



# La thérapie cognitivo-comportementale:

---

un mini-guide de pratique

première édition

2  
0  
1  
9

---

Geneviève Charbonneau  
Julie Turcotte  
Thanh-Lan Ngô

Éditeur: Thanh-Lan Ngô- psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap  
Montréal, QC, Canada  
2019

ISBN 978-2-925053-07-1

Dépôt légal 3<sup>e</sup> trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019

Bibliothèque et Archives Canada 2019

1<sup>re</sup> édition

# La thérapie cognitivo-comportementale : Un mini guide de pratique

Geneviève Charbonneau<sup>a</sup>, MD, résidente 5,  
sous la supervision de  
Dre Julie Turcotte,<sup>a,b</sup> MD, FRCPC, et  
Dre Thanh-Lan Ngô<sup>a,b</sup>, MD, M.Sc, FRCPC

## Résumé

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'une des approches thérapeutiques ayant reçu le plus de support empirique au cours des dernières années, et son application est indiquée en lien avec de nombreuses psychopathologies. Celle-ci est basée sur le modèle cognitif : pour un individu donné, les réactions émotionnelle, comportementale et physique sont plus intimement reliées à sa façon d'interpréter un événement qu'à l'événement en soi. De ce fait, l'identification de ces pensées et leur réévaluation afin de considérer des pensées plus réalistes ou adaptées représente le fondement du processus thérapeutique et permet aux patients de retrouver des émotions et des comportements qui sont plus adaptés face aux situations vécues. Le présent guide a pour but de présenter les objectifs, les principes thérapeutiques et les indications de la TCC. Les interventions principales utilisées dans le cadre de ce type de thérapie seront également détaillées. Finalement, des références seront proposées pour les thérapeutes et/ou les patients qui souhaiteraient en apprendre davantage à ce sujet.

**Mots clés** Psychothérapie • Cognitivo-comportementale • Cognitive • Comportementale  
• Pavillon Albert-Prévost • Guide de pratiques

<sup>a</sup> Université de Montréal, département de psychiatrie

<sup>b</sup> Pavillon Albert-Prévost, Hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

# Table des matières

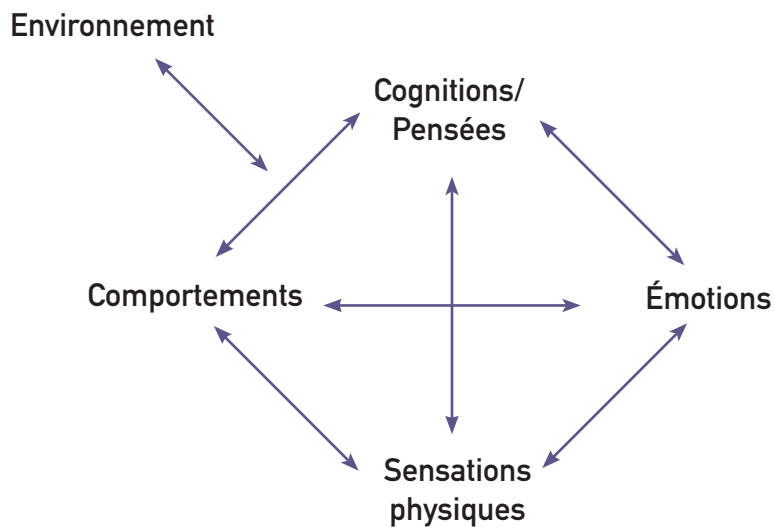
Introduction	1
Objectifs généraux de la TCC	2
Indications thérapeutiques	3
Principes de base du modèle TCC	4
Déroulement d'un protocole de TCC	6
Conclusion	14
Annexes	15
Bibliographie	30
Lectures suggérées	31
La thérapie cognitivo-comportementale en résumé	32

# thérapie cognitivo-comportementale

## Introduction

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est basée sur la prémisse qu'il existe une forte interconnexion entre les pensées d'un individu, ses émotions, ses sensations physiques, ainsi que son comportement (Fig. 1; Greenberger & Padesky, 1995). L'environnement extérieur, par exemple les événements ou situations vécues par un individu dans son quotidien, peuvent influencer la survenue de ces quatre éléments. Par contre, ce ne sont pas les événements ou situations en soi, mais plutôt la façon dont l'individu les interprète subjectivement qui déterminera les réactions émotionnelles, physiques et comportementales qu'il présentera face à ceux-ci (Padesky & Mooney, 1990).

Par exemple, lorsqu'il se retrouve face à une perte d'emploi (*événement extérieur*), un individu qui se blâme pour celle-ci et qui considère qu'il échoue tout ce qu'il entreprend (*pensée*) risque de ressentir de la tristesse, de l'auto-dévalorisation et du découragement (*émotion*), pouvant se manifester entre autres par de la fatigue (*sensation physique*). Il est probable qu'il soit peu motivé à tenter d'appliquer sur un autre poste par crainte que cela mène de nouveau à un échec (*comportement*). Au contraire, un individu qui interprète cette même perte d'emploi (*événement extérieur*) comme une conséquence du fait que la compagnie doit se départir de certains employés en raison de coupures budgétaires, et ce malgré leur bon travail (*pensée*), est moins à risque de présenter du découragement suite à celle-ci (*émotion*) et sera possiblement plus optimiste et proactif par rapport à la recherche d'un autre emploi (*comportement*).



**Figure 1.** Modèle cognitivo-comportemental  
(Adapté de Greenberger & Padesky, 1995)

**Émotions:** Ce que l'on ressent intérieurement. Ex: tristesse, anxiété, colère, culpabilité

**Sensation physique:** Changement physiologique. Ex: fatigue, maux de tête, nausée, trouble de sommeil, diaphorèse, palpitation

**Cognition/Pensée:** Interprétation par rapport à soi, aux autres ou à l'environnement extérieur (la façon dont l'individu parle à lui-même). Ex: je ne vau rien, il est dangereux de faire confiance à autrui, je dois toujours faire ce qu'on me demande

**Comportement:** Action volontaire, observable et mesurable (ce que L,on fait ou que l'on évite de faire). Ex: développer de nouvelles relations, reporter une tâche à plus tard, rendre un service à autrui

## Objectifs généraux de la TCC

Lorsque les émotions ou les comportements d'un individu par rapport à une situation sont dysfonctionnels ou inadaptés, ils peuvent engendrer une souffrance psychologique, et ainsi l'inciter à consulter un thérapeute (Fenn & Byrne, 2013). Par exemple, un patient peut consulter parce qu'il considère que son anxiété par rapport à sa santé physique est excessive (*émotion dysfonctionnelle*) et que celle-ci nuit à son fonctionnement, puisqu'il passe énormément de temps à faire des recherches sur internet à ce sujet (*comportement inadapté*). Un autre individu pourrait consulter un thérapeute pour une peur significative des chiens (*émotion dysfonctionnelle*) associée à une incapacité de visiter ses amis qui en possèdent (*comportement inadapté*). La TCC postule que les émotions et comportements dysfonctionnels sont généralement associés à des pensées biaisées (Beck, 1976). Pour diminuer l'intensité de ces émotions ou modifier ces comportements, il faut donc prendre conscience des pensées qui en sont à l'origine et les réévaluer. Si l'on reprend les exemples précédents, l'anxiété excessive par rapport à la santé pourrait être secondaire à la pensée automatique (soit le discours intérieur et/ou une image spécifique à une situation, qui peut facilement être accessible à la conscience et qui est plausible, habituel) selon laquelle « si j'ai un symptôme physique, cela veut nécessairement dire que j'ai une maladie ». De la même façon, l'évitement des chiens pourrait être causé par la pensée biaisée que « les chiens sont des animaux dangereux ».

Dans le cadre d'une approche cognitivo-comportementale, l'un des objectifs principaux sera d'aider l'individu à prendre conscience de ses émotions, ses sensations physiques, ses comportements et ses pensées, puis du lien qui existe entre ces quatre éléments. Cela lui permettra d'identifier quelles sont les pensées automatiques à l'origine de sa souffrance psychologique, puis de les réévaluer et de les modifier, afin de se sentir mieux et d'être en mesure de réagir de façon plus adaptée face à son environnement (Chaloult, 2008).

