

Jérôme Palazzolo

GUIDE DE POCHE **des TCC**

**Thérapies
comportementales
et cognitives**



**Troubles anxieux, dépression,
phobies, addictions...**

**Les TCC pour une
meilleure qualité de vie !**

LE DUC ↗
poche

Troubles anxieux, dépression, troubles obsessionnels compulsifs, phobies, addictions... Autant d'indications pour lesquelles les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré scientifiquement leur efficacité. De courte durée et bien acceptée, une telle approche suscite à juste titre un intérêt croissant. Grâce à cet ouvrage exhaustif, vous aborderez sereinement les TCC.

Au programme :

- **Les différentes formes de TCC** : leurs fondements, les principes de fonctionnement et leurs objectifs.
- **Le déroulement d'une thérapie et les techniques utilisées** : la restructuration cognitive, l'activation comportementale, la relaxation...
- **Les mécanismes à l'œuvre dans nos pensées dysfonctionnelles** : apprendre à identifier ces pensées pour mieux s'en libérer.
- **Des cas cliniques concrets** analysés pas à pas au fil des séances : phobie, dépression, boulimie.
- Les principaux **questionnaires et échelles d'évaluation utilisés**.

Une thérapie « active » pour aller mieux, vite et longtemps !

Dr Jérôme Palazzolo est médecin psychiatre libéral à Nice, chargé de cours à l'université Côte d'Azur, où il est cofondateur du diplôme universitaire de thérapies comportementales et cognitives, et professeur de psychologie clinique et médicale au département Santé de l'université internationale Senghor (Alexandrie, Égypte). Spécialisé en psychopharmacologie et en thérapie cognitivo-comportementale, il a publié plusieurs ouvrages de référence.

Rayon : Développement personnel

ISBN 979-10-285-3101-0



9 791028 531010

editionsleduc.com

LEDUC
poche



10,40 euros
Prix TTC France

Jérôme Palazzolo

GUIDE DE POCHE des TCC

**Thérapies
comportementales
et cognitives**

**Troubles anxieux, dépression,
phobies, addictions...**

**Les TCC pour une
meilleure qualité de vie !**

LEDUC 
poche

REJOIGNEZ NOTRE COMMUNAUTÉ DE LECTEURS !

Inscrivez-vous à notre newsletter et recevez des informations sur nos parutions, nos événements, nos jeux-concours... et des cadeaux !

Rendez-vous ici : bit.ly/newsletterleduc

Retrouvez-nous sur notre site www.editionsleduc.com
et sur les réseaux sociaux.



Leduc s'engage pour une fabrication écoresponsable !

« Des livres pour mieux vivre », c'est la devise de notre maison.

Et vivre mieux, c'est vivre en impactant positivement le monde qui nous entoure ! C'est pourquoi nous avons fait le choix de l'écoresponsabilité. Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre site.



Du même auteur aux éditions Leduc

Stop à l'anxiété, coll. «C'est Malin», 2018.

Stop à l'anxiété sans médicaments, coll. «C'est Malin», 2017.

La présente édition est le passage en poche de l'ouvrage initialement paru en 2021 sous le titre : *Ma Bible des TCC*.

Conseil éditorial : Sophie Carquain

Maquette : Fabrice Del Rio Ruiz

Design de couverture : Constance Clavel

Illustration de couverture : Shutterstock

© 2024 Leduc Éditions

76, boulevard Pasteur

75015 Paris – France

ISBN : 979-10-285-3101-0

Sommaire

L'auteur	9
Avant-propos	11

Partie 1

C'est quoi une thérapie comportementale et cognitive ?

