



## **Travail de Fin de Formation**

**Belinda et son anxiété sociale :**

**La restructuration cognitive et l'activation  
comportementale sont-elles efficaces comme outils  
thérapeutiques ?**

Promotrice : S. BLAIRY

Travail de Laurence ROBERT

Année académique 2020-2021

Certificat Universitaire en Evaluations et Interventions Psychologiques-Psychothérapie

3<sup>e</sup> année de formation

## **Remerciements**

Je tiens avant tout à remercier ma promotrice, S. Blairy, pour son implication dans ce travail de fin de formation et ses judicieux conseils.

Merci également aux différents professeurs et organisateurs de cette formation pour la qualité de leur enseignement et leur volonté de nous apprendre malgré la crise sanitaire et les difficultés qu'elle engendre.

Je remercie également les superviseuses qui m'ont notamment permis d'appliquer correctement les concepts vus aux cours.

Merci aussi à mes proches et aux autres étudiants pour leur stimulation et leur soutien.

Bien entendu, merci à Belinda, qui est au cœur de ce travail, c'est une personne motivée et bienveillante qui a facilité l'accomplissement de cet écrit.

## **Plagiat**

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

## **Table des matières**

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....  | 5  |
| Première partie : Analyse de cas.....  | 5  |
| 1. Brève description du contexte de la consultation et analyse de la demande.....  | 5  |
| 2. Données générales de la cliente .....   | 5  |
| 3. Inventaire et concrétisation des problèmes psychologiques et des ressources pertinentes .....   | 6  |
| 3.1 <i>Peur d'être jugée négativement par les autres</i> .....   | 6  |
| 3.2 <i>Ambivalence du sentiment amoureux</i> .....   | 8  |
| 3.3 <i>Ressources de Belinda</i> .....   | 9  |
| 4. Diagnostics psychiatriques (DSM-5) (APA, 2015).....   | 10 |
| 5. Conceptualisation de cas holistique .....   | 10 |
| 6. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique : peur d'être vue<br>comme une pauvre petite chose, et crainte de s'impliquer dans la relation amoureuse ..... | 12 |
| 7. Résultats aux évaluations de la première passation .....  | 14 |
| 8. Elaboration du plan thérapeutique .....   | 14 |
| Deuxième partie : Aspects théoriques et application au cas .....   | 15 |
| 1. Aspects théoriques de l'anxiété, de l'anxiété sociale et de la personnalité évitante .....  | 15 |
| 2. Application au cas : deux techniques utilisées pour améliorer les processus de biais<br>d'interprétation et évitements (y compris la rumination).....                                 | 18 |
| 3. Les 5 colonnes de Beck, aspects théoriques .....  | 18 |
| 4. Les 5 colonnes de Beck, application au cas .....  | 19 |
| 5. L'activation comportementale, aspects théoriques .....  | 20 |
| 6. L'activation comportementale, application au cas.....   | 22 |
| 6.1 <i>Auto-observation</i> .....  | 22 |
| 6.2 <i>Relevé des activités quotidiennes</i> .....   | 22 |
| 6.3 <i>Activités agréables et/ou orientées vers un but</i> .....   | 23 |
| Troisième partie : évolution des résultats aux questionnaires et discussion .....  | 24 |
| Quatrième partie : Conclusions, critiques et perspectives .....  | 26 |
| 1. Conclusions.....  | 26 |
| 2. Critiques.....  | 26 |
| 3. Perspectives.....   | 27 |
| Bibliographie.....   | 29 |

## **Introduction**

Belinda présente des traits de personnalité évitante et souffre d'anxiété sociale liée à une phobie intéroceptive. Comme mentionné dans le plan thérapeutique, son traitement repose sur l'utilisation de différents outils : je présenterai la restructuration cognitive et le suivi d'un programme d'activation comportementale. J'analyserai ensuite si l'application de ces deux stratégies améliore la symptomatologie de ma cliente.

## **Première partie : Analyse de cas**

### **1. Brève description du contexte de la consultation et analyse de la demande**

Belinda vient en cabinet privé à sa propre initiative, en février 2020. La majorité des séances se sont faites en présentiel.

Depuis son plus jeune âge, elle souffre de troubles anxieux qui, il y a deux ans, se sont intensifiés. Elle estime que ces difficultés ont précipité la fin de son ancienne relation amoureuse. Au moment où elle vient me voir, elle est dans une autre relation et craint un nouvel échec.

Elle m'annonce immédiatement ne pas vraiment croire aux méthodes non médicamenteuses, avoir déjà essayé les techniques de relaxation et d'exposition avec un psychologue, sans résultat. Malgré son scepticisme, Belinda se montrera compliant et proactive. Actuellement nous nous sommes vues une trentaine de fois.

### **2. Données générales de la cliente**

Belinda a 29 ans. Elle est chimiste. Ses angoisses, quotidiennes, ont commencé à son entrée en maternelles. Elles consistaient en des nausées et vomissements à l'idée d'être loin de ses parents. La mère, elle-même anxieuse et dépressive, semble avoir eu un comportement ambivalent qui a vraisemblablement joué un rôle dans l'installation de ses problèmes, comme on le verra. Elle a deux frères, dont elle n'est pas proche, l'un est anxieux, l'autre colérique. Son père est le centre de son monde : elle vit à côté de chez lui, le voit chaque jour et ne peut s'en éloigner. Il est le seul qui l'apaise quelque peu quand elle angoisse.

En 2018, elle vit une aggravation des symptômes qui apparaissent alors dans de nouveaux contextes. En conséquence, son anxiété sociale s'intensifie et marque la fin de son couple. Un peu plus tard elle entre dans une amourette qui devient durable, raison de sa demande de suivi.

Elle prend de l'Alprazolam pour contrer ses angoisses. Belinda n'a pas d'autres problèmes médicaux.

### 3. Inventaire et concrétisation des problèmes psychologiques et des ressources pertinentes

Les deux problèmes psychologiques principaux de la cliente sont sa peur d'être jugée négativement par les autres, et une ambivalence du sentiment amoureux.

#### 3.1 Peur d'être jugée négativement par les autres

Les crises d'angoisse ont commencé dès son plus jeune âge, dans le cadre d'une anxiété de séparation. En effet, à son entrée en 1ère maternelle, Belinda a tellement pleuré et vomi que ses parents l'ont retirée de l'école pendant deux ans. Elle a passé ce temps avec sa mère, qui ne travaillait pas. Elle a repris le chemin de l'école en 3ème maternelle, afin de pouvoir entrer en primaires l'année suivante. Ses études, correctes, ont été ponctuées par la peur de s'éloigner de ses parents. Ainsi, en 1ère primaire, angoissait-elle lorsque ses amies s'imaginaient un jour se marier. Elle était également incapable de rester loger chez une copine. La mère cédait aux angoisses de sa fille et exigeait du père qu'il aille la rechercher. Parallèlement, la mère entretenait probablement cette inquiétude en demandant à chacun de ses enfants si « ça allait aller » lorsqu'il se rendait chez un ami ou de la famille.

En secondaires, il lui fallait deux mois chaque année pour s'habituer aux changements dont elle a horreur (changement de profs, de classe etc.). On la trouvait fragile. Mais c'est lors des études supérieures (elle voulait être professeure de sciences) que ses idées noires et bouffées d'angoisse ont réellement surgi. Pour pouvoir affronter la journée, elle se disait que c'était la dernière, qu'elle se suiciderait le soir-même, puis elle recommençait le lendemain. Après avoir raté sa première année, elle a suivi une formation en cours du soir. Ne quitter la maison que quelques heures par jour l'a apaisée. Elle a été engagée immédiatement sur son lieu de stage où elle a rapidement trouvé sa place en étant efficace et discrète.

Sa crainte d'être critiquée est liée à sa sensibilité émotionnelle mais également, vraisemblablement, aux réflexions machistes (« tu ne vas tout de même pas sortir habillée ainsi ? ») de son frère aîné (de quatre ans). De plus, sa mère et lui la blâmaient régulièrement (choix de ses petits amis, peur de s'éloigner des parents etc.).

Belinda et sa mère ont eu une relation compliquée, qui s'est arrêtée en 2013. Lorsqu'elle était enfant, elles s'entendaient bien, mais plus tard la mère est devenue ambivalente : elle écoutait les angoisses de sa fille avant de devenir cassante la seconde suivante (« Tu es une pauvre petite chose fragile. », « Je préfèrerai toujours mon nouveau compagnon à toi »). Plus tard, la mère, suite à une dispute, a vidé le compte bancaire de Belinda, ainsi que celui d'une dame dont la mère s'occupait et à laquelle Belinda était très attachée. Ce fut le point de rupture. La mère faisait preuve d'imprévisibilité émotionnelle (tantôt soutenante face aux peurs de sa fille, tantôt jugeante voire rejetante), cette imprévisibilité émotionnelle est un ingrédient essentiel dans le déclenchement de l'anxiété, comme le relate Barlow (Philippot, 2011).

