

# 7

## Présentation de l'approche cognitivo-comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950. Elles sont actuellement pratiquées dans un cadre défini de formation des thérapeutes et de modalités d'exercice qui correspond à des standards européens.

### Définition des thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

Ainsi, une enquête effectuée par Elliot et coll. (1996) trouve que 67,5 % des membres de l'Association américaine pour le développement de la thérapie comportementale disent pratiquer des thérapies cognitivo-comportementales.

En Europe, l'Association européenne de thérapie comportementale (EABT) est devenue l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT)<sup>4</sup> en 1990.

### Historique

Le développement des thérapies comportementales puis cognitives s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du Nord, au début

4. site internet : <http://www.eabct.com>

des années 1960. Elles ont essaimé ensuite dans l'ensemble des pays développés, comme en témoigne le caractère international et multinational des recherches et ouvrages qui ont été publiés. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970 grâce à des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994. Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès. Chacune de ces deux associations propose un annuaire des thérapeutes<sup>5</sup> destiné au corps médical.

## Évolution des TCC en France

Le premier ouvrage publié en français est dû au Dr Jacques Rognant (1970). La première consultation de thérapie comportementale s'est ouverte à la même époque dans le service du Pr. Pierre Pichot à Sainte Anne, et a été assurée par le Dr Mélinée Agathon (psychologue, CNRS). On peut voir également en Pierre Janet (1889) le précurseur français le plus marquant des thérapies comportementales et cognitives. Son œuvre considérable possède une influence grandissante dans le monde anglo-saxon.

Actuellement, en France, la TCC représente un courant majeur de psychothérapie qui doit beaucoup aux développements récents des études contrôlées randomisées et des méta-analyses. La recherche en thérapie comportementale et cognitive française a pu se développer grâce à des financements publics (Inserm, ou Programme hospitalier de recherche clinique – PHRC –), privés (industrie pharmaceutique), ou des travaux universitaires (thèses et DEA).

## Formation des thérapeutes cognitivo-comportementalistes en France

La formation pour s'intituler thérapeute comportementaliste et/ou cognitiviste s'adresse aussi bien aux psychiatres qu'aux médecins généralistes possédant une bonne formation préalable en psychiatrie, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les orthophonistes, psychomotriciens et

---

5. adresse des associations :

AFTCC : 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex, tél. : 01 45 88 35 28, fax : 01 45 89 55 66, site internet : <http://www.aftcc.org/> (annuaire édité)

AFFORTHECC : 10 avenue Gantin, 74150 Rumilly, tél. : 04 50 01 49 80, fax : 04 50 64 58 46, e-mail : [afforthecc@aol.com](mailto:afforthecc@aol.com), site internet : <http://www.afforthecc.com/>

éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC et l'AFFORTHECC et dans le service public par des diplômes universitaires (DU).

Le premier diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive en France a été ouvert à l'université de Lyon en 1980, sous la forme d'une attestation d'études en thérapie comportementale. Cette attestation est devenue un diplôme universitaire (DU) obtenu en deux ans en 1990, puis en trois ans en 2000, pour s'aligner sur les normes européennes en matière de formation. L'enseignement se déroule selon les critères préconisés par l'EABCT, qui sont représentés sur le tableau 7.1. La formation dure cinq ans au minimum en comptant la formation professionnelle de base.

**Tableau 7.1 : Critères pour la formation selon l'European association of behaviour and cognitive therapy (EABCT)**

Formation	450 heures dont 200 par un thérapeute compétent
Développement des compétences	200 heures
Supervision	200 heures par un thérapeute compétent Au moins huit cas supervisés couvrant trois types de problème
Mémoire	Quatre cas au moins (2 000-4 000 mots)
Accréditation par une association	Formation ci-dessus suivie de formation continue
Thérapie et développement personnel	Faut-il une thérapie didactique ? Le choix est laissé à chaque pays ; il est souligné, cependant, que chaque thérapeute doit savoir quand demander de l'aide.

