

Le coin du  
praticien



# Les bases des TCC

Manuel pratique d'introduction  
aux thérapies comportementales et cognitives,  
de la 1<sup>re</sup> à la 3<sup>e</sup> vague

Aurore et François-Benoît Vialatte

## À propos de l'éditeur

Les Avancées Psy est la maison d'édition de l'Institut Pi|Psy, institut de recherche par le soin, à visée sociale et solidaire. Notre institut est issu du Laboratoire Plasticité du Cerveau (CNRS/ESPCI Paris, Université Paris Sciences et Lettres). Il a été fondé par une équipe pluridisciplinaire alliant des compétences en psychologie, en neurosciences et en sciences de l'ingénieur – dans l'objectif de moderniser les approches de psychothérapie.



Consultez notre site internet : [avancees-psy.fr](http://avancees-psy.fr).

Tous droits réservés pour tous pays. Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une bande de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et quelque manière que ce soit.

© Institut Pi-Psy, 2023. 49, rue Pierre Brossolette, 91210 Draveil.

ISBN : 978-2-487208-00-1. Dépôt légal : octobre 2023.

## À propos des auteurs

**Aurore Vialatte** - Docteur en ingénierie biomédicale (PhD) / ingénieur

Après des études d'ingénieur en traitement du signal, Aurore a poursuivi des études doctorales pluridisciplinaires en ingénierie biomédicale à l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC), autour de l'analyse, le traitement et la synthèse de voix parlée et voix chantée. Ce parcours est complété par une formation en art-thérapie cognitivo-comportementale, en thérapie cognitive, sur l'accompagnement des troubles neurodéveloppementaux et en *mindfulness*. Après avoir obtenu son doctorat ès sciences en 2016, elle occupe un poste de chercheuse postdoctorale en neurosciences cognitives au Laboratoire Plasticité du Cerveau. Elle quitte son poste en octobre 2019 pour cofonder l'Institut Pi|Psy.

**François-Benoît Vialatte** - Psychologue / docteur en neurosciences cognitives (PhD) / ingénieur

Après des études d'ingénieur en sciences cognitives, François a poursuivi des études pluridisciplinaires en sciences cognitives à l'UPMC, alliant psychologie, neurosciences et ingénierie. Il a complété son parcours par une formation en psychologie clinique à l'Université Paris 8 puis l'Université de Lorraine. Après l'obtention du doctorat Cerveau-Cognition-Comportement de l'UPMC, il devient chercheur en neuroingénierie au Japon à Tokyo au Riken BSI. Il prend en 2010 la responsabilité d'une équipe de recherche à l'ESPCI Paris, en tant qu'enseignant-chercheur. Il y développe, avec Aurore Vialatte, une méthode de psychothérapie : la remédiation de la conscience intéroceptive par feedback. En 2015, il ouvre un centre de consultation en psychothérapie comportementale et cognitive. En octobre 2019, il quitte le Laboratoire Plasticité du Cerveau pour cofonder l'Institut Pi|Psy et son premier centre de consultation à Draveil.

## Remerciements

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui nous ont accompagnés tout au long de ce parcours, parfois semé d'embûches. La bienveillance et le soutien de notre famille et de nos amis, et la patience de nos enfants, sont pour beaucoup dans la création de ce livre.

Nous remercions également l'équipe de l'Institut Pi-Psy et du Centre Pi-Psy, pour leur aide, leurs conseils et leurs relectures.

Un grand merci à Séverine pour son soutien sans faille, à Thérèse et Bruno pour leurs multiples relectures, à David (Cognezense) et Pauline pour leur aide à l'initiation de ce projet, à David ([guidedujeuvideo.com](http://guidedujeuvideo.com)) pour ses conseils éditoriaux avisés, et à Lucie pour la touche finale.