Afin de ne plus être jugée négativement, Belinda exige d'elle-même d'être irréprochable (notamment en cachant sa détresse face à la nouveauté, et en remettant en question les relations amoureuses que la mère et le frère critiquent). Cependant, son anxiété de séparation l'a amenée à des symptômes viscéraux (nausées, maux de ventre, vomissements, vertiges etc.) et elle a développé une phobie intéroceptive. Depuis, elle évite toute situation anxiogène (tel qu'être le centre d'attention lors d'une présentation orale, elle reste à moins d'une heure de route de chez son père, fréquente toujours les mêmes personnes et les mêmes endroits etc.) craignant que ses symptômes surgissent et la fassent passer pour quelqu'un de bizarre ou fragile, et qu'on la rejette. La crainte du rejet est aussi liée à un manque d'apprentissage de résolution de problèmes, surtout relationnels, et de gestion des émotions. Cette peur a fait naître l'anxiété sociale. Belinda anticipe et rumine, ce qui fait naître la crise d'angoisse.

Son trouble s'est aggravé il y a quelques années. En 2017, alors que Belinda est seule avec lui, le père fait un infarctus. Elle lui a sauvé la vie et se sent depuis encore plus responsable de son père. L'année suivante, son ancien compagnon et elle sont allés dans un café lors du Mondial. Elle était tendue en arrivant. Il était convenu que deux amis les rejoignent. Belinda était intimidée : tous deux correspondaient à son idéal de perfection. L'un lançait son entreprise, et la compagne faisait un séjour en Erasmus. Pendant cette

soirée, Belinda a réalisé que la surpopulation dans le café l'empêcherait de sortir facilement si nécessaire et ses angoisses se sont enclenchées. Elle n'a pas eu peur de mourir, elle m'explique connaître suffisamment ses angoisses, et elle ne craint pas la mort. Il ne s'agit donc apparemment pas d'attaque de panique, mais d'une intensification de la problématique. Alors que, jusque-là, elle n'angoissait que loin de son père, elle prend conscience que n'importe quelle situation peut la mettre dans cet état. Elle n'a pas su aller travailler pendant une semaine et craint depuis que d'autres crises l'amènent à un licenciement. On voit ici un exemple de l'effet de boucle de rétroaction où une émotion va influencer l'interprétation d'un événement et l'intensité du ressenti (Philippot, 2019) : nerveuse d'être avec ces « exemples de réussite », elle a dramatisé sa difficulté à sortir du café.

Au niveau des sensations corporelles, cette inquiétude amène des nausées et vomissements, la bouche sèche, et des vertiges. Au niveau cognitif, elle croit qu'on la rejettera ou aura pitié (« pauvre petite chose »). Au niveau émotionnel, sa détresse est intense et chaque crise est suivie d'une humeur dépressive accrue (idées noires, aboulie, perte d'appétit etc.). Tout ceci amène à une série d'évitements clairs (maintien d'une routine comme éviter de manger avant d'être confrontée à une situation anxiogène, refus de voir des amis, perte d'appétit), subtils (anxiolytique), ou d'échappement (écourte les visites) et un besoin de réassurance auprès de son père.

### 3.2 Ambivalence du sentiment amoureux

Belinda entreprend une thérapie pour sauver son couple qui dure depuis un an. La relation précédente s'est achevée d'une part parce que le partenaire voulait vivre à l'étranger, ce qui est exclu pour Belinda, incapable de s'éloigner de son père, et d'autre part parce que l'intensification des crises amenait des conflits. Romuald, le nouveau compagnon, ignore l'ampleur du mal-être de Belinda. Pendant près d'un an, elle a cherché à être sous son meilleur jour (incapable par exemple d'aller aux toilettes s'il est dans la pièce à côté).

Antérieurement, Belinda mettait un terme à chacune de ses relations dès que la passion s'estompait. Avec Romuald, elle vacille entre l'impression de ne pas être à la hauteur, et la rancœur qu'il ne lui offre pas le réconfort et les encouragements qu'elle attend. Pendant de nombreux mois, elle a soigneusement évité de rencontrer les proches de Romuald, convaincue que, si elle avait des angoisses en leur présence, ils inciteraient le jeune homme à rompre (comme sa mère l'a déjà influencée dans le choix de ses copains).

Son anxiété de séparation reste très prononcée. Il lui semble impossible de partir en vacances ou de vivre chez son compagnon, cela l'éloignerait de son père. Dépendante émotionnellement de lui, Belinda a décidé de se suicider lorsque son père décédera. Dans son esprit, elle tente de mettre des choses en place pour mieux vivre sa vie au jour le jour mais sans espoir de la continuer longtemps (son père a 59 ans). C'est également la raison pour laquelle elle refuse d'avoir un enfant. Elle a parfois l'impression de trahir Romuald en lui cachant qu'elle ne compte pas vieillir. L'idée de se suicider si la difficulté est trop intense, déjà envisagée lorsqu'elle faisait ses études, semble être une forme de réassurance. Selon moi, et elle l'a confirmé par la suite, il s'agit pour Belinda de se créer « une porte de sortie ». En effet, il est moins pénible pour elle d'envisager de souffrir encore une vingtaine d'années (jusqu'au décès probable de son père) qu'une cinquantaine (si elle attend de mourir de manière naturelle).

Au niveau cognitif, elle ne se sent pas à la hauteur de Romuald mais pense aussi qu'il devrait plus la soutenir. Au niveau comportemental, cette ambivalence passe par des reproches et tentatives d'assertivité, puis des replis sur soi. Au niveau émotionnel, il arrive par moments à Belinda de ne plus se sentir amoureuse (quand les sentiments amoureux sont moins intenses ou quand il y a des divergences d'opinions et de valeurs, elle a la sensation de ne plus aimer, comme c'est déjà arrivé dans ses relations précédentes).

Pour synthétiser ses difficultés interpersonnelles, Belinda craint le jugement négatif des gens qu'elle ne connaît pas ou fréquente peu (simples collègues par exemple), a confiance en ses copains/amis de longue date, mais doute de ses compagnons, craignant qu'ils soient influencés négativement par un entourage qui pourrait la considérer comme « bizarre ».

### 3.3 Ressources de Belinda

Les ressources sont sa volonté et son implication dans ce qu'elle entreprend. Elle a également le soutien de son père, de quelques amis, de sa belle-sœur, sa nièce, une collègue et Romuald. Elle apprécie aussi beaucoup son travail.

Si elle n'a pas été habituée à s'analyser et faire preuve d'introspection, elle a pourtant rapidement été compétente à ce sujet, notamment pour comprendre son ambivalence face à son compagnon.

