

Analyse fonctionnelle en TCC : la grille SECCA

*TCC – Thérapies comportementales et
Cognitives – et hypnose : complémentarités
et limites*

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2010



Résumé

La grille d'analyse SECCA, utilisée pour l'analyse fonctionnelle par le thérapeute – anamnèse approfondie et structurée qui étudie les relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter la démarche au patient –, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements.

En partant d'une situation – Stimulus – il lui est demandé d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensées, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

La démarche et les illustrations cliniques présentées dans ce texte sont issues d'une thérapie TCC de groupe suivie par des patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique) au sein du CETD (Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur) de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne. Je co-animais ce groupe thérapeutique aux côtés d'une psychologue clinicienne et d'un médecin psychothérapeute tous deux spécialisés en TCC.

Je porte, ici, un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Compte tenu des règles déontologiques de respect du secret professionnel et de réserve vis-à-vis des patients, les prénoms ainsi que certains éléments biographiques ont été modifiés.

La grille **SECCA** (Cottraux, 1985) d'*analyse fonctionnelle* est présentée aux patientes lors de la première séance. Ce modèle, utilisé pour l'*analyse fonctionnelle* par le thérapeute, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements.

En partant d'une **Situation** – Stimulus – il lui est demandé d'observer et de consigner ses **Emotions**, ses **Cognitions** (pensées, images mentales, croyances) puis ses **Comportements** et ses mécanismes d'**Anticipation**. La psychologue présente aussi les *mécanismes de distorsions cognitives* – conclusion sans preuve, conclusion à partir d'un détail, sur-généralisation, maximalisation du négatif, personnalisation – qui affectent notre raisonnement, nos pensées et notre ressenti. Elle précise que l'objectif n'est pas d'éviter un comportement mais de le faire autrement en repérant ses cercles vicieux entre pensées automatiques et comportements.

Certaines patientes mettront rapidement en œuvre la démarche ; Christine exprime spontanément : « C'est un nouvel apprentissage de notre fonctionnement afin de se conditionner pour acquérir de nouveaux réflexes. » Elle ajoutera, par la suite, qu'elle voit les progrès de semaine en semaine. Pour d'autres c'est plus difficile. Sara dit qu'elle a du mal avec « les cases » ; elle préfère écrire ce qu'elle pense. Le thérapeute lui dit : « Il faut que ça rentre dans les cases ». A mi-parcours certaines patientes se découragent : « L'idée même de remplir le tableau, ça me donne la nausée, mais je n'ai pas envie de baisser les bras. »

Il faudra attendre la 5^{ème} séance pour que Sara commence à s'observer et à écrire : « Je ne savais pas quoi noter, toutes mes journées sont pareilles, qu'est-ce que je vais noter, les émotions, les comportements, je ne vois pas... mais hier mon fils a été agressé et j'ai traité cette situation et j'ai compris ce qu'il fallait faire et j'ai pu écrire. »

Sara a oublié ses documents, le thérapeute lui propose d'analyser ensemble la situation :

Situation : Le directeur de l'école m'appelle, mon fils s'est fait agresser. Le mot « agression », je n'ai retenu que ce mot.

Emotion : Peur, colère, impuissance, même là je voulais gérer, c'est ça le problème.

Sensation physique : Mon cœur allait sortir, je n'arrivais même pas à parler, j'avais très mal au dos, à la tête, aux épaules.

Pensées automatiques néfastes : Envie de les tuer, de me venger.

Comportement : J'enlève ma blouse et je pars en courant.

Conséquence : Je n'arrive pas à réfléchir, devant le portail du lycée, je me suis dit je ne peux pas rentrer comme ça.

Le questionnement du thérapeute est également déterminant pour aider le patient à appréhender ses automatismes de pensée. Le travail en groupe limite cependant ce dialogue thérapeutique. Je présente ci-dessous une séquence marquante avec cette patiente, Sara. Partant de son hyperactivité ménagère, « l'obligation » qu'elle ressent, Sara remonte à sa mère malade, qui, ne pesant plus que 28 kg, « bougeait tout le temps, elle s'obligeait... ». Elle conclura par « quelque chose d'important, qu'elle doit dire » : « Hé oui, je fais toute ma vie en vitesse ! » Le thérapeute ne rebondira pas sur cette dernière phrase — ce n'est pas non plus évident dans une démarche collective —. Sara nous racontera, lors des dernières séances que sa mère est morte à l'âge de 36 ans (ce qu'elle avait déjà dit rapidement, en se présentant, dès la première séance). Sara a aujourd'hui 34 ans.