1. À la base des TCC : le cognitif, l'émotionnel et le comportemental	17
2. L'évolution des TCC et leurs différentes formes	29
3. L'orientation d'un patient vers une TCC	43
4. Qui sont les praticiens en TCC ? Quelle est leur formation ?	53
5. Les facteurs spécifiques et non spécifiques à prendre en compte dans une TCC	63
6. La relation thérapeutique dans le cadre d'une TCC	83
7. Les spécificités de la TCC chez l'enfant	99

8. Les spécificités de la TCC chez le sujet âgé	115
---	-----

Partie 2

La TCC en pratique

1. Le choix d'une stratégie thérapeutique	129
2. L'analyse fonctionnelle	135
3. Les premières étapes de la TCC	141
4. Les tâches à domicile	159
5. La définition d'objectifs	169
6. L'agenda de séance	177
7. L'identification des croyances inadaptées et des pensées automatiques dysfonctionnelles	187
8. La restructuration cognitive	211
9. L'activation comportementale	215
10. La résolution de problèmes	235
11. La relaxation	249
12. Le terme de la TCC	273

Partie 3

Illustrations cliniques

1. La peur de l'autoroute : le cas d'Irina	281
2. La dépression : le cas de Ghislaine	311
3. Les troubles alimentaires : le cas de Roxane	341
4. Conclusion	375

Annexes

Les principales échelles d'évaluation utilisées en TCC

1. Questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3)	381
2. <i>Working Alliance Inventory - Short Revised</i> (WAI-SR) (Bottemine, 2017)	415
3. Questionnaire sur les inquiétudes du Penn-State	421
4. Questionnaire d'anxiété-trait de Spielberger	425
5. Échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton	429
6. Inventaire d'anxiété de Beck	433
7. Échelle d'anxiété de Covi	437
8. Échelle de dépression de Hamilton	439
9. <i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i> (MADRS)	445

10. Échelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale <i>Eating Attitude Test (EAT-40)</i>	451
11. Échelle de l'état de stress post-traumatique (PCLS - <i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale</i>)	455
12. Échelle des obsessions et compulsions de Yale Brown (YBOCS)	459
13. Échelle d'affirmation de soi de Rathus	463
14. Questionnaire des peurs de Marks et Mathews	469
15. Inventaire de dépression de Beck	473
16. Échelle d'estime de soi de Rosenberg	479
17. Questionnaire des pensées automatiques (ATQ - <i>automatic thoughts questionnaire</i>)	483
18. Inventaire de la boulimie d'Edinburgh	487
19. Échelle des croyances dysfonctionnelles (DAS - <i>DYSFUNCTIONAL attitude scale</i>)	495
Bibliographie	509
Pour en savoir plus	521
Du même auteur	527

L'auteur

Médecin psychiatre libéral à Nice (France), Jérôme Palazzolo est professeur de psychologie clinique et médicale au département Santé de l'université internationale Senghor (opérateur direct de la francophonie, Alexandrie, Égypte), chercheur associé au Lapcos (Laboratoire d'anthropologie et de psychologie cliniques, cognitives et sociales) de Nice, et chargé de cours à l'université Côte d'Azur où il est cofondateur du diplôme universitaire de thérapies comportementales et cognitives.

Spécialisé en psychopharmacologie et en thérapie cognitivo-comportementale, il a publié de nombreux articles de référence et plusieurs ouvrages traitant des diverses pratiques psychiatriques et des sciences humaines.

Vous pouvez retrouver ses interventions et recommandations sur sa page Facebook : <https://www.facebook.com/Dr.Palazzolo/>

Avant-propos

La scène se déroule dans un hôpital psychiatrique :

— Bonjour, c'est la réception ? J'aimerais parler avec quelqu'un à propos d'un patient qui se trouve chez vous, s'il vous plaît. J'aurais souhaité connaître son état de santé, savoir s'il va mieux ou si son problème psychologique s'est aggravé.

— Quel est le nom du patient ?

— Il s'appelle Jean Dupont, il est chambre 302.

— Un instant je vous prie, je vous passe l'infirmière.

Après une longue attente :

— Bonjour, ici Françoise, l'infirmière de service. Que puis-je pour vous ?

— J'aimerais connaître l'état du patient Jean Dupont de la chambre 302, s'il vous plaît.

