

Sous la direction de
Cyrille Bouvet

11 cas cliniques difficiles en thérapies comportementales et cognitives

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
--	--



DANGER
LE PHOTOCOPIAGE
TUE LE LIVRE

© Dunod, 2018
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-078641-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Sous la direction de:

Cyrille BOUVET

Professeur de psychologie clinique à l'Université-Paris Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Avec la collaboration de:

Nathalie CAMART

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Sylvain DAGNEAUX

Psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, enseignant au DU TECC de Lille et à l'AFTCC.

Damien FOUQUES

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Anne GUT-FAYAND

Psychiatre, rattachée à l'hôpital Sainte-Anne et praticien attaché à la consultation universitaire, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Sabrina JULIEN SWEERTS

Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste et chargée de cours en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre.

Baptiste LIGNIER

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Bourgogne Franche-Comté, psychologue clinicien à l'Espace Psychothérapique, CHS La Chartreuse, Dijon.

Adrien MÉNARD

Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, chargé d'enseignement en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre.

Lucia ROMO

Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430) et psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Thierry SOULAS

Psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, Hôpital Henri-Mondor, Neurochirurgie, Université Paris-Est Créteil, Inserm U955, eq. 14.

Pierre TAQUET

Psychologue psychothérapeute au Groupe Hospitalier Seclin Carvin, docteur en Psychologie, chercheur au service d'addictologie du CHU de Lille et associé au laboratoire PSITEC (Univ. Lille, EA 4072).

Rafika ZEBDI

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

Table des matières

<i>Liste des auteurs</i>	3
<i>Introduction</i>	11

CHAPITRE 1 – LE THÉRAPEUTE FACE AU SILENCE :

LE MUTISME SÉLECTIF CHEZ L'ENFANT	15
1. Le thérapeute	17
2. Le cadre clinique	17
3. La mise en place de la relation	18
4. Le patient	19
5. Entretien 1	20
6. Entretien 2	24
7. Entretiens 3 et 4	26
8. Conceptualisation du trouble et contrat thérapeutique	28
9. Entretien 5 et suivants	30
10. Entretien 12 (téléphonique)	33
11. Entretiens 13 à 17	33
12. Entretiens 17 à 22	35
13. Entretiens 23 à 30	35
14. Bilan de la thérapie	36
15. Conclusion	37
Bibliographie	38

CHAPITRE 2 – BINGE EATING DISORDER ET TROUBLE BORDERLINE :

QUAND L'UN NOURRIT L'AUTRE...	39
1. Le thérapeute	41
2. Le cadre clinique	41
3. La patiente	41
4. Rendez-vous 3	44
5. Rendez-vous 4	48
6. Rendez-vous 5	49
7. Rendez-vous 6 à 12	50
8. Rendez-vous 13	51
9. Rendez-vous 14 à 20	52
10. Rendez-vous 21 à 32	53

11. Rendez-vous 33 à 45.....	54
12. Rendez-vous 46.....	54
13. Rendez-vous 47.....	56
14. Rendez-vous 52.....	57
15. Bilan de la thérapie.....	58
16. Conclusion.....	58
Bibliographie	59

CHAPITRE 3 – ANXIÉTÉ, DÉPRESSION ET SYMPTÔMES TRAUMATIQUES :	
COMMENT S’Y RETROUVER ET COMMENT TRAITER LES PROBLÈMES.....	61
1. Le thérapeute.....	63
2. Le patient.....	64
3. Les premiers entretiens.....	65
4. La thérapie.....	70
5. La suite.....	82
6. Conclusion.....	84
Bibliographie	85
Annexes : résultats psychométriques détaillés.....	86

CHAPITRE 4 – UNE INSOMNIE « REBELLE ».....	89
1. Le thérapeute.....	91
2. La patiente.....	92
3. Deuxième consultation.....	96
4. Troisième consultation.....	98
5. Quatrième consultation.....	100
6. Cinquième consultation.....	103
7. Sixième consultation.....	105
8. Septième consultation.....	106
9. Bilan de la thérapie.....	107
10. Conclusion.....	109
Bibliographie	110
Annexes	111