Ces trois années et ces critères sont requis pour obtenir le diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive de l'université Lyon I. D'autres universités proposent des diplômes en deux ans : Marseille, Toulouse, Reims, Bordeaux, Lille et Paris. Mais il est vraisemblable que les normes européennes vont progressivement s'imposer partout.

## Modalités d'exercice

Parmi les limitations dans la pratique des thérapies comportementales, on peut citer la facilité plus ou moins grande à trouver des thérapeutes formés et les difficultés de la mise en œuvre pratique des thérapies, dans un cadre remboursé par le tiers payant. Dans le système actuel de paiement à l'acte, leur durée (d'une demi-heure à une heure le plus souvent) peut être un obstacle à leur diffusion. On pourrait souhaiter que, comme dans certains pays, comme la Suisse ou la Belgique, spécialistes et généralistes soient payés, non pas à l'acte, mais au temps passé avec les patients, et les patients remboursés par le tiers payant sur la base de cette durée. De même l'absence

de remboursement des thérapies effectuées par les psychologues est un facteur limitant du développement des TCC dans notre pays, qui, à cet égard, apparaît très en retard sur le reste de l'Europe.

Enfin il faudrait aussi examiner le rôle et le statut des infirmiers formés aux TCC, à l'intérieur des équipes de psychiatrie publiques ou privées. Aujourd'hui déjà, les infirmiers spécialisés en santé mentale jouent un rôle important en France, dans toute l'Europe et aux États-Unis, dans la pratique des TCC, en particulier dans la réhabilitation des sujets psychotiques ou borderline. La pratique des TCC par des infirmiers libéraux a été pour l'instant peu étudiée, et l'on manque de données à cet égard.

Il faudrait aussi prendre en compte le fait que des généralistes formés appliquent certaines des techniques de TCC dans le cadre de leur pratique d'omnipraticien, ce qui a pour effet de réduire les coûts des thérapies.

Il serait donc utile que les pratiques des infirmiers et des généralistes soient également reconnues dans la mesure où elles se fondent sur une formation et une mise en œuvre adéquates.

## Principes thérapeutiques

Un certain nombre de principes issus des théories de l'apprentissage et des théories cognitives représentent le fondement de la pratique des thérapies cognitivo-comportementales.

Les conditionnements classiques et opérant sont une des bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales. Ils représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Dans ce sens, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées. Mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter. Pour certains troubles mentaux, ces formes d'apprentissage ainsi que les mécanismes cognitifs peuvent jouer un rôle causal direct dans l'étiologie du syndrome. Pour d'autres troubles, ces mécanismes ne jouent pas un rôle causal, une conditionnabilité, inscrite dans le tempérament et d'origine biologique, faisant le lit du syndrome. Mais les processus d'apprentissage influencent l'expression phénotypique finale d'un syndrome, et peuvent de ce fait être modifiés dans un sens favorable par les TCC.

Les données actuelles de l'épidémiologie génétique montrent que dans l'anxiété et la dépression les facteurs environnementaux sont aussi importants que les facteurs génétiques dans l'expression phénotypique des troubles. C'est ce qu'a, en particulier, montré une étude sur le stress post-traumatique effectuée chez des jumelles identiques et élevées dans le même milieu. À

sexuel intense le plus grave qui va développer un stress post-traumatique (Kendler et coll., 2000). De manière plus générale, la génétique des comportements (revue in Paris, 1998) montre que les sources de variation dans la personnalité sont représentées à 50 % par des facteurs héréditaires et à 50 % par des facteurs d'environnement. On s'oriente donc vers des modèles de vulnérabilité génétique, où les événements de vie provoquent des conditionnements et favorisent la mise en place de schémas cognitifs qui vont entraîner des dysfonctionnements. Il est possible d'agir par la TCC sur les réponses comportementales et émotionnelles ainsi que sur les cognitions.