#### 4. Diagnostics psychiatriques (DSM-5) (APA, 2015)

Belinda souffre

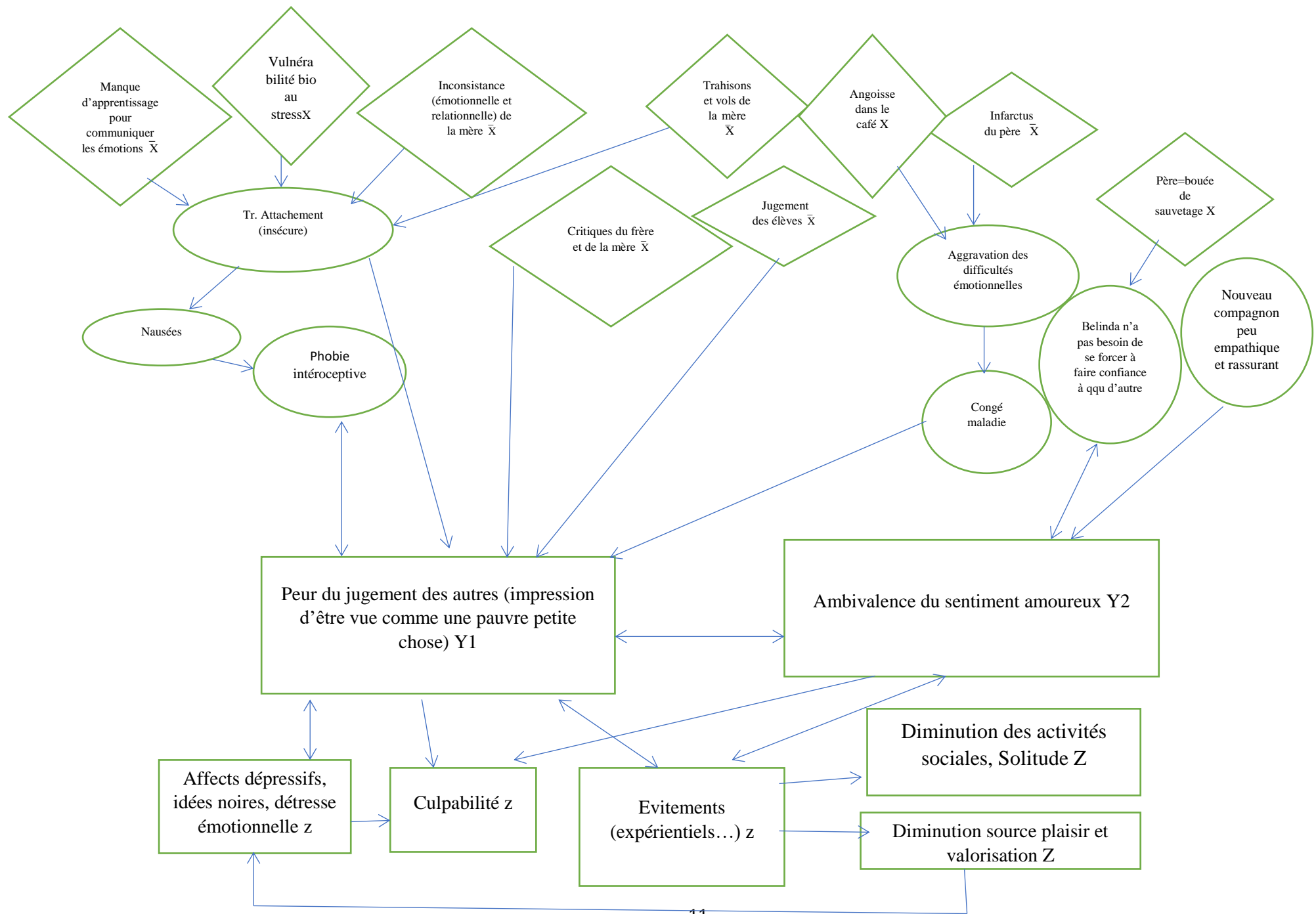
- 1) d'anxiété sociale 300.23 (F40.10)
- 2) d'une personnalité évitante 301.82 (F60.6)
- 3) d'une phobie intérosceptive 300.29 (F40.298)
- 4) d'un trouble dépressif persistant 300.4 (F34.1)
- 5) probablement précédés d'une anxiété de séparation 309.21 toujours active mais secondaire.

Diagnostics différentiels :

Le tableau clinique démontre actuellement une anxiété sociale, plus qu'une anxiété de séparation : les personnes souffrant d'anxiété de séparation sont généralement à l'aise dans des contextes sociaux lorsque leur figure d'attachement est présente ou qu'elles sont chez elles tandis que celles avec une anxiété sociale peuvent être mal à l'aise lorsque les situations sociales se produisent chez elles ou en présence de figures d'attachement (A.P.A., 2015, p242). Belinda continue à sentir un grand malaise dans certaines situations même si son père est présent ou qu'elle est chez elle.

Il s'agirait d'une personnalité évitante et non dépendante car si ces deux personnalités amènent un sentiment de ne pas être à la hauteur, une sensibilité excessive à la critique et un besoin d'être réassuré, le « souci principal de la personnalité évitante est d'éviter l'humiliation et le rejet tandis que, dans la personnalité dépendante, il est d'être pris en charge » (A.P.A., 2015, p794).

#### 5. Conceptualisation de cas holistique



## 6. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique : peur d'être vue comme une pauvre petite chose, et crainte de s'impliquer dans la relation amoureuse

| Antécédents  |   | Processus psychologiques   | Problèmes psychologiques                                    | Conséquences  |                               |
|--|---|--|---|---|-------------------------------|
| Contexte   | Stimuli   |  |   | Immédiates  | Différées                     |
| Facilitateurs  | Déclencheurs  | Variables explicatives   | Variables dépendantes                                       | Renforceurs/punisseurs  | Effets à MT/LT                |
| Nouveau compagnon donc beaucoup de nouveautés (rencontre la famille, amis...)          | Nouvelles situations sociales où elle pourrait vomir etc. | Déficit d'apprentissage (manque de compétence d'auto-apaisement et déficit de compétences sociales)  | <b><u>Peur d'être vue comme une pauvre petite chose</u></b> | Evite les autres et leurs jugements<br>-S-  | Isolement                     |
| Ruptures amoureuses antérieures à cause de ses peurs (de s'éloigner de chez son père ) |   | Evitement situationnel, besoin de réassurance  |   | Continue à dépendre de son père +S+   | Dépression, idées suicidaires |
| Arrêt de travail suite à une crise   |   | Biais cognitifs (attention sélective ea. sur sensations proprioceptives, biais d'interprétation : si on voit que je ne sais pas faire certaines choses à cause de mes angoisses on me rejettera) |   | S'autorise à ne pas investir sa vie ni à prendre des risques (donc recherche la facilité) OS- | Culpabilité                   |
| Confinement donc facilite les évitements sociaux                                       |   | Interactions complémentaires rigides (elle se cache ou les autres doivent la rassurer)   |   | Utilisation d'anxiolytiques -S-   |                               |
|  |   | Ruminations (rejet)  |   | Ne s'amuse pas-S+   |                               |
|  |   | Inflexibilité psychologique (modèle invariable quel que soit le contexte)  |   |   |                               |

| Antécédents   |   | Processus psychologiques  | Problèmes psychologiques                                       | Conséquences  |                |
|---|---|---|--|---|----------------|
| Contexte  | Stimuli   |   |  | Immédiates  | Différées      |
| Facilitateurs   | Déclencheurs  | Variables explicatives  | Variables dépendantes  | Renforceurs/punisseurs  | Effets à MT/LT |
| Est convaincue que son père est le seul à pouvoir l'aimer de manière inconditionnelle | Toute situation où elle pense devoir faire ses preuves et où il ne l'encourage pas, ou elle ne se sent pas à la hauteur | Évitements comportementaux (afin de ne pas être déçue)  | <b><u>Craint de s'impliquer dans la relation amoureuse</u></b> | maintien de l'image positive de son père +S+                          | Isolement      |
| Trouve son compagnon peu enclin à la rassurer   |   | Pattern d'interactions imprévisibles (cesse d'aimer, se culpabilise puis exige de l'autre...)   |  | Problèmes de couple +S- (ne rassure pas Romuald, semble fuyante etc.) | Séparation     |
| Compte mourir au décès de son père, pourquoi s'investir ailleurs ?                    |   | Déficit d'apprentissage (résolution de problèmes)   |  | Partage peu de bons moments -S+                                       | Culpabilité    |
|   |   | Biais cognitifs (biais d'interprétation : s'il y a la moindre différence de mode de fonctionnement entre les membres du couple c'est que c'est voué à l'échec et ça n'en vaut pas la peine) |  | Ne pas prendre le risque de faire confiance et d'être trahie -S-      |                |
|   |   | Ruminations (c'est comme ça dans chacun de mes couples)   |  | Ne s'amuse pas-S+   |                |
|   |   | Mauvaise estime de soi  |  |   |                |

## 7. Résultats aux évaluations de la première passation<sup>1</sup>

Les différentes évaluations révèlent la présence d'anxiété et d'évitement, une légère dépression, une intolérance à l'incertitude, des ruminations, un manque de contrôle et de confiance en ses propres moyens et grande détresse concernant l'écart entre les sois. Les différents questionnaires liés à l'activation comportementale indiquent des difficultés dans ce domaine. Le détail de ces évaluations se trouve en annexes.

Le manque de confiance en ses compétences, les évitements (y compris ruminations) et ses difficultés à gérer sa détresse vont nous guider pour établir un programme thérapeutique. D'après Hoebeke et Philippot (2019, p31), « l'inflexibilité psychologique influence la relation entre les sois et la détresse ressentie, elle explique la relation des écarts entre les sois et la détresse ressentie (modération) et explique la relation entre cette détresse et la dépression ainsi que l'anxiété (médiation) ». L'inflexibilité psychologique regroupe les phénomènes suivants : « attention inflexible, destruction des valeurs personnelles, inactivité ou impulsivité, fusion cognitive, évitement existentiel ». <sup>2</sup> Il sera important d'améliorer cette inflexibilité via, notamment, la restructuration cognitive, la pleine conscience et l'activation comportementale (ciblant l'inactivité, la destruction des valeurs et le manque d'assertivité).

