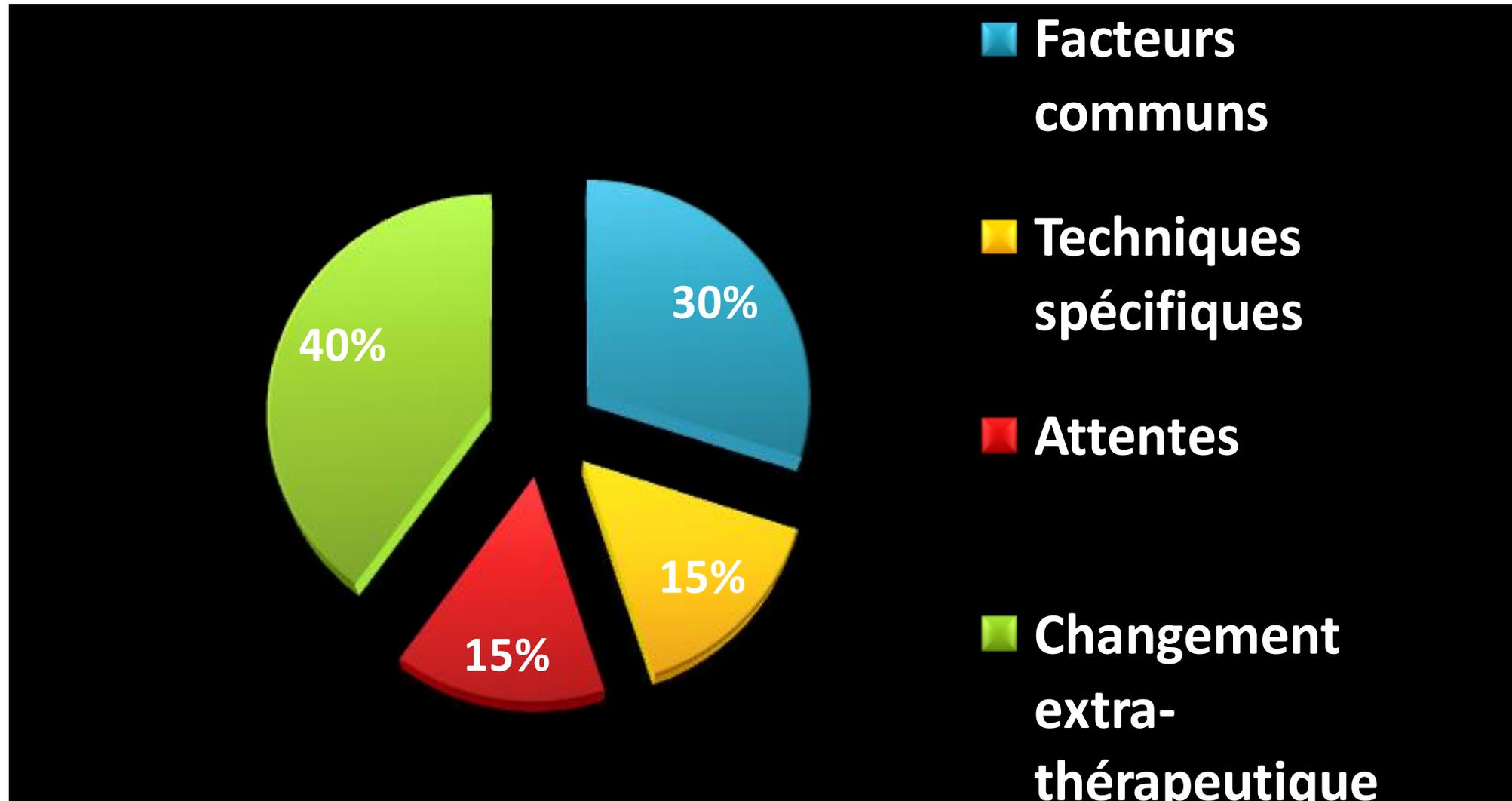


PLANIFIER LES EXPOSITIONS AVEC LA THÉORIE DE  
L'APPRENTISSAGE PAR INHIBITION  
OU  
PERMETTRE AU PATIENT D'EXPRIMER SON POTENTIEL DE  
GUÉRISON