### **Conditionnement classique (ou répondant ou pavlovien)**

Il a été mis en évidence par Pavlov en 1926 (Pavlov, 1963). Le conditionnement classique, ou pavlovien, a pour effet de mettre en place les réponses du système nerveux végétatif. Il consiste à associer un stimulus neutre (une sonnerie), en le présentant un quart de seconde avant un stimulus inconditionnel (la nourriture), pour que se déclenche une réponse de salivation. Le stimulus neutre déclenchera par la suite, à lui seul, la réponse. L'ensemble des réponses émotionnelles physiques relève de ce conditionnement par lequel un stimulus neutre – un lieu, une image, un son, une date, un mot – est associé automatiquement à des manifestations émotionnelles.

Les travaux de Le Doux (1998) ont permis une avancée significative de la biologie des émotions et de leurs relations avec les facteurs cognitifs. La conscience joue peu de rôle dans ce type d'apprentissage, qui a lieu dans deux structures neurologiques qui appartiennent à des structures primitives du cerveau : le thalamus et l'amygdale, et également le tronc cérébral. L'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses a lieu dans le thalamus et l'amygdale, selon une voie qui court-circuite le cortex préfrontal. Cette voie est utilisée quand il s'agit de réponses de survie immédiates : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser. Mais à cette voie courte se superpose une voie longue, qui va permettre un traitement conscient et plus lent de l'information. Cette voie fait relais dans les aires préfrontales qui font partie du néocortex. Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété (Le Doux, 1998). Ce qui signifie que la conscience joue sans doute un rôle dans les processus d'habituation.

Il est vraisemblable que les personnes qui présentent des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente : ce qui expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion. La figure 7.1 représente les voies longue et courte du traitement de l'information émotionnelle selon Le Doux (1998). Elle positionne aussi les possibles actions de la thérapie comportementale sur la voie courte, émotionnelle, et de la thérapie cognitive sur la voie longue, plus rationnelle. Un tel

schéma plaide pour une thérapie cognitivo-comportementale agissant à la fois sur les émotions, les comportements et les cognitions.



**Figure 7.1 : Voies du traitement de l'information émotionnelle (d'après Le Doux, 1998)**

La voie courte est automatique et inconsciente, la voie longue fait intervenir la conscience (aires préfrontales). Les troubles émotionnels utilisent surtout la voie courte. L'habituation est facilitée par le cortex pré-frontal

### **Conditionnement opérant (ou skinnerien ou instrumental)**

Il décrit le développement et le maintien des réponses motrices et verbales. Il a été décrit dès la fin des années 1930 par Skinner (1971), comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répétera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences. Une formulation adéquate de l'interaction entre un organisme et son milieu doit spécifier trois niveaux d'analyse fonctionnelle :

- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, autrement dit le stimulus discriminatif qui signale au sujet qu'il doit agir ;
- la réponse elle-même ;
- les conséquences à effet renforçateur.

L'interrelation entre ces trois éléments est une contingence du renforcement, qui entre aussi en interaction avec les motivations internes à agir. L'analyse du maintien d'une séquence comportementale passe par l'étude de ses conséquences qui permet de comprendre la finalité d'un comportement.

Une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter (renforcement positif).

Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement

à la situation susceptible de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives.

L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont le plus souvent utilisés :

- le principe de segmentation de la difficulté : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape ;
- le façonnement progressif (*shaping*) avec renforcement positif des comportements qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes. Le renforcement positif est présenté par le thérapeute sous forme d'approbation.

### Sensibilisation et habituation

L'habituation est un processus physiologique très général, forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique. L'habituation est l'inverse de la sensibilisation.

Eric Kandel, prix Nobel 2000, chez un organisme comprenant un nombre limité de neurones (aplysie), a montré qu'à côté des réponses conditionnelles, il pouvait exister une mémorisation après une seule rencontre avec un stimulus nociceptif et une potentialisation à long terme qui résulte d'une cascade d'événements chimiques qui font que la réponse va s'accroître sans qu'il soit nécessaire de mettre en place de nouvelles expériences de conditionnement (cité par Marks, 1987).