## 8. Elaboration du plan thérapeutique

| Cibles thérapeutiques  | Interventions   |
|--|---|
| Biais cognitifs (biais d'attention et d'interprétation) telle la dramatisation, l'idée d'être rejetée etc.             | Restructuration cognitive (flèches descendantes, 5 colonnes de Beck, continuum, prédictions négatives etc.)                                   |
| Ruminations tel que penser qu'elle est seule à avoir cette anxiété et que c'est honteux, qu'elle n'en sortira pas etc. | Transformer les ruminations abstraites (pourquoi) en concrètes (comment) <sup>3</sup> , activation comportementale                            |
| Evitements (de la nouveauté surtout)   | Imagerie mentale, activation comportementale, exposition aux symptômes (provoquer les nausées etc.)   |
| Intolérance à l'incertitude/détresse   | Pleine conscience, relaxation, imagerie mentale pour l'acceptation de la vulnérabilité, persistance de la détresse émotionnelle (Barlow), ACT |
| Assertivité, la gestion des émotions, résolution de problèmes (dans le couple ea.)                                     | Psychoéducation, apprentissage de l'affirmation de soi, autocompassion  |
| Déficits d'apprentissage, fusion cognitive<br>prévention des rechutes  | Psychoéducation et jeux de rôle   |

<sup>1</sup> Sont utilisés : Echelle d'anxiété sociale, BDI, BAI, OQ-45, MEAQ, EII, mini-CERTS, MCQ-30, Echelle d'écart entre les sois, Echelle d'activation comportementale pour la dépression, Echelle de l'observation de la satisfaction liée à l'environnement, l'Indice de probabilité de satisfaction et l'inventaire des croyances au sujet de savourer

<sup>2</sup> Inflexibilité psychologique et dépression : quelle est leur relation ? (2020)

<sup>3</sup> Baeyens (2019)

## **Deuxième partie : Aspects théoriques et application au cas**

### **1. Aspects théoriques de l'anxiété, de l'anxiété sociale et de la personnalité évitante**

Ghinassi (2010) indique qu'environ 29% des adultes aux États-Unis vont souffrir d'un **trouble anxieux** dans leur vie. En Belgique, Sciensano, en 2018, annonce que 11% de la population souffre d'un trouble anxieux dont 1/3 a une forme sévère (<http://www.sciensano.be/fr/coin-presse/plus-d1-personne-sur-10-en-belgique-souffre-dun-trouble-mental>).

Les troubles anxieux auraient un impact personnel très important sur la qualité de vie, la santé, l'abus de substance, le relationnel, le rôle parental et la performance professionnelle et scolaire (Westra, 2012).

Selon Blairy, Baeyens, & Wagener (2020), l'anxiété et la dépression seraient fortement liées : la première prédirait la seconde via l'évitement. En effet, l'anxiété provoquerait de l'évitement qui empêcherait la personne de vivre des situations stressantes mais également positives, ce qui déboucherait régulièrement sur des symptômes dépressifs. À noter que ces évitements peuvent être comportementaux (ne pas aller dans un ascenseur quand on est acrophobe), subtils (utiliser des calmants), ou d'échappement (limiter la durée de l'exposition à la situation anxiogène). Belinda, comme déjà mentionné, effectue également des évitements.

L'évitement inadapté des situations craintes amènerait également à exagérer la pénibilité supposée de cette situation. Corriger progressivement cette prédiction erronée de la pénibilité diminuerait l'évitement. Les évitements auraient un effet de renforcement négatif en diminuant l'anxiété et en augmentant le sentiment de contrôle. Quand la situation se passe bien, l'anxieux considérerait que c'est grâce à ce comportement de sécurité et cela maintiendrait la croyance (Rachman, 2013).

Pour Kraft et al (2019), l'anxiété serait favorisée par des biais attentionnels. Modifier ces biais consisterait à diriger son attention automatiquement vers des stimuli plus positifs afin de réapprendre à interpréter des événements ou stimuli ambigus de manière plus positive et à encourager la personne à s'exposer à l'environnement (social par exemple).

L'activation comportementale et la restructuration cognitive seront de précieuses aides pour atteindre cet objectif.

D'après Westra (2012), l'interaction sociale conduirait la personne souffrant d'**anxiété sociale** à un sentiment de honte, ressentant un contrôle limité sur les expériences anxiogènes ce qui amènerait une hypervigilance et une anticipation chronique des situations craintes et un focus attentionnel sur ses symptômes de peur. Souvent ces personnes auraient des croyances erronées sur l'évaluation sociale et penseraient devoir être parfaites dans ces interactions sociales. De manière paradoxale, ces préoccupations rendraient l'anxieux social peu attentif à ce qui se passe autour de lui et il pourrait être perçu comme une personne froide et peu amicale, ce qui accroîtrait encore sa crainte du rejet : c'est la prophétie auto-réalisatrice. Par conséquent, les anxieux sociaux vivraient généralement seuls, auraient moins d'amis et de relations intimes et seraient moins impliqués dans leur communauté<sup>4</sup>. On croirait presque que l'auteur connaît Belinda et sa recherche de perfection pour cacher sa fragilité.

Souci Chartier, Blanchet, et Provencher (2013) soulignent les composantes suivantes chez les anxieux sociaux : soutien social perçu comme inadéquat, présence de relations inadaptées ou rompues avec des personnes importantes, idéalisation des autres, incapacité à interagir librement avec les autres, maintien de fausses perceptions et convictions comme le fait que l'autre devrait être capable de lire nos pensées et cetera. Ici encore on repense à la distance que Belinda met avec son entourage (peu d'amis etc.), ainsi que l'idéalisation des autres tels les amis du café.

Trybou (2018) décrit un modèle parental particulier chez les anxieux sociaux avec des parents évitant eux-mêmes les situations sociales et n'exposant dès lors pas leurs enfants, un manque de chaleur affective ou des comportements de surprotection, une tendance à la critique et un manque de communication. Trybou relate aussi que les enfants inhibés (repli sur soi) à un jeune âge devant des stimuli (sociaux ou non) sembleraient plus réactifs physiologiquement et plus à risque d'apparition d'anxiété sociale à l'adolescence que les autres enfants. On rappelle que la mère oscillait entre surprotection et tendance à la critique.

---

<sup>4</sup> <http://Tcc.apprendre-la-psychologie.fr/phobie-sociale.html>

Tous les anxieux sociaux ne sont pas, pour autant, sur un pied d'égalité. Swee et al (2020) proposent d'utiliser le circumplex des problèmes interpersonnels d'Horowitz pour étudier les tendances des dysfonctionnements interpersonnels. Vous trouverez le graphique en annexes. D'un côté on a la dimension d'autonomie et contrôle sur l'environnement (*agency*) allant de très dominant à pas assertif, et de l'autre la capacité à créer du lien avec les autres (*communion*) allant de l'indifférence voire l'hostilité à la chaleur. Ces deux dimensions créent un continuum circulaire de tendances relationnelles. Il semblerait que les tendances interpersonnelles « chaudes » aient une meilleure réponse au traitement que ceux qui ont une tendance interpersonnelle « froide ». De même les anxieux sociaux catégorisés « amicaux-soumis » (comme Belinda) rapporteraient des symptômes moins graves, et une meilleure satisfaction de la vie en général après une thérapie que les personnes de la catégorie « froide ».

Pour Swee et al (2020) toujours, l'anxieux social aurait souvent un trouble de l'attachement. Dans la relation amoureuse, ils feraient preuve d'anxiété (peur de l'abandon, besoin d'approbation, détresse face au manque de disponibilité du partenaire) et d'évitement (peur de l'intimité, perte de dépendance, de se dévoiler). On reconnaît le tableau clinique de Belinda.

D'après Dalrymple et al (2014), les anxieux sociaux chercheraient rarement un traitement pour ce trouble mais plutôt pour des dépressions, ce qui les amènerait à ne pas être suffisamment reconnus et donc suffisamment traités.

La TCC aurait les meilleurs taux d'efficacité parmi les traitements psychologiques avec des résultats semblables à ceux de la pharmacothérapie mais avec moins d'effets secondaires et des traitements plus efficaces à long terme (*Apprendre les TCC*, s.d., et *Psychothérapies, 3 approches évalués*, 2004).

