

Université A/MIRA de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



Les psychothérapies 2

Polycopié préparé par :
Dr. HATEM Wahiba

Semestre : 02

Unité d'enseignement : Fondamentale

Matière : Les psychothérapies 2

Crédits : 05

Coefficients : 02

Enseignante de la matière : Dr. Hatem

Objectif de cet enseignement :

-Permettre à l'étudiant de connaître les différentes techniques thérapeutiques, s'appuyant sur diverses assises théoriques, utilisées dans le traitement des troubles psychologiques.

Les pré-requis :

L'étudiant doit préalablement avoir acquis les notions fondamentales liées à la personnalité et aux troubles.

Contenu de la matière

Introduction

Les psychothérapies 2 : Thérapie cognitive et comportementale

1. Modèles et principes généraux des thérapies cognitives et comportementales :

a- Première vague de TCC : de Pavlov à Skinner.

b- Deuxième vague de TCC : la révolution cognitive

-Le modèle de Bandura

-La thérapie rationnelle émotive d'Ellis -

-Le modèle du Self- Instructional Training de Meichenbaum

c- Troisième vague de TCC

-Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance and Commitment Therapy , ACT)

-L'activation comportementale

- La thérapie dialectique

- La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience
- 2. Déroulement d'une Thérapie Comportementale et Cognitive
 - a- analyse fonctionnelle
 - b- Le contrat thérapeutique
- 3. Les techniques thérapeutiques

Mode d'évaluation : Examen + évaluation continue

Introduction

Si la psychopathologie est la science qui étudie les perturbations du comportement et de l'expérience de l'homme, les psychothérapies devraient être définies comme les approches destinées à les améliorer.

Le terme de « psychothérapie » aurait un peu plus d'un siècle. On le devrait à **Bernheim**, le leader de l'école hypnologique de Nancy, qui publia, en 1891 un ouvrage intitulé « **Hypnotisme, suggestion, psychothérapie** ». Il y eut un engouement important pour les méthodes de psychothérapie au siècle dernier, qui se poursuivit jusqu'au début de la première guerre mondiale. La psychanalyse occupa par la suite le devant de la scène ; puis, à partir de 1945, de nouvelles méthodes psychothérapeutiques virent le jour, venant plutôt des États- Unis que d'Europe. Ces nouvelles méthodes psychothérapeutiques ont consisté en des approches scientifiques et expérimentales permettant en un seul modèle la compréhension du patient en intégrant l'environnement, les pensées, les émotions et les comportements.

L'enseignement de la matière « Les psychothérapies » s'étale sur trois semestres avec l'objectif de permettre aux étudiants de connaître les différentes techniques thérapeutiques, s'appuyant sur diverses assises théoriques, utilisées dans le traitement des troubles psychologiques.

Après un bref rappel de quelques définitions et principes de la psychothérapie en général, ce cours se consacrera à suivre l'évolution des modèles et principes généraux des thérapies cognitives et comportementales en commençant par la première vague béhavioriste (qui s'est intéressée à ce que nous faisons), ensuite, nous nous pencherons sur la deuxième vague qui est considérée comme une révolution cognitive (et qui s'est intéressée à ce que nous pensons), nous terminerons par la troisième vague émotionnelle (qui s'est focalisée sur ce que nous ressentons). Le deuxième point sera occupé par la pratique et le déroulement d'une Thérapie Comportementale et Cognitive. Le dernier point s'arrêtera sur les

techniques thérapeutiques, en faisant le choix de n'aborder que les techniques les plus utilisées, étant donné que cet enseignement se poursuivra en Master 2 avec le cours des Psychothérapies³ qui sera dédié aux techniques thérapeutiques utilisées par les différentes approches théoriques.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Strotzka (1978) définit la psychothérapie comme « *un processus interactionnel conscient et planifié visant à influencer les troubles du comportement et les états de souffrance qui...sont considérés comme nécessitant un traitement, par des moyens psychologiques (par la communication) le plus souvent verbaux, mais aussi non verbaux, dans le sens d'un but défini, si possible élaboré en commun (minimalisation des symptômes et/ou changement structurel de la personnalité) au moyen de techniques pouvant être enseignées sur la base d'une théorie du comportement normal et pathologique...* ».

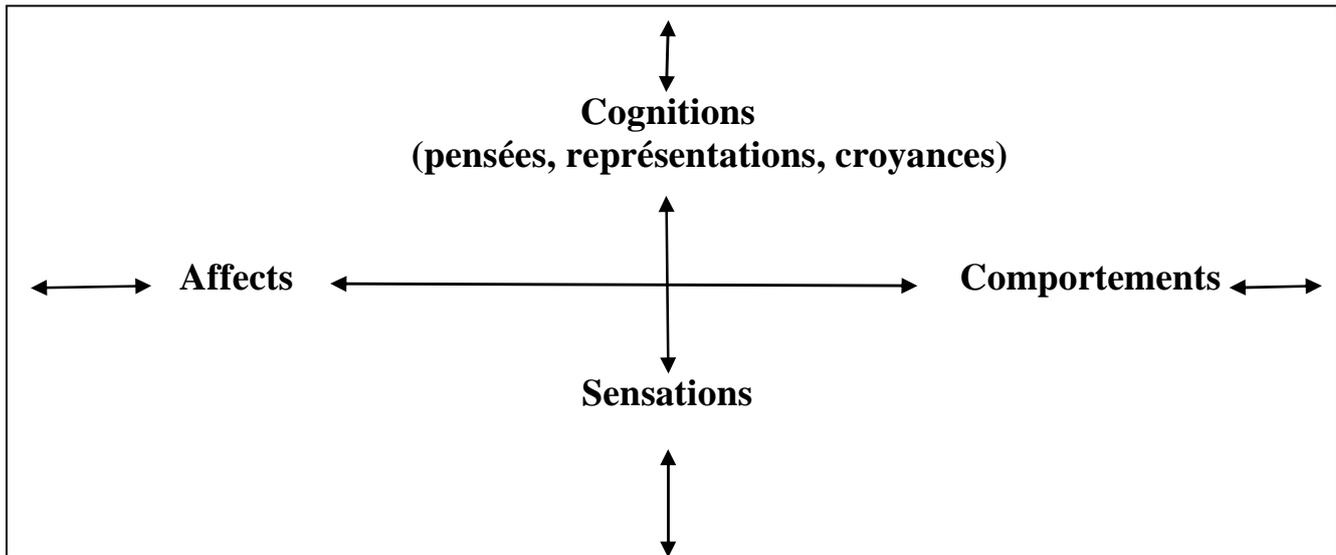
Garrone (1985) fait de la psychothérapie l'intégration de trois éléments principaux : le processus relationnel (la relation établie entre le patient et son psychothérapeute) est relié à un cadre par un contrat plus ou moins formel (Chambon O. & Marie-Cardine M., 2003, pp.7-9).

Cottraux (2011) trouve que « *La psychothérapie consiste en la mise en œuvre d'interventions psychologiques dont le but est de soulager une souffrance émotionnelle exprimée par un patient, un couple, une famille ou un groupe. Ces interventions se déroulent dans le cadre d'un contrat explicite de soins. Il s'agit d'un "traitement" qui est mis en place par un professionnel de santé, responsable de l'utilisation judicieuse de méthodes auxquelles il a été formé*» (Cottraux J., 2011, p.28).

Les cibles de la psychothérapie

Toute psychothérapie agit sur l'une des cinq cibles du schéma suivant :

Cadre social et familial



Les différentes cibles du changement et leurs interactions

Quelle que soit la cible initiale d'intervention, toute psychothérapie peut agir à deux niveaux vis-à-vis de celle-ci :

- Elle en accroît la conscience chez le sujet et développe les capacités d'auto-observation de ce dernier ;
- Elle implique le sujet dans de nouvelles expériences dans et hors des séances et le conduit à s'exposer à ce qui était craint et évité.

Le premier point correspond aux psychothérapies « découvrentes » (Gestalt, psychothérapies psychodynamiques). L'un des objectifs principaux de ces thérapies consiste à indiquer au patient une méthode et des objets d'auto-observation, de façon à ce qu'il puisse simultanément ressentir ses troubles et, en même temps, être en position d'observation vis-à-vis de ce qui se passe en lui. Il peut, ainsi, progressivement, devenir de plus en plus conscient des courants affectifs qui le traversent et des mécanismes de défense qui l'isolent de lui-même ou des autres. À partir de cela, il connaîtra une « neutralité bienveillante » envers lui-même, qui lui permettra d'observer tout ce qui se passe en lui, sans se condamner ou se culpabiliser. Le deuxième point des thérapies qui n'ont pas pour objectif prioritaire d'être découvrentes (thérapies comportementales par exemple)

agissent au deuxième niveau (nouvelles expériences relationnelles, nouvelles significations, exposition)(Chambon O. & Marie-Cardine M., 2003).