En résumé, les objectifs de la TCC sont basés sur les prémisses suivantes : (1) Les pensées ont une influence sur les émotions, les sensations physiques et les comportements d'un individu; (2) Les pensées peuvent être identifiées, évaluées et remises en question; (3) La modification cognitive peut permettre d'engendrer les changements désirés au niveau des émotions, des sensations physiques et des comportements de l'individu, notamment de permettre à ceux-ci d'être plus adaptés aux situations vécues.

## Indications thérapeutiques

La TCC est l'une des formes de thérapie ayant été le plus étudiée en recherche (Chaloult, 2008). Elle est indiquée dans le traitement de nombreuses psychopathologies, notamment le trouble dépressif majeur, l'insomnie, les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, les troubles alimentaires, l'hypochondrie, la somatisation et certains troubles de personnalité. Il est également suggéré que la TCC puisse être utile chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire ou de schizophrénie, comme adjuvant à la médication (Ngô, 2016 pour une revue exhaustive des différentes indications thérapeutiques).

Les principales contre-indications de la TCC sont le fait de présenter une condition psychiatrique en phase aiguë et/ou associée à de l'agitation (ex. épisode de manie ou de psychose en phase aiguë) ou une maladie très sévère (ex. trouble dépressif majeur d'intensité très sévère). Pour que la TCC soit efficace, il importe également de pouvoir avoir un accès suffisant au contenu de la pensée du patient, ce qui pourrait s'avérer difficile chez les individus présentant une maladie neurodégénérative avancée ou une déficience intellectuelle sévère. La motivation du patient face à la thérapie représente aussi un élément essentiel à son succès (Chaloult, 2008).

# Principes de base du modèle TCC

Sur la base du modèle cognitif développé par Beck (1976), il est possible de conceptualiser les pensées (ou la cognition) à trois niveaux distincts (voir Fig. 2 pour une représentation schématisée de ceux-ci), soit : (1) les croyances fondamentales; (2) les croyances intermédiaires; (3) les pensées automatiques.

Les **croyances fondamentales** sont généralement inconscientes et représentent le niveau cognitif le plus profond. Il s'agit de conclusions absolues à propos de soi, des autres et du monde, à travers lesquelles l'individu perçoit et analyse son environnement. Elles se développent sur la base de l'interaction entre l'hérédité d'une personne et les événements qu'il a vécu très tôt dans sa vie, et elles tendent à se maintenir de façon stable et rigide dans le temps. À titre d'exemples :

- Croyances par rapport à soi-même : «Je suis inutile.» «Je ne mérite pas d'être aimé.»
- Croyances par rapport à autrui/ monde extérieur : «Le monde est injuste.»
- Croyances par rapport au futur : «Les choses ne fonctionneront jamais pour moi.»

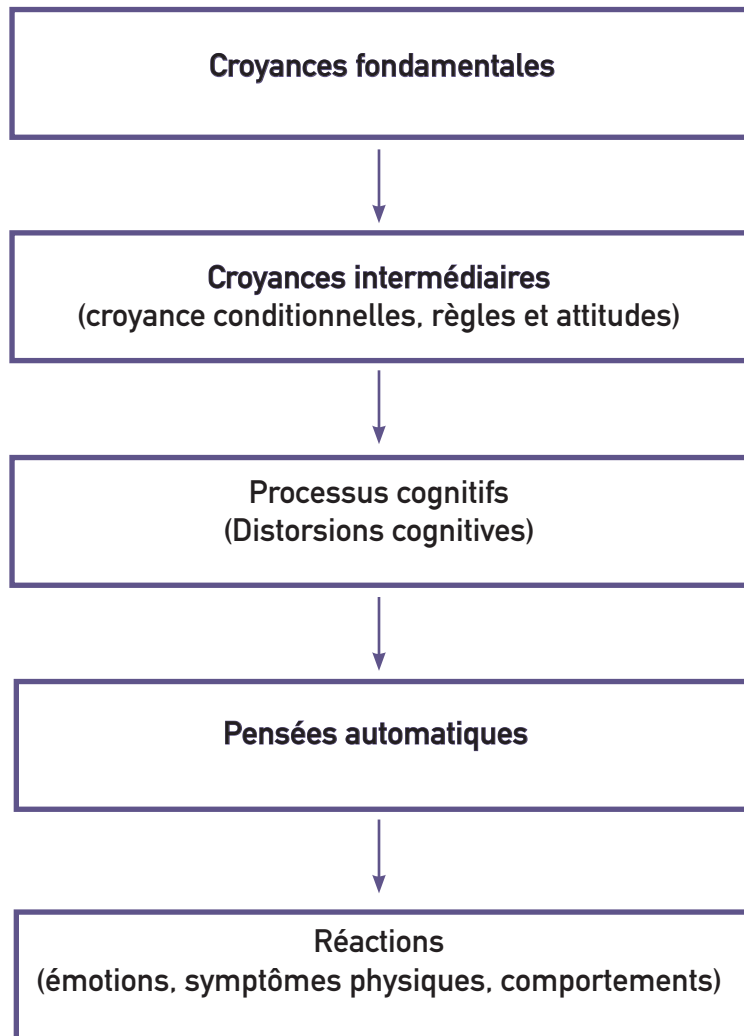
Les croyances fondamentales vont donner naissance aux **croyances intermédiaires**. De façon générale, elles représentent des principes plus ou moins rigides sur lesquels un individu base son comportement, et découlent directement des croyances fondamentales. Elles incluent d'abord les **croyances conditionnelles**, qui se traduisent par le fait de croire que si l'on adopte un comportement particulier, telle chose se produira (ex. Un individu dont la croyance fondamentale est « Je ne mérite pas d'être aimé pour ce que je suis » peut développer la croyance conditionnelle selon laquelle « Si je n'anticipe pas tous les besoins de mes proches, alors ils me rejeteront. »). Parmi les croyances intermédiaires, on retrouve également les **règles** qu'un individu établit pour lui-même (ex. Encore une fois, une personne dont la croyance fondamentale est « Je ne mérite pas d'être aimé pour ce que je suis » peut intégrer la règle suivante : « Je dois toujours faire plaisir aux autres, sans quoi je serai rejeté. »). Finalement, les croyances intermédiaires comprennent également les **attitudes**, c'est-à-dire des manières répétitives de réagir face à certaines situations ou événement particuliers. Toujours en lien avec l'exemple précédent, un individu qui croit que ses proches le rejeteront s'il ne répond pas à leurs besoins (*croyance conditionnelle*) et donc qu'il doit toujours faire plaisir à autrui (*règle*) est susceptible de demeurer dans une relation amoureuse même si son/sa conjoint(e) est abusif à son égard (*attitude*).

Finalement, les pensées automatiques représentent le niveau cognitif le plus superficiel. Il s'agit des pensées qui surviennent spontanément à l'esprit suite à un événement ou une situation. Celles-ci sont plus facilement accessibles à la conscience. Pour y avoir accès, le thérapeute peut, par exemple, demander à l'individu « Lors de cet événement ou suite à ce changement d'émotion, que se passait-il dans votre tête? ». L'identification des pensées



automatiques chez les patients présentant un trouble d'ordre psychologique permet généralement de mettre en évidence la présence d'erreurs de logique, aussi appelées distorsions cognitives ou biais d'interprétation, qui sont en lien avec leurs croyances fondamentales et intermédiaires. Voici quelques exemples de distorsions cognitives fréquemment observées en clinique: (Beck, 2011)