— Un instant, je vais essayer de trouver le médecin de garde.

Après une plus longue attente :

— Ici le Dr Knock, médecin de garde, je vous écoute.

— Bonjour, Docteur, je voudrais savoir comment se porte M. Jean Dupont, qui se trouve chez vous depuis trois semaines et qui est en chambre 302, s'il vous plaît.

— Un instant, je vais consulter le dossier du patient.

Après encore une autre attente :

— HUUUUUMMM, le voici. Alors, il a bien mangé aujourd'hui, sa pression artérielle et son pouls sont stables, il réagit bien aux médicaments prescrits et il est à présent beaucoup plus apaisé. Si tout continue comme ça encore 48 heures, son médecin signera sa sortie d'ici le week-end prochain.

— Aaahhh... Ce sont d'excellentes nouvelles. Je suis fou de joie, merci beaucoup !

— D'après votre façon de parler je suppose que vous devez être quelqu'un de très proche, certainement un membre de la famille ?

— Non, Docteur. Je suis Jean Dupont et je vous appelle de la chambre 302. Depuis que j'ai été hospitalisé, je vois de nombreux soignants qui vont et viennent, mais personne ne s'adresse à moi. Je voulais juste savoir comment je me porte...

Cette petite histoire improbable – tout du moins je l'espère – est un parfait contre-exemple de la démarche suivie en thérapie comportementale et cognitive (TCC), qui vise au contraire à développer une relation thérapeute-patient comparable à celle de deux savants travaillant ensemble à la résolution d'un problème.

Les TCC détiennent un statut unique dans le domaine de la santé mentale : efficaces pour la prise en charge de nombreuses pathologies, relativement brèves et généralement bien acceptées par les malades, elles suscitent un intérêt croissant de la part des professionnels du soin, des autorités de santé et du grand public. Il existe d'ailleurs un important volume de publications scientifiques portant sur ce type d'approche, dont les sujets d'étude sont des cas concrets issus de la pratique clinique quotidienne.

Divers facteurs contribuent à expliquer la popularité des TCC. Tout d'abord, on note au cours des dernières décennies une augmentation des taux de survenue de plusieurs troubles psychologiques. Ces affections portent atteinte à la qualité de vie de la personne touchée ainsi qu'à celle de sa famille. La plupart de ces pathologies (comme la dépression, les troubles anxieux ou les problèmes d'addiction) répondent bien à une prise en charge cognitivo-comportementale. Ensuite, les autorités de santé poussent de plus en plus les cliniciens à se former à des techniques thérapeutiques efficaces, peu coûteuses et de courte durée. Les TCC ont l'avantage d'être structurées, validées scientifiquement, et, dans la plupart des cas, relativement brèves. S'ajoute à cela le fait que les thérapeutiques non médicamenteuses ont le vent en poupe. En effet, dans certains cas, les TCC sont une alternative intéressante donnant même des résultats supérieurs aux psychotropes. Dans d'autres cas, elles agissent en synergie avec le traitement pharmacologique, accélérant l'amélioration et aidant à la maintenir au fil du temps.

Enfin, les TCC font appel à une dynamique de soin axée sur le patient lui-même, dynamique au sein de laquelle le soignant et le soigné travaillent ensemble à l'élaboration de stratégies permettant de développer les compétences nécessaires à l'amélioration souhaitée. Ces stratégies et compétences mises en œuvre peuvent être appliquées à différents champs psychopathologiques. Ainsi, les méthodes et outils thérapeutiques acquis pour traiter une dépression peuvent également être utilisés pour gérer la douleur chronique, contrôler la consommation d'alcool ou optimiser les habiletés sociales. L'efficacité des TCC dans la modification de comportements dysfonctionnels et le maintien de comportements adaptés contribue à leur utilisation préférentielle dans la prise en charge de nombreuses affections psychiques.