Chez l'homme qui souffre de réponses émotionnelles excessives, l'habituation par présentation prolongée et répétée des stimuli aboutit à la diminution de la force des réponses inconditionnelles contrôlées par le tronc cérébral et le complexe amygdalien. En revanche, la présentation brève des stimuli évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures. Il s'agit du phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation. En général il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habituation. Le thérapeute doit donc proposer aux patients phobiques ou obsessionnels qui sont traités par les méthodes d'exposition, des séances répétées et prolongées, plutôt que des séances brèves.

Les thérapies comportementales se sont fondées, au début, sur la notion qu'un certain nombre de comportements, en particulier les comportements d'évitement, résulteraient d'un conditionnement par association de stimuli. Dans un

premier temps, un conditionnement classique des réponses émotionnelles va fixer un pattern émotionnel dans la mémoire ; dans un deuxième temps, l'évitement comportemental va soulager de l'anxiété et fixer sur un mode opérant les réponses motrices. Les deux facteurs, conditionnement classique et conditionnement opérant, participent au maintien du trouble anxieux, ce qui fait que les TCC vont agir à ces deux niveaux d'apprentissage : réduire l'anxiété et encourager les comportements actifs d'affrontement.

Le plus connu des principes utilisés en TCC est l'exposition aux situations anxiogènes (Wolpe, 1975 ; Marks, 1987). Celle-ci est en général effectuée de manière graduelle et précédée d'une phase d'exposition prolongée et répétée en imagination, qui vise à habituer les réponses physiologiques inadaptées et à éteindre les réponses motrices d'évitement.

### **Apprentissage social : le principe d'apprentissage par imitation de modèles**

Il a été démontré (Bandura, 1977), sur le plan expérimental, l'importance de l'apprentissage par imitation de modèles. Ces principes ont été étendus aux problèmes cliniques. Les techniques dites de « *modeling* », sont surtout utilisées pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôles où le patient, après avoir joué une interaction sociale, observe des modèles compétents qui donnent leur version de la situation. Le patient s'inspire du modèle pour donner sa propre version. Ses progrès peuvent être filmés et discutés avec lui. Le modèle peut être présenté par le thérapeute qui joue la scène devant le patient avec un autre thérapeute, ou selon un programme d'apprentissage enregistré sur bande vidéo après une étude soigneuse et une adaptation aux problèmes d'interaction sociale particuliers à chaque patient.

Bandura (1977) a également développé une théorie générale du changement psychothérapeutique en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue. Cette théorie est proche de celle qu'avait développée, à la même époque, Seligman (1975) chez l'animal puis chez l'homme. Elle accorde au sentiment d'impuissance apprise face à des événements aversifs un rôle central dans la psychopathologie. L'impuissance apprise et la perte de l'efficacité personnelle perçue peuvent rendre compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression.

Le changement psychothérapeutique a lieu dans la mesure où un sujet se considère, à nouveau, comme capable de présenter un comportement et qu'il pense que ce comportement aboutira à un résultat (attentes de résultat). Modifier les attentes de résultats et d'efficacité est un principe général de changement utilisable en psychothérapie, notamment dans la dépression. Il s'agit donc d'une interprétation cognitive des théories de l'apprentissage, et l'œuvre de Bandura et celle Seligman représentent une transition entre les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.



### Principes issus de la psychologie cognitive

Les thérapies cognitives (Beck et coll., 1979 ; Cottraux, 2001), sont fondées sur la notion de schémas cognitifs. Selon Alford et Beck (1997), on peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique), les schémas cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique).

La psychologie cognitive décrit les relations entre conscient et inconscient en distinguant deux types de processus cognitifs : les processus automatiques et les processus contrôlés.

Les processus cognitifs automatiques sont inconscients, rapides, sans effort, ne requièrent que peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils correspondent aux schémas et aboutissent aux pensées automatiques qui émergent à un niveau proche de la conscience.

