

RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS



DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE

26 & 27 JUIN

2025

VILLAGE BY CA
ROUEN

TCC et le syndrome de l'intestin irritable

Pierluigi GRAZIANI

*Professeur de Psychologie clinique et
psychopathologie,
Université de Nîmes*



RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS

DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE



26 & 27 JUIN
2025
VILLAGE BY CA
ROUEN



◆ **Directeur du parcours** Master en Psychologie Clinique et Psychopathologie – Spécialité Thérapie Cognitive, Comportementale et Emotionnelle

◆ **Directeur du Diplôme Universitaire (DU) de TCC** à l'Université de Nîmes (Unîmes)

◆ **Formateur en TCC** auprès de [Psy.link Formations](#)

◆ **Co-animateur du podcast** [Deux Psy](#)

◆ **Ancien Président** de l'**AFTCC** (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive)



RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS

DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE



26 & 27 JUIN

2025

VILLAGE BY CA
ROUEN



GFNG

Groupe Français de
Neuro-Gastroentérologie



Processus ciblés :

- **Apprentissage par conditionnement :**

- **Conditionnement classique** (Pavlov) : associations stimulus-réponse (ex. : peur conditionnée).
- **Conditionnement opérant** (Skinner) : comportements maintenus ou inhibés selon leurs conséquences

Techniques :

Exposition graduée
Désensibilisation systématique
(Wolpe)/ Relaxation
Renforcement positif / extinction
Thérapies aversives
Modelage comportemental
Activation comportementale

Indications principales :

Phobies spécifiques
TOC (rituels moteurs)
Troubles du comportement (TDAH,
troubles oppositionnels)
Addictions
Troubles du sommeil



- **Processus ciblés :**

- **Schémas cognitifs dysfonctionnels** (Beck, Ellis)
- **Pensées automatiques** inadaptées
- **Biais d'interprétation et de traitement de l'information**
- **Croyances centrales négatives** sur soi, le monde et l'avenir

Techniques :

Restructuration cognitive
Questionnement Socratique
Journal de pensées
Entraînement aux habiletés sociales
Résolution de problèmes
Activation comportementale

Indications principales :

Dépression (TCC de Beck)
Anxiété généralisée
Troubles paniques
Troubles alimentaires
Stress post-traumatique
Troubles de l'adaptation



3^e vague : TCC contextuelle et expérientielle (depuis 1990)

RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS
DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE
ROUEN 26 & 27 JUIN 2025



• Processus ciblés :

- **Acceptation de l'expérience interne** (plutôt que son évitement)
- **Défusion cognitive** (prendre du recul face aux pensées)
- **Pleine conscience**
- **Engagement dans l'action guidée par les valeurs**
- **Compassion envers soi**

Indications principales :

Douleur chronique, SII

Troubles de la personnalité (notamment borderline)

Dépression résistante

Troubles psychosomatiques

Troubles anxieux sévères avec évitement

Troubles du comportement alimentaire avec rigidité cognitive

Addictions avec souffrance existentielle

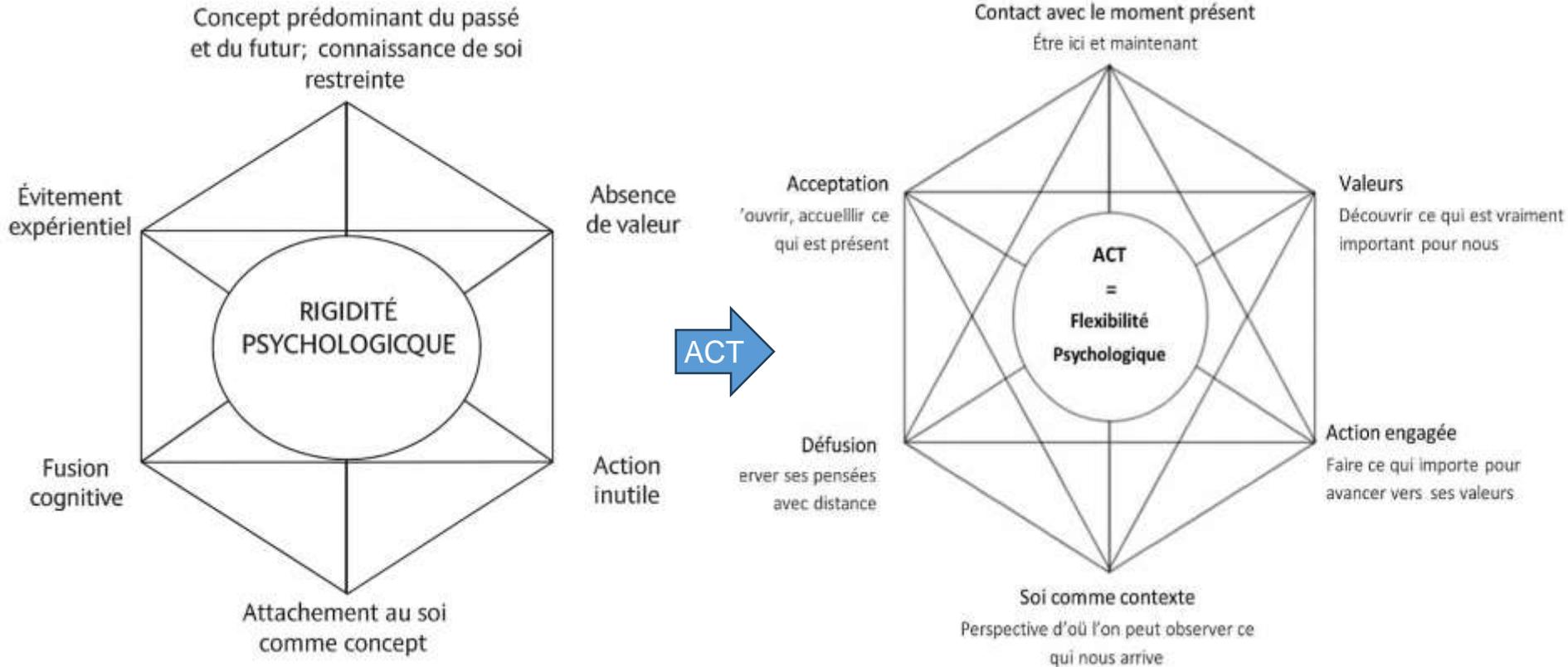


3^e vague : TCC contextuelle et expérientielle (depuis 1990)



Approche	Objectif central	Techniques
ACT (Acceptance and Commitment Therapy)	Flexibilité psychologique	Défusion, valeurs, acceptation
MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)	Prévention de rechute dépressive	Méditation pleine conscience, attention ouverte
DBT (Dialectical Behavior Therapy)	Régulation émotionnelle et tolérance à la détresse	Mindfulness, validation, dialectique
CFT (Compassion-Focused Therapy)	Apaisement du système de menace	Auto-compassion, visualisation, sécurité intérieure