- **Pensée dichotomique** : Percevoir une situation comme étant complètement positive ou complètement négative, en d'autres mots « tout est blanc ou noir ». Ex. Si je n'ai pas une évaluation parfaite pour mon travail, celui-ci est un échec.
- **Catastrophisation**: S'attendre à ce que le pire ou le plus grave d'une situation se produise, sans considérer les options plus réalistes. Ex. J'ai observé un nouveau grain de beauté sur ma peau, ce qui veut dire que j'ai le cancer et que je devrai subir des traitements de chimiothérapie.
- **Disqualification du positif** : Ne pas considérer ou tenir compte de ses qualités et de ses expériences positives antérieures. Ex. J'ai réussi à obtenir ce poste parce que personne d'autre n'y a appliqué, et pas parce qu'on me considérait compétent.
- **Raisonnement émotif** : Croire que quelque chose est vrai parce qu'on le ressent, sans tenir compte des faits concrets qui démontrent le contraire. Ex. Je sais que j'ai des proches de longue date, mais j'ai tout de même l'impression qu'on ne tient pas à moi.
- **Étiquetage** : Se faire une opinion rigide sur soi ou sur autrui, sans tenir compte des éléments alternatifs. Ex. Les gens qui travaillent pour cette compagnie sont profiteurs.
- **Maximisation et minimisation** : Attribuer une plus grande valeur aux échecs ou aux éléments négatifs et dévaloriser les réussites ou ce qui est positif. Ex. Ne pas réussir à compléter les tâches prévues pour la semaine signifie que je suis incompétente. Par contre, le fait d'y parvenir ne me rend pas compétente.
- **Abstraction sélective** : Se concentrer sur un détail précis et perdre de vue l'ensemble d'une situation. Ex. Parce qu'un proche m'a fait un commentaire négatif sur mon repas, cela signifie que l'ensemble de la soirée était un désastre.
- **Lecture de pensées** : Être convaincu que l'on sait à quoi l'autre pense. Ex. Cette personne me regarde parce que je transpire et je suis certaine que cela la dégoûte.
- **Surgénéralisation** : Extraire une règle à partir d'un événement, puis l'appliquer dans des cas plus ou moins semblables. Ex. Le fait que j'ai bafouillé lorsque mon patron m'a présenté à mes nouveaux collègues signifie que je ne serai jamais capable d'effectuer de tâches qui impliquent des contacts interpersonnels.
- **Personnalisation** : Croire que c'est de sa faute si les gens agissent négativement. Ex. Le vendeur était peu sympathique, parce que je lui ai posé des questions non pertinentes.



**Figure 2.** Modèle cognitif  
(Adapté de Beck, 1995)

## Déroulement d'un protocole de TCC

De façon générale, il est recommandé que le thérapeute fasse preuve d'une grande empathie dans le cadre du traitement et qu'il utilise auprès du patient une approche (Ngô, 2016):

- Éducative (enseignement de techniques spécifiques);
- Active, directive et structurée;
- Limitée dans le temps (5-20 séances);
- Ciblant les problèmes et les objectifs du patient;
- Qui met l'accent sur le présent ou la situation actuelle du patient.

# 1. Séances initiales

## ■ Évaluation

Le processus d'évaluation nécessite généralement une à deux séances. Il implique de recueillir les informations qui permettront de comprendre la problématique pour laquelle le patient consulte et de préciser le diagnostic. Celles-ci peuvent varier selon le type de professionnel, mais incluent généralement les informations démographiques du patient, la raison de consultation, les antécédents personnels (psychiatriques, médicaux, chirurgicaux et judiciaires), les antécédents psychiatriques familiaux, les habitudes de vie, la médication, l'histoire de la maladie actuelle, de même que l'histoire longitudinale personnelle (Chaloult, 2008). Il importe également de considérer quelles sont les attentes, le degré de motivation et les ressources du patient.

Afin de compléter les données obtenues, il peut être utile de remettre au patient des échelles de mesure objectives en lien avec la problématique décrite (ex. échelle de symptômes dépressifs ou anxieux). Cela permet de préciser les informations obtenues et d'établir le niveau symptomatique de base, qui pourra ensuite être réévalué en cours de traitement. Cela peut aussi orienter le patient dans sa réflexion par rapport aux problèmes pour lesquels il consulte.

Finalement, le processus d'évaluation implique de procéder à l'analyse fonctionnelle, afin de comprendre quels sont les facteurs déclencheurs et de maintien des comportements problématiques décrits par le patient. Celle-ci est basée sur l'identification des éléments suivants (Chaloult, 2008):

- Quels sont les problèmes cibles? (Description spécifique et concrète, incluant les éléments cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques)
- Comment les problèmes se sont-ils développés?
- Quels sont les facteurs précipitants et modulateurs?
- Quels sont les facteurs de maintien?
- Y-a-t-il des comportements d'évitement de la part du patient?
- Quelles sont les conséquences à court et long terme de ces problèmes?
- Quelles sont les ressources actuellement disponibles pour le patient?

## ■ Conceptualisation

Une fois le processus d'évaluation complété, il importe de regrouper les informations recueillies et d'en faire sens. Il s'agit alors de développer une conceptualisation de la problématique, qui sera présentée au patient. Celle-ci vise à expliquer les raisons pour lesquelles le problème s'est présenté chez ce patient en particulier (conceptualisation longitudinale) et pourquoi celui-ci tend à persister dans le temps (conceptualisation transversale). À noter qu'il est primordial que le modèle conceptuel soit développé en collaboration avec le patient, et ajusté selon sa perception, afin qu'il se reconnaisse à travers celui-ci.

## ■ Élaboration de la liste des problèmes et objectifs

Sur la base des informations recueillies précédemment, le thérapeute peut élaborer une liste de problèmes qu'il considère comme étant centraux. Avec l'aide du patient, ils déterminent alors lesquels seront travaillés de façon prioritaire. Il peut s'agir des problèmes les plus urgents, les plus souffrants ou de ceux ayant le plus d'impact sur le fonctionnement (Chaloult, 2008).

Pour chacun d'entre eux, des objectifs devront être définis. Afin de pouvoir éventuellement mesurer l'impact de la thérapie sur ceux-ci, les objectifs devront être réalistes, spécifiques, mesurables, atteignables et réalisables dans une période de temps circonscrite (Ngô, 2016).

## ■ Présentation du modèle TCC

Avant de cibler des interventions, il importe de d'abord expliquer au patient les principes de base qui sous-tendent la TCC. Le modèle de Greenberg et Padesky (1995) décrit dans l'introduction du présent guide peut être présenté. Afin d'en faciliter la compréhension et l'intégration, il peut être utile de demander au patient de l'appliquer à un exemple concret de situation vécue par le passé. Il est ensuite possible d'introduire le concept selon lequel la façon d'interpréter les événements peut avoir un lien avec les symptômes pour lesquels le patient consulte en psychothérapie, et que l'objectif du suivi pourra être d'identifier sa perception des événements et de la réévaluer au besoin (i.e considérer différentes perspectives) pour arriver à développer des réactions émotionnelles ou des comportements plus adaptés aux situations vécues, et par conséquent diminuer la souffrance.

Basé sur ces principes généraux, des modèles explicatifs spécifiques à différentes pathologies d'ordre psychologique ont été développés et peuvent être retrouvés dans certains ouvrages spécifiques ou protocoles cliniques de TCC (voir Chaloult, Goulet, Ngô & Chaloult, 2018, Section « Guides de pratique selon le diagnostic », pour accéder à ce type de modèles).

## 2. Séances intermédiaires

Tel que mentionné précédemment, la TCC se veut une approche thérapeutique structurée dans laquelle le thérapeute joue un rôle actif. De ce fait, chaque séance présentera une structure similaire, incluant (Chaloult, 2008; Annexe 1):

- Effectuer une brève révision des symptômes et événements de la semaine;
- Déterminer un agenda de la session, incluant un ou deux points de discussion, et la révision des tâches accomplies à domicile durant la semaine précédente;
- Assigner une tâche à domicile, dont l'objectif sera de mettre en pratique les concepts abordés durant la session;
- Demander une rétroaction au patient en lien avec ce qu'il retient de la session et de l'utilité pour lui des informations discutées.

Les principales interventions sur lesquelles sont basées la TCC seront décrites subséquemment. Encore une fois, il est possible d'accéder facilement à des protocoles cliniques systématisés qui ont été développés spécifiquement pour la majorité troubles psychiatriques pour lesquels la TCC est indiquée (voir Chaloult et al., 2018, Section «Guides de pratique selon le diagnostic», pour accéder à ce type de protocoles). Ceux-ci combinent des techniques cognitives et comportementales, pour lesquelles les étapes sont décrites de façon détaillée.

## ■ Premier niveau d'intervention cognitive: Pensées automatiques

### ■ Restructuration cognitive (ou réévaluation cognitive)

Tel que mentionné précédemment, les pensées automatiques associées aux émotions dysfonctionnelles sont elles-mêmes biaisées. La restructuration cognitive vise donc à remplacer ces pensées biaisées et dysfonctionnelles par d'autres qui sont plus réalistes et adaptées (Chaloult, 2008).