Pierre Lamy  
Psychologue  
Congrès AFTCC 2023

# FACTEURS RESPONSABLES DE L'AMÉLIORATION EN %



# PARADIGME DE L' AUTOGUÉRISON

---

**Au lieu de conceptualiser la thérapie comme un processus dans lequel les thérapeutes produisent des changements chez les patients. Le paradigme de l'autoguérison considère la psychothérapie comme un processus dans lequel les patients produisent des changements en eux-mêmes, avec le soutien de leur thérapeute afin de récupérer leurs capacités de guérison.**

**Heidi M. Levitt & Daniel C. Williams (2010) Facilitating patient change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists, *Psychotherapy Research*, 20:3, 337-352,**

# PARADIGME DE L' AUTO THÉRAPIE

- 
- **La perception de l'alliance et l'accord du patient avec les objectifs, les tâches et les méthodes utilisés dans la thérapie sont être un des meilleurs facteurs prédictif des résultats.**

Norcross J. The Therapeutic Relationship. In: Duncan B, Miller S, Wampold B, Hubble M, Ed.. *The Heart and Soul of Change*. Washington, D.C.: APA Press. 2009

- **En tant qu'agents actifs.ves et intelligent.e.s, les patient.e.s ne se contentent pas de réagir aux interventions du thérapeute ou de recevoir leurs messages comme les thérapeutes l'entendent. Au contraire, ils extraient des significations en fonction des interprétations dont ils et elles ont besoin, en fonction de ce qu'ils et elles pensent que le thérapeute fait et de ce à quoi ils et elles prêtent attention.**
- **Les patient.e.s utilisent les réponses, les interventions et les suggestions des thérapeutes comme des « outils » pour apporter des changements.**

Bohart, A.C., & Tallman, K. (1999). *How patients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing*. ED. American Psychological Association. 1999

# Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders

## A Systematic Review and Meta-analysis

Eva A. M. van Dis, MSc; Suzanne C. van Veen, MSc; Muriel A. Hagenaars, PhD; Neeltje M. Batelaan, PhD; Claudi L. H. Bockting, PhD; Rinske M. van den Heuvel, MSc; Pim Cuijpers, PhD; Iris M. Engelhard, PhD

**Dans une revue systématique et une méta-analyse de 69 essais cliniques randomisés incluant 4 118 patients, la thérapie cognitivo-comportementale a été associée à de meilleurs résultats par rapport aux groupes-témoins chez les patients présentant des symptômes d'anxiété dans les 12 mois suivant la fin du traitement.**

**Avec un suivi plus long, des associations significatives n'ont été trouvées que pour le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale et le trouble de stress post-traumatique.**