L'ACT et la FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE





LA MATRICE ACT



Objectif thérapeutique de la matrice

- Prendre conscience de ses **mécanismes d'évitement** et des **coûts** associés
- Identifier ce qui est **vraiment important**
- Favoriser des **actions engagées** malgré la présence d'émotions ou de pensées douloureuses



LA MATRICE ACT



Objectif thérapeutique de la matrice

- Prendre conscience de ses **mécanismes d'évitement** et des **coûts** associés
- Identifier ce qui est **vraiment important**
- Favoriser des **actions engagées** malgré la présence d'émotions ou de pensées douloureuses



Utilisation des TCC

- Les trois vagues sont **complémentaires**, pas exclusives.
- Le choix dépend du :
 - **Type de trouble** (phobie, douleur, dépression...),
 - **Profil du patient** (niveau de réactivité émotionnelle, rigidité cognitive),
 - **Objectif thérapeutique** (symptomatique, existentiel, relationnel).
- Les **3^e vague TCC** sont **particulièrement utiles** en médecine somatique, douleur chronique et troubles fonctionnels (SII, fibromyalgie...).





Journal of Psychosomatic Research 140 (2021) 110289



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of Psychosomatic Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychores



Review article

Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review

Shefaly Shorey^{a,*}, Alla Demutska^b, Valerie Chan^a, Kewin Tien Ho Siah^{c,d}

^a Alice Lee Centre for Nursing Studies, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Level 2, Clinical Research Centre, Block MD11 10 Medical Drive, 117597, Singapore

^b James Cook University, 149 Sims Drive, 887380, Singapore

^c Division of Gastroenterology & Hepatology, Department of Medicine, National University Hospital, Level 10 Tower Block, 1 E Kent Ridge Road, 119228, Singapore

^d Department of Medicine, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, 10 Medical Drive, 117597, Singapore





Journal of Psychosomatic Research 140 (2021) 110289

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychosomatic Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychores

Review article

Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review

Shefaly Shorey^{a,*}, Alla Demutska^b, Valerie Chan^a, Kewin Tien Ho Siah^{c,d}

^a Alice Lee Centre for Nursing Studies, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Level 2, Clinical Research Centre, Block MD11 10 Medical Drive, 117597, Singapore

^b James Cook University, 149 Stnu Drive, 387380, Singapore

^c Division of Gastroenterology & Hepatology, Department of Medicine, National University Hospital, Level 10 Tower Block, 1 E Kent Ridge Road, 119226, Singapore

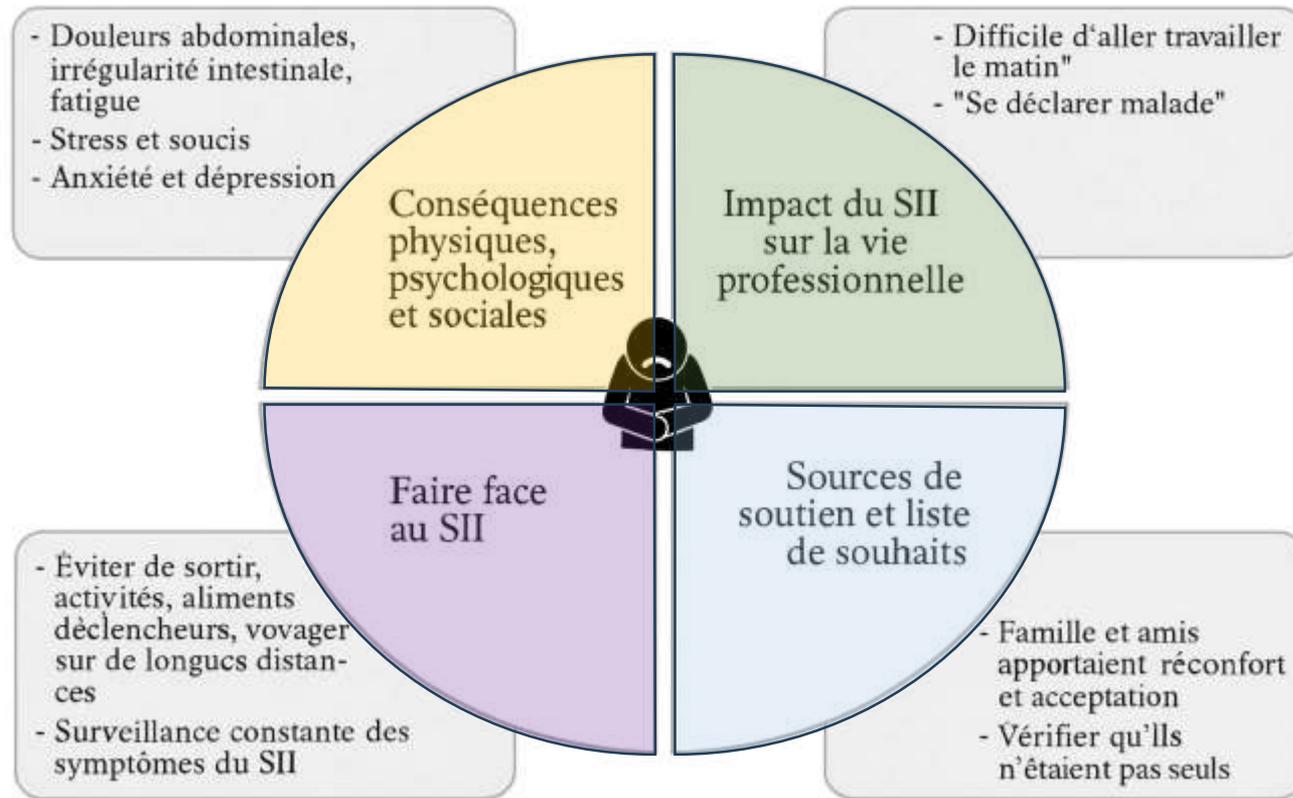
^d Department of Medicine, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, 10 Medical Drive, 117597, Singapore

- Revue systématique qualitative (Shefaly et al, 2021)
 - Quelles sont les expériences et les besoins des adultes vivant avec le syndrome de l'intestin irritable (SII),
 - Quelle est leur une vision globale