Dans cet ouvrage, nous allons définir en première partie les grandes lignes et les évolutions de cette approche thérapeutique, puis dans la deuxième partie seront décrites les principales techniques utilisées, et enfin la troisième partie sera consacrée à des exemples pratiques de prise en charge.

Les informations contenues dans l'ouvrage que vous tenez entre vos mains vous fournissent des bases concernant les grands concepts des TCC, et vous donnent des conseils pratiques sur la façon d'utiliser ces concepts. Cependant, parce que l'utilisation des diverses techniques présentées est très variable selon le soignant, le soigné et le cadre des soins, la pratique doit être personnalisée et adaptée à un contexte réel. Cette « Bible des TCC » n'est donc que la première étape – qui reste essentielle – vers une meilleure façon d'appliquer les stratégies thérapeutiques « sur le terrain ».

PARTIE 1

C'EST QUOI UNE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE ?



À la base des TCC : le cognitif, l'émotionnel et le comportemental

Une thérapie comportementale et cognitive (TCC) est une thérapie qui s'intéresse aux interactions existant entre nos pensées, nos émotions et nos comportements. C'est une prise en charge généralement limitée dans le temps (en moyenne 10 à 20 séances), qui se concentre sur les problèmes actuels de la personne et dont le style d'intervention est structuré. Le développement et le déroulé des TCC ont été étroitement guidés par la recherche : moult preuves scientifiques soutiennent leur efficacité pour la plupart des troubles psychiques courants. D'ailleurs, il est important de noter à ce propos que plusieurs conférences de consensus réunissant des groupes d'experts internationaux ont identifié les TCC comme étant le traitement à utiliser préférentiellement en première intention dans de nombreuses affections.

Les TCC ressemblent moins à une intervention spécifique qu'à un ensemble de pratiques diversifiées. Un praticien cognitivo-comportementaliste donné peut mettre l'accent sur tel ou tel aspect de la thérapie (qu'il s'agisse de l'aspect cognitif, de l'aspect émotionnel ou de l'aspect comportemental) en fonction de sa formation et/ou de ses préférences. Cependant, quelle que soit la technique utilisée, l'approche est sensiblement la même : on retrouve une mise en œuvre pratique après l'analyse complète des symptômes et l'établissement d'un diagnostic, le tout se faisant en accord avec les dernières données de la science. Dans bon nombre de cas, une TCC est proposée à des personnes qui ont déjà expérimenté d'autres types de thérapie et/ou divers traitements psychotropes.

Ces pensées qui nous conditionnent

Plusieurs personnes peuvent avoir des pensées différentes face à un même événement. La manière dont nous raisonnons influence nos émotions et nos comportements. L'exemple classique est qu'en regardant un verre d'eau à moitié rempli, un individu le verra à moitié vide et se sentira chagriné, alors qu'un autre le verra à moitié plein et se sentira optimiste. Mais attention, il ne s'agit pas là d'une fatalité : on n'est pas condamné à appréhender les expériences du quotidien de la même manière toute notre vie ! En identifiant nos pensées dysfonctionnelles et en apprenant à les modifier, il est

tout à fait possible de ressentir les choses différemment et en conséquence de nous comporter différemment.

La plupart du temps, nous persistons dans nos croyances car nous avons des preuves de leur bien-fondé. Cependant, nous sommes généralement très sélectifs vis-à-vis de ces preuves (que nous considérons – bien souvent à tort – comme des faits). Une personne déprimée peut ainsi parfaitement se souvenir de l'individu qui l'a ignorée dans une conversation, mais ne pas se rappeler celui qui l'a trouvée fort sympathique. Par conséquent, elle peut conclure : « Je suis quelqu'un d'ennuyeux, sans aucun intérêt. » Une TCC va permettre de comprendre comment, en sélectionnant des informations spécifiques sur lesquelles on se concentre, on finit par élaborer de fausses croyances, que l'on appelle des « distorsions cognitives ». De telles distorsions cognitives sont problématiques, non seulement parce qu'elles sont généralement inexactes, mais aussi parce qu'elles contribuent (plus que nécessaire) à majorer les émotions négatives ou à pérenniser des situations problématiques.