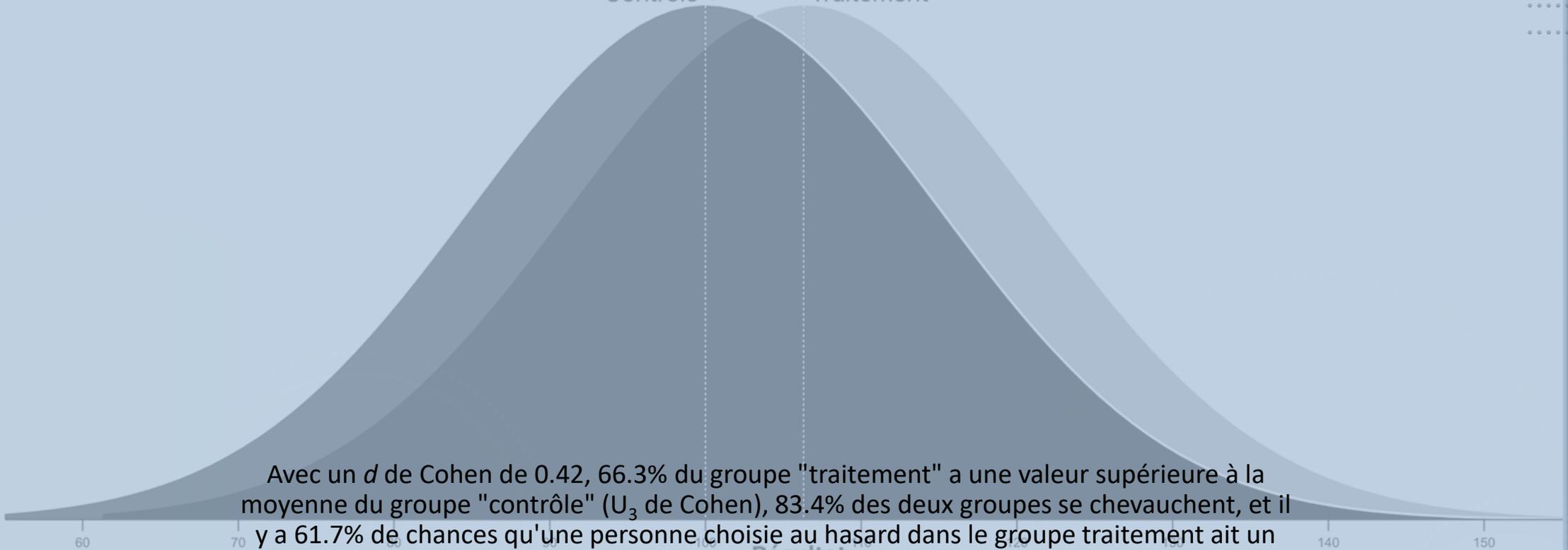
**Les taux de rechute (principalement pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie) 3 à 12 mois après la fin du traitement étaient de 0 à 14 %.**

Eva A. M. van Dis, MSc; Suzanne C. van Veen, MSc; Muriel A. Hagenaars, PhD; Neeltje M. Batelaan, PhD; Claudi L. H. Bockting, PhD; Rinske M. van den Heuvel, MSc; Pim Cuijpers, PhD; Iris M. Engelhard, PhD Long-term Outcomes of **Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders** A Systematic Review and Meta-analysis. In: JAMA Psychiatry 2020 Mar 1;77(3):265-273.

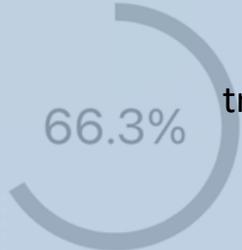
**d de Cohen: 0.42**

(Diff: 6.30)

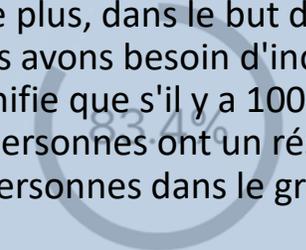
Contrôle ← → Traitement



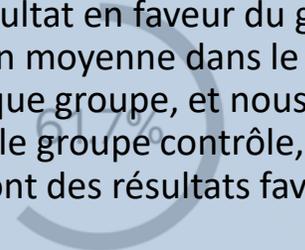
Avec un  $d$  de Cohen de 0.42, 66.3% du groupe "traitement" a une valeur supérieure à la moyenne du groupe "contrôle" ( $U_3$  de Cohen), 83.4% des deux groupes se chevauchent, et il y a 61.7% de chances qu'une personne choisie au hasard dans le groupe traitement ait un score plus élevé qu'une personne choisie au hasard dans le groupe contrôle (probabilité de supériorité). De plus, dans le but d'avoir un meilleur résultat en faveur du groupe traitement, nous avons besoin d'inclure 7.3 personnes en moyenne dans le groupe traitement. Cela signifie que s'il y a 100 personnes dans chaque groupe, et nous supposons que 20 personnes ont un résultat favorable dans le groupe contrôle, alors 20 + 13.7 personnes dans le groupe traitement auront des résultats favorables.



