans la pratique des thérapies comportementales, on peut citer

- la facilité plus ou moins grande à trouver des thérapeutes formés
- et les difficultés de la mise en œuvre pratique des thérapies, dans un cadre remboursé par le tiers payant.
- Dans le système actuel de paiement à l'acte, leur durée (d'une demi-heure à une heure le plus souvent) peut être un obstacle à leur diffusion.

Les consultations de psychologues libéraux ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie

Enfin il faudrait aussi examiner le rôle et le statut des infirmiers formés aux TCC, à l'intérieur des équipes de psychiatrie publiques ou privées.

Aujourd'hui déjà, les infirmiers spécialisés en santé mentale jouent un rôle important en France, dans toute l'Europe et aux États-Unis, dans la pratique des TCC, en particulier dans la réhabilitation des sujets psychotiques ou borderline

.Il faudrait aussi prendre en compte le fait que des généralistes formés appliquent certaines des techniques de TCC dans le cadre de leur pratique d'omnipraticien, ce qui a pour effet de réduire les coûts des thérapies.

Principes thérapeutiques

Un certain nombre de principes issus des théories de l'apprentissage et des théories cognitives représentent le fondement de la pratique des thérapies cognitivo-comportementales.

Les conditionnements classiques et opérants sont une des bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales.

1

Ils représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Dans ce sens, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées.

2

Mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter.

A - **Pour certains troubles mentaux**, ces formes d'apprentissage ainsi que les mécanismes cognitifs peuvent jouer un **rôle causal direct** dans l'étiologie du syndrome.

B - **Pour d'autres troubles**, ces mécanismes ne jouent pas un rôle causal, **une conditionnabilité**, inscrite dans le tempérament et d'origine biologique, faisant le lit du syndrome.

Les processus d'apprentissage influencent l'expression phénotypique finale d'un syndrome, et peuvent de ce fait être modifiés dans un sens favorable par les TCC.

Les données actuelles de l'épidémiologie génétique

montrent que dans l'anxiété et la dépression les facteurs environnementaux sont aussi importants que les facteurs génétiques dans l'expression phénotypique des troubles.

La **génétique des comportements** (revue in Paris, 1998) montre que les **sources de variation dans la personnalité sont représentées à 50 % par des facteurs héréditaires et à 50 % par des facteurs d'environnement.**

On s'oriente donc vers des modèles de **vulnérabilité génétique**, où

- les **événements** de vie provoquent des **conditionnements**
- et favorisent la mise en place de **schémas cognitifs**
- qui vont entraîner des dysfonctionnements.

Il est possible **d'agir par la TCC**

- sur les réponses comportementales
- et émotionnelles
- ainsi que sur les cognitions.

Conditionnement classique (ou répondant ou pavlovien)

Il a été mis en évidence par **Pavlov** en 1926 (Pavlov, 1963).

Le conditionnement classique, ou pavlovien, a pour effet **met en place les réponses du système nerveux végétatif.**

- Il associe un stimulus neutre (une sonnerie), en le présentant un quart de seconde avant un stimulus inconditionnel (la nourriture), pour que se déclenche une réponse de salivation.
- Le stimulus neutre déclenchera par la suite, à lui seul, la réponse.
- L'ensemble des réponses émotionnelles physiques relève de ce **conditionnement par lequel un stimulus neutre** – un lieu, une image, un son, une date, un mot – est associé automatiquement à **des manifestations émotionnelles.**

Les travaux de **Le Doux (1998)** ont permis une avancée significative de la **biologie des émotions** et de leurs **relations avec les facteurs cognitifs.**

- La conscience joue peu de rôle dans ce type d'apprentissage,
- qui a lieu dans **deux structures neurologiques** qui appartiennent à des **structures primitives du cerveau : le thalamus et l'amygdale**, et également **le tronc cérébral.**
- **L'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses** a lieu dans le **thalamus et l'amygdale**, selon une voie qui **court-circuite le cortex préfrontal.**

- Cette voie est utilisée quand il s'agit de **réponses de survie immédiates** : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser.

Mais à cette voie courte se **superpose une voie longue**, qui va permettre un **traitement conscient et plus lent de l'information**.

Cette voie fait relais dans les aires préfrontales qui font partie du néocortex.

Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété (Le Doux, 1998). Ce qui signifie que la **conscience joue sans doute un rôle dans les processus d'habituation**.

Il est vraisemblable que les personnes qui présentent des **perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente** : ce qui expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion).

Le schéma de Ledoux positionne ainsi les possibles actions de

- la thérapie comportementale sur la voie courte, émotionnelle,
- et de la thérapie cognitive sur la voie longue, plus rationnelle.

Un tel schéma plaide pour une thérapie cognitivo-comportementale agissant à la fois sur les émotions, les comportements et les cognitions.



Figure 7.1 : Voies du traitement de l'information émotionnelle (d'après Le Doux, 1998)

La voie courte est automatique et inconsciente, la voie longue fait intervenir la conscience (aires préfrontales). Les troubles émotionnels utilisent surtout la voie courte. L'habituation est facilitée par le cortex pré-frontal

Conditionnement opérant (ou Skinnérien ou instrumental)

Il décrit le **développement et le maintien des réponses motrices et verbales**. Skinner (1930).

1 - **L'organisme opère sur l'environnement**

2 **les conséquences de son action** le conduisent à **modifier son comportement**.