# Table des matières

Avant-propos .....	10
<b>1. Les premières séances.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. L’alliance thérapeutique .....</b>	<b>14</b>
Pourquoi l’alliance thérapeutique ? .....	14
Le rapport collaboratif.....	15
Empathique, chaleureux et authentique .....	15
Professionnel et compétent .....	16
Les émotions du praticien .....	16
Les quatre « R » .....	17
<b>1.2. Mener une anamnèse.....</b>	<b>29</b>
Qu’est-ce qu’une anamnèse ?.....	29
Les étapes clefs.....	30
<b>1.3. La prise en charge .....</b>	<b>33</b>
Évaluation des symptômes .....	37
Évaluation de la personnalité.....	37
Évaluation combinée .....	37
Échelle d’évaluation globale du fonctionnement (EGF).....	39
<b>2. Mener une thérapie d’exposition .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Le conditionnement classique.....</b>	<b>43</b>
Intérêt .....	43
Bases du conditionnement classique .....	44
Appétitif vs. Aversif .....	44
Phase 1 : avant le conditionnement.....	45
Phase 2 : pendant le conditionnement.....	46
Phase 3 : Après le conditionnement.....	46
Les principes clés .....	47
Acquisition .....	48
Extinction.....	49
Récupération spontanée .....	50
Généralisation du stimulus.....	50
Discrimination.....	51
Exemples de conditionnement classique.....	51
En conclusion.....	53

<b>2.2.</b>	<b>Le conditionnement instrumental.....</b>	<b>53</b>
	Un peu d'histoire .....	53
	Répondant vs. Opérant.....	54
	Les conséquences.....	56
	Programmes de renforcement.....	58
	Le modèle SORC.....	60
	Exemples .....	62
<b>2.3.</b>	<b>L'exposition graduée .....</b>	<b>63</b>
	Principes .....	63
	Lister les situations .....	64
	Diviser en sous-étapes .....	65
	Évaluer les craintes.....	67
	Planifier l'exposition graduée.....	67
	Tenir un journal .....	68
	Rechercher un soutien externe.....	68
	Ressources.....	69
<b>3.</b>	<b>Traiter les cognitions .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1.</b>	<b>Pensées et distorsions.....</b>	<b>70</b>
	Pensées automatiques .....	70
	Distorsions cognitives.....	71
<b>3.2.</b>	<b>L'analyse synchronique .....</b>	<b>75</b>
	Un processus collaboratif.....	75
	Quand l'utiliser ? .....	76
	Grille SECCA.....	77
	Étapes de l'analyse .....	77
	Le schéma central .....	78
	Exemple.....	79
<b>3.3.</b>	<b>La personnalité .....</b>	<b>83</b>
	Qu'est-ce que la personnalité ?.....	83
	À qui la « faute » ? .....	84
	Éléments de psychoéducation .....	88
<b>3.4.</b>	<b>Remodeler la personnalité .....</b>	<b>89</b>
	Les habitudes de fonctionnement.....	89
	Les croyances fondamentales : .....	90
	Les valeurs.....	91
	Les aspirations existentielles .....	93

<b>3.5.</b>	<b>Les schémas cognitifs.....</b>	<b>94</b>
	Point de vue thérapeutique .....	94
	Construction d'un schéma .....	95
	Fonctionnement des schémas .....	97
<b>3.6.</b>	<b>Identifier les schémas dysfonctionnels.....</b>	<b>102</b>
	Ressources : .....	109
<b>3.7.</b>	<b>La restructuration cognitive .....</b>	<b>109</b>
	Principes généraux.....	109
	Usage pratique de la restructuration cognitive .....	114
<b>3.8.</b>	<b>La résolution de problèmes .....</b>	<b>118</b>
	À quoi ça sert ?.....	119
	Distorsions courantes .....	119
	Méthode de résolution.....	121
	Exemple de résolution de problème .....	127
	Conseils pratiques .....	128
<b>3.9.</b>	<b>Traiter l'anxiété .....</b>	<b>129</b>
	Qu'est-ce que l'anxiété ? .....	129
	La flèche descendante .....	132
<b>3.10.</b>	<b>L'expérimentation comportementale .....</b>	<b>133</b>
	Quand l'utiliser ? .....	134
	Exemple d'expérimentation .....	135
	Mise en pratique.....	136
<b>3.11.</b>	<b>Test d'évitement .....</b>	<b>137</b>
<b>3.12.</b>	<b>Le jeu de rôles.....</b>	<b>138</b>
	Fonctionnement.....	139
	Compétences à travailler.....	141
	Impact thérapeutique .....	142
<b>3.13.</b>	<b>La balance décisionnelle .....</b>	<b>143</b>
	Méthode .....	143
	Analyse.....	144
	Fiche ressource.....	145
<b>4.</b>	<b>Traiter les émotions .....</b>	<b>146</b>
<b>4.1.</b>	<b>Émotions, humeurs et sensations .....</b>	<b>146</b>
	Le modèle de Beck .....	146
	Les émotions .....	147