$U_3$  de Cohen



% Chevauchement



Probabilité de supériorité



Nombre de patients à traiter

# MIEUX VAUT OPTIMISER NOS THÉRAPIES PAR EXPOSITION PARCE QUE :

- 
- 25 % des patients ne souhaitent pas commencer une thérapie par exposition.
  - 10 et 50 % des personnes souffrant d'un trouble anxieux qui reçoivent une thérapie d'exposition ne répondent pas au traitement ou ne répondent pas aux critères de rémission.
  - 15 à 30 % des personnes interrompent prématurément leur traitement par exposition.
  - 14 % des patients signalent un retour de la peur après une thérapie d'exposition réussie.
  - Même si la thérapie d'exposition constitue une excellente option de traitement de l'anxiété, elle n'est pas toujours efficace, ni bien tolérée et son effet n'est pas toujours soutenu.

Expositions serviront à inhiber l'expression de cette "mémoire de peur" et renforcer la "mémoire de sécurité"

Mémoire  
"permanente" de  
peur

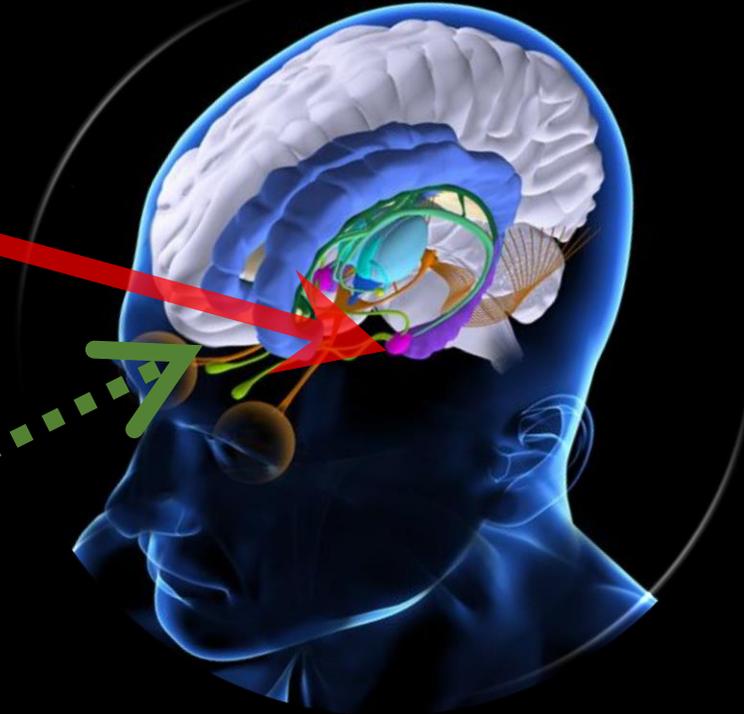
SC = SI

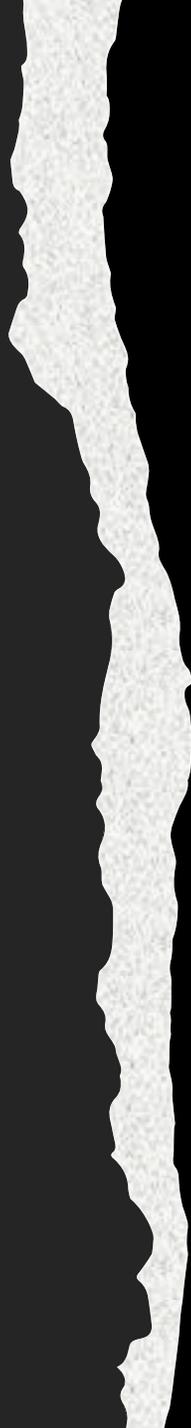
PERMANENTE

Mémoire fragile  
de "sécurité"

SC ≠ SI

MALLÉABLE





LES CIRCUITS  
D'EXTINCTION DE LA  
PEUR RÉPONDENT  
À QUATRE SIGNAUX  
APPRIIS PAR LA  
PSYCHOTHÉRAPIE.