La première étape pour le patient est d'apprendre à reconnaître quelles sont les pensées qui influencent ses émotions. Afin de structurer ce travail, il est d'abord généralement demandé au patient de compléter à domicile les 3 premières colonnes d'un tableau d'enregistrement des pensées automatiques (Annexe 2). Il est utile de demander au patient d'effectuer ce travail par écrit, car cela lui permet de prendre une distance par rapport à ses pensées, ainsi que de les traduire de façon claire et systématisée (Chaloult, 2008). Ces 3 colonnes incluent (1) la description d'une situation vécue ayant engendré des émotions, (2) les émotions ressenties suite à cette situation et leur intensité, ainsi que (3) les pensées automatiques associées à ces émotions. Afin d'aider le patient à identifier les émotions perçues, un tableau résumant les grandes familles d'émotions dysfonctionnelles peut lui être fourni (Annexe 5). Pour ce qui est de l'identification des pensées automatiques, des questions peuvent lui être posées par le thérapeute, telles que: « Suite à telle situation dans laquelle vous vous êtes senti en colère, que se passait-il dans votre tête? » ou « Vous semblez anxieux en ce moment, à quoi pensez-vous? ».

Une fois que le patient maîtrise la reconnaissance des pensées automatiques à l'origine de ses émotions, il doit vérifier si celles-ci sont biaisées. Pour y arriver, il peut être utile de présenter au patient la liste des distorsions cognitives (ou biais d'interprétation) les plus fréquentes décrite précédemment (voir section « Principes de base de la TCC » du présent document), et de lui demander d'identifier celles qu'il tend à utiliser et qui influencent ses pensées automatiques (Annexe 4).

Après l'identification des pensées automatiques et de l'impact que celles-ci peuvent avoir sur ses émotions et comportements, l'étape suivante est d'aider le patient à remettre ses pensées en question et à considérer d'autres façons d'interpréter les événements

vécus. Cela se fait, entre autres, par le biais du questionnement socratique, par lequel le thérapeute tente d'amener le patient à lui-même identifier des pensées alternatives (Chalout, 2008):

Quelles sont les évidences en faveur et en défaveur de cette interprétation?

- Sur quelles preuves vous basez-vous pour dire cela?
- S'agit-il de certitudes ou de probabilités?
- Les choses se sont-elles réellement passées comme cela?

Existe-t-il des hypothèses alternatives?

- Qu'est-ce que l'un de vos proches dirait s'il savait que vous pensez ceci?
- Que recommanderiez-vous à un pair se trouvant dans la même situation?
- Quelle serait l'interprétation la plus grave? La moins grave? La plus réaliste?
- Peut-on imaginer d'autres solutions?

Et si cela arrivait, quelles seraient les conséquences?

- Admettons que vous ayez fait une erreur, est-ce si terrible?
- Y aurait-il moyen de vous adapter à cette situation?
- Quelles sont les conséquences de maintenir cette pensée versus de la modifier?

Les colonnes subséquentes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques peuvent alors être complétées de façon systématisées (Annexe 2,3), l'objectif étant que le patient arrive à élaborer une façon de penser plus adaptée en lien avec la situation vécue. Il doit alors évaluer l'impact de cette modification cognitive sur l'intensité des émotions ressenties. Cela permet généralement une diminution et parfois même une disparition des émotions dysfonctionnelles. Initialement le tableau peut être complété en présence du thérapeute pour s'assurer d'une bonne compréhension de la tâche à effectuer, puis lorsque celle-ci est maîtrisée, on demande au patient d'utiliser de lui-même la restructuration cognitive entre les rencontres.

## Interventions comportementales

Les interventions cognitives, sont au cœur de la TCC, mais celles-ci sont de plus en plus combinées à diverses techniques comportementales. Sur la base du modèle de Greenberger et Padesky (1995), de la même façon que les cognitions ont un impact sur les émotions et le comportement, le fait d'agir sur le comportement et de le modifier peut avoir un impact significatif sur la façon dont un individu interprète et se sent par rapport à diverses situations.

**Expériences comportementales** : En effet, afin de maximiser l'impact des exercices de restructuration cognitive, il est important de recommander au patient d'effectuer des expériences comportementales, afin de tester objectivement si ses pensées automatiques et les pensées alternatives développées avec l'aide du thérapeute sont réalistes. En effet, pour que la restructuration cognitive soit efficace, elle doit entraîner des modifications dans la façon d'agir du patient (Chalout, 2008). On recommande que

ce passage à l'action soit entrepris le plus rapidement possible. Par exemple, un individu souffrant de phobie sociale chez qui le fait d'être en contact avec autrui (situation) génère une anxiété significative (émotion) et de l'évitement (comportement) par crainte d'être rejeté ou humilié (cognition) peut mettre cette croyance à l'épreuve en invitant un pair à prendre un café ou en s'inscrivant à une activité de groupe. Suite à cette expérience comportementale, un retour est fait avec le thérapeute à savoir si la pensée automatique du patient a été infirmée ou confirmée dans la réalité. Si celle-ci est infirmée, cela permet au patient de considérer une hypothèse alternative qui est plus adaptée à la réalité. Si elle est confirmée, cela offre une opportunité de discussion par rapport à ce qui pourrait être fait différemment dans le cadre d'une prochaine exposition à ce type de situation (Annexe 6).

**Activation comportementale** : L'activation comportementale fait également partie inhérente des approches TCC. Celle-ci est particulièrement utile chez les patients qui présentent une certaine passivité ou qui ont cessé la majorité de leurs activités antérieures en lien avec les symptômes d'ordre psychologiques, comme c'est souvent le cas dans le trouble dépressif majeur (Chaloult, 2008). On peut d'abord demander au patient de compléter une grille dans laquelle il indique les activités pratiquées durant la semaine, de même que le niveau de plaisir et de maîtrise associé à chacune d'entre elles (Annexe 7). Cela permet au thérapeute et au patient de prendre conscience des activités pratiquées quotidiennement et d'évaluer si celles-ci sont fonctionnelles ou dysfonctionnelles, notamment en évaluant lesquelles sont satisfaisantes et/ou ont un impact positif sur son estime personnelle. Cela permet aussi au patient de faire le lien entre ses émotions et son comportement, par exemple en constatant quelles activités il tend à faire et/ou éviter lorsqu'il ressent certaines émotions. Une fois la grille d'observation complétée, l'étape suivante implique d'augmenter progressivement le niveau d'occupation, en planifiant d'abord des activités considérées comme plaisante et valorisante. Progressivement, le patient pourra mettre en pratique des tâches de plus en plus complexes.

**Exposition progressive** : Les techniques d'exposition peuvent être utilisées chez les patients présentant une problématique d'ordre anxieuse. Celles-ci sont basées sur le principe selon lequel l'évitement des cognitions anxieuses ou des objets phobiques est associé au maintien de l'anxiété par rapport à ceux-ci. Par exemple, si un individu a une phobie des chiens, et qu'il quitte l'endroit chaque fois qu'il en rencontre un (évitement), son niveau d'anxiété diminue rapidement une fois qu'il n'est plus en contact avec l'animal. Par contre, à long terme, sa perception des chiens ne changera jamais et il continuera d'avoir peur chaque fois qu'il est exposé à cet animal. Les techniques d'exposition impliquent de confronter l'objet de sa peur de façon répétée, en tolérant l'anxiété associée (Annexe 8). De ce fait, cela permet au patient de réaliser que, d'un point de vue physiologique, le niveau d'anxiété augmente, atteint un plateau, puis redescend inévitablement. Cette émotion est donc désagréable, mais pas dangereuse et elle finit par se résorber d'elle-même. Selon le principe d'habituation, à chaque exposition, le niveau d'anxiété associé à l'objet phobique sera de moins en moins élevé. C'est ce que l'on appelle la désensibilisation, qui permettra éventuellement le traitement de la phobie en question (Bouthillier, Brillon, Savard & Dugas, 2001).