CHAPITRE 5 – CHANGER OU PAS ? QUAND LE THÉRAPEUTE S’ACTIVE ET S’ÉPUISE	
DANS UN CAS D’ANXIÉTÉ SOCIALE RÉSISTANTE.....	113
1. Le thérapeute, le cadre thérapeutique.....	115

2. Qui est Carole ? La rencontre, la problématique.....	115
3. La thérapie.....	121
4. Bilan de la thérapie : évolution, difficultés.....	131
5. Conclusion	132
Remerciements	133
Bibliographie	133
Annexes	134

CHAPITRE 6 – TOC SÉVÈRE ET SCHÉMA DE SACRIFICE :

UNE INTERACTION COMPLEXE EN THÉRAPIE	135
1. Comment suis-je devenu psychothérapeute ?.....	137
2. Présentation de Aude.....	138
3. Première séance : la rencontre.....	140
4. Deuxième séance : établissement d'une ligne de base et analyse fonctionnelle.....	141
5. Troisième séance.....	144
6. Quatrième séance.....	146
7. Cinquième séance : début de la thérapie	150
8. Sixième séance.....	151
9. Septième séance.....	152
10. Huitième séance	153
11. Dernières séances : fin ou début de thérapie ?.....	153
12. Conclusion	154
Bibliographie	155

CHAPITRE 7 – L'ADAPTATION D'UN PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE

DANS LE CADRE D'UNE MALADIE NEUROMUSCULAIRE.....	157
1. Le thérapeute	159
2. Le patient.....	160
3. Les premiers entretiens.....	164
4. La mise en place de la relation	166
5. Stratégie thérapeutique envisagée.....	167
6. Déroulement de la thérapie.....	170
7. Difficultés rencontrées lors de la thérapie.....	174
8. Bilan de la thérapie.....	175
9. Conclusion	178
Bibliographie	179

CHAPITRE 8 – QUAND UNE PATHOLOGIE EN CACHE UNE AUTRE	181
1. Le thérapeute	183
2. Première séance	184
3. N : 1 ^{ère} année – 2 ^e et 3 ^e séances	185
4. 4 ^e séance	185
5. 5 ^e séance	187
6. 6 ^e séance	189
7. 7 ^e séance	189
8. 8 ^e séance	190
9. 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e séances	190
10. 12 ^e séance	191
11. 13 ^e séance	192
12. 14 ^e et 15 ^e séances	193
13. 16 ^e séance	193
14. 17 ^e et 18 ^e séances	193
15. N + 1 – 19 ^e séance	194
16. 20 ^e à 23 ^e séances	194
17. 24 ^e séance	196
18. 25 ^e et 26 ^e séances	196
19. 27 ^e à 29 ^e séances	197
20. 30 ^e séance	197
21. 31 ^e séance	199
22. 32 ^e séance	199
23. 33 ^e à 39 ^e séances	200
24. N + 3, 40 ^e à 45 ^e séances	200
25. 46 ^e à 52 ^e séances et conclusion	201
Bibliographie	203

CHAPITRE 9 – COMORBIDITÉS ET INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE :	
AVANCER QUAND MÊME	205
1. Le thérapeute et le cadre thérapeutique	207
2. La patiente	207
3. Les premiers entretiens, l'évaluation	209
4. Dépasser l'anxiété de performance du... thérapeute	211
5. Le travail sur l'estime de soi	213
6. Nouvel objectif, les TOC...	217
7. Suite et fin...	218

8. Conclusion	219
Bibliographie	221

CHAPITRE 10 – AIDER À S'INVESTIR DANS UNE RELATION AFFECTIVE

QUAND ON SOUFFRE D'UN TROUBLE SCHIZOPHRÉNIQUE.....	223
1. Introduction, le thérapeute.....	225
2. La situation psychothérapeutique.....	226
3. Anamnèse et biographie	226
4. Évaluation clinique de base	230
5. Relevé des situations problèmes rencontrées par Quentin	231
6. L'analyse fonctionnelle de type SECCA.....	232
7. Après quatre séances.....	233
8. Séance 16 : bilan positif du traitement	234
9. Reprise de la TCC et des entretiens à visée éducative (approche d'éducation thérapeutique du patient – ETP).....	234
10. Bilan intermédiaire.....	236
11. La rencontre affective	240
12. Conclusion	242
Bibliographie	244