- Le sentiment de sécurité (présence de soutien dans l'environnement)
- Le sentiment de maîtrise (confiance en ses compétences pour faire face).
- Le « courage » (acceptation de la prise de risque)
- La tolérance à l'inconfort et l'acceptation de l'anxiété

Exposure Therapy for Anxiety Second Edition Principles and Practice  
onathan S Abramowitz, Brett J Deacon, Stephen PH Whiteside 2019 Ed. Guilford Publications

- **La persistance des attentes anxieuses même face à des expériences contradictoires est un facteur de maintien important des troubles anxieux et il vaut mieux donner la priorité aux pratiques qui permettent des expériences contradictoires plus importantes pour augmenter la transgression des attentes.**
- **De plus, un niveau d'anxiété soutenu (définie comme une fréquence cardiaque à la fin de l'exposition) et moins d'habituation à la détresse au cours de la séance pendant l'exposition ainsi que la variabilité de la peur subjective pendant l'exposition étaient de meilleurs prédicteurs des résultats de l'anxiété à long terme.**
- **La présence (ou la perception de la présence) de signaux de sécurité nuit à l'apprentissage de l'extinction donc à l'efficacité de la thérapie d'exposition.**
- **Les essais d'exposition « approfondies » réduisent le retour de la peur.**
- **L'utilité de la transgression des attentes soit la non-confirmation de cognitions négatives (je ne pourrai faire face, je ne pourrai le supporter) semble être un mécanisme d'action expliquant l'efficacité de la thérapie par exposition.**

Fear Extinction: From Basic Neuroscience to Clinical Implications. Mohammed R. Milad, Seth D. Norrholm Eds.  
Springer. 2023, Volume 64

Psychothérapie avec expositions selon les principes de  
l'apprentissage par inhibition

Cas clinique :

Trouble panique, agoraphobie et TAG

# CAS CLINIQUE

- Patient de 39 ans, avec antécédent de « dépression » à la mort du père (cancer du pancréas) en 2017 traitée par ISRS pendant quelques mois. Marié, deux enfants en bas âge.
- Dépendant par la suite pendant quelques années au Tramadol, à la cocaïne et à l'alcool. Ne surconsomme plus que de l'alcool une fois par mois quand soirée avec ami.e.s.
- H.P.A.

Depuis la rentrée surcharge de travail. Abus alcool durant un week-end et première attaque de panique en septembre 2023. Depuis a vu généraliste à plusieurs reprises, fait test à l'effort chez cardiologue, scan cérébral, 3 bilans sanguins et RAS.

A arrêté course à pied depuis septembre car craint que son cœur ne tienne pas le coup.

Ne s'éloigne de Toulouse (+ de 20 Km) pour travail que si accompagné de son épouse car a peur de faire un malaise cardiaque. loin de la maison

# CAS CLINIQUE

- Agitation ou sensation fréquente d'être survolé ou à bout.
- Se sent souvent fatigué. A parfois de la difficulté à se concentrer (fatigabilité) sur ce que je dis après quelques minutes de discussion surtout avec présence d'émotions intenses.
- Irritabilité avec son épouse et ses deux enfants.
- Toujours à s'inquiéter pour les siens, leur santé, le bien-être de son épouse.
- A confiance en ses capacités de commercial.
- Problèmes de sommeil.
- Douleurs musculosquelettiques (nuque, base du crâne) fréquentes.
- Intelligence supérieure mais capacité d'insight limitées.
- Traits histrioniques et narcissiques.
- Enfant unique, décrit foyer avec instabilité affective.

**Motif de consultation : (a de la difficulté à le préciser même s'il vient d'en parler). « Je veux que les attaques de paniques cessent. je me mets trop en colère à la maison, selon ma femme. »**

# Plan de match

- Évaluation
- M'assure d'une bonne alliance thérapeutique constamment
- Entretien motivationnel pour explorer si phase de contemplation atteinte.
- Psychoéducation, remise d'article sur anxiété.
- Exposition aux stimuli intéroceptifs (hyperventilation pour débuter)
- Prochaine rencontre : évaluer exposition à la peur de faire une crise cardiaque
- Présenter la révélation de l'auto-compassion et de l'acceptation de soi pour le TAG et la tolérance à l'incertitude. (Pleine conscience)
- Liens avec histoire personnelle et familiale pour le TAG