Pour les patients dont l'objet de la peur est concret (ex. animaux, hauteurs), on utilise généralement l'exposition graduée in vivo, c'est-à-dire que l'on expose de façon graduelle le patient à des stimuli de plus en plus anxiogènes (ex. regarder des photos de chien, se trouver





à quelques mètres de l'animal en question, puis flatter un chien). Dans le cas où l'objet de la peur est hypothétique (ex. inquiétudes par rapport au fait de développer des problèmes financiers, phobies d'impulsion), on peut alors utiliser les techniques d'exposition en imagination, dans lesquelles l'individu s'expose à un scénario qu'il a rédigé et qui représente les pires conséquences pouvant découler de cette peur. Certains patients présentent une peur en lien avec les symptômes physiques d'anxiété, qui peuvent se manifester par des symptômes respiratoires (ex. sensation d'étouffement, accélération de la fréquence respiratoire), des symptômes cardiovasculaires (ex. palpitations cardiaques, malaises thoraciques), des symptômes vestibulaires (ex. étourdissements, nausées) ou des symptômes liés à la tension musculaire (ex. tremblements et raideurs musculaires). Cette peur est souvent celle de devenir fou, de perdre le contrôle de soi ou d'en mourir. Dans ce cas, il est possible d'utiliser l'exposition aux sensations physiques, qui consiste à reproduire chez le patient ces symptômes au moyen de différents exercices (Leahy & Holland, 2000), lui permettant ainsi de réaliser que ces symptômes ne sont pas dangereux et donc d'être moins anxieux et de réagir de façon moins catastrophique lorsqu'ils surviennent.

## Autres interventions fréquemment utilisées en TCC

Voici d'autres exemples de stratégies qui sont fréquemment utilisées en TCC. Il ne s'agit toutefois pas d'une liste exhaustive, en ce sens que plusieurs autres interventions basées sur les principes décrits précédemment peuvent être employées.

 **Résolution de problèmes** : De façon générale, on favorise une méthode de résolution de problème en cinq étapes (Bouthillier, Savard, Brillon & Dugas, 2001; Annexe 9), incluant : (1) identifier et modifier son attitude face au problème (ex. nier ses problèmes; réagir de façon excessive ou éviter ses problèmes; croire qu'il est anormal d'avoir un problème); (2) définir concrètement le problème et formuler un objectif clair par rapport à celui-ci; (3) identifier plusieurs solutions alternatives ( $\geq 10$ ) et évaluer les conséquences potentielles à court et long terme de chacune d'entre elles; (4) choisir la solution la moins pire parmi celles-ci; (5) l'appliquer au comportement, puis en évaluer le résultat.

 **Affirmation de soi** : L'affirmation de soi implique d'arriver (1) à reconnaître ses émotions, ses opinions et ses désirs, (2) à tenir compte de ceux des autres, puis (3) à les exprimer de façon adéquate (Chaloult, 2008). Chez un patient présentant des difficultés à s'affirmer, il importe de d'effectuer de la psychoéducation pour lui permettre de comprendre ce que représente un comportement affirmatif, qui implique d'exprimer ses propres émotions et besoins tout en tenant compte de ceux des autres versus d'un comportement soumis où le patient est incapable d'exprimer ses besoins et fait passer ceux des autres en priorité ou d'un comportement plus agressif et/ou manipulateur où la personne exprimerait ses besoins au détriment de ceux d'autrui. Des jeux de rôles entre le thérapeute et le patient peuvent ensuite être mis en pratique pour que ce dernier puisse se pratiquer à exprimer comment il se sent ou faire une demande (Annexe 10).

 **Utilisation de fiches thérapeutiques** : Afin d'aider le patient à mettre en application les concepts discutés dans le cadre de la thérapie, il peut lui être utile de noter certains d'entre eux sur un carton aide-mémoire qu'il pourra garder avec lui. Par exemple, un individu



ayant des difficultés d'affirmation de soi peut prendre en note les techniques à utiliser pour s'affirmer auprès de son patron et les apporter avec lui sur son lieu de travail (Chaloult, 2008).

**Réattribution** : Cette technique peut être utilisée chez les individus qui ont tendance à se culpabiliser ou à s'appropriier la totalité de la responsabilité lorsqu'ils font face à un échec (Chaloult, 2008). On peut alors leur demander de dessiner un cercle représentant, par exemple une tarte, et de le diviser en plusieurs pointes dont la taille de chacune représente la part de responsabilité attribuable aux différents partis impliqués dans la situation d'échec en question. Avec l'aide du thérapeute, le patient tente alors d'arriver à une répartition de la responsabilité plus équilibrée, ce qui contribue à réduire le sentiment de culpabilité ou d'échec personnel.

## **Deuxième et troisième niveaux d'intervention cognitive : Niveaux introspectifs**

Ce type d'intervention implique d'abord d'identifier les croyances intermédiaires et fondamentales dysfonctionnelles du patient. Celles-ci peuvent parfois être déduites sur la base du diagnostic ou des informations recueillies via le tableau d'auto-enregistrement des pensées, puisqu'elles représentent généralement le thème central des pensées automatiques. Pour les identifier, il est également possible d'utiliser la technique de la flèche descendante (Burns, 1980), en posant au patient la question suivante au sujet d'une pensée automatique « Et si cette pensée était vraie, qu'est-ce que cela signifierait pour vous? Pourquoi est-ce si important, si grave ou si inacceptable? ». Par exemple, un patient ayant des difficultés d'affirmation de soi pourrait répondre que s'il exprime une demande qui va à l'encontre de celle de ses proches, on le rejettera, donc qu'il doit absolument agir en fonction de ce que les autres souhaitent au détriment de ses propres besoins. On repose ensuite la même question par rapport à la réponse donnée par le patient, jusqu'à ce que l'on ait accès à ce qui s'apparente à ses croyances fondamentales. Pour préciser les croyances fondamentales, il peut aussi être utile de demander au patient de terminer les phrases suivantes : « Je suis ... » ; « Les gens sont ... » ; « Le monde/ ma vie est ... ». L'utilisation de certains questionnaires peut s'avérer aidante (ex. Questionnaire des schémas de Young, Beck Schema checklist).

De façon similaire à ce qui a été suggéré pour les pensées automatiques, les croyances intermédiaires et fondamentales peuvent ensuite être remises en question et remplacées par des croyances plus adaptées via l'application des stratégies de restructuration cognitive et d'expériences comportementales. Il est toutefois important de savoir que la modification de ces croyances demeure extrêmement difficile, puisque celles-ci sont rigides, présentes de longue date et souvent difficilement accessibles à la conscience (Annexe 12, 13).

### 3. Séances finales

Au cours des dernières séances, il importe de s'assurer que le patient est de plus en plus autonome dans l'application des stratégies qui lui ont été présentées. Au fil des rencontres, le thérapeute intervient donc de moins en moins pour laisser davantage de place au patient (Ngô, 2016). Les problèmes et objectifs qui avaient initialement été identifiés sont repris, et l'on évalue s'il y a eu du progrès par rapport à ceux-ci. Les échelles de symptômes qui avaient été complétées en début de suivi sont également répétées, ce qui permet d'évaluer l'impact de la thérapie. Pour terminer, il importe de faire un résumé des outils qui ont été appris durant le processus de thérapie, de même que des facteurs de risque de rechute et des stratégies qui pourraient être entreprises par le patient dans cette situation (Annexe 14). Il est possible de proposer au patient quelques séances de consolidation supplémentaires, espacées dans le temps, qui permettront de vérifier si l'amélioration symptomatique se maintient et si le patient est en mesure d'appliquer les outils appris en thérapie.

## Conclusion

En conclusion, la TCC est l'une des approches thérapeutiques ayant reçu le plus de support empirique au cours des dernières années, et son efficacité a été démontrée en lien avec de nombreuses psychopathologies. De par ce guide, nous espérons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès de ces populations et qui le souhaitent, puissent intégrer à leur pratique clinique certains des concepts de base et interventions propres à ce type de psychothérapie. Des références plus détaillées, incluant des ouvrages bibliographiques et des sites internet pertinents, sont proposés à la suite de ce document.