Les processus cognitifs contrôlés sont conscients, lents, requièrent à la fois effort et attention et sont faciles à modifier. Ils correspondent à la pensée logique, et aboutissent au décentrement par rapport à soi.

Les thérapies cognitives vont essayer de favoriser les processus contrôlés par rapport aux processus de traitement automatique de l'information par les schémas perturbés.

La mémoire sémantique (mémoire à long terme) pourrait être le support des processus inconscients, ou automatiques, définis par les schémas. Il n'existe pas une seule mémoire, mais différents types de mémoire (tableau 7.II) qui ont différentes fonctions et des localisations cérébrales différentes. Ces différents types de mémoire peuvent interagir entre eux (figure 7.2).

#### Tableau 7.II : Différentes mémoires (d'après Cottraux, 2001)

**Mémoire à long terme** : présente plusieurs compartiments avec différentes fonctions.

**Mémoire procédurale** : permet de stocker les apprentissages moteurs et les plans d'action. Elle fonctionne sur un mode inconscient. Elle correspond aux conditionnements.

**Mémoire épisodique ou autobiographique** : correspond aux faits de l'histoire personnelle qui sont datés et localisés. Elle est aussi inconsciente.

**Mémoire déclarative** : permet l'expression consciente des souvenirs de la mémoire épisodique, mais aussi de la mémoire sémantique.

**Mémoire sémantique** : représente la mémoire culturelle. Elle est inconsciente : à son niveau se trouvent les structures linguistiques, les cadres conceptuels et les schémas cognitifs. En somme, tout ce qui permet de donner du sens à ce que nous vivons à chaque instant. Les « *scripts* » ou scénarios qui vont orienter les actions sont stockés, eux aussi, dans la mémoire sémantique.

Le modèle cognitif des troubles psychopathologiques peut se résumer en une douzaine de propositions (tableau 7.III).

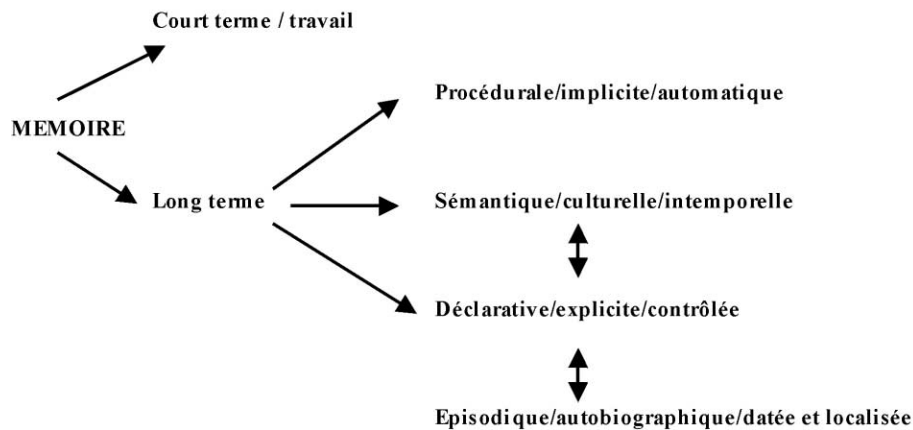


Figure 7.2 : Relations entre les différents types de mémoire

**Tableau 7.III : Modèle cognitif des troubles psychopathologiques**

Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité.  
 Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.  
 Ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire.  
 Ils ont une spécificité de contenu.  
 Ils correspondent à des patterns émotionnels, attentionnels, mnésiques et comportementaux et se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques : en clair, des préjugés ou des attitudes ou des croyances irrationnelles.  
 Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.  
 Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de dangers (phobies, attaques de panique), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).  
 Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.  
 Les schémas pathologiques sont des structures adaptatives sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir eu une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce, dont ils représentent un vestige qui a survécu à son utilité pratique.  
 Ils sont donc à relier à des structures neurobiologiques (des réseaux), gérant à la fois les émotions et les croyances, sélectionnées par l'évolution des espèces.  
 Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis (Cottraux et Blackburn, 2001).  
 Les TCC ont pour but la modification des schémas par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles. Un des moyens les plus efficaces de changement des schémas est la modification des comportements.

