



Consultation Infirmière spécialisée en Thérapie Comportementales et Cognitives

Meyer Marie-Astrid
Infirmière au SHU de l'Hôpital Sainte Anne

Déclaration de liens d'intérêts

- Je n'ai pas de conflits d'intérêts

Qu'est ce qu'une Infirmière thérapeute?

- Ø DU de thérapies comportementales et cognitives
- Ø *Elle n'a pas le statut de psychothérapeute*
- Ø Référentiel de compétences de Infirmière
- Ø La compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique. « *Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutiques* »

Définition des TCC

TCC: s'intéressent au processus de pensée de la personne et à ses comportements.

→ Elles ont pour but de s'attaquer aux problèmes actuels d'une personne, dans « l'ici et maintenant ».

→ La thérapie va consister en des exercices simples centrés sur les symptômes observables du comportement problème de l'individu, et va également intervenir sur les processus mentaux défaillant à l'origine des émotions et de leurs désordres.

→ thérapie en marche d'escalier

La thérapie comportementale

- Ø Basée sur la résolution de problème
- Ø Vise à modifier ce comportement problème (comportement observable)
- Ø Psychothérapie du « mal par le mal »
- Ø Désapprentissage/réapprentissage

Les Techniques

- ∅ hiérarchisation des problèmes
- ∅ Agenda
- ∅ Exercices
- ∅ Relaxation
- ∅ expositions

L'Exposition In Vivo

∅ La plus utilisée

∅ Principalement utilisé pour les troubles anxieux

Le principe est de confronter le patient à la situation anxiogène, pour qu'il apprenne à contrôler, puis à faire disparaître, ses peurs.

Les étapes: identifier les peurs du patient, hiérarchiser les situations anxiogènes

Exposition du sujet → anxiété → habitude

Approche Cognitive

- Ø Qui dit cognition dit pensées, les images, les représentations que l'on a de soi et du monde.
- Ø Plus largement, il s'agit des mécanismes par lequel l'individu exploite l'information.
- Ø Les cognitions sont liées à notre perception, notre éducation, à l'apprentissage, la mémoire, le langage.
- Ø De nos pensées et croyances dépendront notre humeur et notre comportement.

Situation → cognitions → émotions →

Comportements

dépression – pensées négatives - tristesse - reste au lit

la dépression n'est pas causée par l'environnement du sujet, mais par les pensées et les schémas mentaux qu'il emploie pour l'interpréter. C'est donc en apprenant à travailler sur ses cognitions qu'une personne pourra sortir de sa dépression.

Thérapie Cognitive

- Ø Elle vise à repérer les pensées automatiques
- Ø Isolée la pensée intrusive responsable de l'anxiété
- Ø Et la remplacer par une pensée plus rationnelle qui modifiera donc la perception de l'événement.

Techniques

- Ø Repérer distorsions cognitives
- Ø Repérer les pensées dysfonctionnelles
- Ø Scénario catastrophe
- Ø Examen de l'évidence
- Ø le pour et le contre

Les Emotions

- ∅ Les émotions primaires sont au nombre de 6
Joie, Colère, peur, dégoût, tristesse et surprise
- ∅ Les émotions s'accompagnent de réactions physiologiques favorisant un comportement

La peur → tachycardie, tremblements → fuite, paralysie

La Joie → excitation motrice, sensation de légèreté → sourires

L'Anxiété

- Ø L'anxiété est un état d'alerte, de tension psychologique et somatique. C'est une peur diffuse pouvant aller jusqu'à l'angoisse.
- Ø Elle s'accompagne de symptômes physiques
Ex: une constriction au creux de l'estomac ou à la gorge

Bases de la thérapie

- Ø Présentation du thérapeute
 - Empathie, écoute
 - Explication des TCC
 - Alliance thérapeutique: reformulation, recontextualisation, résumer, renforcer (technique des 4R)

- Ø L'analyse fonctionnelle du patient s'effectue sur 4 séances en moyenne.
 - Elle permet une meilleure connaissance du patient et de ses problèmes.
 - Lister les problèmes du patient
 - Elle permet de voir le degré de motivation du patient
 - Et ouvre sur un contrat de soin

- Ø Grille SECCA

Précisions utiles

- ∅ L'identité IDE est primordiale.
- ∅ Les TCC peuvent s'utiliser en permanence. Il s'agit d'outils permettant d'alléger le quotidien. Une autre vision des choses plus adéquate, plus agréable.
- ∅ Humanisme

Cas clinique

- Ø Prémisse à l'adolescence.
De 13 à 16 ans : vérifiait chewing-gum sous les chaises. Vérifications des volets, portes et le gaz.
Début tardif et rapide. Vers l'âge de 26 ans et installation en 6 mois.
Facteur déclenchant : blague de sa sœur
« attention tu viens d'écraser un piéton »
- Ø Obsessions de **souillure** entraînant des rituels de **lavages**, des évitements.
- Ø Obsessions d'erreurs liées à des obsessions d'agressivité : **phobies d'impulsion**
« peur de tuer ou de faire du mal à quelqu'un » entraînant des rituels de **vérifications** tactiles, visuelles, de comptage et des évitements.

Situations Problèmes

Obsessions d'agressivité :

Sortir du domicile

Sortir des WC

Rentrer chez soi le soir

Marcher dans la rue

Sortir du hall de l'immeuble

Partir de quelque part

Marcher avec un sac

Faire à manger

Casser un objet

Mettre des vêtements avec des poches

Actions/Evaluations

- Ø Reprise partielle (ou totale !) de son autonomie.
 - En effectuant des exercices quotidiens choisis par le patient.
 - En enlevant l'implication des parents dans les différents rituels du patient.
 - En effectuant des expositions in vivo

Evaluation à chaque séance, lorsque l'on fait un point sur la semaine écoulée,

En écoutant le point de vue des parents,
Avec les échelles (Y-BOCS...) passées régulièrement

FIN !

Merci pour votre attention !