Commentaires et questions au sujet du contenu de ce mini-guide peuvent être formulés sur [psychopap.com](https://psychopap.com)

# Annexe I

**Note d'évolution:**

**Séance:**

**Date:**

**Depuis la dernière séance:**

**Feedback:**

**À l'agenda:**

Item #1:

Item #2:

**Conclusion (s):**

**Tâches à domicile:**

**Feedback:**

## Annexe 2

### Tableau d'enregistrement des pensées automatiques

<b>Situation</b>	<b>Émotions</b>	<b>Pensées (ou images automatiques)</b>	<b>Preuves appuyant des pensées automatiques</b>	<b>Preuves qui vont à l'encontre des pensées automatiques</b>	<b>Pensées adaptées</b>	<b>Résultats</b>
Qui? Quoi? Quand? Où?	Quelles émotions avez-vous ressenties? Intensité de chaque émotion (échelle 0-10)					Réévaluez l'intensité de chaque émotion (échelle 0-10)

(Chaloult, 2008; Adapté de Greenberger & Padesky, 1995)

## Annexe 3

### Remettre en question les pensées négatives

1. Décrivez la situation: Quoi? Où? Quand? Avec qui?
2. Écrivez vos émotions et évaluez l'intensité de chaque émotion (0-100%).
  - Utilisez un mot pour décrire chaque émotion (ex. colère, tristesse, anxiété, honte, dégoût, fierté...)
3. Écrivez vos pensées.
  - Quelles pensées traversaient mon esprit avant que je ne me sente ainsi?
  - Qu'est-ce que ça signifie pour moi, mon futur, ma vie?
  - Que craignais-je?
  - Quelle est la pire chose qui puisse arriver? Est-ce vrai?
  - Et ceci veut dire qu'on me perçoit comment?
  - Et ceci indique que les gens ou le monde en général est...
  - Quelles sont les images ou les souvenirs qui accompagnent cette émotion?
4. Encerclez la "pensée chaude" et évaluez le degré de croyance (0-100%).
  - Pensée chaude: pensée automatique qui est liée à la plus grande charge émotionnelle
5. Écrivez les faits qui soutiennent la pensée automatique.
  - Écrire des faits qui soutiennent cette conclusion (éviter la lecture de pensée et l'interprétation des faits)
6. Écrivez les faits qui contredisent la pensée automatique.
  - Ai-je déjà eu des expériences qui m'indiquent que cette pensée n'est pas toujours vraie?
  - Si mon meilleur ami ou quelqu'un que j'aime pensait ceci, que leur dirais-je?
  - Si mon meilleur ami ou quelqu'un qui m'aime savait que je pensais ceci, que me diraient-ils? Quels faits souligneraient-ils afin de suggérer que ces pensées ne sont pas vraies à 100%?
  - Quand je ne me sens pas ainsi, est-ce que ma façon de voir les choses est différente? Comment?
  - Quand je me suis senti ainsi dans le passé, ais-je eu des pensées qui m'ont aidé?
  - Ais-je déjà été dans ce type de situation dans le passé? Qu'est-ce qui est arrivé? Y'a-t-il une différence entre les situations présente et passées? Qu'ais-je appris des expériences précédentes qui pourrait me servir maintenant?
  - Y'a-t-il des petites choses qui contredisent mes pensées dont je ne tiens pas compte car elles ne sont pas "importantes"?
  - Dans 5 ans, si j'examine cette situation, est-ce que je la considérerai différemment? Est-ce que mon focus se portera sur différents aspects de la situation?
  - Est-ce que j'oublie de tenir compte de certaines forces ou qualités personnelles ou liées à la situation?
  - Est-ce que je saute à des conclusions qui ne sont pas tout à fait justifiées par les faits?
  - Est-ce que je me blâme pour une quelque chose qui est hors de mon contrôle?
7. Pensée alternative/équilibrée.
  - Basé sur les faits pour et contre, y'a-t-il une autre façon de voir les choses?
  - Écrivez une phrase qui résume les étapes 5 et 6. Est-ce qu'en combinant les 2 phrases avec le mot et crée une pensée équilibrée qui tient compte de toute l'information acquise?
  - Est-ce que quelqu'un en qui j'ai confiance aurait une autre façon de comprendre cette situation?
  - Si ce que je pense est vrai, quelle est la pire issue? Quelle est la meilleure? Quelle est la plus réaliste?
  - Évaluez le degré de croyance dans la pensée alternative et ré-évaluez le degré de croyance dans la pensée "chaude"
8. Ré-évaluez l'intensité des émotions.
9. Plan d'action
  - Pouvez-vous faire quelque chose pour changer la situation qui a occasionné votre détresse?
  - Et sinon, est-ce possible de réagir différemment la prochaine fois?

## Annexe 4

# Biais d'interprétation

Certaines pensées automatiques sont vraies, certaines sont fausses et d'autres ont un grain de vérité. Les biais d'interprétation les plus fréquents sont:

1. Tout ou rien (ou blanc ou noir, pensée dichotomique): classer une situation dans l'une de deux catégories polarisées au lieu d'un continuum.  
Ex. si je n'ai pas 100%, je ne suis rien
2. Dramatisation: Mettre les choses au pire.  
Ex. Personne ne m'adressera la parole.
3. Disqualification le positif: Se dire que les expériences positives et les qualités ne comptent pas.  
Ex. J'ai eu une bonne note mais ça ne veut rien dire, j'ai été chanceuse...
4. Raisonnement émotif: Penser que quelque chose est vrai parce qu'on le sent vraiment, en ne tenant pas compte des faits qui le contredisent.  
Ex. Je sais que je ne suis pas nulle, mais je me sens nulle
5. Etiquetage: Assigner une étiquette globale à quelqu'un sans considérer des alternatives plus plausibles  
Ex. Je suis un nul. C'est un écoeurant.
6. Magnification/minimisation: Quand on évalue une personne ou une situation, on se penche sur le négatif et on minimise le positif.  
Ex. Cette mauvaise évaluation prouve que je suis nulle. Les autres évaluations, toutes bonnes, ne veulent rien dire.
7. Filtre mental: Focus sur un détail négatif plutôt que le portrait global.  
Ex. Comme j'ai une cote négative dans toute mon évaluation, ça veut dire que je suis incompetent.
8. Lecture de la pensée: Etre certain de savoir ce que les autres pensent, en ne considérant pas des alternatives plus plausibles.  
Ex. Il pense que je ne sais pas ce que je fais.
9. Généralisation à outrance: En arriver à une conclusion négative qui dépasse les faits.  
Ex. Comme je me suis senti inconfortable dans cette situation, ça prouve que je suis incapable de me faire des amis
10. Personalisation: "Prendre ça personnel".  
Ex. mon patron était de mauvaise humeur à cause de moi
11. Dois et devrais: Avoir une idée fixe des règles qui régissent son propre comportement et celui des autres et surestimer les conséquences d'une dérogation aux règles.  
Ex. C'est terrible de ne pas avoir 100%. Je devrais toujours faire mon possible.
12. Vision en tunnel: Ne voir que les aspects négatifs d'une situation.  
Ex. Le prof de mon fils est un incompetent. Il est critique et insensible.

## Annexe 5

### Tableau représentant les principales familles d'émotions et pensées à l'origine

Familles d'émotion	Émotions	Pensées à l'origine
Anxiété	Angoisse, Inquiétude, Crainte, Effroi, Épouvante, Peur, Stress	« Un danger que je ne peux éviter me menace. »
Hostilité	Agressivité, Aigreur, Animosité, Aversion, Impatience, Colère, Haine, Irritation, Rage, Rancune, Ressentiment, Révolte	« Cette autre personne a commis une faute ou elle ne devrait pas faire ce qu'elle fait. »
Culpabilité	Regret, Remords, Autoaccusation	« J'ai commis une faute ou je ne devrais pas faire ce que je fais. »
Honte		« Puisque j'ai commis cette faute, ma valeur personnelle baisse aux yeux d'autrui. »
Tristesse	Déception, Découragement, Désespoir, Abattement	« Ce qui arrive est mauvais pour moi ou mes proches. »

(Tiré de Chaloult, 2008)

Annexe 6

Tableau d'enregistrement des expériences comportementales

Date	Situation	Prédiction	Expérience	Résultat	Apprentissage fait

(Tiré de Chalout, 2008)



## Annexe 7

### Registre des activités quotidiennes

Date : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6h à 7h							
7h à 8h							
8h à 9h							
9h à 10h							
10h à 11h							
11h à 12h							
12h à 13h							
13h à 14h							
14h à 15h							
15h à 16h							
16h à 17h							
17h à 18h							
18h à 19h							
19h à 21h							
21h à 24h							
00h à 6h							

**Annexe 8**  
**Grille d'exposition**

Situation anxiogène	Exercice : Que dois-je faire? Pour combien de temps?					
Date/heure	Pensée : De quoi ai-je peur? Qu'est-ce qui pourrait arriver? En quoi est-ce grave? Quelle est la probabilité que cela survienne?	Anxiété Coter l'intensité 0-10 Avant	Anxiété Coter l'intensité 0-10 Pendant	Anxiété Coter l'intensité 0-10 Après	Durée de l'exposition	Commentaires Qu'est-ce qui est arrivé? Qu'est-ce que j'ai fait? Comment l'anxiété a-t-elle évolué? Qu'est-ce qui a aidé? Qu'est-ce qui n'a pas aidé? Que devrais-je faire différemment la prochaine fois?