Il répétera ou éliminera certaines réponses. **Les actions sont renforcées par leurs conséquences**.

Une formulation adéquate de l'interaction entre un organisme et son milieu doit spécifier trois niveaux d'analyse fonctionnelle :

- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, autrement dit le stimulus discriminatif qui signale au sujet qu'il doit agir ;
- la réponse elle-même ;
- les conséquences à effet renforçateur.

L'interrelation entre ces trois éléments est une contingence du renforcement, qui entre aussi en interaction avec les motivations internes à agir.

Une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter (renforcement positif).

Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptible de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives.

L'absence de conséquences négatives ou positives à une action **entraînera progressivement la disparition** de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : **c'est l'extinction**.

Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont le plus souvent utilisés:

- le principe de segmentation de la difficulté : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape ;

- le façonnement progressif (shaping) avec renforcement positif des comportements qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes. Le renforcement positif est présenté par le thérapeute sous forme d'approbation.

Sensibilisation et habituation

L'habituation

est un processus physiologique très général, forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique.

L'habituation est l'inverse de la sensibilisation.

(Éric Kandel, prix Nobel 2000, chez un organisme comprenant un nombre limité de neurones (aplysie), a montré qu'à côté des réponses conditionnelles, il pouvait exister une mémorisation après une seule rencontre avec un stimulus nociceptif et une potentialisation à long terme qui résulte d'une cascade d'événements chimiques qui font que la réponse va s'accroître sans qu'il soit nécessaire de mettre en place de nouvelles expériences de conditionnement .)

Chez l'homme qui souffre de **réponses émotionnelles excessives**, **l'habituation par présentation prolongée et répétée** des stimuli aboutit à la **diminution de la force des réponses inconditionnelles** contrôlées par le tronc cérébral et le complexe amygdalien.

En revanche, la présentation brève des stimuli évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures.

Il s'agit du phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation.

En général il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habituation.

Le thérapeute doit donc proposer aux patients phobiques ou obsessionnels qui sont traités par les méthodes d'exposition, des séances répétées et prolongées, plutôt que des séances brèves.

Modèle psychopathologique

Les thérapies comportementales se sont fondées, au début, sur la notion qu'un certain nombre de comportements, en particulier les comportements d'évitement, résulteraient d'un conditionnement par association de stimuli.

Dans un premier temps, un conditionnement classique des réponses émotionnelles **va fixer un pattern** émotionnel dans la mémoire.

Dans un deuxième temps, l'**évitement** comportemental va soulager de l'anxiété **et fixer sur un mode opérant** les réponses motrices.

Les deux facteurs, conditionnement classique et conditionnement opérant, participent au maintien du trouble anxieux, ce qui fait que les **TCC vont agir à ces deux niveaux d'apprentissage** :

- réduire l'anxiété et
- encourager les comportements actifs d'affrontement.

Le plus connu des principes utilisés en TCC est l'exposition aux situations anxiogènes (Wolpe, 1975 ; Marks, 1987).

Celle-ci est en général effectuée de manière graduelle et précédée d'une phase d'exposition prolongée et répétée en imagination, qui vise à habituer les réponses physiologiques inadaptées et à éteindre les réponses motrices d'évitement.

Apprentissage social : le principe d'apprentissage par imitation de modèles

Il a été démontré (Bandura, 1977), sur le plan expérimental, **l'importance de l'apprentissage par imitation de modèles.**

Ces principes ont été **étendus aux problèmes cliniques.**

Bandura (1977) a également développé **une théorie générale du changement psychothérapique** en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : **l'efficacité personnelle perçue.**

Cette théorie est proche de celle qu'avait développée, à la même époque, Seligman (1975) :

L'impuissance apprise face à des événements aversifs un rôle central dans la psychopathologie.

L'impuissance apprise et la perte de l'efficacité personnelle perçue peuvent rendre compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression.

Le **changement psychothérapique** a lieu dans la mesure où un **sujet se considère, à nouveau, comme capable de présenter un comportement** et qu'il pense que ce comportement aboutira à un résultat (attentes de résultat).

Modifier les attentes de résultats et d'efficacité est un principe général de changement utilisable en psychothérapie, **notamment dans la dépression.**

Il s'agit donc d'une **interprétation cognitive des théories de l'apprentissage**, et l'œuvre de Bandura et celle Seligman représentent une transition entre les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.

Les techniques dites de « modeling », sont surtout utilisées pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôles où le patient, après avoir joué une interaction sociale, observe des modèles compétents qui donnent leur version de la situation.

Le patient s'inspire du modèle pour donner sa propre version.

Ses progrès peuvent être filmés et discutés avec lui. Le modèle peut être présenté par le thérapeute qui joue la scène devant le patient avec un autre thérapeute, ou selon un programme d'apprentissage enregistré sur bande vidéo après une étude soigneuse et une adaptation aux problèmes d'interaction sociale particuliers à chaque patient.

LES THEORIES ET THERAPIES COGNITIVES

Le Stoïcisme, à l'origine de la Thérapie Cognitive...

- **Epictète (55-135 après J.-C.)**

Manuel d'Epictète – fragment I.5 : "Ainsi donc, à toute idée pénible, prends soin de dire : "Tu es idée, et tu n'es pas du tout ce que tu représentes." Examine-la, et juge-la selon les règles dont tu disposes [...]".