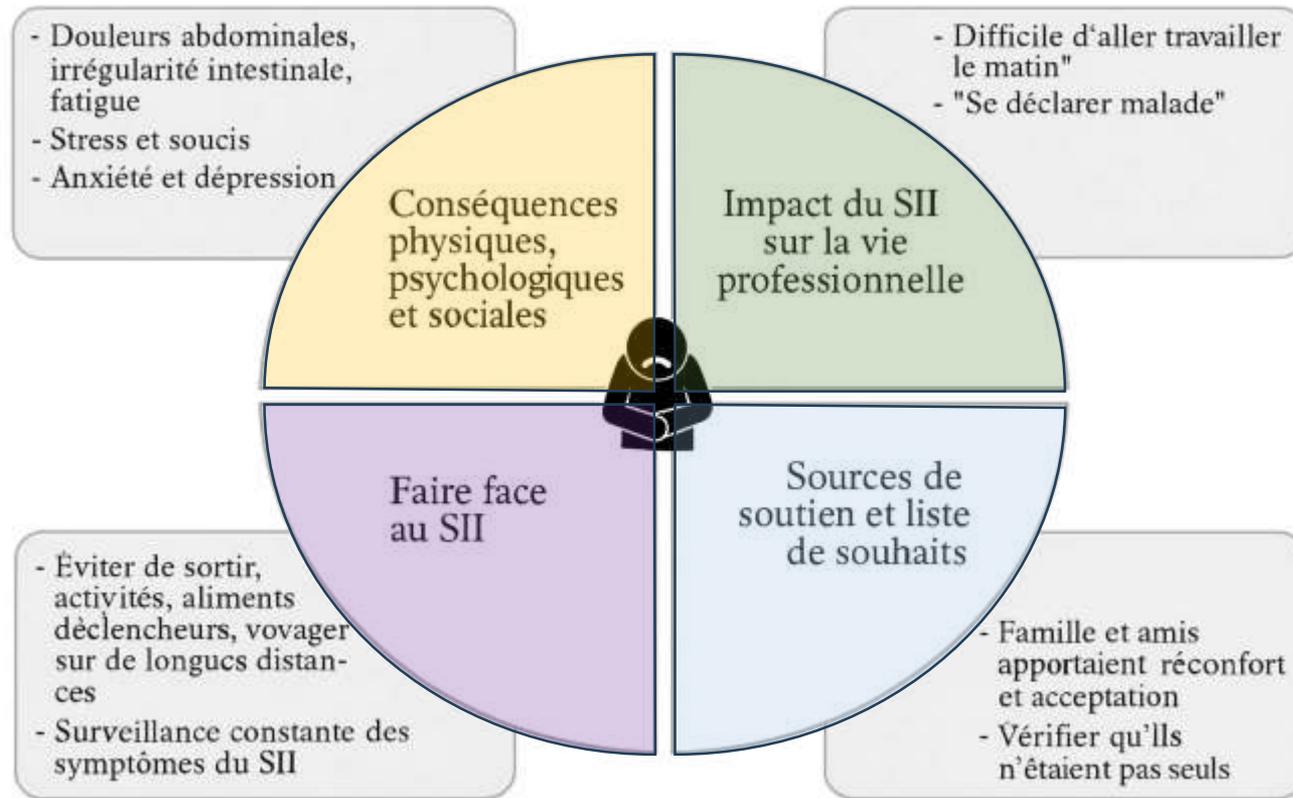
- 17 études ont été retenues
- un total de 299 adultes diagnostiqués avec le SII

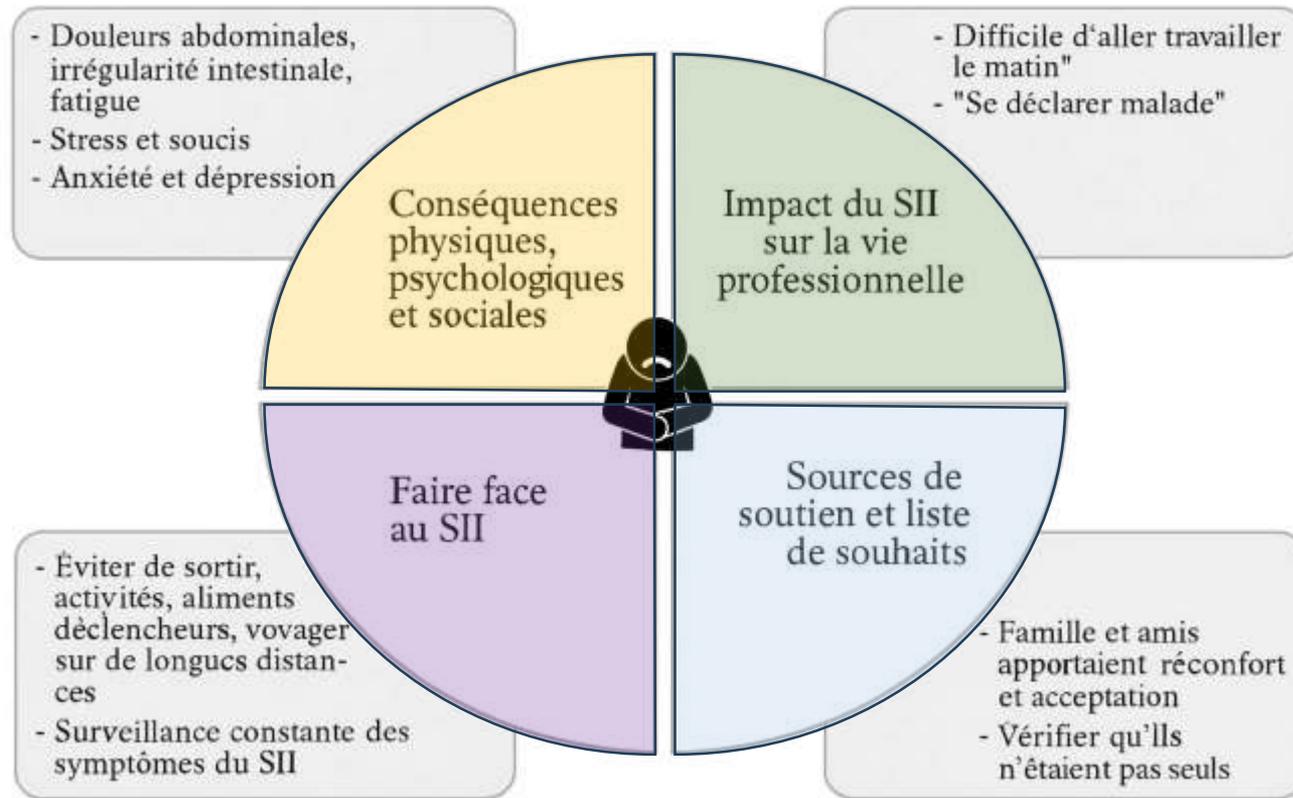


4 domaines









Une journée d'un patient avec SII



🕒 **Matin (7h30)**

- Réveil avec douleurs abdominales et crampes.
- Se rend aux toilettes dès le lever avec diarrhée soudaine (forme diarrhéique du SII).
- Inquiétude immédiate sur la journée : "Et si j'ai une crise en réunion ?"
- Choisit de ne pas boire de café, par peur d'aggraver les symptômes.
- Evite de prendre le bus et utilise la voiture « au cas où » (« si crise je ne peux pas contrôler »)

🕒 **Milieu de matinée (10h)**

- En réunion, ressent une gêne abdominale et des gargouillements (maximalisation?).
- Difficulté à se concentrer, hypervigilance aux signaux corporels (hyperfocalisation).
- Peur d'avoir besoin des toilettes sans pouvoir sortir — montée d'anxiété.
- Se retient de poser une question ou de participer activement (évitement).