D'après Rachman (2013) les trois composantes de la peur (le comportemental, le physiologique, et le cognitivo-verbal) peuvent s'améliorer de manière désynchronisée. Généralement, la thérapie permettrait une amélioration de la réactivité physiologique qui amènerait une amélioration comportementale et enfin subjective. La TCC se concentrant avant tout et principalement sur les cognitions dysfonctionnelles, l'amélioration subjective apparaîtrait plus tôt dans la chaîne.

D'après certains auteurs (Chaloult, Goulet, et Ngô, 2014), la **personnalité évitante** est la forme « grave » de l'anxiété sociale, comme si on imaginait un continuum commençant

par la timidité, passant par l'anxiété sociale et aboutissant à la personnalité évitante. Pour y voir plus clair, un tableau comparatif est en annexes. Selon les auteurs, la thérapie utilisée pour la personnalité évitante est celle de l'anxiété sociale mais avec des résultats plus lents. Selon eux, les deux syndromes ne sont pas exclusifs, raison pour laquelle je mentionne les deux, mais dans la suite de ce travail je me centrerai sur le terme d'anxiété sociale.

Ces différents aspects théoriques confirment les processus identifiés dans le cas de Belinda tels les évitements, les biais attentionnels et d'interprétation, les interactions problématiques et le déficit d'apprentissage des relations sociales notamment.

## 2. Application au cas : deux techniques utilisées pour améliorer les processus de biais d'interprétation et évitements (y compris la rumination)

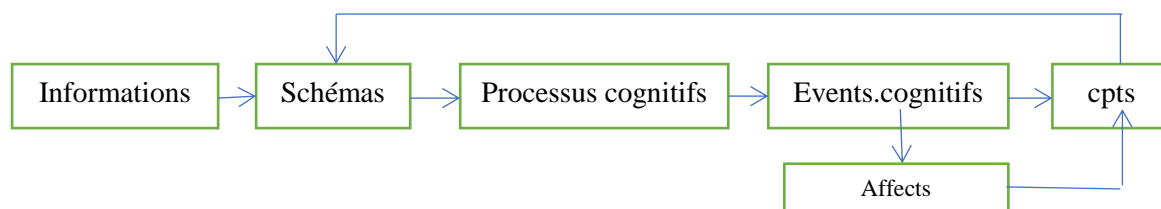
Pour rappel, lorsque Belinda est venue la première fois, elle a affirmé ne vouloir faire ni relaxation ni exposition puisque ces techniques n'avaient pas porté leurs fruits dans le cadre d'une précédente thérapie. Je lui ai donc expliqué la méthode des colonnes de Beck, afin de travailler ses **biais d'interprétation**. Je vais exposer ceci dans la prochaine partie. Après avoir appris à maîtriser cette technique, et d'autres mentionnées dans le plan thérapeutique, Belinda s'est sentie prête pour les expositions. Celles-ci ont été fructueuses, cependant il restait des **évitements**, dont la prise d'anxiolytiques. Pour contrer cet aspect, nous avons utilisé l'activation comportementale : il s'agit de la deuxième technique illustrée dans ce travail.

## 3. Les 5 colonnes de Beck, aspects théoriques

D'après Motevalli, Hamzah & Garmjani (2020), la technique de Beck viserait la restructuration cognitive : il s'agirait d'apprendre à transformer des distorsions cognitives, ou des erreurs de pensée, en pensées plus rationnelles. Les comportements et les ressentis seraient le résultat de pensées automatiques liées à des croyances. Ainsi les sentiments et comportements d'anxiété et de dépression seraient le résultat de pensées automatiques négatives ou de croyances irrationnelles qui pourraient être modifiées.

Selon Philippot (2019), Beck a justement formulé sa théorie initialement grâce à ses études sur la dépression avant de l'élargir à d'autres troubles. Il porte beaucoup d'attention à l'importance du vécu expérientiel. Son modèle repose sur l'idée que les informations d'une situation vont activer un schéma qui donne lieu à des processus

cognitifs donnant naissance à des événements cognitifs, aboutissant à des affects et des comportements, ceux-ci rétroagissant avec les schémas. Ces concepts sont définis en annexes.



La thérapie a comme objectifs d'amener le client à prendre conscience de ses pensées automatiques négatives, les reconsidérer de manière plus réaliste, identifier les schémas qui sous-tendent les pensées automatiques négatives et assouplir les schémas.

Pour reconsidérer les pensées automatiques de manière plus réaliste, Beck propose un tableau à 5 colonnes (les trois premières servant à prendre conscience des pensées automatiques négatives).

| Situation | Emotion | Pensées automatiques | Réponses rationnelles | Résultat |
|-----------|---------|----------------------|-----------------------|----------|
|-----------|---------|----------------------|-----------------------|----------|

Selon Beck, l'avantage des techniques de restructuration cognitive serait que le patient apprenne à prendre de la distance par rapport aux pensées et commencerait à voir ses pensées comme des événements psychologiques (Larsson, Hooper, Osborne, Bennett, & Mc Hugh, 2016).

#### 4. Les 5 colonnes de Beck, application au cas

Des exemples de colonnes remplies par Belinda se trouvent en annexes.

La jeune femme a pris conscience de ses biais d'interprétation et de ses différentes distorsions cognitives telle l'abstraction sélective<sup>5</sup>, l'inférence arbitraire<sup>6</sup>, la personnalisation<sup>7</sup>, la maximisation<sup>8</sup>.

En effectuant cet exercice, Belinda prend conscience du schéma suivant : son angoisse de vomir et donc de se montrer vulnérable l'empêche de se réaliser. L'idée que les autres la voient comme faible ou dysfonctionnelle et la rejettent lui est insupportable. Elle ne

<sup>5</sup> S'attarde sur le négatif de la situation et perçoit négativement l'ensemble de cette situation, psychomédia (2013)

<sup>6</sup> Tire des conclusions hâtives à partir de peu de preuves, Psychomédia (2013)

<sup>7</sup> assumer la responsabilité d'un événement fâcheux sans en être responsable, [www.cegepjonquiere.ca](http://www.cegepjonquiere.ca)

<sup>8</sup> maximiser ses erreurs, [Medecine-integree.com/les-distorsions-cognitives/](http://Medecine-integree.com/les-distorsions-cognitives/)

montre dès lors sa fragilité (c'est-à-dire que l'anxiété prend le dessus sur son self control au point de vomir et d'avoir des idées noires après cela) qu'à son père qui est le seul à lui donner un amour inconditionnel. Si elle agit autrement, elle sera la risée de son entourage. Elle devra subir ça indéfiniment, jusqu'au jour où son père ne sera plus là pour la calmer, elle pourra cesser de se battre et mourir.

Grâce aux pensées alternatives, ses convictions s'atténuent peu à peu. Elle reconnaît s'être déjà montrée fragile (avec une collègue) sans jugement ni rejet. Elle apprend que d'autres personnes, qu'elle admire, ont également ce genre de difficulté et qu'avoir de la valeur et avoir des angoisses n'est pas incompatible.

Elle a très vite adhéré à cette technique et arrive à remplir seule les colonnes, presque instinctivement. Cet exercice, en diminuant ses biais cognitifs, lui permet de contrer son inflexibilité psychologique et facilite l'auto-apaisement. Elle a ainsi pu s'exposer. Consciente de ses schémas (comme la compétence et le ridicule mentionnés dans le cours de P. Philippot sur les processus cognitifs en psychothérapie, 2019), elle peut réagir plus rapidement à ses états anxieux. Il lui arrive de relire ses exercices précédents pour améliorer sa motivation. Dans les exemples de l'annexe, on retrouve notamment la culpabilité, en cohérence avec les scores élevés aux questionnaires pour les items concernant l'écart entre les sois. Les schémas seront également travaillés par la technique des flèches descendantes.

## 5. L'activation comportementale, aspects théoriques

Pour Blairy, Baeyens et Wagener (2020), l'activation comportementale est une technique thérapeutique essentiellement vouée à améliorer l'anxiété et la dépression. Les symptômes diminueraient suite à un intérêt et une implication croissante dans les activités quotidiennes, ce qui amoindrirait l'impact négatif de l'anxiété et des cognitions négatives. Cette méthode aurait la particularité de cibler les évitements comportementaux et les ruminations mentales. C'est la raison pour laquelle il m'a semblé judicieux de proposer cette stratégie à Belinda. En effet, après le début du deuxième confinement, il lui a été moins évident d'appliquer les techniques d'exposition. Pour mieux comprendre, voici le résumé des différentes phases de l'activation comportementale.