Revenons sur ce dialogue, Sara raconte que le lendemain de Noël elle s'est dit : « La maison est dégueulasse, il faut que je lave tout, toute la maison, tous les carreaux... Tant que je n'ai pas tout lavé, je n'ai pas arrêté. Et après j'ai pensé à vous : "Mince ils m'ont dit qu'il fallait penser à autre chose". Il n'y avait rien à faire, il fallait que j'aille jusqu'au bout de ce que j'avais prévu avant et même si je me couche à 2h du matin. 2 jours après j'ai payé, j'avais mal partout. Des fois je me sens fatigué, j'ai l'impression que j'ai des voix dans ma tête qui n'arrêtent pas, j'ai l'impression qu'ils sont tous en train de crier dans mes oreilles. » Le thérapeute questionne Sara sur l'obligation qu'elle ressent afin de mettre à jour ses automatismes de pensée. Je trouve que quelque chose d'intéressant commence à se passer avec Sara.

Le thérapeute : « L'obligation...

Sara : C'est bête mais si je le pense pourquoi je ne le fais pas ?

(Je poursuis la narration du dialogue avec des tirets)

— L'obligation, c'est comme une petite voix intérieure qui dit quelque chose, c'est quoi l'obligation ?

— J'en sais rien ! (d'un ton appuyé).

— Qu'est-ce qui se passe si vous ne le faites pas ?

— Eh bien, je ne me sens pas bien avec moi-même.

— Et pourquoi ?

— Je sais pas.

— Qui c'est qui vous donne la fessée ?

— Personne justement.

— Non mais symboliquement il y a quelque chose qui se passe, vous vous sentez obligée d'obéir à un ordre.

— Je ne sais même pas si c'est un ordre, il faut que je le fasse. Je l'ai programmé, il faut que je le fasse, il ne faut pas que je sorte (du programme)...

— Si vous ne le faites pas qu'est-ce que ça veut dire ?

— Je me sens gênée, je ne me sens pas bien, je vais regarder, c'est sale et ça m'énerve.

— Et, qu'est-ce que ça veut dire de vous, si c'est sale.

— J'ai horreur des trucs sales, mais c'est pas ça : c'est que j'ai programmé, c'est là que j'ai du mal. Quand je programme quelque chose il faut que j'aïlle jusqu'au bout. Il faut que je le fasse, il faut que je le fasse... Dans la journée où j'ai fait ça, j'avais mal, mais j'ai continué. Et c'est là qu'il y a une autre voix en moi qui me dit : « Mais t'es bête ou quoi ! Tu arrêtes c'est tout ! »

— Qui est-ce que vous avez vu fonctionner comme ça autour de vous ?

— (D'une voix beaucoup plus calme, doucement) Non, je ne pense pas, non...non... pas fonctionner comme ça par rapport au ménage et au travail. Je suis comme ça au travail aussi. Non pas comme ça, j'avais ma mère qui était très, très, très malade, elle pesait 29 kg. Aussitôt qu'elle avait un malaise, aussitôt elle se levait, elle avait une force intérieure, elle bougeait tout le temps, elle s'obligeait.

— Elle s'obligeait...

— Je pense que c'est ça, parce qu'elle était vraiment très très malade et pourtant... Je ne sais pas, je ne pense pas à elle.

— Bien sûr que vous ne pensez pas à elle.

— Je ne sais pas expliquer, parce que je suis consciente qu'il ne faut pas le faire, ça m'énerve encore plus contre moi-même. C'est que je me dis : "Ben tu vas payer, tu vas avoir mal ! et ça va être pire encore". Parce que la fibromyalgie ça ne me fait pas du bien.

— C'est peut être bien d'avoir mal ?

— Oh, non !

— Si, c'est peut-être bien, c'est que avoir mal ça signifie peut être quelque chose de positif.

— Ah bon ?

— Je ne sais pas, je vous demande, sinon pourquoi vous obéiriez à cet ordre ?

— Mais non, je ne pense pas. Je pense que j'obéis parce que je suis bête, franchement qui veut avoir mal ?

— C'est valorisant peut être d'avoir mal quand on a fait des efforts.