## **CE QUE JE NE DIS PLUS pour les expositions?**

**... alors l'anxiété diminuera automatiquement et significativement pendant les expositions.**

**... préparons une hiérarchie progressive des situations phobogènes en fonction du niveau de peur et essayez de la respecter**

**.... la consigne pendant la session d'exposition : Vous restez dans la situation phobogène du niveau choisi d'anxiété jusqu'à ce que la peur diminue au moins de 50%.**

# ÉTAPES DU TRAITEMENT

- **Présentez un rationnel de l'exposition:**
  - apprendre que l'expérience de la peur même intense est sans danger et tolérable
  - affronter la peur en faisant des « expositions » vous permettra d'apprendre quelque chose de nouveau: les situations que vous redoutez sont moins dangereuses que vous ne le pensez et surtout vous pouvez arriver à y faire face mieux que vous ne le pensez aujourd'hui! Il suffit d'accepter de vivre une émotion normale et parfois désagréable: la peur.
  - la meilleure façon de surmonter une peur est de l'affronter.
- Discuter de la façon d'organiser les expositions en privilégiant l'installation d'une bonne alliance thérapeutique.
  - Quelle est la situation que vous redoutez le plus? Que prévoyez-vous qu'il risque d'arriver ?
  - Qu'est-ce qui pourrait concrètement vous permettre d'apprendre que cette situation n'est pas aussi dangereuse que vous ne le pensez et que vous pouvez y faire face?
  - Quels sont les actions pour vous rassurer ( comportement d'évitement) que vous avez tendance à utiliser et que voulez-vous faire la prochaine fois pendant l'exposition ?
  - Je vais vous aider à comprendre comment notre corps réagit quand vous avez peur pour apprendre à accepter vos sensations normales et sans danger
    - Exposition aux stimuli intéroceptifs

# PRÉPARATION DE L'EXPOSITION POUR APPRENTISSAGE PAR INHIBITION

- **Quelle est votre plus grande peur, la pire conséquence qui pourrait arriver et que vous redoutez le plus?**

L'exposition est préparée pour remettre en question ces attentes et le niveau d'anxiété pendant l'exposition n'est pas une cible thérapeutique. Je veux juste m'assurer que le patient comprenne et accepte ce qu'il choisira de faire et restera en traitement.

- **Quelles sont les conditions et les circonstances où cette conséquence redoutée risque le plus d'arriver ?**

Cela peut supposer le maintien d'un niveau de peur intense d'une façon prolongée afin de faire l'apprentissage cognitif nécessaire pour savoir que la personne peut faire face à et tolérer cette peur.

- **La diminution (contrôle) de la peur si elle est exigée par le patient devient un mécanisme d'évitement.**

Si l'anxiété avait été plus importante je n'y serais pas arrivé ! . Relaxation ??  
Benzo. ?? ISRS ??

- **Accepter cette émotion parfois désagréable mais normale et réaliser l'exposition avec la peur en cherchant le moins possible à la contrôler, à l'éviter.**

# FICHE PRÉ- EXPOSITION

- 1) Ce que je vais aller expérimenter et que je redoute : Je vais essayer de courir au moins 45 minutes et vérifier si mon cœur tient bon.
- 2) Comment je vais le faire : Observer les sensations physiques dans ma poitrine qui semblent m'indiquer que mon cœur est en difficultés surtout vers les 45 minutes parce que c'est le « mur » que je n'arrive pas à dépasser.
  - a. Ce que je ne ferai pas (évitement) : M'arrêter de courir quand je ressens un début de douleurs à la poitrine et penser au cardiologue
  - b. Comment vais-je tolérer l'anxiété? : Je vais juste avoir peur et courir
  - c. Comment je vais intensifier l'exposition (optionnel) : La prochaine fois peut-être ? Hyperventiler avant ? Penser à mon père ?
  - d. Comment je vais nommer mes émotions : Je vais me parler dans ma tête et être un bon coach sympa. Ca fera changement.