🕒 **Déjeuner (12h30)**

- Mange un plat "sûr" et fade (riz, poulet) même s'il ne lui fait pas envie (évitement et punition?)
- Évite les repas partagés ou au restaurant par peur de ne pas contrôler ce qu'il mange.
- Remarques des collègues : "Tu manges toujours pareil !" → sentiment d'isolement.



🕒 **Après-midi (16h)**

- Subit un ballonnement abdominal important, se sent gonflé.
- Passe du temps à se rassurer en ligne (Google, forums SII).
- Se sent épuisé, mais culpabilise de ne pas être assez productif.

🕒 **Soirée (19h)**

- Annule une sortie entre amis par crainte d'une crise ou de gêne sociale.
- Ressent un sentiment d'échec et d'isolement.
- Regrette d'avoir manqué l'occasion de détente, mais se dit "C'était plus prudent".

🏠 **Nuit (22h30)**

- Difficulté à s'endormir : ruminations sur la journée et anxiété sur le lendemain.
- Se réveille parfois la nuit avec douleurs abdominales.



Résumé des impacts

- Symptômes digestifs fluctuants et envahissants
- Évitement des situations sociales et professionnelles
- Anxiété anticipatoire et hypervigilance interoceptive
- Impact sur l'estime de soi et la qualité de vie
- Cercle vicieux entre stress et symptômes digestifs



Exemple d'Objectif thérapeutique

- Remplacer un **évitement basé sur la peur** par des comportements orientés vers les **objectifs de vie** (relationnels, sociaux), avec une **meilleure tolérance de l'inconfort**.



Analyse fonctionnelle (modèle SORC)

- **S** (Stimulus) : Invitation à dîner avec des amis dans un restaurant.
- **O** (Organisme) :
 - **Sensations** : Symptômes digestifs chroniques
 - **Cognitions** : « Si j'ai une crise, je serai humilié. » (images de antécédents de crises en public.
 - **Émotions** : Anxiété, honte.
- **R** (Réponse) :
 - **Comportement** : Évitement de la sortie.
- **C** (Conséquence) :
 - Court terme : Soulagement de l'anxiété.
 - Long terme : Isolement, tristesse, renforcement du schéma d'échec.



Analyse fonctionnelle (modèle SORC)

- **S** (Stimulus) : Invitation à dîner avec des amis dans un restaurant.
- **O** (Organisme) :
 - **Sensations** : Symptômes digestifs chroniques
 - **Cognitions** : « J'aurai une crise. Si j'ai une crise, je serai humilié. Ce sera catastrophique » (images de antécédents de crises en public.
 - **Émotions** : Anxiété, honte.
- **R** (Réponse) :
 - **Comportement** : Évitement de la sortie.
- **C** (Conséquence) :
 - Court terme : Soulagement de l'anxiété.
 - Long terme : Isolement, tristesse, renforcement du schéma d'échec.



Analyse fonctionnelle (modèle SORC)

- **S** (Stimulus) : Invitation à dîner avec des amis dans un restaurant.
- **O** (Organisme) :
 - **Sensations** : Symptômes digestifs chroniques
 - **Cognitions** : « Si j'ai une crise, je serai humilié. » (images de antécédents de crises en public.
 - **Émotions** : Anxiété, honte.
- **R** (Réponse) :
 - **Comportement** : Évitement de la sortie.
- **C** (Conséquence) :
 - Court terme : Soulagement de l'anxiété.
 - Long terme : Isolement, tristesse, renforcement du schéma d'échec.



1. Restructuration cognitive

- **Q Pensée automatique :**
- « Je risque une crise et ce serait une catastrophe. »

Travail sur les croyances :

- **Preuves pour :** J'ai eu une crise il y a 3 mois dans un lieu public.
- **Preuves contre :** J'ai aussi souvent pu sortir sans problème ; j'ai déjà géré des situations inconfortables.
- **Alternative réaliste :** « Il est possible que j'aie un inconfort, mais j'ai des stratégies pour le gérer et mes amis comprendront. »
- **💡 Objectif :** *réduire l'interprétation catastrophique des sensations corporelles.*



2. Exposition graduée in vivo

- Créer une **hiérarchie d'expositions** aux situations anxiogènes :

Niveau	Situation	Anxiété (0–10)
1	Boire un café seul dehors	3
2	Rejoindre un ami dans un parc	4
3	Manger un plat léger au restaurant	6
4	Participer à un dîner complet	8

Wallén, H. (2022). *The effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy administered in group or via the internet for patients with irritable bowel syndrome* [Thèse de doctorat, Karolinska Institutet]. Karolinska Institutet.

→ forme spécifique de **Thérapie Cognitive et Comportementale Basée sur l'Exposition** pour les patients atteints du syndrome du côlon irritable



3. Psycho-Éducation sur le SII

- Présentation du **modèle cerveau-intestin**.



3. Psycho-Éducation sur le SII

- Présentation du **modèle cerveau-intestin**.
- Compréhension du rôle de l'**anxiété dans la modulation des symptômes**.

Cercle vicieux :

1. Une émotion (stress, peur) →
2. Active le système nerveux →
3. Provoque des symptômes digestifs →
4. Renforce l'anxiété →
5. Augmente encore les symptômes.



3. Psycho-Éducation sur le SII

- Présentation du **modèle cerveau-intestin**.
- Compréhension du rôle de l'**anxiété dans la modulation des symptômes**.
- Relecture des sensations digestives comme **désagréables mais non dangereuses**.

Exemple à dire au patient :

« Vos sensations sont réelles, désagréables, mais elles ne sont **pas dangereuses**. Votre système digestif est simplement **plus réactif** que la moyenne. »

Objectif thérapeutique :

- Passer de « je suis malade » à « j'ai un fonctionnement digestif sensible ».
- **Réduire la peur** des symptômes pour sortir du cercle vicieux.