Manuel d'Epictète – fragment V : "Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils portent sur ces choses [...], le jugement que nous portons sur la mort en la déclarant redoutable, c'est cela qui est redoutable. Lorsque donc nous sommes traversés, troublés, chagrinés, ne nous en prenons jamais à un autre, mais à nous-même, c'est-à-dire à nos jugements propres. Accuser les autres de ses malheurs est le fait d'un ignorant".

- **Marc Aurèle (121-180 après J.-C.)**

Pensées pour moi-même –livre V, § XVI : "L'âme se colore par l'effet des pensées".

Pensées pour moi-même –livre V, § XIX : "Les choses elles-mêmes ne touchent notre âme en aucune manière ; elles n'ont pas d'accès dans l'âme ; elles ne peuvent ni modifier notre âme, ni la mettre en mouvement. Elle seule se modifie et se met en mouvement, et les accidents sont pour elle ce que les font les jugements qu'elle estime digne d'elle-même".

Principes issus de la psychologie cognitive

Les thérapies cognitives (Beck et coll., 1979 ; Cottraux, 2001), sont fondées sur la notion de schémas cognitifs.

Selon Alfort et Beck (1997), on peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme.

- Stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique),
- les schémas cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique).
-

La psychologie cognitive décrit les relations entre conscient et inconscient en distinguant deux types de processus cognitifs : les **processus automatiques** et les **processus contrôlés**.

Les **processus cognitifs automatiques** sont **inconscients, rapides, sans effort**, ne requièrent que peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils **correspondent aux schémas et aboutissent aux pensées automatiques** qui émergent à un niveau proche de la conscience.

Les processus cognitifs contrôlés sont **conscients, lents**, requièrent à la fois effort et attention et sont faciles à modifier. Ils **correspondent à la pensée logique**, et aboutissent au **décentrement par rapport à soi**.

Les thérapies cognitives vont essayer de favoriser les processus contrôlés par rapport aux processus de traitement automatique de l'information par les schémas perturbés.

LES GRANDS PRINCIPES

• Une cognition, qu'est-ce que c'est ?

Le mot "Cognition" vient du latin "Cognitio" signifiant : une pensée.

D'un point de vue formel, le terme "Cognition" comprend l'ensemble des connaissances, des croyances et des représentations mentales d'une personne

Dans un sens plus large, cela inclut également les mécanismes par lesquels cette personne acquiert de l'information (démarches d'apprentissage), la traite, la conserve et l'exploite.

Les cognitions sont liées à la perception, à l'éducation, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'intelligence, à la fonction symbolique et au langage.

Plus simplement, on pourra retenir que nos "cognitions" sont nos croyances et nos pensées.

• Nos émotions sont le fruit de nos pensées.

C'est là le principe premier de la thérapie cognitive : ce n'est pas le monde extérieur qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit.

Si la dépression était la conséquence de conditions de vie difficiles, **on devrait en théorie observer des vagues de cas de dépression en période de guerre**, ou dans des pays touchés par la malnutrition.

Or on constate plutôt le contraire (**on se suicide moins en temps de guerre qu'en temps de paix, moins en Afrique qu'en Europe**).

En fait, il apparaît qu'une grande proportion des personnes souffrant de dépression ont une vie que d'autres pourraient considérer comme a priori satisfaisante, voire enviable : situation financière normale, famille aimante, pas de traumatisme particulier, pas de maladie organique, pas de pression ni de danger marquant.

En fait, **la dépression n'est pas causée par l'environnement du sujet, mais par les pensées et les schémas mentaux qu'il emploie pour l'interpréter.**

C'est donc en apprenant à travailler sur ses cognitions qu'une personne pourra sortir de sa dépression. C'est précisément là le but d'une thérapie cognitive.

- **Les distorsions cognitives.**

Les cognitions étant par nature plus ou moins subjectives, elles peuvent conduire le sujet à une vision approximative, déformée, voire totalement inexacte du monde.

Chez le sujet dépressif, les distorsions cognitives, c'est à dire des interprétations et des représentations biaisées du monde privilégiant systématiquement une vision négative et pessimiste des choses, sont responsables de son incapacité à évaluer la réalité de manière positive ou neutre. Le patient ne semble plus capable d'objectivité.

Ces distorsions peuvent concerner des domaines plus ou moins importants de la vie d'une personne.

Aaron Beck a défini la dépression comme étant le résultat de distorsions dans trois domaines majeurs :

1. **Cognitions sur soi.**
2. **Cognitions sur l'environnement** (le monde et les autres).
3. **Cognitions sur l'avenir.**

Ces 3 grands types de distorsions constituent ce que l'on appelle **la triade de Beck**. On peut les retrouver à des degrés divers chez tous les patients déprimés.

Exemples de distorsions cognitives chez un patient dépressif :

Cognition sur soi : "**Je ne vau rien**", "**Je ne suis pas à la hauteur**".

Cognitions sur l'environnement : "**Ce monde est pourri**", "**Les gens sont égoïstes**".

Cognitions sur l'avenir : "**Rien ne s'améliorera jamais**", "**C'est sans espoir**".

Chez une personne dépressive, ces expressions ne sont pas de simples paroles en l'air destinées à attirer l'attention. Elles correspondent à la véritable représentation mentale qu'elle se fait du monde et d'elle-même.