— J'ai conscience que je ne fais pas bien par rapport à mon corps. Quand je suis en vacances mon réveil est plus douloureux, je me lève à quatre pattes. Lorsque je suis au travail, j'ai mal mais je me lève en courant. Je ne sais pas expliquer, je me suis aperçue que je le paye mais plus tard. »

Le thérapeute conclut par : « Le fait de faire vite les choses vous évite de ressentir la douleur, à l'instant présent l'action évite la douleur. » Sara ajoute : « D'une certaine façon j'essaie toujours de fuir cette douleur et d'une certaine façon je ne l'accepte pas, elle m'énerve. » et

conclut par quelque chose d'important, qu'elle doit dire : « Hé oui, je fais toute ma vie en vitesse. »

Je trouve que le modèle SECCA est intéressant pour amener à détailler ses processus inconscients (automatiques). J'utilise d'ailleurs souvent cette approche dans mon questionnement lors de mes séances en hypnothérapie – je pense dernièrement avec une patiente souffrant de troubles obsessionnels, souvent aussi avec les patients souffrant de troubles anxieux – mais avec une très grande souplesse en étant toujours centré sur ce qui me semble utile à ce patient singulier. Je donne également parfois la grille SECCA à renseigner sur une semaine. Je sais, en général, que certains patients le feront scrupuleusement, que d'autres commenceront et ne poursuivront pas, que d'autres encore, ne le feront pas. Pour moi l'essentiel n'est pas qu'ils le fassent de manière détaillée, l'important est que je leur ai demandé de le faire. Alors qu'ils le fassent ou non, ils y pensent et il y a bien souvent des effets : « Je ne l'ai pas fait, mais je sens que quelque chose se met en place... » Un point me semble important à souligner : ce type de démarche paraît bien adapté à un certain type de personnalité plutôt contrôlante, méticuleuse. Une des difficultés est que l'approche TCC prétend s'appliquer à tous les patients. Les patients que je vois en hypnothérapie et qui ont suivi précédemment une TCC me disent pour la plupart qu'ils n'ont pas supporté ces grilles à remplir, que la durée leur semblait bien longue et qu'ils n'en voyaient pas vraiment les effets. Bien sûr il s'agit de patients pour lesquels la TCC n'a pas été une approche satisfaisante. Roustang (1990) souligne sur cette question qu'Erickson n'a pas cherché à proposer un système de pensée car, à ces yeux, chaque individu est singulier et il ne sert à rien de lui appliquer ce qui vaut pour un autre. Il n'y a de thérapie que si le thérapeute réussit à découvrir ce qui convient à cette personne en ce moment particulier.

Face au déroulement de cette séance, je pense au travail d'Erickson (2009, p.60) avec une femme souffrant de douleurs chroniques. Il lui demande d'abord de se rendre attentive à sa douleur, de la ressentir intensément et de la décrire avec le plus de précision possible. Il lui explique ensuite certaines techniques d'apprentissage sous forme métaphorique : si l'on veut sarcler son jardin sans attraper d'ampoules, il faut le faire le premier jour 40s, le second 1min... De même si l'on veut goûter la cuisine mexicaine... Peu de temps après la patiente réussissait à traduire « l'expérience de douleur en un sentiment de confort. » Erickson explique qu'il aurait échoué s'il avait tenté de diminuer la douleur par suggestion d'analgésie. La douleur faisait partie de la réalité de la patiente et il l'a aidé à utiliser cette réalité d'une façon qui lui a permis d'expérimenter également le confort. Roustang (1990) commente qu'en reconnaissant que cette douleur faisait partie de sa réalité, il ne lui faisait rien perdre du symptôme qu'elle avait fabriqué et qui définissait, en quelque sorte, son existence. Erickson ajoute que le thérapeute reconnaît ainsi le patient dans ce qu'il a de plus cher : sa souffrance. Il n'est pas question de l'en défaire mais plutôt de lui permettre de se l'attribuer véritablement alors qu'il ne faisait que la subir. Il a besoin pour que le dialogue s'établisse au lieu où la

patiente a déterminé qu'il se ferait, de l'entendre étaler largement et longuement ce qui lui tient le plus à cœur en cet instant.