1. Modèles et principes généraux des thérapies cognitives et comportementales

Les Thérapies comportementales et cognitives ont connu ces trente dernières années une large diffusion. Ce sont des thérapies en principe brèves, qui revendiquent un fondement scientifique et ceci pour trois raisons :

- Elles s'appuient sur les recherches de la psychologie scientifique : la psychologie cognitive (en particulier les théories du traitement de l'information) et la psychologie de l'apprentissage ;
- Elles s'intègrent dans le mouvement des neurosciences, qui regroupent des disciplines diverses autour d'un postulat de base : c'est le fonctionnement cérébral qui rend compte du fonctionnement psychique, qu'il soit normal ou pathologique ;
- Elles se prêtent à l'évaluation des techniques et des résultats, évaluation rendue possible par la mesure et la quantification des symptômes, ainsi que par la planification des traitements.

Ces thérapies sont apparues dans les années 1960, d'abord dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Elles ont largement été diffusées depuis et tiennent le haut de l'affiche dans la médiatisation à laquelle n'échappent pas les psychothérapies et les psychothérapeutes.

La plupart des praticiens se réclament à la fois du comportementalisme et du cognitivisme. Pourtant psychologie cognitive et comportementalisme ont développé des théories distinctes (Moro M. R. & Lachal C., 2012, pp.147-148).

Les TCC interviennent à trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. C'est sur chacun des niveaux de ce système que portent les interventions thérapeutiques. Il importe donc de les définir clairement.

Le comportement, au sens de « séquence comportementale », n'est pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. La thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence de comportements mais d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté, ce qui doit entraîner une assimilation de ce nouveau comportement dans l'ensemble de la personnalité de l'individu. Les TCC ne traitent pas des symptômes mais cherchent à modifier des séquences de comportements ayant une finalité, autrement dit: des conduites.

La cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. Les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. En particulier, la psychologie cognitive étudie le traitement de l'information. Celle-ci s'effectue par l'intermédiaire de schémas mentaux inconscients situés dans la mémoire à long terme. Les schémas sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde : ils guident l'attention et la perception sélective des stimuli environnementaux. Les schémas peuvent être définis comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel des souvenirs. Mais, en même temps, ils entraînent des déformations systématiques de la perception, de l'attention, et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles à celles qui existent déjà. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir.

Les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement et

en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé. Sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis. La transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental: plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégoût, colère) dépend de l'interprétation de la situation mais non de la situation par elle-même. Ainsi, l'affect dépendrait de la cognition. (Cottraux J., 2017, pp.3-5).

Principes et technologie du changement

Les Thérapies comportementales et cognitives se sont fondées, en premier lieu, sur les théories de l'apprentissage : le conditionnement classique, le conditionnement opérant, la théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont pris pour référence les théories cognitives, en particulier le modèle du traitement de l'information. Nous allons expliciter ces termes qui, pour le dire simplement, définissent les processus par lesquels nous faisons l'acquisition d'émotions et de systèmes de pensées qui guident nos actions.

Apprentissage et mémoire

Il n'y a pas d'apprentissage sans stockage dans les différents secteurs de la mémoire, consolidation du souvenir et possibilité de réévocation. Quels sont ces différents compartiments ? La mémoire à court terme nous permet de bien fonctionner dans le moment présent. Elle se teste par l'étude de notre capacité à retenir le nombre magique : 7 chiffres plus ou moins 2, pour une tâche immédiate.

La mémoire à long terme est plus complexe et se subdivise en quatre secteurs :

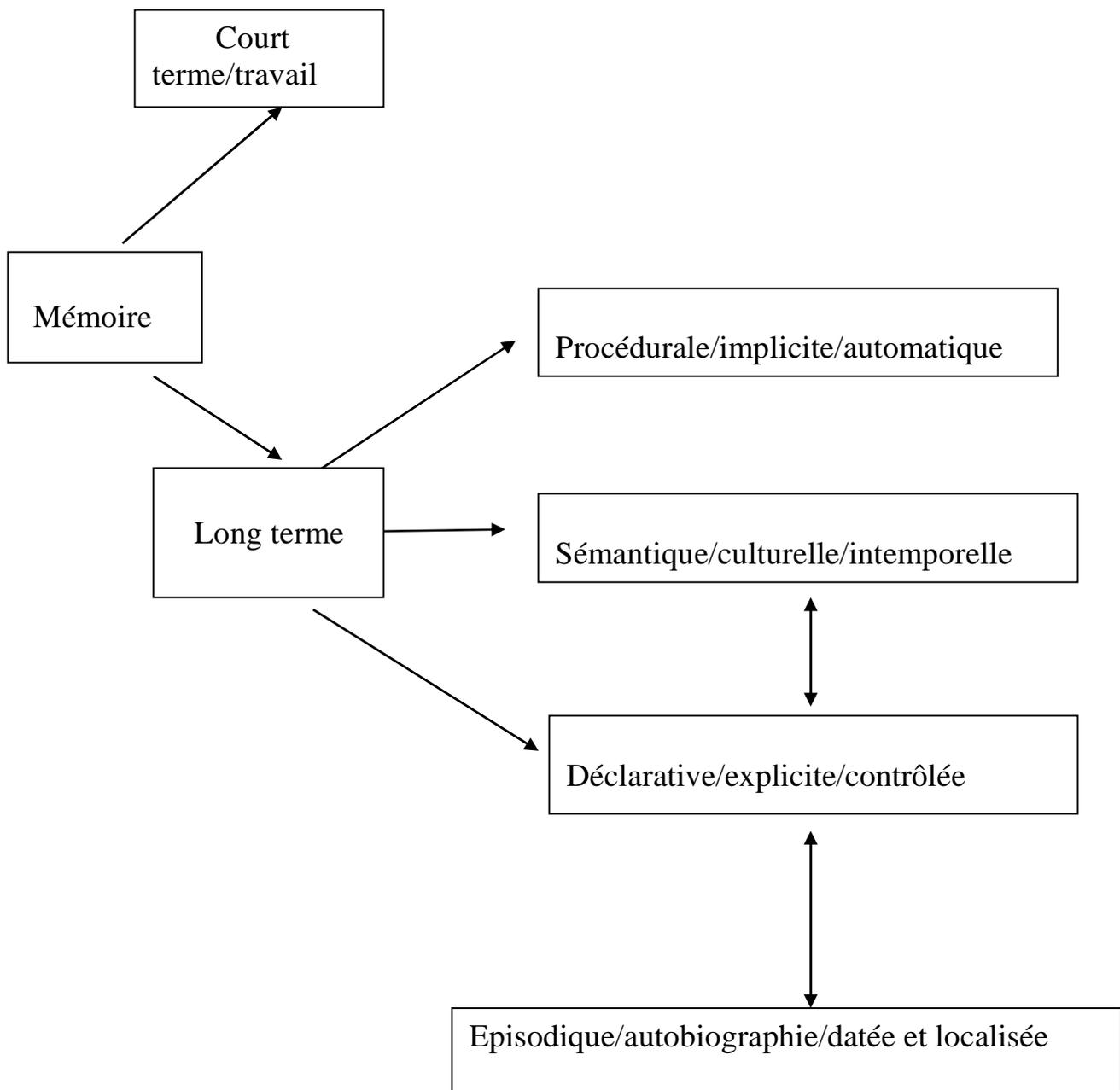
- La mémoire autobiographique enregistre nos épisodes de vie et les émotions qui y sont attachées. Elle est activée par des événements ou des sensations qui ramènent à notre conscience le passé : c'est le fameux « souvenir involontaire » dont parle Marcel Proust dans *la recherche du temps perdu*.

- La mémoire procédurale enregistre nos habitudes comportementales et nos plans d'action qui fonctionnent sur un mode automatique : c'est ce qui se passe lors du pilotage « sans y penser » d'une voiture. La mémoire procédurale est le lieu où s'enregistrent les conditionnements verbaux et moteurs.
- La mémoire sémantique stabilise nos systèmes d'interprétations – autrement dit, nos schémas cognitifs- et les règles culturelles générales qui nous permettent de bien fonctionner. Elle aussi est automatique.
- La mémoire déclarative ou consciente est ce que nous pouvons évoquer consciemment en faisant appel aux autres secteurs de la mémoire.

Les études de neuro-imagerie cérébrale ont montré que les régions du « cerveau émotionnel », comme le complexe amygdalien, sont hyperactivées par les souvenirs traumatiques, alors que les régions frontales et préfrontales en charge du langage et de la régulation des émotions sont désactivées (Etkin A., 2007). Ce qui explique que, dans les cas graves de stress post- traumatique, il n'y ait pas de mots pour dire ce qui s'est passé. La TCC consistera à ramener au jour l'épisode traumatique pour habituer l'émotion et réinterpréter autrement ce qui est arrivé. Le patient doit donc accepter ce qui c'est passé, plutôt que de chercher à le supprimer et continuer d'en souffrir.

En revanche, les tentatives de suppression volontaire de souvenirs « banals » se traduisent par un accroissement de l'activité cérébrale dans les régions dorso-latérales préfrontales, ce qui semble être le processus « normal » de maîtrise et de gestion du stress.