L'humeur .....	150
Rôle fonctionnel des émotions.....	151
Émotion et fenêtre de tolérance .....	157
Tâches pratiques : effectuer un bilan émotionnel .....	158
<b>4.2. L'activation comportementale.....</b>	<b>158</b>
Qu'est-ce que l'activation comportementale ?.....	159
Les étapes de l'activation comportementale .....	160
Conseils pratiques .....	162
<b>4.3. Restaurer la balance sympatho-vagale .....</b>	<b>164</b>
Le système du stress .....	164
Les troubles liés au stress .....	170
Les phobies intéroceptives .....	172
Traiter ces troubles .....	173
Technique de contrôle respiratoire et musculaire .....	174
<b>4.4. La relaxation de Jacobson .....</b>	<b>176</b>
Qu'est-ce que la relaxation ? .....	176
L'approche de Jacobson .....	179
S'entraîner à la relaxation.....	180
<b>4.5. La médiation d'accueil .....</b>	<b>181</b>
Accepter nos émotions .....	181
Acceptation et lâcher prise vs. résignation .....	183
Technique : méditation d'accueil.....	186
<b>4.6. Le pont d'affect.....</b>	<b>187</b>
Qu'est-ce qu'un pont d'affect ? .....	187
Définition formelle.....	187
Les ponts d'affect en TCC .....	188
Le problème des faux souvenirs.....	189
Méthode .....	191
Outils de protection .....	193
Cas clinique.....	194
Scripts .....	196
<b>5. Bibliographie.....</b>	<b>198</b>

6. Annexes .....	206
Annexe 1 Fiche d'anamnèse .....	207
Annexe 2 Durées des traitements en TCC .....	211
Annexe 3 Grille d'analyse fonctionnelle .....	213
Annexe 4 Discussion socratique.....	218
Annexe 5 Flèche descendante .....	221
Annexe 6 Fiche d'auto-analyse .....	222
Annexe 7 Fiche de Beck .....	224
Annexe 8 Distorsions cognitives courantes.....	225
Annexe 9 Analyse en quatre quadrants .....	226
Annexe 10 Identifier ses principales valeurs .....	227
Annexe 11 Aspirations existentielles .....	228
Annexe 12 Test comportemental d'évitement.....	231
Annexe 13 Résolution de problèmes .....	233
Annexe 14 Liste de besoins .....	236
Annexe 15 Expérimentation comportementale.....	237
Annexe 16 Balance décisionnelle .....	238
Annexe 17 Activation comportementale.....	239
Annexe 18 Idées d'activités positives .....	240
Annexe 19 Script relaxation de Jacobson .....	241
Annexe 20 Script de méditation d'accueil.....	244
Annexe 21 Script général de pont d'affect.....	246
Annexe 22 Script pont d'affect protégé .....	250

## Avant-propos

La première fois que j'ai ouvert un livre traitant des thérapies cognitives et comportementales (TCC), j'ai été frappé par l'apparente simplicité, presque prosaïque, des modèles avancés pour expliquer la complexité du psychisme humain. À l'époque, cela m'avait rebuté. Je m'attendais peut-être à plus de complexité, de lyrisme ou de poésie ? Ce n'est que bien des années plus tard que j'ai compris mon erreur. Paradoxalement, cette « simplicité » masque en réalité une incroyable richesse, s'exprimant lors de leur utilisation. Les TCC, c'est un peu comme la bonne cuisine : des recettes très simples permettent souvent d'élaborer des plats raffinés et exquis (tandis qu'une « belle » recette trop compliquée peut facilement aboutir à une catastrophe).