## Pratique des TCC

Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. La thérapie familiale sous forme de psycho-éducation et de résolution de problèmes a particulièrement été étudiée chez les psychotiques. Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Cependant, pour les troubles de la personnalité, des séances d'une heure sont recommandées. Pour les formes graves des troubles de la personnalité comme la personnalité borderline, les techniques ont dû être adaptées à ce cadre particulier. La thérapie comportementale dialectique des personnalités borderline utilise différents principes et un ensemble éclectique de techniques qui correspond à un programme intensif qui dure une année et associe thérapie individuelle une fois par semaine et thérapie de groupe.

Les principes sont comportementaux et cognitifs, ils font appel à la gestion des contingences de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique (synthèse dialectique), l'exposition aux émotions (implosion ou *flooding*), et au développement des comportements adaptés socialement.

Les techniques comprennent :

- la résolution de problèmes ;
- l'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques, pour cesser de les dénier ou d'avoir une crise au moment d'un souvenir (en effet, plus de la moitié des patients borderline souffrent de stress post-traumatique) ;
- en groupe, jeux de rôles et résolution de problèmes, gestion des émotions, relations interpersonnelles, tolérance, acceptation de soi ; techniques d'éveil, de concentration et de mise à distance.

Enfin, une ligne téléphonique de type « SOS vingt-quatre heures sur vingt-quatre » est à la disposition des patients.

Pour les troubles obsessionnels compulsifs graves et le stress post-traumatique chronique, des séances d'une heure à trois heures ont été recommandées.

## Cadre thérapeutique

La thérapie se déroule en plusieurs étapes :

- analyse motivationnelle : qu'est-ce que le patient désire changer ? Définition avec le thérapeute des objectifs du traitement ;
- établissement d'une relation thérapeutique de collaboration : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien ;
- analyse fonctionnelle : définition des comportements problèmes ; mise en relation des comportements avec les émotions et les pensées ;

- explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées ;
- développement de capacités d'autogénération et d'autogestion ;
- évaluation des résultats du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer ;
- programme de maintenance et suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.

### **Analyse fonctionnelle**

Une étape capitale est l'analyse fonctionnelle, qui étudie les relations entre les comportements problématiques, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives. On utilise des grilles d'analyse fonctionnelle (Cottraux, 1998) permettant de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements problématiques présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

### **Séance de thérapie cognitivo-comportementale**

Le thérapeute est actif. Les séances sont structurées selon le modèle qui est issu des thérapies cognitives de la dépression (Beck et coll., 1979) mais qui peut être étendu facilement, avec quelques variantes, aux différentes indications des TCC. Une évaluation des tâches effectuées entre les rencontres, s'il y a lieu, est faite en début de séance. Puis un agenda de séance est défini : un thème est établi avec le patient. Des récapitulatifs fréquents sont proposés : le thérapeute effectue toutes les dix minutes environ un résumé de la séance qu'il propose à la discussion du patient. La méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances. Le thérapeute n'effectuera pas de confrontation directe du patient à sa problématique, mais cherchera à développer une prise de conscience progressive par un jeu de questions et réponses. Des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont ensuite utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient. Un résumé de séance est sollicité par le thérapeute de manière à mettre à jour ce que le patient retient de la séance. Ce résumé est discuté. Enfin le thérapeute demande un *feed-back* du patient sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser. Avant de terminer, des tâches cognitives et comportementales sont définies avec le patient. Elles seront à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et un agenda

est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

Il n'est pas possible d'énumérer toutes les techniques utilisées en TCC. Elles seront abordées au fur et à mesure lors de l'analyse des études. Cependant, on peut les diviser en trois grands groupes (tableau 7.IV).