Le schéma suivant résume les différentes formes de mémoire :



Les mémoires

Les troubles psychopathologiques ont leur inscription dans la mémoire car ils sont pour une bonne part appris à partir d'une vulnérabilité génétique. Les TCC partent du principe que **ce qui a été appris et qui entraîne des troubles psychopathologiques peut être désappris** En parallèle, **des comportements,**

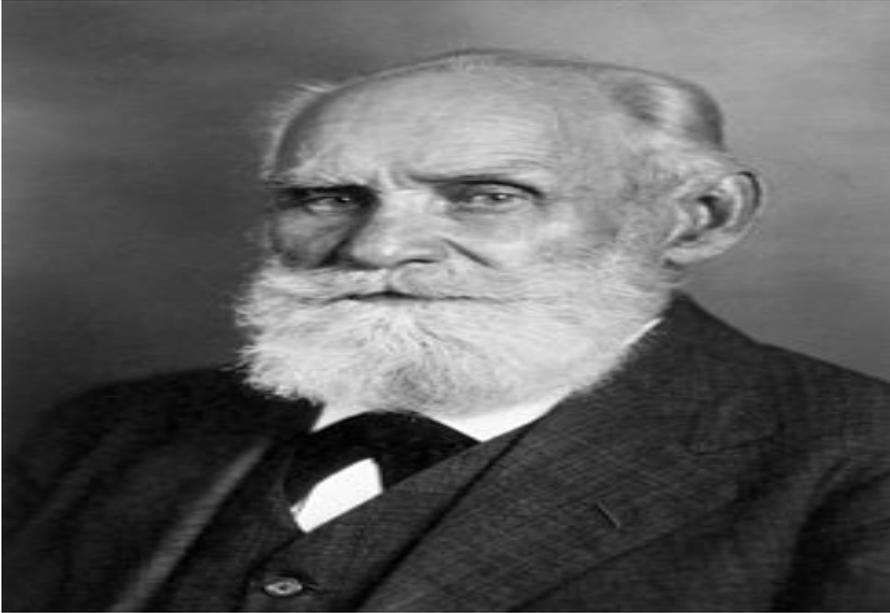
des émotions et des pensées nouvelles et plus favorables à la personne souffrante peuvent être mis en place (Cottraux J., 2011).

Nous aborderons dans ce qui suit le développement des TCC en retraçant leur évolution à travers le temps, de la vague comportementaliste à la vague cognitiviste, et nous terminerons par la dernière vague émotionnelle qui plus au moins récente.

a- La première vague de la TCC : de Pavlov à Skinner

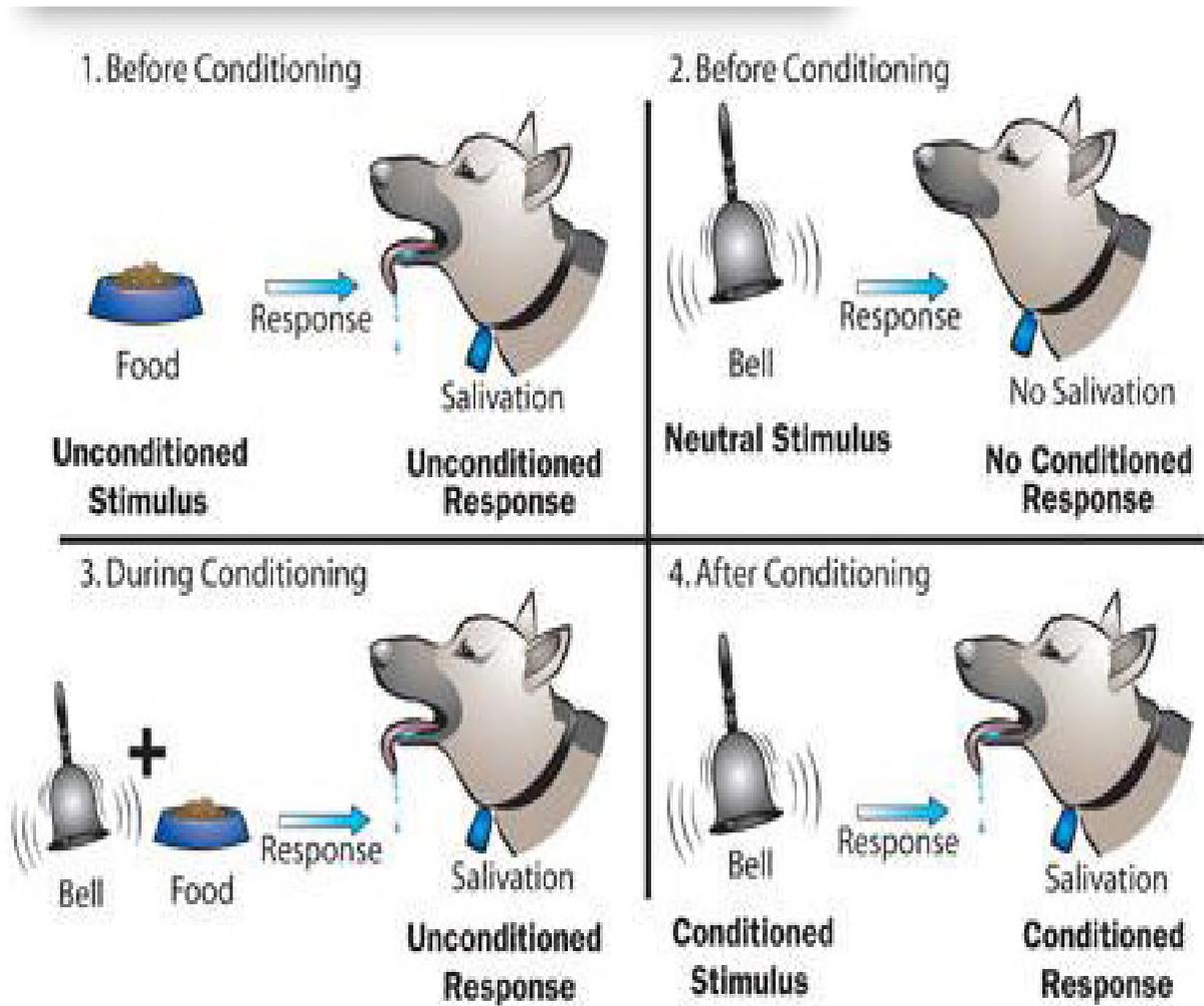
Très en vogue entre les années 1950 et 1980, l'objectif principal qui caractérise la vague comportementale est de décrire, d'observer, ou de mesurer une unité de changement du comportement observable (Malcuit, Granger, & Larocque, 1972). Les comportementalistes cherchent à **décrire et comprendre les comportements** humains en ne prenant en compte que **ce qui est observable** sans ouvrir la "boîte noire" (inconscient). Les comportements qui font souffrir ont été appris et peuvent donc **se désapprendre**, c'est le fondement du courant Behavioriste. Par conséquent, l'essence même du travail des comportementalistes consiste à changer un comportement inadapté, qui est la résultante d'un apprentissage inadéquat (p. ex., des comportements d'évitement) en un comportement adapté (p. ex., des comportements d'approche).

Ivan Pavlov et le conditionnement classique



Ivan Pavlov 1849-1936

Pavlov, prix Nobel 1904, est un médecin et physiologiste à l'origine de la théorie du conditionnement répondant. Il a décrit le processus par lequel un individu va associer une réponse déjà programmée (ex : saliver) qui est normalement déclenchée par un stimulus conditionné (ex : nourriture) à un stimulus neutre non conditionné qui ne déclenche normalement aucune réponse (ex : cloche qui sonne). Pavlov vit dans ce phénomène les bases de l'apprentissage.



On peut dire que Pavlov a été le premier behavioriste avant l'heure.

John Broadus Watson le père du terme « Behaviorism »



John Broadus Watson 1878-1958

Pavlov inspira John Broadus Watson dans le développement du courant béhavioriste en psychologie.

Watson invente le terme de « behaviorism » et publie en 1919 un essai : *Psychology from the standpoint of a behaviorist*, où il critique avec sévérité la psychologie mentaliste et associationniste du siècle précédent. Ce manifeste ainsi que son livre de 1925, *Behaviorism*, sont à l'origine d'un nouveau courant en psychologie qui est centré sur l'analyse expérimentale des comportements. Il effectue avec Rosalie Rayner une expérience de conditionnement des peurs chez l'enfant (le petit Albert). Après un bref passage dans l'université comme enseignant et chercheur, Watson deviendra un expert en publicité, ce qui fait de lui tout autant l'ancêtre du béhaviorisme et de la TCC que du marketing. Selon Watson, les comportements ne se limitent pas aux mouvements du corps : il regroupe l'ensemble des réponses internes (couvertes) et externes (ouvertes) aux événements qui se déroulent dans l'environnement. Cela inclut les réponses motrices verbales, les réponses motrices physiologiques, les images mentales, les

émotions, les affects (phénomènes psychologiques correspondant aux phénomènes physiologiques que sont les émotions), les pensées et les systèmes de croyance, les perceptions, la mémoire, l'attention. Il ne néglige pas les processus mentaux : la pensée consiste « à se parler à voix basse » et il identifie la pensée au phénomène de subvocalisation. Le comportement peut se représenter de la manière la plus simple dans un schéma S-R (stimulus-réponse) en différenciant des réponses couvertes et ouvertes. L'étude du comportement, c'est l'étude des relations fonctionnelles (de cause à effet) entre les stimuli et les réponses, de manière aussi objective que possible (Cottraux J., 2017, pp.23-24)..