Mais de quoi parlons-nous dans ce livre ? Les TCC s'écrivent au pluriel pour une bonne raison : il s'agit d'un ensemble de techniques et d'outils, qui s'inscrivent dans un référentiel pratique commun. Au fil du temps (ou des « vagues ») elles ont tour à tour été focalisées sur le comportement, les cognitions, et enfin plus récemment les émotions et les mécanismes de prise de conscience. Cette diversité en complique l'appréhension, et de nombreux praticiens, mal renseignés, réduisent cette approche de psychothérapie au comportementalisme (ce qui est très réducteur).

De nombreuses critiques adressées aux TCC, colportées sur Internet et dans la littérature francophone des psychothérapies, concernent en réalité l'approche comportementaliste pure – qui n'est pourtant plus utilisée sur le terrain depuis plusieurs décennies. Passons en revue certaines de ces critiques. Il a par exemple été reproché aux TCC de « déplacer les symptômes » : selon ce mythe le patient, venant soigner une phobie, repartirait sans sa phobie mais en développant un autre trouble (ou bien sa phobie reviendrait trois fois plus forte quelques mois après). Dans la réalité, cet effet relève

de la légende urbaine – des études de suivi longitudinales et de long terme le démontrent. Certaines personnes comparent les TCC à une rééducation psychosociale et nient le fait qu'il s'agit de psychothérapie. Il s'agit là d'un déni massif sur les outils développés sur le traitement de la personnalité (tels que la thérapie des schémas, ou les thérapies d'acceptation et d'engagement); et d'une méconnaissance du vécu des patients en TCC. Pendant la restructuration d'une cognition dysfonctionnelle, le patient aborde avec le praticien des ressorts profonds de son individualité, et effectue un travail intérieur très intense (pouvant déclencher une abréaction parfois spectaculaire).

Les TCC actuelles (celles dites de la « 3<sup>e</sup> vague ») sont intégratives. Cela signifie qu'elles utilisent et intègrent des outils, efficaces, provenant de plusieurs courants et approches de psychothérapie. Leurs modèles intègrent des méthodes validées et des outils débordant le cadre de la psychologie cognitive. Les méthodes de soin reposent sur les apports de la psychologie du développement, de la psychologie clinique, et de la psychologie sociale. La prise en charge du patient dans son milieu professionnel intègre des méthodes issues de la psychologie du travail. Par exemple, pour favoriser l'alliance thérapeutique, un praticien compétent en TCC utilisera à bon escient des techniques de reformulation empathique issues des approches centrées sur la personne (issues du courant humaniste). Autre exemple, pour suivre un patient présentant des troubles de la personnalité, il n'hésitera pas à faire des allers et retours entre le présent et le passé : l'application d'outils cognitivo-comportementaux pour faire évoluer le présent, combiné avec un travail d'apaisement des traumatismes infantiles (dont les outils sont issus de l'hypnothérapie, ainsi que du courant psychodynamique – très proche des pratiques de psychanalyse). On parle dans ce cas de thérapie des schémas, dont l'efficacité pour le traitement de troubles de la personnalité grave a été multiplement démontrée par des études cliniques.