Après avoir effectué une anamnèse et présenté l'activation comportementale, il est demandé au client de compléter différents questionnaires d'évaluation (l'activation

comportementale pour la dépression version courte, l'échelle d'observation de la satisfaction liée à l'environnement, l'indice de probabilité de satisfaction, l'inventaire des croyances au sujet de savourer ainsi que le mini-CERTS déjà évoqué), et d'effectuer une auto-observation de son problème principal (le modèle de la grille d'auto-observation à compléter est en annexe). A la séance suivante, tout ceci est discuté. Si le client a des évitements avec peu/pas d'anhédonie, on utilise un rapport des situations émotionnelles difficiles grâce auquel il est possible d'identifier les évitements et ruminations, il s'agit également de poursuivre les auto-observations. Si la personne souffre d'anhédonie, elle devra faire le relevé de ses activités quotidiennes (grille à compléter en annexes) afin de prendre conscience du lien qui existe entre activité et humeur. Elle pourra également planifier une activité agréable ou dirigée vers un but. Ces différentes étapes seront travaillées avec le thérapeute pour réduire les évitements et ruminations et améliorer l'anhédonie.

Le relevé des activités quotidiennes permet d'évaluer le niveau actuel des activités quotidiennes afin de pouvoir comparer l'évolution à une ligne de base. Il permet de repérer les comportements maintenant le mal-être et les comportements sains, et mettre en parallèle avec l'humeur générale du jour.

Une fois que le client a une meilleure vision de son mode de fonctionnement, différents types d'actions sont envisageables :

- se reconnecter aux sources de renforcement (activités agréables et/ou dirigées vers un but) en l'aidant à les reconnaître et les multiplier

- effectuer la résolution de problèmes interpersonnels ou non. Il s'agira de décomposer cet objectif en sous-étapes, en les concrétisant notamment selon la méthode SMART (la formulation des objectifs doit être Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporel), le client s'engage à effectuer ces sous-étapes entre les séances et le feedback est fait à la séance suivante.

- chercher la diminution de l'évitement comportemental et les ruminations en l'aidant à trouver des comportements alternatifs à ses évitements et ruminations.

Pour Dalrymple et al. (2014), au départ, le réengagement dans des comportements avait pour but d'accroître le contact avec des événements positifs ou plaisants. A présent, le

réengagement se concentrerait plus sur des buts personnels quels que soient les états émotionnels vécus à court terme.

## 6. L'activation comportementale, application au cas

En décembre, après avoir complété plusieurs questionnaires, il a été demandé à Belinda d'effectuer une auto-observation précise et quotidienne de ses angoisses liées à la peur de vomir devant des connaissances. Elle a également effectué le relevé des activités quotidiennes expliqué ci-dessus. La consigne était de ne rien changer à ses habitudes, qu'elles soient anciennes (avant la thérapie), ou récentes c.à.d. par exemple lorsqu'elle fait de la restructuration cognitive. Après avoir fait ce relevé, elle a dû identifier les évitements, même subtils, ainsi que ses ressources et a analysé l'humeur générale du jour en lien avec les activités quotidiennes.

Souffrant d'anhédonie, elle doit s'orienter vers des activités agréables et/ou orientées vers un but. Comme ses angoisses ont commencé très tôt dans sa vie, il lui est difficile d'identifier des activités agréables. Je lui ai donc fourni une liste (disponible en annexes) pour qu'elle ait un support dans un premier temps.

### 6.1 Auto-observation

L'auto-observation a rapidement été maîtrisée par Belinda, déjà entraînée par les colonnes de Beck. Cela lui a permis de prendre conscience de ses évitements, notamment en anticipation à la rencontre avec la famille de Romuald pour les fêtes de fin d'année. Les principaux évitements relevés sont la prise d'Alprazolam, se concentrer sur une lecture ou regarder une série, et envisager d'annuler les rencontres. Belinda relève également les nombreuses ruminations dont elle fait preuve au cours de la journée.

### 6.2 Relevé des activités quotidiennes

Ce relevé confirme la présence de ruminations (surtout au réveil et le soir) et d'évitements (évite de se confronter à ses difficultés mais évite également les moments d'inoccupation où elle a alors tendance à ruminer). Par exemple Belinda se brosse les dents en regardant une série. Ce relevé d'activités de la semaine indique un plaisir très rare et faible, les meilleurs scores sont de 7 sur 10, essentiellement lorsqu'elle joue aux jeux vidéo. La maîtrise liée à ces activités est meilleure. On retrouve des notes de 10 notamment liées à son travail, mais aussi des « 1 » lorsqu'elle anticipe une angoisse. Quant à la satisfaction,

elle est très variable, il est étonnant de voir qu'elle se met des notes basses pour certains items par exemple « la maison est propre, je suis contente » alors que la satisfaction n'est que de 2. Dans le même ordre d'idées, lorsqu'elle doit noter l'humeur générale de la journée, entre 0 et 10, les moments plus difficiles feront baisser le résultat au lieu de prendre la journée dans son ensemble. Par ailleurs, cet exercice permet à Belinda de prendre conscience de ses ressources. Elle voit de manière récurrente que ses collègues aiment être en sa compagnie, que les personnes apprécient son sens de l'humour. On peut faire l'hypothèse que, grâce à cela, l'intensité de son mal-être diminue.

### 6.3 Activités agréables et/ou orientées vers un but

Peu de temps après avoir complété ce relevé, Romuald et Belinda se sont séparés : Romuald n'admettait plus les craintes de sa compagne. Cette séparation n'a finalement duré que 24 heures. Nous avons eu l'occasion de faire un entretien durant cette séparation. Ce que Belinda craignait depuis toujours, perdre l'être qu'elle aime à cause de ses angoisses, venait d'arriver. Elle n'avait jamais réellement expliqué sa détresse à Romuald et celui-ci n'avait pas compris la gravité de son ressenti. Lors de notre rendez-vous, Belinda a pris conscience qu'elle n'avait plus rien à perdre. Après notre conversation, Belinda s'est mise en contact avec Romuald, et s'est dévoilée. Cela était révélateur et libérateur, Romuald et elle se sont réconciliés, et ils ont fait d'énormes pas en avant. Suite à cela, très rapidement, ils ont commencé à vivre de plus en plus l'un chez l'autre. Elle n'a plus hésité à s'éloigner de son père. En effet, cette séparation lui a montré qu'elle tenait à Romuald. Cette situation a permis de se confronter à de nombreuses situations orientées résolution de problèmes, et recherche d'activités agréables et orientées vers les buts. Par exemple, elle a demandé à Romuald d'instaurer une organisation indiquant quels jours ils iraient chez l'un ou l'autre, ou ne se verraient pas. Elle a aussi pu préciser ce dont elle avait besoin pour se sentir accueillie lorsqu'elle allait chez lui. Bien entendu ces conversations lui demandaient de la préparation telle que la meilleure manière de formuler ses demandes, chercher des compromis, envisager et dépasser les obstacles. Tout ceci lui a permis de prendre de la distance avec son père, sans scrupule, et au contentement de ce dernier. Au départ, Belinda se résignait à suivre le rythme donné par Romuald mais elle se sentait oppressée par ce manque d'organisation et de planification. Elle fit alors l'analyse fonctionnelle de cette attitude et décida de se confronter à cet

évitement. Avec une meilleure communication, ils ont mis en place des activités qui leur plaisaient à tous les deux et Belinda a pu y prendre goût.

Selon notre hypothèse, ces deux techniques (restructuration cognitive et activation comportementale) devraient apporter une amélioration au niveau des processus de biais d'interprétation et de rumination/évitement, cette évolution devrait apparaître dans les résultats des questionnaires au niveau de la deuxième passation. On peut notamment espérer une atténuation des symptômes au BDI et BAI, une diminution de la détresse OQ45, des scores d'évitement au MEAQ et une amélioration quant à l'écart entre les sois.

### **Troisième partie : évolution des résultats aux questionnaires et discussion**

Tous les détails de ces évolutions sont en annexes.

A l'Echelle d'anxiété sociale, Belinda montre une belle évolution du score d'anxiété et d'évitement.

Le BDI (Beck Depression Inventory)<sup>9</sup> qui révélait en décembre une absence/légère dépression diminue encore.

Le BAI (Beck Anxiety Inventory) avait un score modéré et diminue également.

L'OQ-45 (Outcome Questionnaire 45): (mesure d'impact qui souligne l'efficacité thérapeutique) révélait un score important en items « détresse » et devient inférieur à la norme quelques mois plus tard.