L'objectif est alors de reconnaître ses pensées automatiques, de surveiller et d'examiner celles-ci, et de prêter attention aux preuves qui soutiennent des croyances alternatives (par exemple : « Certaines personnes me trouvent agréable et apprécient de discuter avec moi »).

Les distorsions cognitives les plus répandues

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. Cela correspond à une perte totale des nuances. Exemple : « 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 deuxième 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. Exemple : « 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 sur tout le comportement à venir d'une personne, qui se voit alors vouée à l'échec.
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. Exemple : 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 ! À 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. Exemple : 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. **L'inférence arbitraire** : On tire des conclusions sans preuve. Par exemple : « Mon patron m'a regardé de travers, il pense certainement me licencier. »
6. **La maximalisation et la minimalisation** : On exagère ses erreurs et on minimise ses points forts. Exemple de maximalisation : « 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. Exemple : « 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 loser » ; « Si je suis angoissé tout le temps, c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas ».
8. **Les fausses obligations** : On se fixe arbitrairement des buts à atteindre (« Je dois, je devrais... »). Exemple : « Je dois absolument faire le ménage chez moi. » Résultat : 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 m'être reconnaissant. » Cela conduit à un sentiment d'amertume, à du ressentiment, et à l'idée que l'on est la seule personne à se conduire correctement vis-à-vis des autres.
9. **L'étiquetage** : Ce sont des jugements définitifs et émotionnellement chargés que l'on porte sur les autres ou sur soi-même. Exemple : « Cette personne est un monstre » ; ou dire : « Je suis complètement nul » au lieu de : « J'ai fait une erreur ».
10. **La personnalisation** : C'est le fait de se sentir responsable du comportement des autres. Exemple : « 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. L'erreur consiste à penser que l'on peut gérer la vie des autres (alors que l'on ne peut que l'influencer, éventuellement).

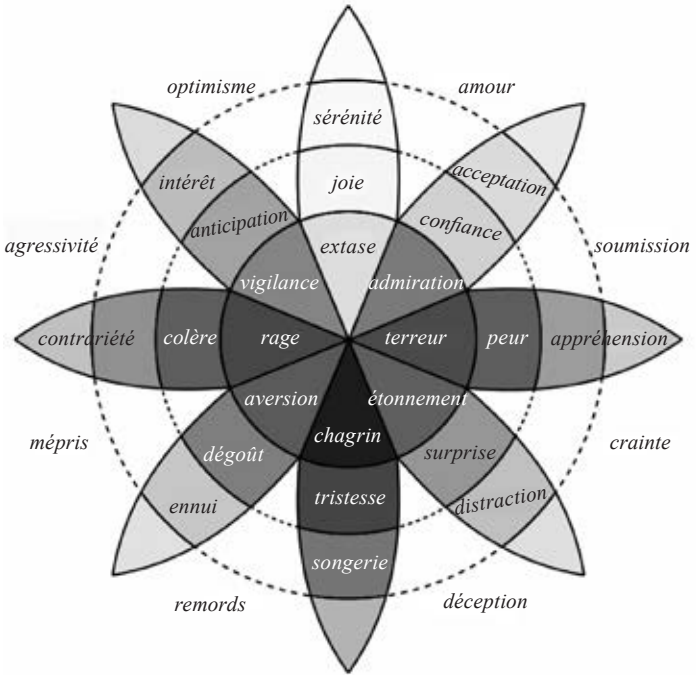
Les émotions sont le reflet de nos pensées

L'émotion est un état affectif doté de trois composantes de base. Prenons l'exemple de la joie ; nous allons donc retrouver :

- une composante situationnelle : rencontrer Karine dans la rue ;
- une composante cognitive : percevoir Karine comme désirable ;
- une composante physiologique : accélération du rythme cardiaque et respiratoire, libération de différents neurotransmetteurs au niveau du cerveau (tels que la dopamine, l'ocytocine...).