Analyse fonctionnelle (modèle SORC)

- **S** (Stimulus) : Invitation à dîner avec des amis dans un restaurant.
- **O** (Organisme) :
 - **Sensations** : Symptômes digestifs chroniques + antécédents de crises en public.
 - **Cognitions** : « Si j'ai une crise, je serai humilié. »
 - **Émotions** : Anxiété, honte.
- **R** (Réponse) :
 - **Comportement** : Évitement de la sortie.
- **C** (Conséquence) :
 - Court terme : Soulagement de l'anxiété.
 - Long terme : Isolement, tristesse, renforcement du schéma d'échec.



Analyse fonctionnelle (modèle SORC)

- **S** (Stimulus) : Invitation à dîner avec des amis dans un restaurant.
- **O** (Organisme) :
 - **Sensations** : Symptômes digestifs chroniques + antécédents de crises en public.
 - **Cognitions** : « Si j'ai une crise, je serai humilié. »
 - **Émotions** : Anxiété, honte.
- **R** (Réponse) :
 - **Comportement** : ? // valeurs
- **C** (Conséquence) :
 - Court terme : Augmentation de l'anxiété.
 - Long terme : Augmentation plaisir et maîtrise



1. Défusion cognitive

- **Pensée automatique** : « Si j'ai une crise dehors, ce sera une catastrophe. »
- **Exercice ACT** :
- Observer la pensée comme une **production mentale** : « Je remarque que j'ai la pensée que ce serait une catastrophe. »
- **💡 Objectif** : *prendre de la distance avec le contenu de la pensée sans chercher à la supprimer.*



2. Acceptation

- **Émotion** : peur, inconfort digestif, anxiété anticipatoire.
- **Exercice ACT** :
- Métaphore de l'invité gênant : accueillir la peur comme un **passager non invité mais inévitable**, sans lui céder tout le pouvoir.
- **💡 Objectif** : *arrêter de lutter contre les sensations internes, et leur laisser un espace sans y réagir compulsivement.*



- **3. Valeurs**
- **Question thérapeutique :**
- « Qu'est-ce que cela dit de ce qui est important pour vous, le fait que vous soyez triste de ne pas sortir ? »
- 🗨 Réponse possible : « Mes amis sont importants. J'aimerais garder du lien. »
- 💡 *Clarifier que la **valeur** est la **connexion**, la **liberté**, la **spontanéité**.*



4. Action engagée

- **Choix comportemental :**
- Aller au dîner malgré l'inconfort, en planifiant éventuellement une stratégie de secours (ex. : savoir où sont les toilettes, expliquer la situation à un proche).
- **Petits pas :** Commencer par un café de 30 minutes avec un ami dans un lieu connu.
- **💡 Objectif :** *poser un acte aligné avec les valeurs, malgré la présence des symptômes.*



Conclusion clinique

- La personne **reconnait ses symptômes et ne les nie pas.**
- Elle **cesse de construire sa vie autour de l'évitement.**
- Elle avance **pas à pas vers ce qui compte vraiment**, même avec l'inconfort présent.



Éléments	TCC (2e vague)	ACT
Pensées	Identifier, remettre en question, modifier	Observer sans s'y accrocher (défusion)
Émotions inconfortables	Réduire ou éliminer	Accepter et vivre avec
Objectif final	Corriger les distorsions et retrouver un contrôle	S'engager vers ses valeurs malgré l'inconfort



Gestion des éructations supragastriques

- Deux mécanismes physiopathologiques sont proposés pour le développement de l'ESG pathologique.
 - réponse volontaire à des sensations thoraciques ou épigastriques désagréables, le patient effectuant une ESG pour soulager l'inconfort.
 - à mesure que la réponse ESG est répétée → un mécanisme automatique, l'individu perdant le contrôle conscient de la réponse d'éructation

MINI REVIEW

Management of Belching WILEY

Management of supragastric belching

Monica Velosa | Ilia Sergeev | Daniel Sifrim



- **Hetterich, L., & Stengel, A. (2020).** Psychotherapeutic interventions in irritable bowel syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 286. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00286>



REVIEW
published: 01 April 2020
doi: 10.3389/fpsyt.2020.00286



Psychotherapeutic Interventions in Irritable Bowel Syndrome

Larissa Hetterich¹ and Andreas Stengel^{1,2†}

¹Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Tübingen, Tübingen, Germany
²Department for Psychosomatic Medicine—Germany, Charité Center for Internal Medicine and Dermatology, Coporate Member of Fraunhofer Berlin, Berlin Institute of Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany

1. **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**
2. **Hypnothérapie (notamment « hypnose dirigée vers l'intestin »)**
3. **Thérapies basées sur la pleine conscience + ACT**
4. **Thérapie psychodynamique**
5. **Autres interventions**



1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

- La TCC réduit de manière significative les symptômes intestinaux et la détresse psychologique.
- Effets durables à long terme (jusqu'à 1 an).
- Mécanismes : restructuration cognitive, gestion du stress, exposition interoceptive.

2. Thérapies ACT et pleine conscience :

- Efficaces pour réduire l'anxiété, la dépression et les symptômes gastro-intestinaux.
- Exemples : ACT, MBCT, MBSR.
- Apprennent à accepter les sensations sans réactivité.



Gastroenterology 2018;155:47-57

Improvement in Gastrointestinal Symptoms After Cognitive Behavior Therapy for Refractory Irritable Bowel Syndrome



Jeffrey M. Lackner,¹ James Jaccard,² Laurie Keefer,³ Darren M. Brenner,⁴ Rebecca S. Firth,¹ Gregory D. Gudleski,¹ Frank A. Hamilton,⁵ Leonard A. Katz,¹ Susan S. Krasner,^{1,6} Chang-Xing Ma,⁷ Christopher D. Radziwon,¹ and Michael D. Sitrin¹

Etude multicentrique (Lackner et al., 2018), appelée **IBS Outcome Study (IBSOS)**, soutient