Comme nous le verrons dans les paragraphes suivants, le **rôle du thérapeute est de faire prendre conscience au patient de ces distorsions cognitives, et de l'amener à une représentation plus "normale" et plus rationnelle des choses.**

Pour cela, il va, dans un premier temps, devoir apprendre au patient à devenir **métacognitif**, c'est-à-dire **l'amener à réfléchir à la manière dont il pense.**

Cette capacité tend à disparaître chez les personnes souffrant de dépression.

• Les 10 pensées dysfonctionnelles types.

Les pensées dysfonctionnelles sont des distorsions cognitives très courantes chez les personnes dépressives. Ce sont des façons de penser stériles, souvent stéréotypées, qui s'appliquent de manière quasi-automatique (on parle également de "pensées automatiques"), et amènent le sujet à avoir une vision très sombre du monde.

Liste des pensées dysfonctionnelles

1- La pensée dichotomique (principe du tout ou rien). C'est le fait de penser que si une chose n'est pas exactement comme nous le souhaitons, alors il s'agit d'un échec. Il s'agit d'une perte totale des nuances. Ex. : "**Si je n'ai pas été embauché, c'est que je ne vauds rien**", "**Si je n'ai pas 20 sur 20 à cet examen, c'est que je suis nul**". Dans ces conditions, avoir 18 sur 20 à un examen, ou n'être "que" le second de sa promotion peuvent être perçus comme des échecs cuisants.

2- La surgénéralisation : on construit des règles pour son comportement futur à partir de quelques événements négatifs passés. Ex. : "**Elle n'a pas voulu sortir avec moi ; je vois bien que je n'arriverai jamais à sortir avec une fille**". Avec la surgénéralisation, un seul événement négatif peut influencer tout le comportement à venir d'une personne qui se voit alors vouée à l'échec. On peut distinguer 2 grands types de surgénéralisation

2-a : La surgénéralisation verticale : un échec dans un domaine à un moment donné, et c'est tout le domaine en question (passé, présent et avenir) qui est perçu comme un échec et perdu d'avance. Ex. : "**Elle ne veut pas sortir avec moi. J'ai toujours tout raté en amour, je serai seul et malheureux toute ma vie**".

2-b : La surgénéralisation horizontale : c'est le fait de lier entre eux des problèmes différents, là où ça n'a pas lieu d'être. Un échec dans un domaine va amener la personne à voir des échecs dans tous les domaines. Ex. : "**J'ai été licencié de mon entreprise, ce n'est pas étonnant, je rate tout ce que je fais dans la vie**".

3- L'abstraction sélective : c'est un filtre mental qui ne laisse percevoir que le côté négatif des choses. On se focalise sur les détails déplaisants, ce qui nous conduit à voir l'ensemble en négatif. Ex. : une personne passe une soirée avec des gens agréables et intéressants, elle s'amuse, elle danse, lorsque quelqu'un renverse du café sur sa chemise. A cause de cet incident, elle en conclut que la soirée est totalement gâchée. Autre exemple : un joueur de tennis gagne lors d'une rencontre sportive, mais au lieu de s'en réjouir, il passe plusieurs jours à ressasser les erreurs qu'il a commises pendant le match et à s'en faire le reproche.

4- La disqualification du positif : on transforme une expérience neutre ou positive en expérience négative. Ex. : on me fait un compliment, j'en déduis que **"tout le monde sait que c'est faux, on me dit ça juste pour me faire plaisir"**, ou encore : **"Le soutien des gens qui m'aiment ne compte pas. Ils ne connaissent pas ma vraie nature"**. C'est une sorte d'alchimie inversée où l'on transforme de l'or en plomb.

5- Les conclusions hâtives (ou principe de l'inférence arbitraire) : on imagine des scénarios noirs sans preuve et on y porte crédit. On peut en distinguer 2 sortes :

5-a : Les lectures des pensées d'autrui : C'est lorsque l'on croit connaître les pensées des autres en se fiant à de maigres indices. Ex: **«Je lui ai laissé un message mais il ne m'a pas rappelé, il ne me considère plus comme son ami.»**, ou bien : **"Mon patron m'a regardé de travers, il pense certainement me licencier"**.

5-b : Les erreurs de voyance : faire des prédictions pessimistes et les considérer comme vraies. Ex. : **"Je vais devenir folle."**, **"Cette thérapie ne marchera pas, je suis incurable."**, **"Je vais rester seul toute ma vie."**

6- Exagération (dramatisation) et minimalisation : on exagère ses erreurs et on minimise ses points forts. Exemple d'exagération : **"J'ai fait une erreur au travail, tout le monde va le savoir et je serai complètement ridicule aux yeux de tous."** ; Exemple de minimalisation : **"J'ai trouvé la solution au problème, mais c'est simplement parce que j'ai eu un coup de chance"**.

7- Le raisonnement émotionnel : c'est se servir de ses sentiments comme s'il s'agissait de preuves. Ex. : "**Je me sens désespéré, donc mes problèmes doivent être impossibles à résoudre.**" ; "**Je ne me sens pas de taille à affronter une situation, donc je suis un looser.**" ; "**Si je me sens dégoûté de ce monde, c'est parce qu'il n'a rien à m'offrir**" ; "**Si je suis angoissé tout le temps, c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas**".