## Les bases des TCC

Parlons un peu des spécificités des TCC. En premier lieu, les TCC s'appuient sur la démarche scientifique, et la recherche de l'objectivité. Elles s'inscrivent dans les modèles de philosophie de l'esprit développés en sciences cognitives. Si la subjectivité du patient est centrale lors de la thérapie, elle est cependant rapportée à un référentiel de fonctionnement provenant d'études menées sur des groupes de patients, et reproductibles. Cela ne signifie pourtant pas que ces modèles nient la subjectivité – mais plutôt qu'elle est quantifiée, catégorisée et mesurée avec des outils psychométriques validés. La personnalité du patient et ses troubles sont donc abordés au travers de ce prisme. Ces modèles se sont construits avec l'essor de l'imagerie cérébrale, de la psychologie cognitive, et des neurosciences comportementales et cognitives. Ils sont parfois perçus comme révolutionnaires, parce qu'ils remettent au cause plusieurs théories bien établies (et faisant dogme pour certains). Par exemple, les découvertes récentes en neurosciences sur le neurodéveloppement indiquent le rôle majeur de la période de la puberté sur la construction du cortex préfrontal et de la personnalité. La petite enfance, si elle conserve une importance notable, n'est plus l'unique axe sur lequel l'individu se construit. Ils confirment pourtant souvent des intuitions très anciennes, par exemple la confirmation des mécanismes d'extinction des peurs conditionnées (qui avaient permis, dès l'antiquité, de décrire des approches de psychothérapies efficaces sur les phobies). Dans ces modèles, l'inconscient n'est pas pulsionnel et n'a pas d'intentionnalité propre. Il est conceptualisé comme un ensemble de mécanismes de traitements intégrés de l'information sensorielle et cognitive, souvent efficaces mais parfois perdu dans des biais similaires à ceux des illusions perceptives. Ces mécanismes sont appelés des schémas cognitifs, et sont au fondement de la personnalité.

En second lieu, les TCC sont des thérapies « confrontantes ». Le patient est face au praticien, il affronte ses difficultés au cours d'exercices qui mobilisent ses affects. Le praticien l'accompagne

dans sa démarche, la thérapie est un travail d'équipe où le patient est invité à jouer un rôle décisif. Cette démarche active explique en grande partie l'efficacité des TCC : en abordant le problème directement, des résultats et des changements sont rapidement obtenus. Pour autant, ce mode de confrontation n'est pas synonyme de brutalité, le praticien travaillant avec le patient en respectant ses capacités et ses limites. Les tâches ajustées de façon individualisée avec le patient, en dosant leur difficulté et en construisant une approche sur-mesure.

Enfin, et en raison de leur ancrage dans la recherche scientifique internationale, les TCC forment une discipline en évolution permanente. Elles intègrent rapidement de nouvelles innovations chaque année, gagnant ainsi toujours plus en efficacité.

Dans cet ouvrage, vous trouverez un corpus d'outils formant en quelque sorte un « kit de démarrage » complet pour débiter une pratique en TCC. Bien entendu, ces outils ne constituent nullement un dogme. D'autres méthodes (proches ou équivalentes) existent, et pourraient enrichir ce qui vous est proposé. Nous avons tenté de rendre les notions abordées accessibles, avec un ton orienté vers la mise en pratique. Nous espérons que le lecteur y trouvera de quoi nourrir sa réflexion et sa pratique, et des pistes pour aider ses patients.

François-Benoît Vialatte  
Psychologue clinicien  
Docteur (PhD) en neurosciences cognitives, HDR  
Cofondateur de l'Institut Pi-Psy

## 1. Les premières séances

Une psychothérapie débute toujours par une rencontre humaine entre le patient et le praticien. Cette rencontre peut être source de stress pour les deux interlocuteurs. À la fin de ce chapitre, vous saurez gérer cette mise en contact en ayant appris à :

- Instaurer l'alliance thérapeutique,
- Conduire l'anamnèse,
- Mener les bilans initiaux.

### 1.1. L'alliance thérapeutique

#### Pourquoi l'alliance thérapeutique ?

Dès 1913, Freud insistait sur l'importance d'une « alliance forte » entre un patient et son thérapeute (Cungi, 2016). Cette alliance thérapeutique est d'une importance fondamentale. Elle est cependant complexe à établir pour plusieurs raisons :

- La situation en elle-même d'une prise en charge est stressante : **le rapport entre le patient et le praticien repose sur une base asymétrique**. En effet, le patient va confier son intimité au praticien, qui est une personne inconnue. Le praticien, lui, ne confie pas son intimité au patient.
- **Le patient vient consulter parce qu'il a des attentes**. Or, il n'est pas garanti qu'il parvienne à les formuler ou à les avouer facilement. Il a par conséquent besoin d'être rassuré sur la capacité d'écoute et de respect du praticien avant de se confier.
- **La distance juste peut être difficile à trouver pour le praticien** : le patient a besoin d'un rapport chaleureux et empathique, mais aussi de se sentir face à un professionnel.