CHAPITRE 11 – L'ADDICTION EST RAREMENT SEULE :

LE CAS D'UN JOUEUR PATHOLOGIQUE.....	245
1. Les thérapeutes.....	247
2. Le patient.....	247
3. Les deux premiers entretiens : anamnèse, histoire des troubles et explication du modèle TCC.....	248
4. Troisième et quatrième entretiens : demande, travail motivationnel et évaluations psychométriques	250
5. Cinquième, sixième et septième entretiens : auto-observation et restructuration cognitive.....	254
6. Huitième entretien : changements de comportements et <i>craving</i>	256
7. Neuvième entretien : exposition et recherche d'emploi.....	257
8. Dixième entretien : faux pas et rechute.....	258
9. Onzième entretien : restructuration cognitive et freins au changement.....	258
10. Douzième entretien : comportement alternatif et entourage	259
11. Treizième entretien : gestion des émotions.....	260

12. Quatorzième entretien : changement cognitif de couple et pleine conscience	260
13. Quinzième entretien : difficultés de couple et perte de contrôle dans le jeu...	261
14. Seizième entretien : travail sur les valeurs	262
15. Dix-septième entretien : dévalorisation de soi et milieu professionnel	262
16. Dix-huitième et dix-neuvième entretiens, ce dernier par téléphone	263
17. Vingtième et vingt et unième entretiens : poursuite des changements	263
18. Conclusion	264
Bibliographie	265
<i>Conclusion</i>	267

Introduction¹

Tout d'abord je tiens à remercier chaleureusement mes collègues psychothérapeutes, auteurs des chapitres qui suivent, qui ont accepté de jouer le jeu pour ce livre en livrant avec honnêteté les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans l'exercice de leur art psychothérapeutique. De fait, il y a un décalage entre la littérature clinique, qui présente le plus souvent des cas cliniques réussis pour illustrer telle ou telle stratégie thérapeutique, et la réalité de la pratique psychothérapeutique, qui est semée d'embûches et de difficultés. Car, même si les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont depuis longtemps et à maintes reprises fait la preuve de leur efficacité par l'application de stratégies thérapeutiques multiples et structurées, il n'en reste pas moins que cette efficacité est relative. Si l'on peut souvent améliorer les situations problèmes avec les TCC, cette amélioration est rarement absolue. Et dans certains cas, l'amélioration n'a pas lieu et la thérapie ne fonctionne pas. Ainsi, pour le professionnel (et les patients), le résultat n'est jamais totalement garanti, le doute est présent quant au résultat à venir. Par ailleurs, bien que les TCC proposent des stratégies précises et structurées, évaluées et adaptées à chaque situation problème, le thérapeute ne peut se contenter d'appliquer mécaniquement ces programmes, cela ne fonctionnerait pas. Son rôle est de faire se rencontrer d'un côté un programme thérapeutique efficace dans la plupart des cas et de l'autre côté une personne (le patient) avec sa personnalité, son contexte de vie, ses attentes et ses angoisses. Et cette personne est porteuse de problèmes psychologiques qui la gênent mais qui sont rarement aussi simplement identifiables que dans les manuels diagnostiques. De plus, ces problèmes et ces troubles psychiques sont, dans la majorité des cas, comorbides entre eux et ils se lient souvent à d'autres problèmes (travail, amour, enfant, maladie...). Identifier les problèmes à traiter n'est donc pas toujours simple, or les TCC sont dites « centrées sur les problèmes »...

De plus, dès que le patient rencontre le thérapeute, une relation se noue, qui, à travers les aléas de l'alliance thérapeutique, sera le déterminant le plus fort de la réussite thérapeutique.