8- Les fausses obligations ("musturbation" en anglais) : Se fixer arbitrairement des buts à atteindre (je dois, je devrais...). Ex. : "**Je dois absolument faire le ménage chez moi.**". Résultats : si l'on n'atteint pas ses objectifs, on se sent coupable. On peut également appliquer cette règle pour les autres (on me doit...) : "**Après tout ce que j'ai fait pour lui, il pourrait au moins être reconnaissant.**" Cela conduit à un sentiment d'amertume, de ressentiment, et à l'idée que l'on est la seule personne à se conduire convenablement.

9- L'étiquetage : ce sont des jugements définitifs et émotionnellement chargés que l'on porte sur les autres ou sur soi-même. Ex. : "**Cette personne est un monstre.**" ; dire "**Je suis complètement nul**" au lieu de dire "J'ai fait une erreur".

10- La personnalisation : se sentir responsable du comportement des autres. Ex. : "**Si mon fils ne travaille pas à l'école, c'est parce que je suis une mauvaise mère.**", "**Ce qui arrive est ma faute.**" La personnalisation conduit à un sentiment de culpabilité. C'est l'erreur consistant à penser pouvoir gérer la vie des autres (alors qu'on ne peut que l'influencer).

Les schémas

introduit en psychologie par **Piaget en 1964** pour décrire la construction de la pensée logique.

Les schémas dont parle Beck sont liés essentiellement à des émotions et sont faits de **croyances et d'interprétation**.

Ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire.

Ils correspondent à des **patterns émotionnels, attentionnels, mnésiques et comportementaux**

Ces schémas se traduisent par une **attention sélective vis-à-vis des événements** qui les confirment : ils représentent donc **une prédiction qui se réalise**.

Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité qui ont de l'influence sur les stratégies individuelles d'adaptation.

Ils ont une **spécificité de contenu** : chaque syndrome psychopathologique, chaque trouble de personnalité possède son propre contenu.

Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques :

- schémas d'interprétation négative des événements (dépression),
- schémas de dangers (phobies, attaques de panique),
- schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).

Les schémas se traduisent, en clinique, par une **vulnérabilité cognitive individuelle** :

Souvent latents, ils vont être activés par les événements de vie spécifiques qui représentent un défi adaptatif pour chaque individu.

Les schémas se disent en thérapie sous la forme de postulats.

Il existe des **postulats inconditionnels** qui sont souvent négatifs chez les dépressifs ou les personnes ayant un trouble de personnalités :

Par exemple « je suis incompetent » ou « je nouveau rien », « ma vie ne peut être qu'un échec ».

Il existe aussi des **postulats conditionnels (postulat conditionnel en « si... alors »)** : « si je parle, on va me juger comme incompetent »

Il va aboutir à des règles de conduite et des règles de fonctionnement : « tais-toi, évite de fréquenter les autres ».

Thérapie Cognitive

Au commencement d'une thérapie cognitive,

- le patient devra étudier, comprendre et apprendre cette liste de pensées dysfonctionnelles.
- Avant toute forme d'introspection, le patient sera amené, grâce à des exercices, à repérer et mettre en évidence ces différentes pensées dysfonctionnelles sur des exemples types.

Une fois bien exercé, il pourra commencer à relever et mettre en évidence ces distorsions dans sa propre façon de penser.

Pour cela, il pourra être amené à employer un outil très utile : les fiches d'autoévaluation de Beck.

• Les fiches d'autoévaluation de Beck

Il s'agit d'une technique très simple élaborée par Aaron Beck pour aider ses patients à mettre en évidence clairement leurs pensées dysfonctionnelles afin de mieux les analyser. Les patients disposent ainsi d'un outil qui leur permet par eux-mêmes d'avoir une approche plus rationnelle et moins stérile de leur problème.

Il s'agit d'un formulaire constitué de 5 colonnes que l'on remplit de gauche à droite :

Date :

Situation	Emotions		Pensée Automatique	Réponse Rationnelle	Résultat	
	Spécifier :		La pensée automatique qui a conduit à l'émotion :	La pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique :	Réévaluation de la croyance dans la pensée automatique	
	Tristesse :	%			Tristesse :	%
	Colère :	%			Colère :	%
	Anxiété :	%			Anxiété :	%
		%				%
					Spécifier de nouvelles émotions éventuelles :	
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion :		Niveau de croyance dans cette pensée automatique :	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle :	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse :	
	%		%	%	%	

1^{ère} colonne : Situation : on y décrit rapidement l'événement ou la situation qui a déclenché la contrariété. On n'y inscrit aucune émotion, ni aucune pensée, mais uniquement des faits. (Par exemple : j'ai laissé un message téléphonique à mon ami et il ne m'a pas rappelé)