Selon Plutchik (1980), huit émotions primaires (au centre) se combinent en émotions secondaires (en périphérie) :

C'est quoi une thérapie comportementale et cognitive ?



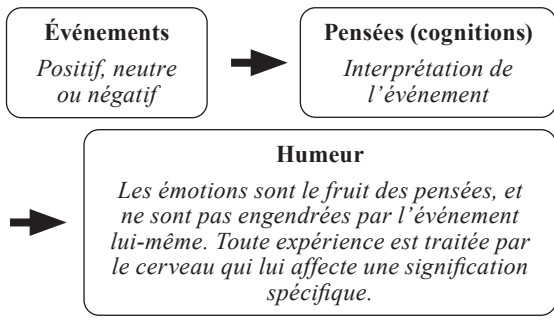
À première vue, il semble que les émotions positives jouent un rôle important pour nous, tout simplement parce qu'elles sont les indicateurs d'un bien-être optimal. Il est certain que les moments de notre vie caractérisés par des expériences à l'origine d'émotions positives (telles que la joie, la sérénité, l'amour...) correspondent à des périodes dans lesquelles nous ne sommes pas en proie à des émotions négatives (telles que la peur, la tristesse ou la colère). Conformément à cette intuition, il a été démontré que l'équilibre général des émotions

positives et négatives d'un individu contribue à son bien-être subjectif (Diener, Sandvik et Pavot, 1991).

En ce sens, les émotions positives témoignent d'un fonctionnement optimal... Mais on ne peut les réduire à cette simple fonction « baromètre » : elles ont en elles-mêmes un rôle actif dans la genèse dudit fonctionnement optimal, et pas uniquement à l'instant T agréable, mais également sur le long terme. Le message fondamental à retenir est qu'en cultivant des émotions positives, on parvient à obtenir une conjoncture favorable, et qu'en parallèle, on se donne les moyens de parvenir à un épanouissement personnel et à une amélioration de notre santé psychologique et somatique au fil du temps.

Nos émotions sont le fruit de nos pensées

C'est là le principe premier d'une TCC : ce n'est pas un événement particulier qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on s'en fait et les pensées qui nous traversent l'esprit.



Les comportements, une voie vers le changement

Ce que nous faisons affecte la façon dont nous nous sentons et dont nous pensons. L'étudiant qui passe un examen sans avoir rien révisé risque de se sentir plus en difficulté que celui qui s'y est préparé tout au long de l'année universitaire par exemple.

La TCC va aider l'individu à apprendre de nouveaux comportements et de nouvelles façons de faire face à divers événements anxiogènes, ce qui va impliquer l'apprentissage de compétences spécifiques. Un exemple est le développement des compétences sociales. Des compétences sociales défaillantes peuvent conduire à un trouble de l'affirmation de soi et à des difficultés à faire face à des situations potentiellement problématiques, telles que la critique ou l'intimité. Apprendre à gérer le stress social dans le cadre d'une TCC peut permettre de développer des compétences sociales adaptées en se concentrant sur l'exécution d'activités programmées.

Favoriser un changement de comportement peut également permettre de réduire l'intensité d'une angoisse pathologique. L'évitement, par exemple, est le point central de la plupart des troubles anxieux : il exacerbe la crainte des situations anxiogènes, et peut sévèrement handicaper la personne dans son quotidien (laquelle ne pourra plus prendre le tram de peur d'y faire un malaise, ou plus monter dans un ascenseur de peur d'y manquer d'air). Exposer progressivement (en toute sécurité bien

1. À la base des TCC : le cognitif, l'émotionnel et le comportemental

entendu) l'individu à des situations effrayantes pour lui (en imagination dans le bureau du praticien) est l'un des moyens les plus efficaces permettant d'affaiblir l'intensité de la relation entre une épreuve redoutée et les symptômes paniques qu'elle engendre.