Le MEAQ (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire : évitements) indique des évitements comportementaux, aversion à la détresse, procrastination, distraction et suppression, peu d'endurance à la détresse, peu de répression et déni. Par la suite on a une nette amélioration de l'évitement comportemental et de l'endurance à la détresse, le reste est stable.

---

<sup>9</sup> Les questionnaires suivants font partie de la batterie de tests du CPS (qui regroupe des questionnaires fréquemment utilisés et dont les moyennes sont disponibles) pour plus de lisibilité voir les graphiques en annexe. Ils se centrent sur des problématiques importantes pour Belinda (confiance en soi et en ses aptitudes, ruminations, évitements, incertitude). <https://www.cps-emotions.be/chamgrelou/?l=fr>

L'EII (Echelle d'Intolérance à l'Incertitude) est extrême en décembre mais s'améliore bien.

Le MCO-30 (MetaCognitions Questionnaire) indique de hauts scores pour les croyances négatives d'incontrôlabilité avec une légère amélioration en retest, le manque de confiance en ses propres pensées a un score qui reste élevé, la conscience de soi cognitive reste élevée. Les résultats de croyances positives et superstition sont dans la moyenne.

Le miniCERTS (Mini Cambridge-Exeter Repetitive Thought Scale : ruminations) indique des pensées abstraites importantes qui s'améliorent ensuite, les résultats aux idées concrètes restent bas.

Le SEP (sur le sentiment d'efficacité personnelle) est faible surtout en gestion au sein du couple et en régulation émotionnelle en décembre puis s'améliore sauf pour la détérioration de la sexualité : Belinda explique que les rapports intimes n'ont pas changé mais qu'elle se permet maintenant d'être plus exigeante.

L'écart entre les sois montre un important écart au soi idéal avec une détresse extrême mais une nette amélioration ensuite. L'écart au soi prescrit suit la même évolution.

Le logiciel indique une amélioration pour l'évitement comportemental, l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives, les croyances négatives d'incontrôlabilité, les ruminations non-constructives, le sentiment d'efficacité personnelle au sein du couple, de la relation avec les amis, du parcours scolaire, de la régulation des émotions, des hobbies et des tâches quotidiennes, ainsi que dans les écarts entre les sois et la détresse s'y rapportant.

L'Echelle d'activation comportementale pour la dépression (version courte) montre une activation nettement améliorée.

L'Echelle de l'observation de la satisfaction liée à l'environnement indique notamment une nette amélioration quant à la facilité d'éprouver du plaisir.

L'Indice de probabilité de satisfaction augmente.

Le Mini-CERTS montre l'évolution déjà mentionnée.

L'Inventaire des croyances au sujet de savourer indique une nette amélioration des résultats sur les items positifs (anticipation, moments présents et passés), et une légère

diminution des résultats pour ces mêmes items mais négatifs (surtout concernant le passé).

L'Echelle de dépression n'a pas été complétée vu les renseignements du BDI.

Les améliorations à viser pour la suite concerneront surtout l'aversion à la détresse en maintenant les expositions et activations comportementales, en y ajoutant notamment la pleine conscience, et pour le manque de confiance en sa propre pensée, on peut intégrer des techniques de l'ACT.

## **Quatrième partie : Conclusions, critiques et perspectives**

### **1. Conclusions**

Pour aider Belinda à sortir de son anxiété sociale, différentes techniques ont été utilisées. La question de ce TFF concernait l'efficacité de l'application de la restructuration cognitive via les 5 colonnes de Beck et de l'activation comportementale dans ce projet. Les différents questionnaires et le feedback subjectif de la cliente montrent une amélioration pour de nombreux items. Il restera encore à travailler essentiellement son aversion à la détresse, en utilisant préférentiellement les outils de la troisième vague.

### **2. Critiques**

Plusieurs critiques sont à formuler vis-à-vis de ce travail. La première concerne la passation de ces évaluations. Lorsque Belinda est venue en février, elle semblait fermée et peu encline à effectuer une thérapie. Il m'a semblé que lui faire passer une batterie de questionnaires dans ces circonstances allait la faire fuir. J'ai donc laissé cela en suspens, et ne lui en ai reparlé qu'en septembre. Bien qu'elle ait directement adhéré à la proposition, un bug (est-ce vrai ?) au moment de l'envoi de ses réponses et de multiples oublis de sa part ont encore retardé l'évaluation. Afin de m'assurer d'avoir enfin ces résultats, les questionnaires du CPS ont été remplis en **hétéro-passation** (je l'ai complété avec elle en fin de séance) pour le test en décembre mais en **auto-passation** en mars. Malheureusement, la **thérapie était déjà bien entamée**. Les autres questionnaires ont été complétés en auto-passation aux mêmes dates.

Parmi les limites imposées par le contexte on peut également soulever les **confinements**, qui lui ont permis d'entretenir certains évitements, mais aussi de concentrer son énergie sur d'autres problématiques, la situation contextuelle est donc à retenir.

Le contexte a également éprouvé Belinda lors de sa rupture amoureuse fin décembre. Ceci a poussé la cliente à se dépasser. En prenant soin d'appliquer les techniques apprises jusque-là, elle s'est révélée.

Certains pourraient aussi s'étonner de l'utilisation de la **restructuration cognitive**. En effet, ces dernières années, les thérapeutes utilisent préférentiellement la relaxation (par la respiration, musculaire), visualisation mentale, la pleine conscience (Servant, 2013), le protocole ACT, la thérapie neurocomportementale et le travail sur les habiletés sociales (Trybou, 2018). J'ai fait ce choix face à la réticence de la cliente à utiliser des techniques de relaxation et d'exposition. Elle partait avec un a priori négatif sur les psychothérapies et j'ai eu la sensation que la restructuration cognitive pourrait la contenter dans son besoin de concrétude. Aujourd'hui elle est ouverte aux autres approches.

Quant à l'**activation comportementale**, elle cible surtout la dépression, or comme on l'a vu, Belinda n'en souffrait pas ou peu. Cependant, différentes études démontrent son efficacité dans d'autres domaines y compris celui de l'anxiété (Blairy, Baeyens, & Wagener, 2020). Cette utilisation a été fructueuse sur bien des points. En effet, le relevé des auto-observations et celui des activités quotidiennes ont mis en lumière les évitements de la cliente, ainsi que sa tendance à la catastrophisation (un élément désagréable gâchait son humeur générale de la journée). Les activités agréables/orientées vers un but lui ont permis de s'ouvrir plus largement que lors des expositions qu'elle avait faites avant.

### 3.Perspectives

Il reste à Belinda à consolider ses acquis. Il lui faut prendre conscience qu'elle n'a plus à dépendre de quiconque et qu'il est également naturel d'être nerveuse dans de nouvelles situations. Elle doit pouvoir accepter que cette nervosité passe par son système digestif comme d'autres « perdent leurs mots ». Elle ne doit plus craindre de montrer sa fragilité, personne ne la rejettera. Et si cela devait malgré tout arriver, elle se relèvera comme elle l'a fait durant tout son parcours thérapeutique.

En continuant à se détacher de son père et en maintenant son autonomie vis-à-vis de Romuald, elle renforcera ses compétences.

Belinda est un beau challenge. Elle semblait fermée aux techniques psychothérapeutiques mais nous avons appris toutes les deux : elle à être indépendante, moi à me renouveler.

## **Bibliographie**

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Arlington, USA : Elsevier Masson

Apprendre les TCC : Le trouble anxiété sociale (anciennement phobie sociale). (s.d.).

Apprendre les TCC. <http://Tcc.apprendre-la-psychologie.fr/phobie-sociale.html>

Baeyens, C. (2019). *Cours sur les ruminations au CU de psychothérapie*, UCLouvain

Beck, A. et al (1988). *Beck Anxiety Inventory*. <https://tccmontreal.files.wordpress.com>

Beck, A. Steer, R., & Brown, G (1998). *Beck Depression Inventory II*.