Pour résumer 1 et 2 je vais faire mon exposition de la façon suivante :

Je vais faire mon parcours habituel de jogging, seul, un matin la semaine prochaine. Je vais essayer de continuer à courir quand je me sens oppressé dans la poitrine. Ce qui arrive toujours après 45 minutes quand je pense que mon cœur n'en peut plus.

Juste avant l'exposition

Quelle est la probabilité que ce que je redoute arrive ? 0 à 100% : 80%

Si cela arrivait ce serait grave à quel point? 0 à 100% : 100 %

Quel est mon niveau d'anxiété avant de commencer mon exposition? 0 à 100% : 70 %

# FICHE POST-EXPOSITION

- Mon niveau de détresse immédiatement après la session d'exposition?  
1 (grand calme) à 100 (la plus grande détresse de ma vie) : **60%**
- Mon niveau maximum de détresse pendant l'exposition ? 1 à 100 : **90%** (vers les 45 minutes)
- Ce que je craignais le plus est-il arrivé? OUI \_\_ NON **X**
- Comment je le sais?
  - 1) **Toujours vivant !**
  - 2) **Mon cœur est capable de faire cet effort physique**
  - 3)
- Si ce que je craignais le plus était vraiment arrivé, aurait-ce été aussi pire que je le pensais avant ? OUI **X** NON\_ Sans objet \_
- Est-ce que j'avais prévu qui arriverait ? Qu'est-ce qui est arrivé? Est-ce que je suis surpris? :  
OUI **X** à moitié NON \_\_ Pourquoi  
**J'avais prévu que je ne pourrais continuer de courir sans risquer l'infarctus après 45 minutes de course. J'ai compris que c'est la peur que je ressens. Je la tolère mal.**
- Qu'ai-je appris ? **Que si je laisse l'anxiété monter vers les 45 minutes de course et si me centre sur ma respiration en gardant mon rythme et en ralentissant le moins possible alors je peux courir avec l'anxiété**
- Si je devais faire exactement la même exposition une nouvelle fois:
  - quelles sont les chances que ce que je crains le plus puisse arriver cette prochaine fois ?  
1 à 100 % **65%**
  - ce serait grave jusqu'à quel point? 0 (pas grave du tout) à 100% (la situation la plus grave de ma vie) : **100%**

**POUR  
OPTIMISER LA  
MÉMOIRE DE  
SÉCURITÉ  
MON OBJECTIF  
EST DE :**

**Je vais m'assurer de varier les endroits et les façons de s'entraîner.**

**Cherchez ce qui pourrait lui faire penser que dans cette situation, de cette façon, à ce moment peut-être que là, il ferait une crise cardiaque.**

**Faire des « superexpositions » avec un niveau d'anxiété important (ex. prendre café avant de partir).**

**Proposer des déplacements professionnels où il risquera de « mourir seul ».**

**M'assurer que les expositions continuent après la thérapie et que des sessions de psychothérapie de rappel sont prévues quelques mois après la fin de la thérapie.**

PARCE Q'INTÉGRER  
L'EXPOSITION AVEC  
APPRENTISSAGE  
PAR INHIBITION  
AVEC CE QUI EST  
COMMUN À  
TOUTES LES  
APPROCHES EN  
PSYCHOTHÉRAPIE

- Favoriser l'espoir, les attentes positives et la motivation du patient
- Faciliter l'alliance thérapeutique
- Accroître la prise de conscience et de compréhension de soi du patient
- Encourager les expériences correctives (nouveaux apprentissages-expositions)\*
- Mettre l'accent sur les tests de réalité à réaliser à l'extérieur de la psychothérapie

Catherine F. Eubanks, and Marvin R. Goldfried in: Handbook of Psychotherapy Integration (2019) (3 edn) Edited by John C. Norcross and Marvin R. Goldfried  
Oxford University Press

**QUELLE QUE SOIT  
VOTRE MODALITÉ  
THÉRAPEUTIQUE**

**Les traitements psychothérapeutiques ne traitent pas les gens.**

**Les psychothérapeutes traitent les gens en discutant avec eux.**

**Michael Barkham, Wolfgang Lutz, Louis G. Castonguay (2021)  
Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and  
Behavior Change, 7th Edition**