- **2^{ème} colonne : Emotion** : décrire et évaluer le plus précisément possible les émotions ressenties en pourcentages de 0 à 100. L'émotion globale est à décomposer en terme de : tristesse, colère et anxiété qui sont souvent les trois principales composantes d'une humeur négative. Le patient peut éventuellement en ajouter d'autres (frustration, dégoût, etc...).
- **3^{ème} colonne : Pensées automatiques** : C'est la liste de toutes les pensées qui nous passent par la tête et qui nous rendent malheureux, anxieux, ou en colère. On indiquera le niveau de croyance global pour ces pensées automatiques. (On peut également préciser le niveau de croyance pour chaque pensée automatique).
- **4^{ème} colonne : Réponses rationnelles** : il s'agit ici de prendre du recul par rapport aux pensées de la colonne précédente et de les analyser en mettant en évidence les pensées dysfonctionnelles exactement comme cela a été décrit dans les exercices du chapitre précédent (liste des pensées dysfonctionnelles). On fera enfin la liste des réponses rationnelles face à l'événement ou la situation. On indiquera le niveau de croyance global pour ces réponses rationnelles (on peut préciser également le niveau de croyance pour chaque réponse rationnelle).
- **5^{ème} colonne : Résultat** : après avoir inscrit les pensées automatiques et les réponses rationnelles qui s'y rapportent, on évalue à nouveau les émotions ressenties en termes de tristesse, d'anxiété et de colère. On indiquera également l'intensité globale de l'émotion après analyse, que l'on pourra, bien sûr, comparer avec l'intensité globale de l'émotion avant analyse (colonne 2).

La fiche d'autoévaluation de Beck n'est pas un outil qui fait disparaître toutes les contrariétés de la vie. En revanche, elle permet de rationaliser l'approche que l'on peut en avoir. Très souvent, cette technique conduit à une nette amélioration de l'humeur du patient par rapport à une situation donnée.

Au début de la thérapie, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son thérapeute afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite très rapidement utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion de ses problèmes au quotidien.

Au début de la thérapie, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son thérapeute afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite très rapidement utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion de ses problèmes au quotidien.

Dans le cadre d'une thérapie cognitive, le patient est invité à remplir une fiche de Beck à chaque fois qu'il rencontre une contrariété, ou simplement lorsqu'il se sent mal (tristesse, anxiété, colère). Il peut ainsi être amené à en remplir plusieurs par jour.

Le patient pourra conserver ces fiches afin d'avoir un suivi de son travail. Même si une contrariété donnée a déjà fait l'objet d'une fiche dans le passé, le patient ne doit pas hésiter à en remplir une autre sur le même sujet.

La fiche d'autoévaluation est une technique à utiliser sans modération. En effet, si des distorsions cognitives répétées peuvent rapidement conduire à la dépression, la rationalisation ne peut, quant à elle, avoir que des effets bénéfiques sur l'humeur des patients et leur manière d'appréhender leurs problèmes.

Nous avons jusqu'alors abordé des cognitions dont il était relativement facile de prendre conscience d'un point de vue métacognitif (c.à.d. la capacité à analyser sa propre façon de penser). Nous allons maintenant aborder un niveau de cognition plus difficile à mettre à jour : les schémas cognitifs.

• Les schémas cognitifs.

Les schémas sont les grandes structures de base de l'organisation cognitive d'un individu. Ce sont des cognitions fondamentales stables et rarement exprimées directement. Les schémas s'appliquent de manière automatique et commencent à se construire très tôt chez l'enfant.

Ils sont ancrés profondément et ne sont pas toujours faciles à mettre à jour. Ces schémas nous amènent à avoir une représentation du monde partielle et très simplifiée. Ils tendent à nous aiguiller systématiquement vers des jugements et des comportements stéréotypés. A partir d'une situation ou d'un événement donné, ils nous fournissent une anticipation de l'avenir.

S'ils nous aident à appréhender notre environnement en nous permettant de ne pas avoir à tout réinventer lorsque nous faisons face à une situation déjà rencontrée, les schémas cognitifs peuvent également nous handicaper, car ils sont très réducteurs, déformant à outrance la réalité et agissant comme des œillères. D'une manière générale, les schémas cognitifs, sans nous laisser le choix, ferment beaucoup de portes, et en ouvrent peu. Chez les personnes dépressives, cela peut aboutir à une véritable vision tunnelaire du monde.

Les personnes dépressives ont souvent des avis très tranchés sur les sujets sensibles : l'amour, la vie, l'amitié, le monde, les autres, eux-mêmes. Ces opinions sont généralement le fruit de schémas cognitifs très forts qui laissent malheureusement peu de place à la nuance.

Le rôle du thérapeute est de permettre au patient de prendre conscience de ces schémas (par des techniques que nous verrons ensuite), et de l'amener à envisager d'autres options, d'autres façons de voir les choses, de manière plus rationnelle et moins stéréotypée.

Exemples de schémas :

- **"Ma valeur dépend de l'estime des autres".**
- **"Je ne suis rien sans amour".**
- **"Pour être heureux, je dois réussir tout ce que je fais".**
- **"Je suis en danger si je n'anticipe pas tous les problèmes".**
- **"Il faut toujours tirer les leçons de ses échecs".**
- **"On ne peut pas être heureux si on n'a pas trouvé un sens à sa vie".**
-

Nota Bene : Si les techniques type Fiches d'autoévaluation de Beck, permettent au patient de se sentir mieux dans sa vie quotidienne en l'amenant à rationaliser ses pensées conscientes, elles ne s'attaquent pas aux causes de la dépression. Mettre à jour les schémas cognitifs d'une personne, et l'amener à les analyser, permettra de traiter les causes, et pas simplement les symptômes de la dépression.

Les schémas étant généralement inconscients et rarement verbalisés (on parle de "postulats silencieux"), **le thérapeute doit employer certaines techniques pour les mettre à jour lors de la thérapie. La plus utilisée se nomme la technique de la flèche descendante.**

● **La technique de la flèche descendante (Bottom line)**

Nous avons vu que la technique de la fiche de Beck consistait à partir d'une pensée dysfonctionnelle, et de l'analyser de manière rationnelle afin d'amener le patient à une vision plus réaliste, plus neutre, et moins émotionnelle des choses.