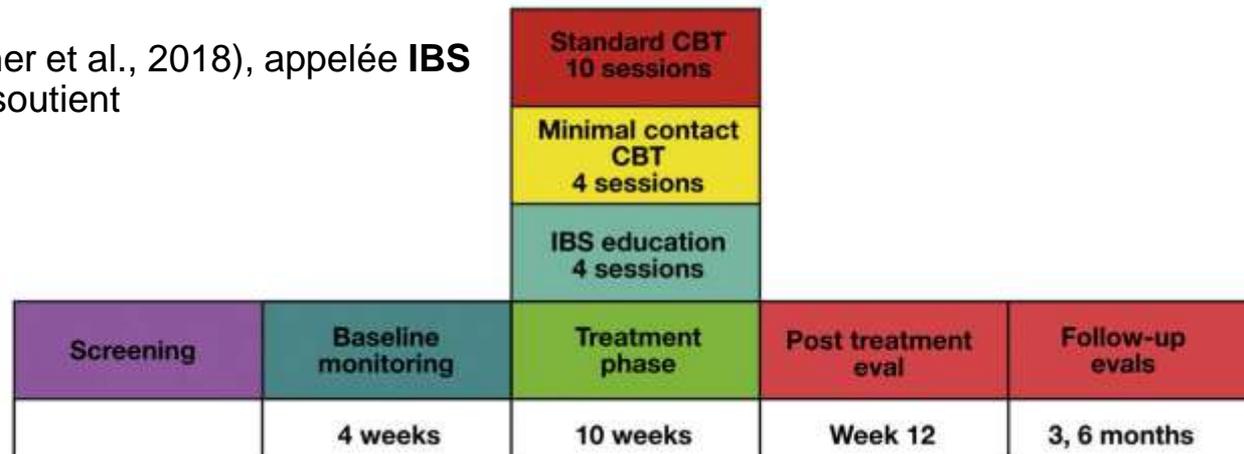


Figure 1. Study design.



Traitements

La **TCC standard (S-CBT)** implique **10 séances hebdomadaires** de **60 minutes en face-à-face**, et met l'accent sur la **fourniture d'informations concernant les interactions entre le cerveau et l'intestin**.

Specific skill	Week									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Self-monitoring	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Patient education	■	■								
Muscle relaxation		■	■							
Cognitive restructuring				■	■	■				
Flexible problem solving							■	■		
Modifying core beliefs								■	■	
Relapse prevention									■	■

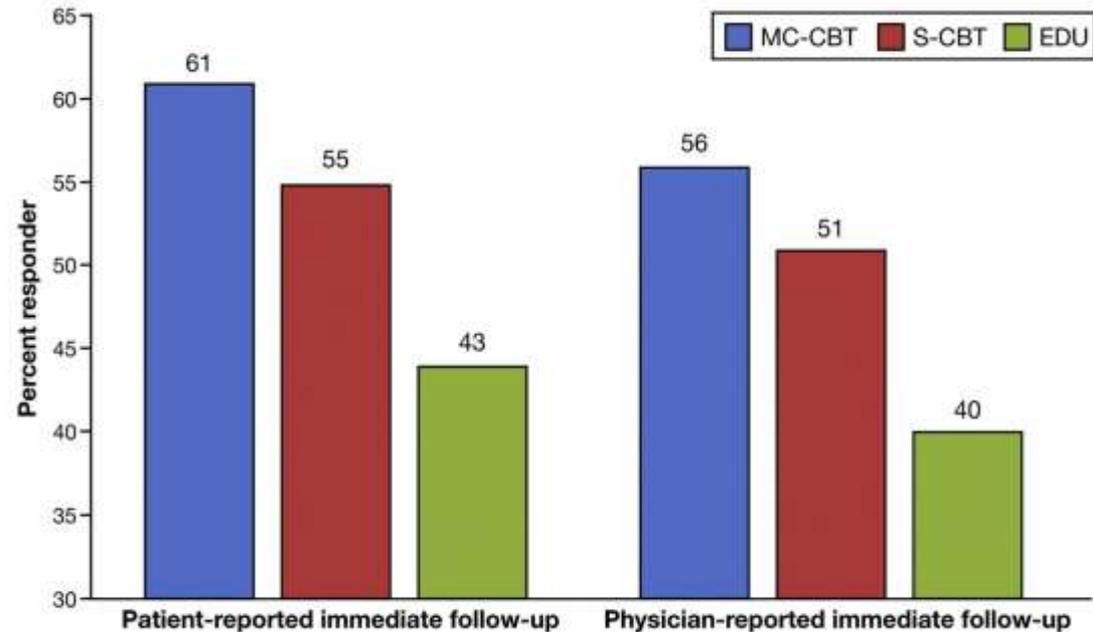
■ Skill is taught ■ Skill is practiced at home
■ MC CBT sessions

La **TCC à contact minimal (MC-CBT)** ne nécessite que **4 visites en clinique sur une période de 10 semaines**. + **supports d'auto-apprentissage à domicile** pour couvrir les **mêmes procédures que celles introduites à chaque séance de la TCC standard (S-CBT)**.

La **condition éducative (EDU)** était équivalente à la MC-CBT en termes de **temps, d'attention** et de **distribution de supports d'auto-apprentissage**.



La MC-CBT (TCC à distance) a entraîné un **pourcentage de répondeurs au traitement significativement plus élevé** ($p < .05$) qu'un groupe comparatif recevant **éducation/soutien non spécifique (EDU)**,



MC-CBT – EDU, $P < .01$; S-CBT – EDU, $P < .05$



- **MAIS**, il reste une proportion significative de patients (**40 %**) ne répondent pas ou **ne répondent pas suffisamment**



? → **identifier les médiateurs** des effets du traitement, afin de **cibler directement ces mécanismes**



→ pour obtenir soit **des tailles d'effet plus robustes**, soit des **effets similaires à un coût personnel ou économique moindre** (Kraemer et al., 2002).



In the public domain
ISSN: 0022-006X

Journal of Consulting and Clinical Psychology

Specific and Common Mediators of Gastrointestinal Symptom Improvement in Patients Undergoing Education/Support vs. Cognitive Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome

Jeffrey M. Lackner¹ and James Jaccard²

¹Department of Psychology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA
²School of Social Work, New York University

Méthode : essai clinique randomisée, 436 patients atteints du SCl diagnostiqués selon Rome III (âge moyen = 41 ans, 80 % de femmes)

Objectif : identifier les mécanismes de changement qui sous-tendent l'amélioration des symptômes gastro-intestinaux (GI) chez les patients atteints du SCl.

- **Trois modalités de prise en charge comparées :**
 1. TCC standard (S-TCC),
 2. TCC à domicile avec un contact minimal avec le thérapeute (MC-TCC)
 3. une Éducation/Soutien qui contrôlait les effets non spécifiques.



- La TCC validée dans l'IBSOS est utilisée dans cette étude.
 - **(seul traitement psychologique du SII à avoir satisfait aux critères de « preuves solides » pour un traitement empiriquement validé, tels que définis par la Division 12 de l'American Psychological Association (Society of Clinical Psychology, 2020)).**



• 1. Fear of GI Symptoms (Anxiété spécifique GI)

- Peur **spécifique** des symptômes gastro-intestinaux (ex. : douleur, diarrhée, urgences).
- **Caractéristique centrale** : Peur des **conséquences négatives** perçues de ces symptômes (ex. : perte de contrôle, gêne sociale, maladie grave).
- **Manifestation** :
 - Hypervigilance aux signaux corporels GI
 - Évitement de situations perçues comme risquées (repas, lieux sans toilettes, trajets)
- **Type d'émotion** : **Anxiété anticipatoire spécifique**, souvent liée au contexte social ou à la peur de la gêne publique.
- **Q Exemple** : Un patient évite les restaurants de peur d'avoir une crise de diarrhée en public.