Mary Cover Jones : la première thérapie comportementale



Mary Cover Jones 1896 - 1987

Après le petit Albert qui avait été conditionné par Watson en laboratoire pour éprouver une phobie, le petit Peter, en 1924, connaît un sort plus enviable : Mary Cover Jones (1896-1987), ancienne étudiante de Watson, parvient à le déconditionner de sa peur des lapins. Pour ce faire, elle lui fait observer d'autres enfants absolument pas effrayés, ou le place face à un lapin en lui faisant déguster

une glace. L'expérience sombre momentanément dans l'oubli, mais porte en germe les futures thérapies comportementales, dont la thérapie par inhibition réciproque ou la désensibilisation systématique préconisées à partir de 1958 par Joseph Wolpe (1915-1997). Marmion J-F. (1958)

On peut considérer Mary Cover Jones, qui a effectué une expérience analogue à celle de Watson, comme la première à avoir déconditionné un enfant chez qui elle avait créé une phobie.

Burrhus Frederic Skinner et le conditionnement opérant

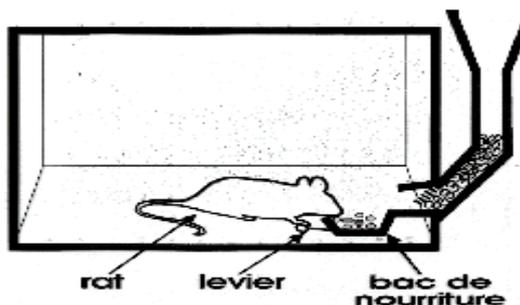


Burrhus Frederic Skinner 1904-1990

Skinner, psychologue et penseur, a été influencé par la théorie de Pavlov pour élaborer sa théorie de l'apprentissage. Selon lui, nos comportements sont influencés par les conséquences qu'ils provoquent ainsi que par l'environnement. Il explique que la réponse du sujet est volontaire car il cherche à être récompensé ou à éviter la punition. L'individu peut donc **apprendre à augmenter ou à diminuer un comportement**. Cette théorie de l'apprentissage a

été utilisée en vue de résoudre des problèmes d'éducation, d'ajustement personnel et d'adaptation sociale.

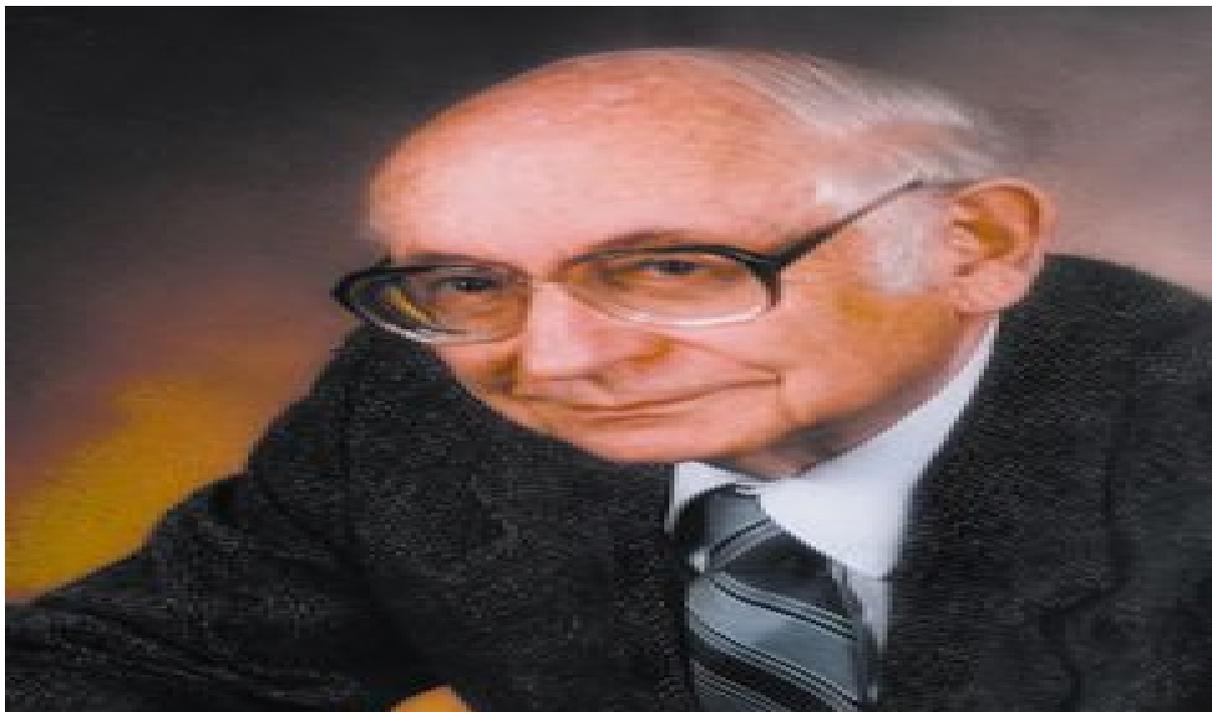
Skinner imagina un célèbre dispositif expérimental appelé aujourd'hui "boîte de Skinner" dans lequel un animal (rat ou pigeon en l'occurrence) pouvait recevoir au choix de l'expérimentateur soit de la nourriture, soit un choc électrique suite à l'un de ses comportements (appui sur un levier par exemple). La nourriture est dans ce système considérée comme une récompense, le choc électrique comme une punition. L'un augmente la probabilité d'apparition du comportement, l'autre la diminue. Mais, dans ce système de compréhension du renforcement, c'est la relation entre le comportement et ses conséquences qui est déterminante car un comportement peut être mis en place pour éviter la conséquence négative, comme appuyer sur le levier pour éviter un choc électrique.



Ainsi, si l'on récompense un enfant en lui donnant des bonbons lorsqu'il est poli, alors, il aura tendance à être plus poli. Le rapport est alors positif, le comportement produit un renforçateur. Si on punit un enfant lorsqu'il est grossier, il aura tendance à éviter de l'être. Le rapport est alors négatif car le comportement produit une punition. Il est question ici de l'augmentation ou non de la probabilité d'apparition d'un comportement. Aussi, il faudra considérer quatre conditions pour comprendre l'effet des conséquences d'un comportement et les lois qui régissent le conditionnement skinnérien:

- Le renforcement positif : la probabilité du comportement augmente, augmentant la probabilité d'apparition des conséquences agréables, des récompenses « je travaille parce que je gagne de l'argent » ;
- Le renforcement négatif : la probabilité du comportement augmente diminuant la probabilité d'apparition des conséquences désagréables, des punitions « je respecte le code de la route pour éviter les amendes » ;
- La punition positive : la probabilité d'apparition du comportement diminue, diminuant la probabilité d'apparition de la punition « je ne fais pas de bruit quand bébé dort pour éviter qu'il pleure » ;
- La punition négative : la probabilité d'apparition du comportement diminue, augmentant la probabilité d'apparition de la récompense « je ne fais pas de bruit quand je joue à cache-cache pour avoir plus de chance de gagner (Clément C., 2006).

Joseph Wolpe et le principe d'inhibition réciproque



Joseph Wolpe 1915-1997

Les travaux de Watson ainsi que ceux de Skinner, ont influencé Wolpe dans son approche thérapeutique qui s'est centrée sur la notion de l'inhibition réciproque, notion liée au processus de conditionnement.

Wolpe, en 1952, après des expérimentations en Afrique du Sud sur les animaux, mit au point la désensibilisation systématique des phobies humaines. Son livre de 1958 *Psychothérapie par inhibition réciproque* met en avant le premier traitement véritablement efficace des phobies, avec des données scientifiques et statistiques pour étayer ses vues (Cottraux J., 2017, p.26).

Wolpe a d'abord démontré l'inhibition réciproque dans une série d'expériences sur des chats. La première étape de ce processus consistait à exposer les chats à un choc désagréable, associé à un son spécifique. Après un certain conditionnement, les chats réagissaient avec la peur du son seul. Ceci est un exemple de conditionnement pavlovien classique. Ensuite, Wolpe a montré que la réaction de peur pouvait être progressivement désapprise s'il inversait le stimulus et combinait le même son avec la présentation de nourriture. Dans la théorie de l'inhibition réciproque, les comportements réciproques sont définis comme des comportements qui se font concurrence. Par exemple, un comportement de relaxation dans lequel les muscles squelettiques sont relâchés est considéré comme étant réciproque avec une réponse au stress de «combat ou de fuite» dans laquelle les muscles deviennent tendus. En pratiquant de manière répétée le comportement souhaité en présence du stimulus utilisé pour déclencher le comportement indésirable, la réponse au stimulus est affaiblie et finalement, si le traitement réussit, le comportement indésirable est éliminé. Wolpe a développé ses idées en travaillant avec des soldats souffrant de stress post-traumatique et qui ont connu un succès considérable. Initialement, une grande partie de la communauté psychothérapeutique était sceptique quant à la théorie de l'inhibition réciproque, suggérant que cette méthode n'entraînerait que la substitution des symptômes chez un patient, et non une guérison permanente. Cependant, le travail

de Wolpe a formé une théorie psychothérapeutique pionnière qui a été largement intégrée à la thérapie comportementale moderne.