Aux difficultés liées à la définition des problèmes, à la complexité du contexte et à la relation thérapeutique, s'ajoute la profusion des thérapies disponibles en TCC ou dans les approches voisines. Il existe des méthodes comportementales et leurs évolutions multiples (les différentes techniques d'exposition par exemple), des

1. Par Cyrille Bouvet.

méthodes cognitives (des techniques de restructuration cognitive à la thérapie des schémas), et maintenant celles dites de la troisième vague (ACT, *Mindfulness*...), auxquelles s'ajoutent des approches « amies » du type EMDR, remédiation cognitive, ICV, hypnothérapie... souvent pratiquées par les thérapeutes formés aux TCC.

Bref, entre les présentations didactiques de cas cliniques dans les ouvrages TCC (en caricaturant : un problème + une stratégie TCC = une réussite thérapeutique) et la réalité rencontrée par le psychothérapeute, il y a un monde beaucoup plus riche mais aussi plus incertain et mouvant qui n'est pas sans poser des difficultés aux professionnels.

Le psychothérapeute travaille sur mesure, il adapte la logique TCC à chacun des patients qu'il suit (alliance thérapeutique collaborative + évaluation-bilan-définition des problèmes à traiter + analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas + stratégie thérapeutique + évaluation des résultats + adaptation de la stratégie + évaluation finale et fin de la thérapie). Pour être efficace il doit rester centré sur le patient, ses problèmes et ses demandes plus que sur ses modèles et techniques TCC. C'est pourquoi chaque thérapie est unique, la psychothérapie TCC est un art et non une application standardisée et uniforme de techniques thérapeutiques. C'est pourquoi chaque thérapie est un risque. Risque que l'alliance ne prenne pas, que le problème soit mal défini, que les stratégies soient mal choisies ou mal appliquées ou que, bien qu'elles le soient correctement, elles ne fonctionnent pas...

Autant de sources de difficultés potentielles. La psychothérapie est un chemin truffé de difficultés que thérapeute et patient ensemble doivent surmonter. Et pourtant, la culture de la difficulté, ce qu'elle est, ce qu'il faut en faire, comment la dépasser et surtout apprendre d'elle, est peu développée dans le milieu de la psychothérapie en France. Il existe un seul ouvrage sur la question¹. La pratique de la supervision pour y évoquer ses difficultés, obligatoire dans de nombreux pays, n'est pas suffisamment pratiquée en France.

Mais quel psychothérapeute pourrait affirmer n'avoir jamais rencontré de situations psychothérapeutiques difficiles ? N'être jamais perturbé par une situation qu'il ne comprend pas ? Ne jamais douter de ce qu'il fait ? Ne jamais faire d'erreurs ? Ne jamais échouer ?

1. Mihaescu G. (2000). *De l'erreur en psychothérapie*, MetH éditions.

Ce livre a pour objectif de montrer et d'analyser des situations cliniques difficiles, celles où le thérapeute doute, hésite, s'embourbe, avance sans repère précis, pense échouer et se récupère, ou non... Et cela dans des situations cliniques très variées, avec des thérapeutes à l'expérience, aux parcours et aux styles différents, des populations diverses souffrant de troubles courants ou rares...

Je suis convaincu qu'une des clés de la réussite, c'est de savoir échouer, c'est-à-dire d'accepter que la difficulté est inévitable, de la reconnaître quand elle se présente, de la dépasser ensuite et d'en faire une source de progrès et non de panique. Si elle est reconnue et qu'elle permet une meilleure compréhension de la situation, voire qu'elle suscite de la créativité thérapeutique, alors : vive la difficulté en psychothérapie ! Mais, si elle est honteuse, cachée ou non perçue, stérile, source de confusion et d'inhibition thérapeutique, alors elle vient gêner le travail thérapeutique.

Les présentations cliniques qui suivent proviennent de collègues qui reconnaissent leurs difficultés, ainsi que leurs doutes, voire leurs erreurs le cas échéant, et qui malgré tout restent lucides, capables de remises en cause et de rebonds pour faire avancer autant que possible la psychothérapie dans laquelle ils sont engagés, toujours motivés par l'aide qu'ils peuvent apporter au patient et centrés sur ses besoins. Chacune de ces présentations illustre comment jongler avec les difficultés rencontrées et parfois les erreurs commises, inévitables en psychothérapie.