Dans le cas de la flèche descendante, nous allons faire *exactement le contraire* : Nous allons partir d'une pensée dysfonctionnelle (consciente) exprimée par le patient, et faire "comme si c'était vrai", afin de pouvoir descendre le plus profondément possible dans des niveaux cognitifs de plus en plus inconscients jusqu'à ce que l'on puisse accéder aux schémas cognitifs qui sont à l'origine de cette pensée.

Le meilleur moyen de comprendre cette technique est de l'illustrer par un exemple :

- Patient : "Mon responsable m'a dit que le client était mécontent de mon travail".

-Thérapeute : "Oui, d'accord, et quel est le problème ?".

- P. : "Il pense sûrement que je suis un ingénieur très médiocre"

-Th. : "Si c'est vrai qu'il le pense, pourquoi est-ce que cela vous ennuie ?"

- P. : "Parce que cela veut dire que je suis effectivement un très mauvais ingénieur, il sait de quoi il parle !"

-Th. : "Peut-être, mais si c'est le cas, en quoi cela vous gêne ?"

- P. : "Ca veut dire que je suis un raté total, un bon à rien."

-Th. : "Bon, et si vous êtes un raté total et un bon à rien, en quoi est-ce que cela est gênant ?"

- P. : "Et bien tout le monde finirait pas s'en rendre compte. Plus personne ne me respecterait. Je serais licencié et je ne pourrais plus jamais trouver de travail dans mon domaine. Je serais obligé de changer de région."

-Th. : "D'accord, et cela signifierait quoi pour vous ?"

- P. : "Cela voudrait dire que je suis complètement nul et inutile. Je me sentirais si malheureux que je voudrais mourir."

Dans l'échange précédent, on peut ainsi mettre en évidence 3 schémas cognitifs chez le patient :

1: si quelqu'un me critique, il a forcément raison.

2: ma valeur dépend de mes réalisations.

3: une erreur, et tout est gâché. Si je ne réussis pas tout le temps, je suis nul.

Une fois l'enchaînement des pensées automatiques établi, et une fois les postulats silencieux identifiés, le travail du patient, avec l'aide du thérapeute, est alors d'analyser l'échange précédent, et, pour chaque étape, d'en faire ressortir les pensées dysfonctionnelles afin de les remplacer par des réponses rationnelles.

Le thérapeute amènera ensuite le patient à faire une analyse coût-bénéfice de ses schémas cognitifs à l'aide d'un tableau à deux colonnes.

On retrouve très souvent les mêmes types de schémas chez les personnes dépressives. Un test des croyances dysfonctionnelles peut aider à les mettre en évidence.

Les TCC ont pour but la modification des schémas par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles. Un des moyens les plus efficaces de changement des schémas est la modification des comportements.

Pratique des TCC

Les TCC peuvent se présenter sous la forme

- de thérapie individuelle,
- de thérapie de groupe,
- de couple
- ou de thérapie familiale. La thérapie familiale sous forme de psycho-éducation et de résolution de problèmes a particulièrement été étudiée chez les psychotiques.

10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Cependant, pour les troubles de la personnalité, des séances d'une heure sont recommandées.

Pour les formes graves des troubles de la personnalité comme la personnalité borderline, les techniques ont dû être adaptées à ce cadre particulier.

La thérapie comportementale dialectique des personnalités borderline utilise différents principes et un ensemble éclectique de techniques qui correspond à un programme intensif qui dure une année et associe thérapie individuelle une fois par semaine et thérapie de groupe.

Les principes sont comportementaux et cognitifs, ils font appel à la gestion des contingences de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique (synthèse dialectique), l'exposition aux émotions (implosion ou flooding), et au développement des comportements adaptés socialement.

Les techniques comprennent :

- la résolution de problèmes ;
- l'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques, pour cesser de les dénier ou d'avoir une crise au moment d'un souvenir (en effet, plus de la moitié des patients borderline souffrent de stress post-traumatique) ;
- en groupe, jeux de rôles et résolution de problèmes, gestion des émotions, relations interpersonnelles, tolérance, acceptation de soi ; techniques d'éveil, de concentration et de mise à distance.

Enfin, une ligne téléphonique de type « SOS vingt-quatre heures sur vingt-quatre » est à la disposition des patients.

Pour les troubles obsessionnels compulsifs graves et le stress post-traumatique chronique, des séances d'une heure à trois heures ont été recommandées.

Cadre thérapeutique

La thérapie se déroule en plusieurs étapes :

- analyse motivationnelle : qu'est-ce que le patient désire changer ? Définition avec le thérapeute des objectifs du traitement ;
- établissement d'une relation thérapeutique de collaboration : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien ;
- analyse fonctionnelle : définition des comportements problèmes ; mise en relation des comportements avec les émotions et les pensées ;
- explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées ;
- développement de capacités d'autoguérison et d'autogestion ;
- évaluation des résultats du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer ;
- programme de maintenance et suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.

Analyse fonctionnelle

Une étape capitale est **l'analyse fonctionnelle**, qui étudie les relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.