<https://institutpsychoneuro.com>

Blairy, S., Baeyens C., & Wagener, A. (2020). *L'Activation comportementale, traitement des évitements comportementaux et de la rumination mentale*. Wavre, Belgique :  
Mardaga

Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani

M., Thurin, J-M. (2004). *Psychothérapie trois approches évaluées*. France :  
Inserm

Chaloult, L, Goulet, J., & Ngô, T-L. (2014). *Guide pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble anxieux social (TAS) (Phobie sociale)*. Montréal, Canada : Polyclinique médicale Concorde

Dalrymple K. L., Morgan, T. A., Lipschitz, J. M., Martinez, J. H., Tepe, E., & Zimmerman, M. (2014). An integrated, acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety : preliminary results. *Behavior modification*, *vol38(4)*, p516-548

Dethier, V., Heeren, A., Bouvard, M., Baeyens, C & Philippot, P. (s.d.). Meta-Cognitions Questionnaire. [www.uclep.be>uploads>pdf](http://www.uclep.be/uploads/pdf)

*10 distorsions cognitives qui entretiennent des émotions négatives.* (2013). Psychomédia. <http://www.psychomedia.qc.ca/psychologie-cognitive/2013-03-14/distorsions-cognitives-liste-definitions>

Douilliez, C., Philippot, P, Heeren, A., Watkins, E., & Barnars, P. (2014). Validation of the French version of a questionnaire that evaluates constructive and non-constructive repetitive thoughts. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *46(2)*, 185-192

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Echelle d'Intolérance à l'Incertitude. [Uqo.ca>files>anxiete>eii](http://Uqo.ca/files/anxiete/eii)

Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment* *23(3)*, 692-713

Ghinassi, C.W. (2010). *Anxiety*. Santa Barbara, USA: Biographies of disease

- Golay, Thono, Nguyen, Fankhauser, & Favrod. (2018). *Inventaire des croyances au sujet de savourer, validation en français*. [notes de cours imprimées : l'activation comportementale, 2020 ], p40, Uclouvain
- Heeren, A., Ceschi, G., & Philippot, P. (2012). Biais attentionnels et troubles émotionnels : De l'évaluation au changement clinique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, Vol.17, n°3*, p24-41
- Heeren, A., Jones, P, & McNally, RJ. (2018). Mapping network connectivity among symptoms of social anxiety and comorbid depression in people with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, vol.228*, p75-82
- Heeren, A., Lange, W-G, Philippot, P., & Song, Q.J.J. (2014). Biased cognitions and social anxiety : Building a global framework for integrating cognitive, behavioral, and neural processus. *Frontiers in Human Neuroscience, vol. 8, n° JULY*, p583
- Heeren, A., & McNally, R.J (2016). An integrative network approach to social anxiety disorder : The complex dynamic interplay among attentional bias for threat, Attentional control, and symptoms. *Journal of anxiety disorders, vol.42.*, p95-104
- Heeren, A., & McNally, R.J (2018). Social Anxiety Disorder as a densely interconnected network of fear and avoidance for social situations. *Cognitive therapy and research, vol. 42*, p103-113
- Henry, J-Y. (2017). *Les distorsions cognitives*. [Mecine-integree.com/les-distorsions-cognitives/](http://Mecine-integree.com/les-distorsions-cognitives/)

Hoebeke, Y., & Philippot, P. (2019). La relation entre l'inflexibilité psychologique et les écarts entre les sois. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, vol.24, p31-41

*Inflexibilité psychologique et dépression : quelle est leur relation ? (1/8/2020)*

<https://nospensees.fr/inflexibilite-psychologique-et-depression-quelle-est-leur-relation/amp/>

Kraft, B., Jonassen, R., Heeren, A., Gamer, C., Stiles, T., & Landrø, N I (2019). Attention bias modification in remitted depression is associated with increased interest and leads to reduce adverse impact of anxiety symptoms and negative cognition. *Clinical Psychological Science*, vol7, n°3, p530-544

Krings A., Heeren A., Fontaine, P., & Blairy, S. (2020). Attentional biases in depression Relation to disorder severity, rumination, and anhedonia. *Comprehensive Psychiatry*, vol 100, p152-173

Krings, A, Wagner, A., Heeren, A., & Blairy, S. (2020). Étude préliminaire de l'effet de l'activation comportementale sur les biais attentionnels envers l'information émotionnelle à valence positive et négative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol 178, n°5, p460-466

Lambert, M.J, Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. & Burlingame, G.M., (2004). *Outcome Questionnaire 45-2*. Salt Lake City

Larsson, A., Hooper, N., Osborne L. A., Bennett, P., & McHugh L. (2016). Using brief cognitive restructuring and cognitive defusion techniques to cope with negative thoughts. *Behavior modification*, vol 40(3), p.452-482

Lejuez, CW, Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., & Pagoto, SL. (2010). *Traitement de la dépression par l'activation comportementale : manuel révisé de traitement (BATD-R)* [http://tcc.ulg.ac.be/uploads/documents/BBATD-R%25202010%2520manuel%2520de%2520Lejuez\\_FR.pdf](http://tcc.ulg.ac.be/uploads/documents/BBATD-R%25202010%2520manuel%2520de%2520Lejuez_FR.pdf)

*Les phobies sociales et comment les traiter grâce aux Thérapie Cognitives et Comportementales* ([apprendre-la-psychologie.fr](http://apprendre-la-psychologie.fr)). <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/phobie-sociale.html>

Lewinshon, (s.d.) *Liste des activités agréables*  
<http://geocities.com/psychologue.geo/plaisirs.html>

Liebowitz (s.d.) *Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz* <http://www.directlearning.com>

Moors, F., & Zech, E. (2013). A la croisée entre psychothérapie et psychologie interpersonnelle : une étude exploratoire. *Journal de l'A. F. P. C.*

Motevalli, S, Hamzah, M. S. G., & Garmjani M. G. (2020). Cognitive restructuring and critical thinking intervention on test anxiety. *International research journal of education and sciences, vol.4, issue 1, p7-14*

Pépin, A., (s.d.) *Guide d'identification des distorsions cognitives.* [www.cegepjonquiere.ca](http://www.cegepjonquiere.ca)

Phaneuf, M. (2014). *Prendre soin d'une personnalité évitante*  
<http://www.prendresoin.org/?p=3045>

Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie.* Wavre, Belgique : Mardaga

Philippot, P. (2019). *Cours sur les émotions et cognitions au CU de psychothérapie de UCLouvain*

Philippot, P. , Baeyens, C, Bouvard, M., & Dethier, V. (2018). Validation of the self-discrepancies scale : A tool to investigate the self in clinical and research settings. *European revue of applied psychology* (68,2), p69-77

[Plus d'1 personne sur 10 en Belgique souffre d'un trouble mental. \(28/1/2020\).  
sciensano.be https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/plus-d1-personne-sur-10-en-belgique-souffre-dun-trouble-mental](https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/plus-d1-personne-sur-10-en-belgique-souffre-dun-trouble-mental)

Rachman, S. (2013). *Anxiety*, third edition. New York, USA : Psychology Press

Servant, D. (2013). Nouvelles approches et nouvelles méthodes de gestion du stress. *L'encéphale. Vol 39*, p3-5

Skoda, A. (2019). *Trouble de la personnalité évitante*. Trouble de la personnalité évitante - Troubles psychiatriques - Édition professionnelle du Manuel MSD (msdmanuals.com). [https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/%ef%bb%bftroubles-de-la-personnalit% c3% a9/trouble-de-la-personnalit% c3% a9-% c3% a9vitante](https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/%ef%bb%bftroubles-de-la-personnalit%c3%a9/trouble-de-la-personnalit%c3%a9-%c3%a9vitante)

Souci Charlier I., Blanchet V., et Provencher M. D., (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec, vol 38, n°2* p.175-194

Swee, M. B, Butler R. M., Ross, B. V., Horenstein A., O'Day E. B., & Heimberg R. G. (2021). Interpersonal patterns in social anxiety disorder : Predictors and outcomes of cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Therapy and research*.

<https://doi.org/10.1007/s10608-020-10192-3>

Trouillet, R., Bourgey, M., & Brouillet, D. (2012). *L'Anxiété : Cliniques, Modèles et prise en charge*. Paris, France : Dunod

Trybou, V. (2018). *Comprendre et traiter l'anxiété sociale, nouvelles approches en TCC*. Paris, France : Dunod

Wagener, A., & Blairy, S. (2015). *Echelle d'observation de la satisfaction liée à l'environnement, validation en français*. [notes de cours imprimées : l'activation comportementale, 2020 ] , p37, Uclouvain

Wagener, A., & Blairy, S. (2015). *Indice de probabilité de renforcement, validation en français*. [notes de cours imprimées : l'activation comportementale, 2020], p38, Uclouvain

Wagener, A., Van der Linden, M. & Blairy, S. (2015) *Echelle d'activation comportementale pour la dépression version courte, validation en français*. [notes de cours imprimées : l'activation comportementale, 2020] , p36, Uclouvain

Westra, J.A. (2012). *Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety*. New York, USA : Guilford Publications