## Le rapport collaboratif

Les techniques d'alliance thérapeutique reposent sur des apports de la psychologie humaniste, en particulier les théories développées par Carl Rogers (Rogers, 2019). Elles ont été intégrées dans les approches de TCC, par exemple par Charly Cungi (Cungi, 2018). Il est important de **reconnaître la souffrance du patient**. En lui montrant ainsi qu'on s'intéresse à ce qu'il vit, le patient se sent alors compris.

Plus le praticien est chaleureux, plus il doit se montrer professionnel (pour éviter d'induire des mécanismes de dépendance ou de séduction). Plus le praticien est professionnel, plus il doit se montrer chaleureux (pour éviter que le patient ne se sente jugé ou mis à distance).

## Empathique, chaleureux et authentique

Le praticien doit être **empathique**, c'est-à-dire qu'il se met à la place du patient et est capable de lui restituer verbalement ce qu'il a compris de la réalité telle que le patient la vit. **La méthode des quatre « R »** (Cungi, 2018), qui est détaillée ci-après, résume une méthodologie qui permet d'optimiser son empathie verbale. Gardez en tête cependant que l'empathie n'est pas seulement verbale, et qu'un effort réel pour se mettre à la place du patient sera toujours perçu par le patient comme plus empathique que l'application « mécanique » de techniques verbales sans empathie réelle.

Il doit être aussi **chaleureux**, c'est-à-dire se montrer sympathique avec le patient, lui parler de façon respectueuse et encourageante. Il est souriant, positive son regard sur le patient et s'exprime à son sujet de façon optimiste. Ce côté chaleureux est très important pour les patients présentant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. Il fait partie des savoir-être du praticien et se développe avec la pratique, en gagnant de la confiance en soi, et en pratiquant les renforcements (voir les quatre « R » ci-après).

Enfin, il doit être **authentique**, c'est-à-dire savoir être à l'aise avec son malaise et oser en faire part au patient. Un praticien authentique n'hésite pas à réorienter un patient qu'il ne sait pas gérer, ou à faire une demande de supervision. Il travaille sur ses propres affects, et n'essaie pas de les cacher au patient.

### **Professionnel et compétent**

Le praticien doit être **professionnel**, c'est-à-dire montrer par ses paroles, son comportement, et sa façon de gérer le cadre de la séance, qu'il est représentatif de sa fonction de praticien. Il est à l'heure pour les séances, joue un rôle cadre dans le planning et le respect des horaires. Il est convenablement habillé, poli, etc. Il vouvoie son patient et demande à être vouvoyé (sauf avec les enfants). Le maintien du cadre peut placer le praticien en difficulté s'il ne sait pas s'affirmer de façon assertive.

Il doit être **compétent**, c'est-à-dire qu'il doit se former chaque fois qu'il fait face à un doute ou une inconnue vis-à-vis d'une situation clinique (les praticiens en TCC se forment toute leur vie). Il transmet à son patient ses connaissances, de façon pédagogique : dans la relation, c'est lui qui détient le savoir et les compétences.

### **Les émotions du praticien**

Nous allons développer plus en détail le problème de l'authenticité, car les jeunes praticiens rencontrent souvent des difficultés avec celle-ci.

Le praticien ressent des émotions, car il est **humain**. Intérieurement, il expérimente en écho les dialogues des séances, des états d'âme : images mentales, pensées automatiques, émotions, et sensations. Souvent, les praticiens inexpérimentés essaient de se couper de leurs affects, ou de les cacher aux patients, ce qui s'avère **contre-productif**.