Etonnement on retrouve ici bien des principes mis en œuvre dans l'approche TCC, mais dans un autre esprit. Les TCC vont faire exprimer la douleur au travers des multiples questionnaires et au travers de l'analyse fonctionnelle avec l'idée que cette compréhension est utile pour le thérapeute et pour la personne. Elles considèrent également qu'il ne s'agit pas de supprimer la douleur mais de faire avec et appliqueront, pour cela, diverses techniques comme la technique de fractionnement des tâches, exprimée ici par Erickson sous forme de métaphore. Erickson exprime bien ce besoin «d'étaler» sa souffrance, ce que font spontanément les patientes ; en partageant leurs vécus, elles tirent partie de leurs expériences et rebondissent sur les propos des unes et des autres. En dehors du travail thérapeutique nous retrouvons les bienfaits d'un groupe de parole où elles partagent quelque chose de bien singulier : une même souffrance. Certaines sympathiseront et se soutiendront en dehors des séances.

Autres textes

Dans ces textes je présente des outils et méthodes de l'approche TCC tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Je présente dans ce texte une synthèse sur les TCC et détaille ensuite la le programme TCC proposé au CETD de l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt) aux patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Lire ⓘ [Principes des thérapies Comportementales et Cognitives TCC](#)

Méthodes de relaxation en TCC

Je présente la mise en œuvre de deux démarches de relaxation : le *contrôle de la respiration* et la méthode *Jacobson*.

Lire ⓘ [Méthodes de relaxation en TCC](#)

Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les "schémas de pensée dysfonctionnels".

Lire ⓘ [Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC](#)

Réflexions sur les limites des TCC : la relation thérapeutique

Je présente dans ce texte mes réflexions sur la gestion de la relation thérapeutique en TCC.

Lire ⓘ [Réflexion sur les limites de l'approche TCC : la relation thérapeutique](#)

Réflexions sur les limites des TCC : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Je présente dans ce texte une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective sur une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

Lire ⓘ [Réflexion sur les limites des TCC : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose](#)

Bibliographie

ALFORD B.A., BECK, A.T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press, 1997

BANDLER, R., GRINDER, J. *The Structure of Magic : A Book about Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1975.

BIOY, A., MICHAUX, D. (sous la dir. de), *Traité d'hypnothérapie*. Paris : Dunod, 2007

BOUREAU, F. *Contrôler votre douleur, faire face à une douleur rebelle*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1991

BRASSEUR, L. (sous la direction de) *Traitement de la douleur*. Paris : Edition Doin, 1997

CALLE, S. *Douleur exquise*. Paris : Acte Sud, 2003

CASTEL, A. et al. *Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia*. *Contemporary Hypnosis*, Mar 2009, Vol. 26 Issue 1, p48-59

CEDRASCHI, C. *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*. Revue du rhumatisme. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003

COTTRAUX, J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 2004

- COTTRAUX, J., BOUVARD M., LEGERON P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'application psychotechniques, 1985
- ERICKSON, M.H. *L'hypnose thérapeutique*. quatre conférences, Paris : ESF, 1990
- ERICKSON, B.A., BRADFORD, K. *Le Dr Milton H. Erickson, médecin et guérisseur américain*. SATAS, 2009
- FERENCZI, S. (1920-1932) *Le traumatisme*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2006
- FREUD, S. (1890-1920) *Traitement psychique (traitement d'âme) in Résultats, idées, problèmes*, Tome I, Paris : PUF, 1984
- HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003
- HARRER, M. E. *Mindfulness and the mindful therapist: possible contributions to hypnosis*. *Contemporary Hypnosis*, Dec 2009, Vol. 26 Issue 4, p234-244, 11p
- LAZARUS, A.A. *Multimodal behavioral therapy*, New-York: Springer, 1977
- MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : éd. du Seuil, 1998
- MELZACK, R., CASEY, K.L. (1968) *Sensory, motivational and central control determinant of pain*. In D.R. Kensalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield CC: Thomas
- OVALDE, V. *Ce que je sais de Vera Candida*. Paris : L'Olivier, 2009
- ROGERS, C. (1942) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris : ESF, 2008
- ROUSTANG, F. *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris : Les éditions de minuit, 2003
- ROUSTANG, F. *Influence*. Paris : Les Editions de Minuit, 1990
- SEARLE, J.R. *Les actes de langage*. Paris : Hermann, 1972
- SWEIG, S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. Paris : Roman Poche, 1992
- WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27.
- WOLPE, J. *La pratique des thérapies comportementales*. Paris : Masson, 1975
- WROBEL, J. ALLAZ, AF. *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2003
- ZINDEL, V. *Les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour la dépression*. Edition Boek, 2006