• 2. IBS Self-Efficacy (Auto-efficacité face au SII)

- Degré auquel une personne **se sent capable de gérer ses symptômes** liés au SII par elle-même.
- **Inspiré du concept de Bandura** (auto-efficacité générale)
- **Domaines concernés :**
 - Gestion du stress
 - Comportements alimentaires
 - Affrontement de la douleur ou des situations sociales à risque
- **Fonction :** Plus le niveau d'auto-efficacité est élevé, plus le patient est susceptible d'**adopter des stratégies actives d'adaptation** et de **réduire l'impact des symptômes sur sa vie.**



• 3. Pain Catastrophizing (Catastrophisation de la douleur)

- Tendance à **amplifier cognitivement** la douleur, à se sentir **impuissant** face à elle, et à **ruminer** autour de cette expérience.
- **Caractéristique centrale** : Distorsion cognitive autour de la douleur, peu importe son origine (GI ou autre).
- **Manifestation** :
 - Pensées du type : « C'est insupportable », « Je ne vais jamais m'en sortir », « C'est sûrement grave ».
 - Déprime, amplification de l'attention sur la douleur, baisse de seuil de tolérance.
- **Type d'émotion** : Mélange d'**anxiété, impuissance et désespoir** face à la douleur.
- **Exemple** : Un patient qui, lors d'une douleur intestinale légère, pense immédiatement à une occlusion ou à une maladie incurable.



- **4. Therapeutic Alliance (Alliance thérapeutique)**
- Qualité de la relation entre le thérapeute et le patient, fondée sur la **confiance**, la **collaboration** et l'**accord sur les objectifs thérapeutiques**.
- **Composantes classiques** (Bordin, 1979) :
 - **Lien affectif** : confiance, chaleur, respect mutuel
 - **Accord sur les buts** : consensus sur les objectifs du traitement
 - **Accord sur les tâches** : engagement commun dans les méthodes pour atteindre ces objectifs
- Favorise l'**engagement**, la **motivation**, la **persévérance** et l'**efficacité globale** de la thérapie, y compris dans les troubles somatoformes comme le SII.
- **Indépendante du contenu** : c'est une **variable relationnelle transversale**, quelle que soit la méthode (TCC, hypnose, etc.).



- **5. Treatment Expectancies (Attentes face au traitement)**
- Les **croyances du patient concernant l'efficacité attendue** d'un traitement — autrement dit, ce que la personne **pense ou espère** qu'un traitement va lui apporter en termes de soulagement, d'amélioration ou de guérison.
 - Les **attentes positives** peuvent :
 - **amplifier les effets du traitement** (effet placebo),
 - favoriser l'**engagement** et la **motivation** du patient,
 - **réduire l'anxiété anticipatoire**,
 - **renforcer l'auto-efficacité** (par croyance en la possibilité de contrôle).
 - Les **attentes négatives** ou sceptiques peuvent limiter les bénéfices, voire **entretenir l'évitement ou l'anxiété**.



1. L'auto-efficacité comme levier central

- L'**auto-efficacité spécifique au SII** (IBS self-efficacy) est le **médiateur principal** des effets de la TCC.
- Cela confirme que ce n'est **pas uniquement le contenu des pensées** qui compte, mais la **conviction qu'on peut agir efficacement** sur ses symptômes.
- Une TCC efficace devrait donc intégrer systématiquement :
 - **Des tâches graduées** qui renforcent le sentiment de contrôle.
 - **Des feedbacks positifs** sur les progrès.
 - **Des stratégies d'auto-renforcement.**



- L'acquisition d'une confiance suffisante pour autogérer les symptômes douloureux du SCI :
 - passe **d'abord** par la modification de la manière de penser des patients (processus cognitif)
 - → ACT, Mindfulness, Focused-ACT
 - Stratégies de contrôle de l'inquiétude
 - Clarifier le contexte et la fonction des processus cognitivo-comportementaux aggravant les symptômes, et une formation à la résolution de problèmes flexible.
 - et **non pas simplement** par le contenu des pensées spécifiques à la douleur et aux symptômes GI (par exemple, catastrophisation de la douleur, cognitions GI négatives)



2. La peur des symptômes GI : un moteur d'évitement

- La **peur des sensations digestives** conduit à de l'évitement (ex. : ne pas sortir, restreindre l'alimentation, s'isoler).
- La TCC efficace doit inclure :
 - Des **expositions interoceptives** (simuler ou provoquer des sensations physiques),
 - Des **expositions in vivo** à des situations redoutées (trajets, restaurants...),
 - Un **travail sur la tolérance à l'incertitude**.



3. La catastrophisation : moins centrale mais utile à cibler

- Bien qu'elle joue un rôle moins fort que les deux précédents, la **catastrophisation de la douleur** est modifiable avec des techniques classiques :
 - Restructuration cognitive,
 - Techniques de distanciation cognitive (ex. : défusion, pleine conscience),
 - Apprentissage d'**alternatives interprétatives non menaçantes**.



4. Les facteurs non spécifiques : alliance et attentes

- Même si leur effet est modeste, **les attentes positives et l'alliance thérapeutique** influencent les résultats.
- Il faut :
 - **Valoriser le rationnel thérapeutique** en début de traitement,
 - **Clarifier les objectifs**, pour renforcer le sentiment de collaboration,
 - Encourager le **locus de contrôle interne** (« vous avez les ressources pour y faire face »).



Adapter le format à distance (MC-CBT, e-CBT)

- **Résultat clé de l'étude :**

- **Le format à distance allégé (MC-CBT) est quasiment aussi efficace** que la TCC en face-à-face.

- Cela ouvre la voie à :

- **Des interventions numériques (applis, plateformes sécurisées),**
- **Des formats hybrides** (2–3 séances en direct + modules en ligne),
- **Des gains en accessibilité et en coût, sans perte d'efficacité.**



Ce qui doit être conservé :

- Un **contact humain minimal mais de qualité**,
- Des modules clairs sur :
 - L'éducation au SII,
 - La gestion du stress,
 - L'exposition,
 - Le renforcement de l'auto-efficacité.