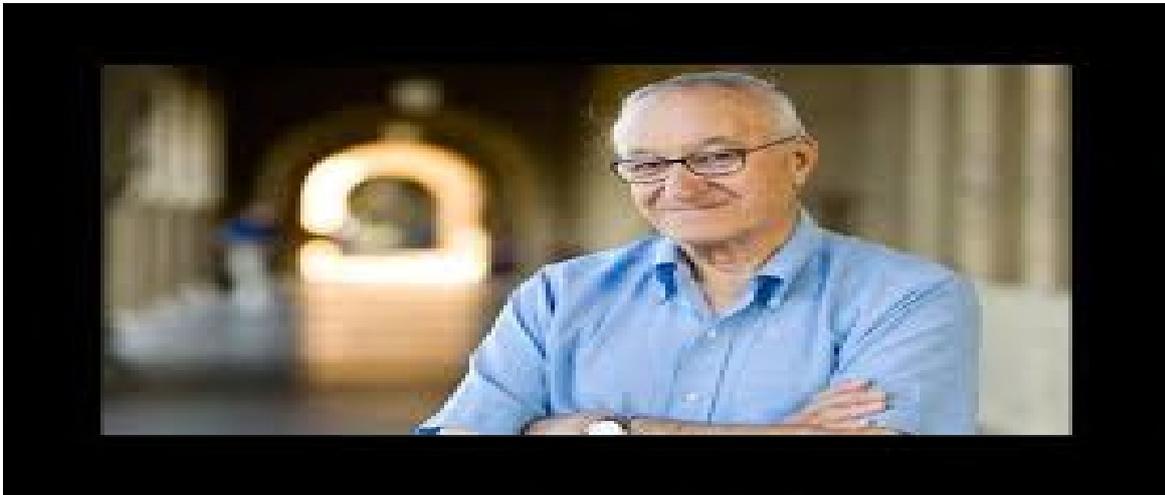
C'est sur les bases de ces travaux menés par les Behavioristes que se sont construites des méthodes thérapeutiques pour traiter les troubles anxieux.

La technique de Wolpe comporte deux éléments fondamentaux directement dérivés des principes de Guthrie. D'une part, un « découpage » de la situation anxiogène en une série d'étapes allant graduellement de la moins anxiogène vers celle qui déclenche les réactions émotionnelles les plus intenses. Wolpe a désigné cette procédure sous le nom de désensibilisation systématique vraisemblablement par métaphore avec la procédure utilisée en médecine pour traiter les allergies. D'autre part, il introduit une réponse supposée antagoniste, incompatible avec la réponse d'anxiété : pour Wolpe l'introduction de la réponse antagoniste entraîne un phénomène d'inhibition réciproque. Wolpe définit ce principe en disant : « si une réponse inhibitrice de l'anxiété peut survenir en présence de stimuli anxiogènes, cette réponse pourra affaiblir les liens existant entre ces stimuli et l'anxiété ».

La pratique de la méthode de Wolpe comporte trois types d'opérations :

1. L'établissement des hiérarchies de stimuli anxiogènes par rapport à une situation bien définie, à travers une anamnèse détaillée ;
2. Le choix et l'acquisition d'une « réponse de non-anxiété » supposée antagoniste ;
3. La désensibilisation systématique par inhibition réciproque, qui est la phase active du traitement (Fontaine O., 1978, pp. 198-199).

Albert Bandura et l'apprentissage social



Albert Bandura

En 1969, Bandura publie *Principes de modification comportementale* où il décrit l'apprentissage social par imitation de modèle comme étant un processus fondamental. Il développera son point de vue dans *La théorie de l'apprentissage social* (1977). Plus tard, il insiste sur le rôle des phénomènes cognitifs, comme l'autocontrôle, les attentes d'efficacité et de résultats dans la régulation des comportements humains et en fera une théorisation importante aussi bien pour la pratique des psychothérapies que la prévention des affections médicales ou la gestion de soi (Bandura, 2007). Son œuvre va donc influencer à la fois la pratique et la théorisation des thérapies comportementales et de la médecine comportementale. Elle fait aussi la jonction entre les béhavioristes et les cognitivistes (Cottraux J., 2017, pp.27-28).

L'apprentissage social par imitation de modèles est un principe connu bien avant les travaux de Bandura puisque l'on retrouve la description de la genèse de ce type d'apprentissage chez Piaget, et qu'il a été largement décrit à la fin du e siècle par un psychologue Français Gabriel Tarde.

Selon ce principe, un comportement peut- être appris ou modifié simplement par l'observation d'un modèle, et des conséquences résultant de son comportement.

Trois types de modèle peuvent être utilisés :

- Des modèles réels montrant à l'observateur le comportement et ses conséquences positives ou négatives ;
- Des modèles symboliques, en particulier filmés ou télévisés ;
- Des modèles imaginaires qui sont des représentations imagées « couvertes » (covert modeling) qui sont suggérées par le thérapeute au patient et/ou autocontrôlés par celui-ci.

Il s'agit d'un apprentissage social et non simplement d'imitation car l'on peut imiter un animal (il s'agit d' « imitation » et non de « modeling ») et également par observation. Il semble que la vue soit le sens privilégié dans ce type d'apprentissage.

C'est un apprentissage vicariant car le modèle joue le rôle d'un intermédiaire par rapport à l'observateur. L'apprentissage par imitation peut être utilisé pour :

- Désinhiber un comportement ;
- Acquérir une fonction, un comportement qui n'a jamais été appris ;
- Faciliter et rendre plus efficace une réponse imparfaite ;
- Permettre l'extinction de l'angoisse en voyant l'absence de conséquences négatives qui résultent du comportement du modèle.

L'apprentissage par imitation est soumis à un certain nombre de principes :

- Le modèle doit être proche du sujet au point de vue de l'âge, du sexe, et des caractéristiques socioculturelles ;
- Il doit présenter un certain prestige ;
- Le patient doit savoir à l'avance quelle caractéristique il veut observer et imiter après l'avoir définie avec le thérapeute ;
- Il doit être renforcé par approbation pour chaque réalisation positive ;
- Il est possible d'utiliser le sujet lui- même comme son propre modèle.

Le sujet et le thérapeute identifient sur une bande magnétoscopée les

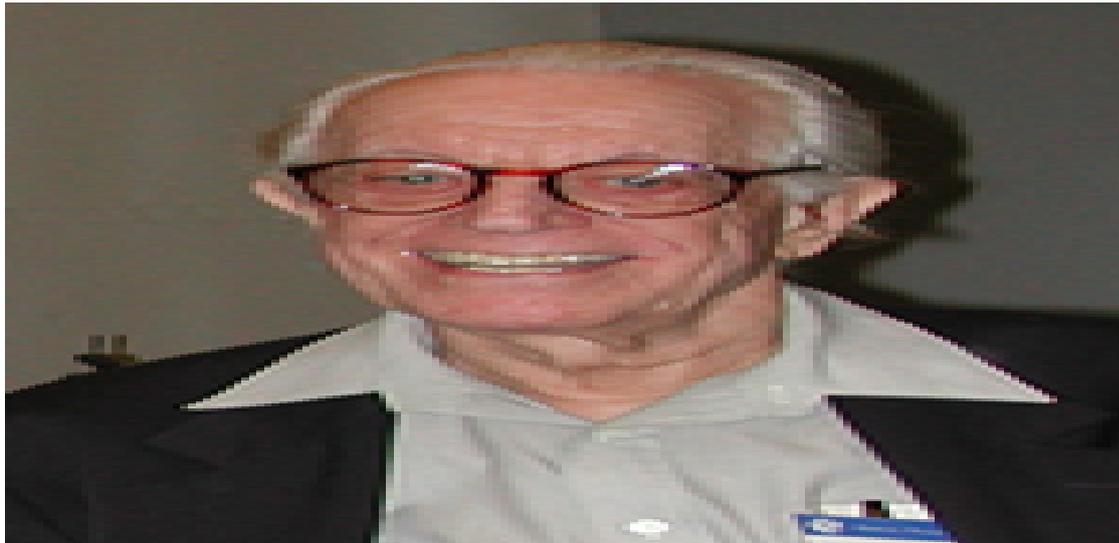
moments positifs que le sujet veut imiter, de sa propre performance. Ensuite le jeu de rôle permet une répétition de l'image de lui-même que le sujet a trouvée positive (Cottraux J., 1996).

b- La deuxième vague de la TCC : « cognitive »

Il faut souligner le rôle pionnier joué par Georges Kelly (1955), dont l'œuvre a eu un effet majeur aux États-Unis. Il avait forgé le terme de « construction personnelle » pour désigner des structures ou des dimensions bipolaires qui reflètent des convictions et des jugements concernant soi-même, le monde et les autres. Les constructions personnelles peuvent se fragmenter et provoquer des comportements contradictoires. On peut aussi se trouver devant des oscillations rapides entre les deux pôles, qui se manifesteront par l'ambivalence des jugements sur les autres en « noir et blanc ». Kelly a validé ce modèle constructiviste par l'analyse factorielle et proposé une thérapie « des rôles fixés » qui représente un précurseur des thérapies cognitives. De nombreux cliniciens chercheurs se lancent dans l'exploration des phénomènes cognitifs (Meichenbaum, 1977 ; Beck, 1979 ; Ellis, 1962) et développent la thérapie cognitive.