On utilise des grilles d'analyse fonctionnelle (Cottraux, 1998) permettant de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements problèmes présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

Séance de thérapie cognitivo-comportementale

Le thérapeute est actif. Les séances sont structurées selon le modèle qui est issu des thérapies cognitives de la dépression (Beck et coll., 1979) mais qui peut être étendu facilement, avec quelques variantes, aux différentes indications des TCC. Une **évaluation des tâches** effectuées entre les rencontres, s'il y a lieu, est faite en début de séance. Puis un **agenda de séance est défini** : un thème est établi avec le patient. Des **récapitulations fréquentes** sont proposées : le thérapeute effectue toutes les dix minutes environ un **résumé de la séance** qu'il propose à la discussion du patient. La méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances. Le thérapeute n'effectuera pas de confrontation directe du patient à sa problématique, mais cherchera à développer une prise de conscience progressive par un jeu de questions et réponses. Des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont ensuite utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient. Un résumé de séance est sollicité par le thérapeute de manière à mettre à jour ce que le patient retient de la séance. **Ce résumé est discuté.** Enfin le **thérapeute demande un feed-back du patient** sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser. Avant de terminer, des **tâches cognitives et comportementales sont définies avec le patient.** Elles seront à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et un agenda est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

Relation thérapeutique

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive. Elles sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes.

En thérapie cognitive, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun. Ce type de relation est appelée « relation de collaboration empirique ».

En conclusion, les TCC représentent l'application de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes cliniques. Comme pour toute thérapie, elles prennent place dans un contrat de soins et à travers une relation thérapeutique, qui présente la caractéristique d'être une relation de collaboration empirique. Le fait que les TCC aient, dès leurs débuts, mis l'accent sur la validation scientifique des pratiques a permis le développement d'une culture de l'évaluation et la recherche des preuves d'efficacité. Ceci explique le nombre important des recherches contrôlées dans tous les domaines de la psychopathologie qui ont été conduites des années 1960 à nos jours sur l'efficacité et le processus des TCC.

Modification des attaques de panique

RÉGULATION RESPIRATOIRE

L'hyperventilation chronique et aiguë est l'une des manifestations cliniques de l'agoraphobie et des états de panique.

Il existe un recoupement entre les syndromes d'hyperventilation et l'agoraphobie.

De même la spasmophilie pourrait facilement être rattachée aux attaques de panique avec ou sans agoraphobie.

On utilise des méthodes thérapeutiques visant à modifier à la fois les composantes cognitives et les phénomènes hyperventilatoires qui accompagnent les attaques de panique (Salkovskis, 1989).

Modèle de l'hyperventilation

Des **stimuli internes** (pensées, images) et/ou **des stimuli externes** (des situations stressantes) provoquent une **hyperventilation**.

Celle-ci entraîne ensuite **une alcalose et des phénomènes périphériques** d'anxiété (tachycardie, sudation).

Ces **phénomènes sont alors appréhendés** par le sujet comme

étant des **signes d'une maladie physique grave, par exemple un infarctus** : ce qui provoque une remontée de l'anxiété.

Une **spirale ascendante d'anxiété se met en place et provoque l'attaque de panique,**

dont le retour sera ensuite anticipé avec angoisse.

Penser au mot panique peut dans certains cas **provoquer la crise aiguë d'angoisse.**

Les méthodes thérapeutiques cherchent

- à **rétablir le contrôle respiratoire**
- et visent une **modification des attentes catastrophiques** du patient.

Le traitement a **deux buts** :

- **Réattribuer l'origine** de leurs attaques de paniqué à **l'hyperventilation induite** par des stimuli stressseurs, **plutôt qu'aux catastrophes** qu'ils imaginent.

- **Éviter l'hyperventilation quand les patients sont « sous**

stress » et ainsi leur permettre de contrôler les attaques de panique

Il a été montré que l'hyperventilation était plus liée à la profondeur de la respiration qu'à l'accélération de sa fréquence.

Chaque séance comporte 4 phases :

Hyperventilation volontaire dont le thérapeute montre la **similitude avec les attaques de panique**. (Il peut s'aider d'une fiche mise au point par Salkovskis)

Explication de l'induction des attaques de panique par l'hyperventilation (alcalose respiratoire).

Apprentissage du ralentissement respiratoire en faisant

descendre le sujet à 8 ou 10 cycles respiratoires par minute : respiration régulée au métronome. **Cette respiration doit être superficielle** pour ne pas accentuer l'alcalose qui risque d'aggraver les troubles

Épreuve d'hyperventilation volontaire suivie d'un contrôle rapide par la remise en place du ralentissement respiratoire. **Deux à dix séances** selon les auteurs sont nécessaires

TECHNIQUES VAGALES

solliciter le réflexe baro-sinusien de Valsalva : on demande au patient de réaliser durant **trois à cinq secondes une hyperpression abdominale** en gonflant le ventre ce qui a pour effet de réduire rapidement la fréquence cardiaque.

On peut **répéter une dizaine de fois cette manœuvre.**

Peut être facilement utilisé **en combinaison avec l'exposition en imagination et l'exposition *in vivo*.**

Facilite l'exposition *in vivo*, car son action est beaucoup plus rapide que celle d'une relaxation.

En outre elle **peut être combinée avec la régulation respiratoire.**

Cette **méthode simple est appréciée des patients**, qui découvrent un moyen rapide d'influencer favorablement des troubles cardiaques qu'ils croient au-dessus de tout auto-contrôle