- **2. Intégrer la pleine conscience (MBCT, ACT)**
- Les patients atteints de SII présentent souvent :
 - **Hypervigilance somatique,**
 - **Réactivité émotionnelle élevée.**
- L'intégration de la **pleine conscience** ou d'approches comme l'**ACT** peut :
 - Diminuer l'impact des sensations digestives,
 - Augmenter la flexibilité psychologique,
 - Réduire les comportements d'évitement.



- **3. Individualiser selon les profils cognitifs**
- Tous les patients ne bénéficient pas de la TCC pour les mêmes raisons.
- En début de prise en charge, il serait utile de :
 - Évaluer la **peur des symptômes GI**, la **catastrophisation** et le **niveau d'auto-efficacité**,
 - Adapter le focus du traitement selon le **profil dominant** du patient.



AMERICAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION

Journal of Consulting and Clinical Psychology

© 2020 American Psychological Association
ISSN: 0022-006X

2020, Vol. 88, No. 4, 295–310
<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000483>

A Randomized Clinical Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Women With Irritable Bowel Syndrome—Effects and Mechanisms

Julia F. Henrich
Leiden University and University of Oxford

Bergljot Gjelsvik and Christina Surawy
University of Oxford

Emma Evans
Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Headley
Way, Oxford

Maryanne Martin
University of Oxford



Les résultats montrent que le groupe MBCT a enregistré :

- **Réduction significative des symptômes du SII** : après 6 semaines, les participants du groupe MBCT ont signalé une réduction de 28 % des symptômes du SII par rapport à leur état initial, contre seulement une diminution de 1 % dans le groupe témoin.
- **Amélioration de la qualité de vie** : les participants MBCT ont connu une amélioration de la qualité de vie de 39 %, contre une diminution de 1 % pour le groupe témoin.
- **Réduction de la sensibilité à l'anxiété viscérale** et des pensées catastrophiques associées à la douleur : ces facteurs ont joué un rôle central dans la réduction des symptômes.

- nu



Mécanismes thérapeutiques expliquant les effets bénéfiques de la MBCT :

- **Réduction de l'hypervigilance** à l'égard des sensations abdominales a contribué à atténuer les symptômes.
- **Réduction de leurs pensées catastrophiques**, diminuant ainsi la gravité perçue des symptômes.
- **Amélioration de la conscience non-jugeante** : apprendre à observer les sensations corporelles sans les juger, ce qui a contribué à la régulation émotionnelle et à une réponse plus flexible au stress.
- La MBCT a aidé les patients à se percevoir de manière plus positive, réduisant ainsi leur conscience excessive de leurs déficits de santé.



Kawanishi *et al. BioPsychoSocial Medicine* (2019) 13:14
<https://doi.org/10.1186/s13030-019-0155-2>

BioPsychoSocial Medicine

RESEARCH

Open Access

Cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure and complementary video materials for irritable bowel syndrome (IBS): protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan



Hitomi Kawanishi¹, Atsushi Sekiguchi¹, Misako Funaba¹, Yasushi Fujii², Kazuhiro Yoshiuchi³, Hiroe Kikuchi⁴, Keisuke Kawai⁵, Kazushi Maruo^{6,7}, Norio Sugawara⁶, Kenji Hatano⁶, Tomotaka Shoji⁹, Tadahiro Yamazaki³, Kenta Toda⁵, Masafumi Murakami⁵, Masayasu Shoji⁵, Chisato Ohara¹, Yoshitoshi Tomita¹⁰, Shin Fukudo^{8,9} and Tetsuya Ando^{1*} 



Essai contrôlé randomisé (RCT)

- N total = **80 participants** avec diagnostic de SII
 - Groupe TCC + vidéos (n = 40)
 - Groupe liste d'attente (n = 40)
- Durée : **10 semaines**
- TCC incluant :
 - Psychoéducation
 - Restructuration cognitive
 - **Exposition interoceptive** (provocation contrôlée de sensations digestives)
 - Matériel vidéo complémentaire destiné à renforcer la compréhension et l'adhésion

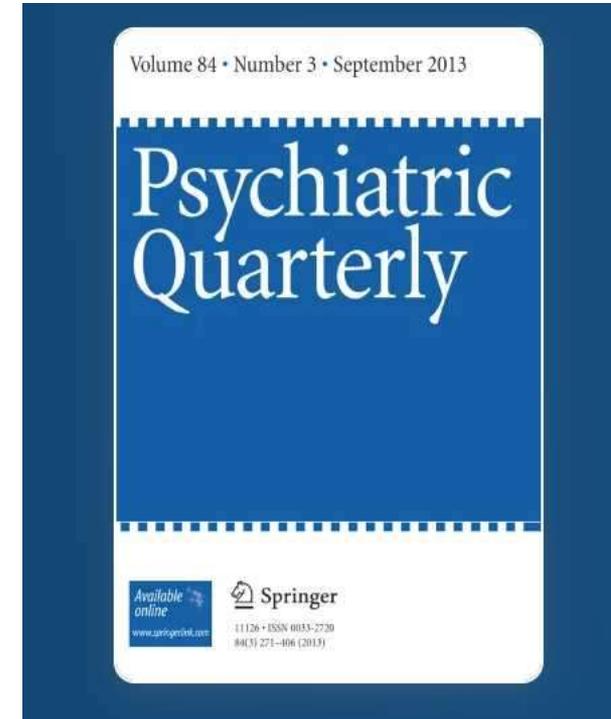


Résultats

- L'ajout de l'**exposition interoceptive** permet d'affronter les **peurs viscérales** et de normaliser les sensations digestives.
- Le **support vidéo** semble renforcer l'effet de la TCC en facilitant la **compréhension des mécanismes du trouble** et l'**adhésion au traitement**.
- Ce protocole pourrait être **appliqué à distance ou en format hybride**, ce qui est prometteur pour les patients éloignés ou peu disponibles.



- Taghvaeinia, A., Karami, M., & Azizi, A. (2024). Comparison of the effect of dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction on irritable bowel syndrome symptoms, quality of life, anxiety, and depression: A pilot randomized controlled trial. *Psychiatric Quarterly*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11126-024-10170-w>





- Cette étude visait à comparer les effets de la **thérapie comportementale dialectique (DBT)**, de la **thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)** et du **programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR)** sur les **symptômes du syndrome de l'intestin irritable (SII)**, la **qualité de vie (QDV)**, l'**anxiété** et la **dépression** chez des patients atteints de SII.
- l'intervention ACT a été associée à des **niveaux significativement plus faibles de symptômes du SII, d'anxiété et de dépression** par rapport aux autres groupes. Les **scores de qualité de vie** étaient également **significativement plus élevés** dans le groupe ACT que dans les autres groupes thérapeutiques.