Albert Ellis

Albert Ellis (1962) part de la dichotomie stoïcienne, issue de Marc Aurèle et Épictète, entre la raison et les émotions. Il considère que le comportement « névrotique » est un comportement stupide mis en actes par une personne intelligente. Selon lui, le problème central est l'idée grandiose que les sujets se croient obligés d'avoir d'eux-mêmes ; ce qu'Ellis appelle pittoresquement : « shouldism » et « musturbation ». Les « must » et les « should » irrationnels représentent un fardeau émotionnel. Le but thérapeutique est l'acceptation inconditionnelle de soi-même. Le sujet doit ne plus porter des jugements sur son essence par exemple, mais plutôt considérer avec relativisme les accidents de son existence.



Albert Ellis (1913-2007)

La thérapie rationnelle émotive d'ellis

Le postulat:

Les affects sont intimement liés aux cognitions

Le traitement des distorsions cognitives se fait en 4 étapes:

1. Les activités ou les situations déclenchantes sont isolées;
2. ensuite, sont déterminés les systèmes de croyances irrationnels;
3. Ces systèmes constituent les réponses internes aux événements et donnent lieu à des pensées, des sentiments et des comportements inadaptés;
4. Le thérapeute aide le patient à corriger son système de croyances irrationnel.

Albert Ellis a relevé 4 thèmes principaux pour les croyances irréalistes :

- **L'exigence** (le patient exige de lui-même des impératifs de niveaux élevés) ;
- **La catastrophisation** (le patient prévoit une issue catastrophique et insurmontable si la situation se réalise) ;
- **La faible tolérance à la frustration** (le patient pense inacceptables les situations générant pour lui une frustration) ;

- **L'évaluation globale** (le patient fait une évaluation négative de lui-même, d'autrui et du monde à partir de quelques faits).

Quant au lien entre émotion et croyance, Albert Ellis le décrit avec le schéma ABC. Selon ce schéma, A est le « stimulus activateur » (c'est-à-dire le fait déclencheur) et C la « réponse conditionnée » (le comportement). Relation entre A et C, B est le système de croyances qui constitue un blanc, c'est-à-dire l'inconnue de l'équation. Le travail avec le patient sera de faire apparaître B au grand jour. L'étape suivante est la distanciation et la décentration. Autrement dit, une relativisation qui va offrir une autre vision du monde plus adaptée.

La thérapie rationnelle émotive a été critiquée en raison de ses prémisses délibérément philosophiques et de la méthode thérapeutique très directive utilisée personnellement par Albert Ellis.

Donald Meichenbaum



Donald Meichenbaum Né en 1940

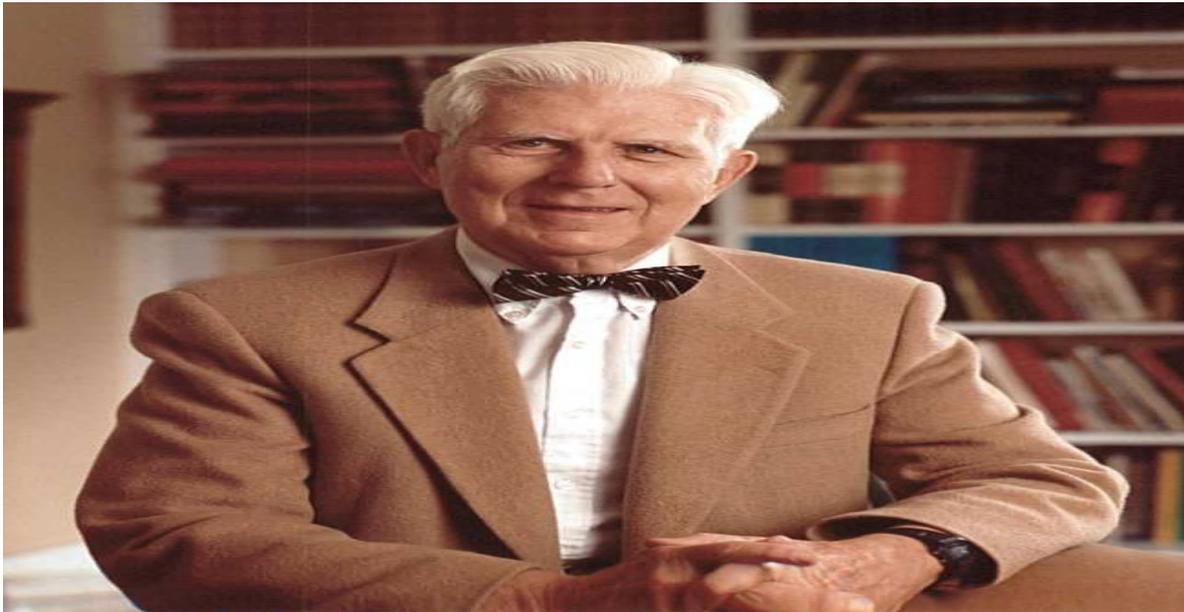
Le modèle du Self –Instructional Training de Meichenbaum

Meichenbaum a développé un programme d'entraînement par autoguidage (Self –Instructional Training program). (Meichenbaum, 1977) . C'est une approche cognitivo-comportementale qui les gens à améliorer leur comportement en changeant la façon de se parler intérieurement. Meichenbaum utilise la méthode de modélisation comportementale émanant de la théorie de l'apprentissage social pour aider les enfants à apprendre de nouvelles compétences (Polatajko & Mandich, 2004). Les notions d'auto-instruction utilisées par Meichenbaum et la stratégie cognitive basée sur le modèle de résolution de problème « GOAL-PLAN-DO-CHECK » (But-Plan-Fait-Test) sont les bases de l'approche CO-OP. Cette stratégie construit une capacité métacognitive et encourage la réflexion personnelle et l'évaluation des processus utilisés pour former le but et changer le plan si nécessaire. La métacognition implique la compréhension des compétences et des stratégies qu'une tâche requiert et du contrôle nécessaire de celles-ci pour réaliser la tâche (Polatajko & Mandich, 2004).

Cinq étapes sont identifiées dans cette technique :

- Le modelage cognitif : le thérapeute imite la guidance verbale en disant à haute voix ce qui se passe pendant la réalisation de l'activité.
- Le guidage ouvert : l'enfant réalise l'activité selon les instructions verbales du thérapeute.
- L'autoguidage ouvert: l'enfant réalise l'activité tout en disant seul les instructions à haute voix.
- L'autoguidage atténué : l'enfant chuchote les instructions pendant qu'il réalise l'activité.
- L'autoguidage intériorisé : l'enfant est guidé par un discours intérieur pendant qu'il réalise l'activité (Rouault L., 2012, pp.13-14).

Aaron Temkin Beck



Aaron Beck né en 1921 et toujours en vie

Beck a développé la thérapie cognitive à partir de 1959. Son livre *La thérapie cognitive des troubles émotionnels* (1976) fait le point sur ses débuts. Tout d'abord psychanalyste, il fit une étude statistique sur les rêves de patients dépressifs qui contredisait l'hypothèse de la psychanalyse selon laquelle la dépression résultait d'une agressivité retournée contre soi. L'étude des cognitions conscientes puis préconscientes allait devenir le centre des travaux de Beck sur la dépression. La première étude contrôlée positive est due à Rush et al. (1977) et représente la première étude où une psychothérapie s'avéra supérieure à un antidépresseur de référence aux États-Unis, l'imipramine. En 1979, Beck et ses associés publient un manuel pratique sur la thérapie cognitive de la dépression qui a immédiatement un retentissement important. La thérapie cognitive sera ensuite appliquée au trouble panique, à l'agoraphobie, aux phobies sociales, aux obsessions-compulsions, à l'anxiété généralisée, à la médecine comportementale, aux problèmes sexuels et de couple, aux troubles de la personnalité, puis aux états psychotiques et à l'étude de la montée de la violence dans la société (Beck, 2002). L'intégration de la thérapie cognitive dans le courant des thérapies

comportementales aboutit dans les années 1990 à la reformulation de la Behavior Therapy en Cognitive-Behavior Therapy (CBT), en français thérapie cognitive et comportementale (TCC). L'Association américaine pour l'avancement de la thérapie comportementale (AABT, Association for the Advancement of Behavior Therapy) a été créée en 1966 ; elle s'est transformée en Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) en 2005. L'Association européenne de thérapie comportementale (EABT) a vu le jour en 1970 et est devenue l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT) en 1990. La date de création des revues les plus lues reflète aussi l'évolution des principaux centres d'intérêt : Behaviour Research and Therapy (1963), Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (1970), Journal of Behavioral Medicine (1978), Behavior Therapy (1970), Cognitive Therapy and Research (1977). (Cottraux J., 2017, pp.28-29).

c- La troisième vague de la TCC : « émotionnelle » dès la fin des années 1990

Jean Cottraux



Jean Cottraux né en 1942

Après une première vague comportementale et une deuxième vague cognitive, « la troisième vague » commence à déferler dès la fin des années 1990. Son centre de gravité est une approche affinée des relations entre les comportements, les émotions, les cognitions et la personnalité (Cottraux, 2014). Ces nouvelles formes de thérapie comportent trois tendances principales : la TCC des troubles de la personnalité, la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999) et la pratique de la mindfulness (thérapie de pleine conscience), qui se trouvent souvent combinées entre elles.