**Tableau 7.IV : Techniques de thérapie comportementale et cognitive**

Modèle	Technique	Indications
Modèles issus du conditionnement classique et opérant et du principe d'habituation	Exposition en imagination et <i>in vivo</i>	Phobies, problèmes sexuels, stress post-traumatique
	Exposition avec prévention de la réponse rituelle de neutralisation	Trouble obsessionnel compulsif
Modèles issus de l'apprentissage social	Jeux de rôles, affirmation de soi, développement des « habiletés ou compétences sociales »	Phobie sociale, dépression, réhabilitation des états psychotiques
Modèles cognitifs	Restructuration cognitive, discussion socratique, modification des pensées automatiques, modification des postulats et des schémas, résolution de problèmes	Dépression, phobies, obsessions, psychoses, trouble de la personnalité

### Relation thérapeutique

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive. Elles sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes. En thérapie cognitive, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun. Ce type de relation est appelée « relation de collaboration empirique ».

### TCC chez l'enfant et l'adolescent

Beaucoup des techniques cognitivo-comportementales développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées à l'enfant et/ou l'adolescent. Dans le meilleur des cas, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge, et parfois des manuels spécifiques destinés aux enfants ou adolescents ont été publiés. Dans d'autres cas, les traitements sont utilisés tels quels, ou seulement modifiés à la discrétion du thérapeute. Malheureusement, certaines études sur l'efficacité de la

TCC chez l'enfant ou l'adolescent ne précisent pas comment et dans quelle mesure des traitements initialement destinés à l'adulte ont été modifiés en fonction de l'âge des sujets traités.

D'autres techniques cognitivo-comportementales ont été développées directement pour l'enfant ou l'adolescent, et dans des indications spécifiques à cette tranche d'âge.

**En conclusion**, les TCC représentent l'application de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes cliniques. Comme pour toute thérapie, elles prennent place dans un contrat de soins et à travers une relation thérapeutique, qui présente la caractéristique d'être une relation de collaboration empirique. Le fait que les TCC aient, dès leurs débuts, mis l'accent sur la validation scientifique des pratiques a permis le développement d'une culture de l'évaluation et la recherche des preuves d'efficacité. Ceci explique le nombre important des recherches contrôlées dans tous les domaines de la psychopathologie qui ont été conduites des années 1960 à nos jours sur l'efficacité et le processus des TCC.

## BIBLIOGRAPHIE

ALFORD BA, BECK AT. The integrative power of cognitive therapy. The Guilford Press, New York 1997

BANDURA A. Social learning theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ 1977

BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G. Cognitive therapy of depression : a treatment manual. Guilford, New York 1979

COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, troisième édition, Paris 1998

COTTRAUX J. Les thérapies cognitives. Retz, deuxième édition, Paris 2001

COTTRAUX J, BLACKBURN IM. Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Masson, troisième édition, Paris 2001

ELLIOT AJ, MILTENBERGER RG, LUMLEY CV. A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognit Behav Pract* 1996, 3 : 107-125

JANET P. L'automatisme psychologique. 1889, Rééd. Odile Jacob, Paris 1999

KENDLER KS, BULIK CM, SILBERG J, HETTEMA JM, MYERS J, PRESCOTT CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women : an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 953-959

LE DOUX J. The emotional brain. Touchstone, Simon and Schuster, New York 1998

MARKS I. Fears, phobias and rituals : Panic, anxiety, and their disorders. Oxford University Press, New York 1987

PARIS J. Significance of biological research for a biopsychosocial model of the personality disorder. In : Biology of personality disorders. SILK KR ed, APA, Washington 1998

PAVLOV I. Réflexes conditionnels et inhibition. Gonthier, Paris, 1963

ROGNANT J. La thérapeutique de déconditionnement dans les névroses. Masson, Paris 1970

SELIGMAN MEP. Helplessness. On development, depression and death. Freeman, San Francisco 1975

SKINNER BF. L'analyse expérimentale du comportement. Dessart, Bruxelles 1971

WOLPE J. La pratique de la thérapie comportementale. Traduction de J. Rognant, Masson, Paris 1975