(Traduit de [www.getselfhelp.co.uk](http://www.getselfhelp.co.uk))

Annexe 9

Résolution de problème

Date :

Définition du problème :

---

---

Formulation de l'objectif : *Qu'est-ce que je peux faire pour ...? Comment faire pour ...?*

---

---

---

Modification de la réaction face au problème : *Est-ce que je réagis de façon contre-productive à ce problème? Si oui, quelle est ma réaction face à ce problème?*

---

---

---

*Y'aurait-il une autre façon de réagir à ce problème qui serait plus productive? Si oui, laquelle?*

---

---

Solutions possibles : *Le plus de solutions possibles (au moins 10), sans évaluer/juger, solutions variées*

1.

---

---

2.

---

---

3.

---

---

4.

---

---

5.

---

---

6

---

---

7.

---

8

---

---

9.

---

---

10

---

---

Solution(s) choisie(s) :

---

---

---

---

---

---

Stratégie d'application de la (des) solution(s) : Comment je vais m'y prendre pour appliquer la (les) solution(s) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Évaluation du résultat :

Par rapport au problème : « Est-ce que le problème est résolu? »

Par rapport aux émotions négatives : « Est-ce que j'éprouve un soulagement émotionnel? »

Annexe 10  
Affirmation de soi

L'affirmation de soi décrit un comportement qui nous permet de communiquer ce dont on a BESOIN, ce qu'on VEUT et nos SENTIMENTS sans empiéter sur les droits d'autrui. Il s'agit d'une alternative à la passivité et à l'agressivité. La passivité signifie qu'on ne respecte pas son droit à avoir une opinion; le comportement agressif ne respecte pas les droits d'autrui. Le but de la passivité est d'éviter les conflits et celui de l'agression est de gagner.

Pour s'**AFFIRMER** on doit:

Décider ce qu'on veut  
Décider si c'est équitable  
Le demander clairement  
Être capable de prendre ce risque  
Rester calme

comportement	PASSIF	AFFIRMATIF	AGRESSIF
Non-verbal	Ton plaignard Pas de contact visuel Tendu, nerveux	Voix calme Contact visuel direct Relax	Cri Regard fixe Tendu, en colère
Verbal	Je me demande/ ça doit/ OK d'abord	Je pense/je me sens	Tu ferais mieux de...

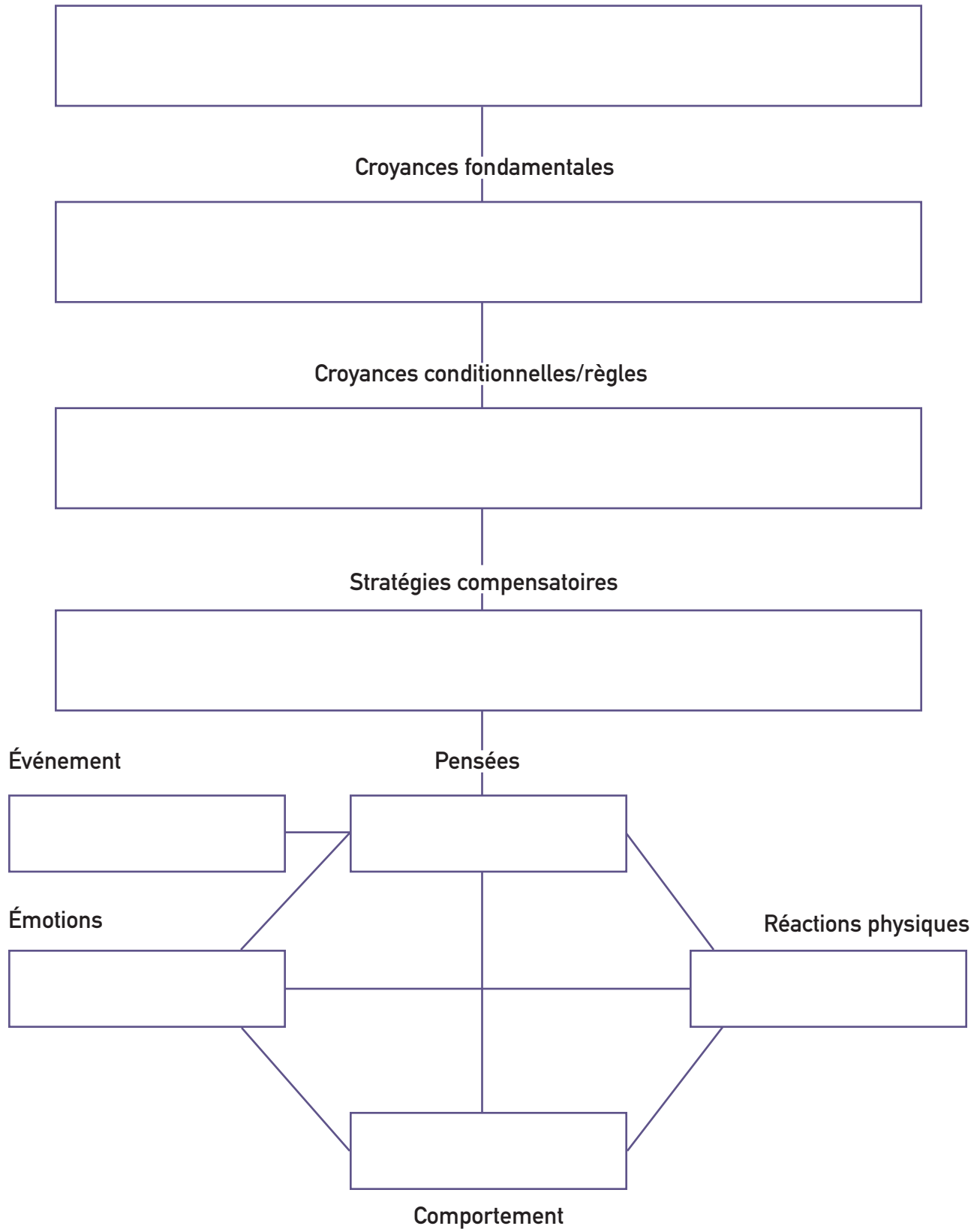
Démarche recommandée:

1. Se préparer. Préparez-vous afin de vous assurer que vos arguments soient solides. Les écrire à l'avance en évoquant: l'explication, vos sentiments, vos besoins, les conséquences. Par exemple: "je veux discuter un problème avec toi. La semaine passée, ta stéréo m'a empêché de dormir" (explication). "Même si je comprends que tu aimes écouter ta musique, je me sens maintenant fatigué et irrité"(sentiments) "si tu baissais le volume après minuit" (besoins). "J'apprécierais beaucoup" (conséquences). Répétez vos arguments à l'avance.
2. Être positif. Commencez par un compliment ou une phrase positive. Par exemple: "ce travail est excellent mais j'aimerais que tu écrives plus clairement afin que je puisse te lire plus facilement. C'est une bonne idée mais je ne pense pas que ça va fonctionner dans ce contexte".
3. Répétez votre opinion simplement et calmement afin de vous assurer qu'on vous ait entendu
4. Lorsque vous négociez:
  - Demandez qu'on clarifie l'argument afin de vous assurer que vous compreniez bien le problème
  - Reconnaître la position de votre interlocuteur ("je comprends ta position, mais...")
  - S'en tenir au point et répéter sa position aussi souvent que nécessaire
  - N'attaquez pas la personne, seulement le comportement qui vous dérange
  - Restez calme
  - Soyez prêt à prendre des risques et à faire des compromis

# Annexe 11

## Conceptualisation

Expériences précoces



## Annexe 12

### Réévaluer la croyance conditionnelle

Choisir un de vos problème récurrent (ex. trop occupé)

Identifier la croyance conditionnelle sous-jacente: « si...alors » (ex. si je dis non, alors on me jugera sévèrement)

Explorer les bénéfices et désavantages de cette croyance (ex. bénéfice: tout le monde est content, désavantage: épuisement)

Faire une liste des possibilités: Comment voudriez-vous agir ? Comment aimeriez-vous être? Connaissez-vous quelqu'un qui agit ainsi ? Utiliser son imagination... (ex. j'aimerais pouvoir dire non)

Identifier la croyance conditionnelle qui pourrait y correspondre (ex. si je tente d'accommoder autrui tout en respectant mes limites, je serai moins fatigué et les autres s'en feront une raison)

Quelles expériences comportementales pourriez-vous faire pour tester la validité de cette croyance ?

Notez les résultats dans votre journal de bord (tous les jours si possible)

Adapté de Padesky, C. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1 (5), 267-278

Annexe 13  
Réévaluer la croyance fondamentale

Identifier la croyance:

Quelle est la croyance qui vous cause problème? (par 'je suis...', 'le monde est...', 'les autres sont...')

Quel effet a-t-elle eu sur votre vie ?

Pensées :

Émotions :

Comportements :

Remettre en question la croyance:

D'où vient-elle (ex. expériences, personnes) ?

Est-elle irréaliste ou déraisonnable ?

Quels en sont les avantages? Évitez-vous des risques ? Que se passerait-il si vous la laissiez aller?

Quels en sont les désavantages (ex. estime de soi, difficultés à obtenir ce que vous souhaitez)?

Pouvez-vous formuler une croyance plus réaliste, flexible et utile?

Que faut-il faire pour changer cette croyance (ex. plan d'action)?

Adapté de Fennell, M. (1991). Overcoming low self esteem. Robinson



Annexe 14  
Résumé de la thérapie

Origine des problèmes :

Maintien des symptômes :

Outils appris en thérapie :

Événements pouvant causer une rechute :

Plan d'action :

## Bibliographie

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd edition)*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (2016). *Cognitive therapy of personality disorders (3rd edition)*. New York: Guilford Press.

Bouthillier, G., Savard, P., Brillon, P. & Dugas, M.J. (août 2001). La thérapie cognitive-comportementale : Trois outils pratiques à utiliser au bureau. *Le Clinicien*, 95-110.

Bouthillier, G., Brillon, P., Savard, P. & Dugas, M.J. (septembre 2001). La thérapie cognitive-comportementale : L'exposition et la restructuration cognitive. *Le Clinicien*, 103-119.

Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Wm. Morrow and Co.

Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.

Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T-L. & Chaloult, G. (2018). *Guides de pratique selon le diagnostic*. Repéré à l'URL : [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com).

Fenn, M.K. & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579-585.

Greenberger, D. & Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood*. New York: Guilford Press.

Leahy, R.L. & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

Ngô, T-L. (2016). Thérapie cognitive. Dans P. Lalonde & G-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie Clinique : Approche bio-psycho-sociale*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.

Padesky, C.A. & Mooney, K.A. (1990). Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 13-14.

# Lectures suggérées

## LECTURES POUR LES PATIENTS

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression, une étape à la fois*. Montréal: Éditions de l'homme.
- Brillon, P. (2017). *Se Relever D'un Traumatisme*: Éditions Québec-Livres.
- Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T-L. & Chaloult, G. (2018). Section grand public. Repéré à l'URL : [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com).
- Greenberger, D., Ludi, F., & Padesky, C. (2017). *Guérir l'anxiété, la dépression avec les thérapies cognitives et comportementales (TCC)*: Thierry Souccar Editions.
- Greenberger, D., Padesky, C.A., & Beck, A.T. (2015). *Mind Over Mood, Second Edition: Change How You Feel by Changing the Way You Think*: Guilford Publications.
- Macqueron, G., & Roy, S. (2004). *La timidité: comment la surmonter*: Le Grand livre du mois.
- Marchand, A., Letarte, A., & Seidah, A. (2018). *La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique et de l'agoraphobie*: LGF/Le Livre de Poche.
- Morin, C.M. (2009). *Vaincre les ennemis du sommeil*: Les Editions de l'Homme.
- Sauteraud, A. (2002). *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter: Mieux vivre avec un TOC*: Éditions Odile Jacob.

## LECTURES SUGGÉRÉES POUR LES THÉRAPEUTES

- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (2016). *Cognitive therapy of personality disorders (3rd edition)*. New York: Guilford Press.
- Bouthillier, G., Savard, P., Brillon, P. & Dugas, M.J. (août 2001). *La thérapie cognitive-comportementale : Trois outils pratiques à utiliser au bureau*. *Le Clinicien*, 95-110.
- Bouthillier, G., Brillon, P., Savard, P. & Dugas, M.J. (septembre 2001). *La thérapie cognitive-comportementale : L'exposition et la restructuration cognitive*. *Le Clinicien*, 103-119.
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.
- Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T-L. & Chaloult, G. (2018). *Guides de pratique selon le diagnostic*. Repéré à l'URL : [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com).
- Leahy, R.L. & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L., Holland, S. & McGinn, L.K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders (2nd edition)*. New York: Guilford Press.

# La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en résumé

**Qu'est-ce que la TCC?** La TCC est basée sur le modèle cognitif : pour un individu donné, les réactions émotionnelle, comportementale et physique sont plus intimement reliées à sa façon d'interpréter un événement qu'à l'événement en soi. De ce fait, l'identification de ces pensées et leur réévaluation afin de considérer des pensées plus réalistes ou adaptées représente le fondement du processus thérapeutique et permet aux patients de retrouver des émotions et des comportements qui sont plus adaptés face aux situations vécues.

## À qui s'adresse-t-elle?

La TCC est l'une des formes de thérapie ayant été le plus étudiée en recherche (Chaloult, 2008). Elle est indiquée dans le traitement des troubles suivants : trouble dépressif majeur, l'insomnie, les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, les troubles alimentaires, l'hypochondrie, la somatisation et certains troubles de personnalité. Elle est utile, en combinaison avec la médication, pour le trouble bipolaire et la schizophrénie.

## Comment l'appliquer?

**Évaluation** : histoire de cas, analyse fonctionnelle, échelles de mesure

**Conceptualisation**

**Liste des problèmes et des buts**

**Présenter le modèle**

**Applications des techniques cognitives et comportementales aux problèmes du patient :**

- Identification des pensées automatiques et réévaluation cognitive :
- Tableau d'enregistrement des pensées automatiques
- Identification des distorsions cognitives/biais d'interprétation
- Expériences comportementales
- Activation comportementale
- Exposition :
  - o Graduée in vivo
  - o En imagination
  - o Aux sensations physiques
  - o Avec prévention de la réponse
- Résolution de problème
- Affirmation de soi
- Fiches thérapeutiques
- Réattribution

**Identification et réévaluation des croyances conditionnelles et fondamentales**

**Résumé de la thérapie**

## Quels outils sont disponibles?

- En annexe dans ce mini-guide
- Chaloult, L. (2008). La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)
- [www.padesky.com](http://www.padesky.com)

[Présenter le modèle](http://www.padesky.com) ([www.padesky.com](http://www.padesky.com))

Tableau d'enregistrement des pensées automatiques

Restructuration cognitive/[découverte guidée](http://www.padesky.com) ([www.padesky.com](http://www.padesky.com))

Biais d'interprétation

Tableau représentant les principales familles d'émotions et pensées à l'origine

Tableau d'enregistrement des expériences comportementales

Registre des activités quotidiennes

Grille d'exposition

Résolution de problème

Affirmation de soi

Réévaluation des croyances conditionnelles et fondamentales :

- Conceptualisation
- [Schéma comme préjugé](http://www.padesky.com) ([www.padesky.com](http://www.padesky.com))
- [Modifier les schémas](http://www.padesky.com) ([www.padesky.com](http://www.padesky.com))

## Comment se former?

- Institut de formation en TCC
- Formations porte-voix
- Association Canadienne de TCC
- Association francophone de formation et de recherche en TCC
- Beck institute
- Oxford Cognitive Therapy Center
- Association for behavioral and cognitive therapies

Dre Geneviève Charbonneau  
Résidente 5

Dre Julie Turcotte  
Psychiatre

Dre Thanh-Lan Ngô  
Psychiatre

Département de psychiatrie  
CIUSSS-NIM

Ce guide s'intègre dans une série de mini-guides sur la psychothérapie, élaborés en collaboration avec le Centre de Psychothérapie affilié au Pavillon Albert-Prévost. Ces guides tentent principalement de répondre aux questions que peuvent se poser les thérapeutes débutants et se veulent une introduction aux différents types de psychothérapie existants.