Selon Hayes (2004), les approches de la troisième vague mettent l'accent sur les thèmes suivants : l'acceptation, la pleine conscience, la défusion cognitive, la dialectique, les valeurs du patient et la spiritualité, la relation thérapeutique. Elles mettent aussi l'accent sur le contexte et la fonction des événements psychologiques (les conséquences de ce comportement dans l'environnement) plutôt que de remettre en question leur validité, réduire leur fréquence ou modifier leur forme (p. ex., le contenu de la pensée, la nature de l'émotion), ce qui a conduit au développement de stratégies de changement contextuelles et expérientielles venues s'ajouter à des techniques plus directement didactiques. Elles encouragent les individus à établir une approche ouverte, consciente, active relativement à la vie (Hayes, Villatte, Levin et Vildebrandt., 2011). Elles visent l'élargissement des répertoires comportementaux, un accroissement de la flexibilité et de l'efficacité plutôt que l'élimination des symptômes. Elles soulignent que les questions sur lesquelles elles se penchent concernent autant les cliniciens que leurs clients (Ngô, T.-L., 2013).

La TCC des troubles de la personnalité

Un des faits marquants de la décennie passée est la confirmation croissante de l'efficacité des TCC dans les troubles de la personnalité. La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2002) et la thérapie cognitive (Cottraux et

Blackburn, 2006) ont démontré leur utilité dans les troubles de la personnalité, en particulier la personnalité borderline et les personnalités anxieuses et peureuses.

La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2002)



La thérapie comportementale dialectique (TCD) est l'une des thérapies les mieux validées dans les écrits scientifiques pour traiter cette clientèle. On recense au moins 13 études randomisées contrôlées (ÉRC) de cette thérapie, répliquées indépendamment des auteurs, dans neuf sites différents et dans six pays (McMain, 2013).

La TCD est un traitement cognitivo-comportemental auquel on a ajouté des stratégies d'acceptation, des stratégies dialectiques et un entraînement à la pleine conscience (PC). Son but est de traiter les gens suicidaires qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline. Elle cible directement les comportements qui menacent la vie, les comportements qui interfèrent avec la thérapie et les autres comportements qui diminuent la qualité de vie (Linehan et al., 2006). La TCD globale vise cinq objectifs:

1) développer les compétences comportementales psychosociales;

- 2) augmenter la motivation à utiliser ses propres compétences via la gestion des contingences et la réduction des pensées et émotions interférentes;
- 3) permettre la généralisation des apprentissages dans l'environnement naturel de la personne ;
- 4) structurer l'environnement de traitement afin de renforcer les comportements fonctionnels plutôt que dysfonctionnels;
- 5) accroître la compétence des thérapeutes et leur motivation à traiter les TPL efficacement (Linehan et al., 2006).

L'atteinte de ces cibles se produit via quatre modalités de traitement soit:

- a) la thérapie individuelle hebdomadaire, qui est le moteur principal de la motivation, de l'application spécifique des compétences et de leur généralisation dans la vie quotidienne ;
- b) les groupes d'entraînement, dont le but est l'acquisition des compétences;
- c) la consultation téléphonique, qui permet la généralisation des compétences, la réparation de la relation thérapeutique, et la prévention des gestes qui menacent la vie ;
- et d) la supervision hebdomadaire avec l'équipe qui soutient le thérapeute, lui permettant de demeurer motivé, dialectique et qui lui permet d'augmenter ses compétences tout en prévenant l'épuisement (Linehan et al., 2006; Soler, Pascual et al., 2009). (Jomphe, J., 2013).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999)

Pour Hayes *et al.* (1999), les pensées, émotions, sensations négatives ne sont pas toxiques en soi pour la santé des êtres humains, leurs comportements ou leur bien-être. Deux contextes psychologiques peuvent créer la toxicité : l'évitement expérientiel et la fusion cognitive. L'évitement expérientiel est la tentative de changer, éviter, éliminer des pensées, émotions ou sensations physiques indésirables (évitement cognitif et comportemental des situations qui peuvent engendrer des expériences internes non désirées). La fusion cognitive est l'identification de l'individu à ses pensées et ses émotions, lorsqu'il ne voit pas

que les pensées ne sont que des pensées et non un reflet de la réalité, lorsque le contenu psychologique domine le comportement. Dans l'ACT, le thérapeute cherche à modifier la relation entre l'individu et ses pensées/émotions/sensations difficiles, afin qu'il ne tente plus d'éviter les symptômes qui deviennent ou ne deviennent pas des événements psychologiques transitoires inconfortables (Harris, 2006). La réduction des symptômes n'est qu'un produit dérivé du traitement. Le but réel est le développement de la flexibilité psychologique (c.-à-d. être en contact avec le moment présent, pleinement, en tant qu'être humain conscient et, selon la situation, modifier ou maintenir le comportement selon les contextes) en ciblant six processus centraux :

(1) la défusion cognitive (percevoir les pensées, les images, les émotions et les souvenirs tels qu'ils sont plutôt que comme ils se présentent) ;

(2) l'acceptation (permettre aux pensées et émotions d'aller et venir sans lutter contre elles) ;

(3) le contact avec le moment présent (conscience et réceptivité au moment présent) ;

(4) l'utilisation du soi observateur (accès au soi transcendant, la conscience de la conscience) ;

(5) les valeurs personnelles (principes directeurs qui nous guident et qui nous motivent dans notre vie, découvrir ce qui est le plus important pour le soi authentique) ;

et (6) l'action engagée (faire ce qu'il faut pour vivre selon nos valeurs, choisir des buts selon les valeurs et les mettre en action de façon efficace) (Hayes *et al.*, 1999).

Le traitement comprend une psychoéducation sur les mécanismes clés de la maladie, des exercices de pleine conscience et de défusion cognitive ainsi que des méthodes comportementales traditionnelles, telles que l'exposition, l'enseignement d'habiletés et la détermination de buts de traitement (Ngô, T.-L., 2013).

La thérapie de pleine conscience mindfulness

La pleine conscience (mindfulness training), autrement dit la thérapie de plénitude de l'éveil, nous renvoie au Bouddha — surnommé « l'Éveillé ». La thérapie de pleine conscience apparaît comme méthode d'appoint pour les patients et de formation pour les thérapeutes, de plus en plus pratiquée à l'intérieur de diverses formes de TCC : l'ACT, la thérapie comportementale dialectique des patients borderline et la thérapie cognitive de la dépression. Elle provient des philosophies orientales, en particulier du bouddhisme, tout en restant attachée à la tradition cognitive (KabatZinn, 2009). (Cottraux J., 2017, p.30).

Jon Kabat-Zinn (1982) a été le premier à développer un programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans une perspective d'intervention psychologique. Aujourd'hui, de nombreuses interventions psychologiques empiriquement éprouvées font référence à cette notion (Shapiro et al., 2006). Parmi celles-ci, certaines articulent des éléments faisant référence à la pleine conscience à d'autres principes thérapeutiques. C'est notamment le cas de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes et al., 1999) et de la thérapie comportementale dialectique (Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993). En outre, des exercices de pleine conscience ont été intégrés dans un certain nombre de protocoles cliniques pour des troubles spécifiques tels que le trouble anxieux généralisé (p. ex., Roemer & Orsillo, 2003; Wells, 2002), l'état de stress post-traumatique (p. ex., Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), l'abus de substance (Breslin, Zack, & McMMain, 2002; Marlatt, 2002) ou encore les troubles alimentaires (p. ex., Telch, Agras, & Linehan, 2001). Cela étant, d'autres interventions sont exclusivement basées sur la pleine conscience, à savoir l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience (MBSR, MindfulnessBased Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT, Mindfulness-Based

Cognitive Therapy; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Ces deux dernières interventions seront abordées plus amplement.

Entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience

La MBSR a été développée par Kabat-Zinn (1982) auprès de patients souffrant d'un problème de santé chronique pour lequel il n'y avait pas de traitement médical satisfaisant. L'intérêt scientifique d'une telle démarche était d'offrir à ces personnes un environnement au sein duquel elles auraient la possibilité d'expérimenter un large éventail de nouvelles méthodes potentiellement efficaces pour atténuer leurs douleurs et les conséquences psychologiques qui en résultent (Kabat-Zinn, 1982; 2003). Plus concrètement, la MBSR est une intervention psychologique structurée en 8 à 10 séances. Des séances hebdomadaires d'une durée de 120 à 150 minutes sont organisées en groupe de 20 à 30 participants. Lors de chacune de ces séances, des exercices¹ méditatifs sont pratiqués, et ce, en dehors de toute référence idéologique ou spirituelle. Chaque séance débute directement par un exercice pratique de pleine conscience d'une durée approximative de 40 minutes. Les participants sont ensuite invités à partager leurs impressions, commentaires et questions au sujet de l'expérience qu'ils ont vécue durant l'exercice. Toute la séance est organisée de manière à ce que les participants soient focalisés sur leur expérience du moment présent. En ce sens, tout discours intellectualisant ou d'abstraction est évité. Les participants échangent ensuite verbalement leurs impressions sur les exercices qu'ils ont dû réaliser à domicile durant la semaine écoulée. La thématique spécifique de la séance est introduite sur la base des commentaires et des réactions des participants. Des exercices nouveaux sont alors introduits. Enfin, la séance se clôture par l'assignation des tâches à domicile. En effet, l'apprentissage de la pleine conscience exige une pratique régulière (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990; 2003). Une corrélation positive a été observée entre les bénéfices retirés et l'intensité de la pratique quotidienne (Astin, 1997). Ainsi, il est demandé aux participants de pratiquer la pleine conscience en dehors des séances, et ce, à raison

d'environ 45 minutes par jour durant six jours sur sept. Pour ce faire, des enregistrements audio sont mis à la disposition des participants au début du programme, bien qu'ils soient progressivement encouragés à s'exercer sans support. Il leur est également demandé d'essayer de pratiquer la pleine conscience lors d'activités quotidiennes, souvent effectuées de manière automatique et sans prise de conscience (p. ex., marcher, prendre une douche ou encore manger). En ce qui concerne les exercices formels du programme, les participants sont invités à prendre conscience de l'objet de l'attention (p. ex., la respiration) et à ramener le focus attentionnel sur cet objet lorsque l'esprit vagabonde (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982). (Heeren, A. & Philippot, P., 2009).

On peut se demander si la troisième vague diffère beaucoup de la deuxième et si elle n'en représente qu'une simple extension avec quelques reformulations des théories et des techniques. Finalement, la principale contribution de la troisième vague restera, peut-être, l'introduction systématique de la thérapie de pleine conscience dans les programmes de TCC et dans la formation des thérapeutes. C'est le sens que l'on peut donner au dialogue intemporel qui s'établit entre un Aaron T. Beck, très scientifique, et le Dalai-Lama, en empathie, au cours du Congrès mondial de thérapie cognitive de Göteborg en 2005. Cet échange montra que spiritualité et science pouvaient se rencontrer dans l'étude de la conscience. Peu après, en 2006, A.T. Beck reçut le prix Lasker, la plus haute distinction médicale américaine. (Cottraux J., 2017, p.30).

2. Déroulement d'une Thérapie Comportementale et Cognitive

Catégorisée fréquemment dans le champ des thérapies brèves, la durée habituelle d'une émotive-cognitivo-comportementale est d'environ six mois à un an en général, pour douze à vingt séances. Celle-ci doit être relativisée en fonction de la personne rencontrée, de sa problématique initiale, des possibles comorbidités associées ou de la présence d'un trouble de personnalité. La thérapie se structure autour de cinq étapes :

1. Le diagnostic clinique et comportemental

Différent et complémentaire du diagnostic clinique élaboré au regard d'une classification nosologique, le diagnostic fonctionnel est établi par un entretien spécifique dédié à l'analyse fonctionnelle émotionnelle, comportementale et cognitive. Celui-ci permet d'identifier les éléments présents et passés en lien avec les comportements-problèmes concrets actuels du patient. Ici, le style du thérapeute est basé sur un questionnement inductif, afin de recueillir les informations les plus larges. En pratique, cette analyse aborde un nombre limité de comportements, d'un à trois dans la majorité des cas, et permet de formuler des hypothèses sur la problématique du patient.

2. Les entretiens d'évaluation

L'évaluation repose en premier lieu sur l'entretien clinique, qualitatif ; celui-ci est complété par des évaluations quantitatives, à distance (échelles et questionnaires à différents temps de la prise en charge) et rapprochées (outils quantitatifs construits ad hoc avec le patient pour mesurer un comportement spécifique et répétés de façon régulière entre les entretiens ; par exemple, il est possible de s'entendre sur une mesure de l'humeur subjective au quotidien, de la fréquence d'un comportement de consommation d'alcool dans la semaine, du nombre de rituels sur un temps donné...).

3. L'information au patient du diagnostic et des résultats de l'évaluation

Le thérapeute décrit les comportements gênants et identifie les éléments qui les renforcent, en mettant l'accent sur les causes actuelles participant au maintien des problèmes.

4. L'établissement d'un contrat thérapeutique

Celui-ci comprend le choix des objectifs à atteindre et le plan de traitement, en choisissant les moyens et les stratégies thérapeutiques les plus pertinents.

5. Les entretiens thérapeutiques

La relation est primordiale et participe le plus largement aux effets cliniques de la thérapie. Cette relation thérapeutique suppose une collaboration active entre patient et thérapeute.

Habituellement, la durée des entretiens est de 30 à 60 minutes, avec une fréquence hebdomadaire au début. La structure conventionnelle des entretiens est importante : synthèse de la semaine et de la réalisation des tâches entendue lors de la séance précédente, choix d'un thème à analyser en séance puis, finalement, prescription de tâches pour la semaine à venir.

La thérapie est centrée sur l' « ici et maintenant » (le passé est pris en compte dans la mesure où il apporte des éléments favorisant la compréhension des troubles actuels) et nécessite un rôle actif de collaboration du patient (l'évaluation de la motivation et de l'implication est essentielle). Egalement, dans le cadre général d'une prise en charge TCC (recueil des informations et déroulement de la prise en charge thérapeutique), le thérapeute se caractérise par un style directif (il recherche de façon directe les informations lui permettant une conceptualisation du cas du patient), objectif et expérimental (il utilise un raisonnement inductif à partir de l'enregistrement des données recueillies). Dans son attitude, il fait preuve de chaleur, d'écoute, de tolérance et d'empathie.

Schématiquement, les deux premières séances permettent la collecte des renseignements concernant le patient et la présentation par le thérapeute des modalités de pratique des thérapies cognitivo-comportementales. Les deux séances suivantes sont consacrées à l'analyse fonctionnelle.

Après recueil des données et de l'analyse fonctionnelle, le thérapeute élabore des hypothèses sur les facteurs de maintien ou de diminution du comportement-problème, en termes de renforcements positifs ou négatifs. Le thérapeute propose ainsi une modélisation du trouble du patient et l'informe de celle-ci, l'accord du thérapeute et du patient est en effet essentiel. Cette étape permet l'élaboration

d'hypothèses de travail et la proposition d'un contrat thérapeutique explicite qui en découle, écrit ou non, et dans lequel apparaissent les buts thérapeutiques visés et les moyens techniques proposés pour y parvenir. Dans l'approche TCC, la sélection des interventions thérapeutiques se fait en effet en fonction des hypothèses fonctionnelles de la compréhension des troubles.

Il est à noter également que, en fonction de l'évolution de la thérapie, il est possible d'effectuer de nouvelles analyses fonctionnelles, soit pour un même comportement –problème si la proposition thérapeutique n'est pas efficace, soit pour un autre comportement-problème qui sera abordé de façon séquentielle.

Enfin, concernant l'évaluation de l'évolution du patient dans le cadre de la prise en charge, celle-ci se fait avant, pendant et après l'intervention thérapeutique. Cette évaluation est basée sur le retour subjectif du patient, le regard clinique du thérapeute et, en complément, par l'utilisation de questionnaires et d'échelles. Ces évaluations répétées permettent la validation ou non des hypothèses cliniques de départ (Chapelle F. & al., 2014, pp.6-9).

a- Analyse fonctionnelle

Le but de l'analyse fonctionnelle est de déterminer pour une séquence comportementale, les facteurs de déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné. Il est donc nécessaire d'effectuer des mesures ; autrement dit un enregistrement pendant une certaine durée des comportements observables, susceptibles d'être comptés. Principalement trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, le système physiologique et émotionnel.

L'analyse comportementale en clinique

a) Le schéma SORC

L'analyse comportementale applique à la situation problème le schéma **Stimulus-Organisme-Réponse-Conséquences (SORC)**

Prenons le cas d'un patient qui vient en se plaignant d'une impuissance :

On peut se poser la question des causes qui déclenchent son comportement et l'entretiennent aux quatre niveaux du schéma

- **Stimulus** : la partenaire est-elle celle que le patient souhaite ? A-t-elle changé ? Y a-t-il lassitude dans ce couple ?
- **Organisme** : présente-t-il une déficience organique ? Par quel mécanisme a-t-il acquis le comportement problème ? Et quels sont les relations entre le comportement problème et les émotions ?

L'analyse de « O » (organisme) pourrait continuer par l'analyse de ses cognitions. Quelles sont ses croyances en matière de sexualité ? Y a-t-il des monologues intérieurs consistant à anticiper un échec ?

- **Réponse** : quel est son niveau de performance tel qu'il le décrit mais aussi tel qu'il le vit ? Ressent-il de l'angoisse avant les rapports sexuels ?
- **Conséquence** : Est-il correctement renforcé lorsqu'il effectue un comportement sexuel qui se rapproche des rapports sexuels satisfaisants ?

En pratique, l'analyse comportementale consistera en l'étude des récits circonstanciés effectués par le patient, et par sa partenaire, s'il y en a une au moment de la consultation. On complètera l'analyse fonctionnelle par des tests psychologiques et des échelles d'évaluation.

b) La grille SECCA

Cottraux a mis au point la grille d'analyse fonctionnelle SECCA qui regroupe les éléments :

(S)timulus

(E)motion

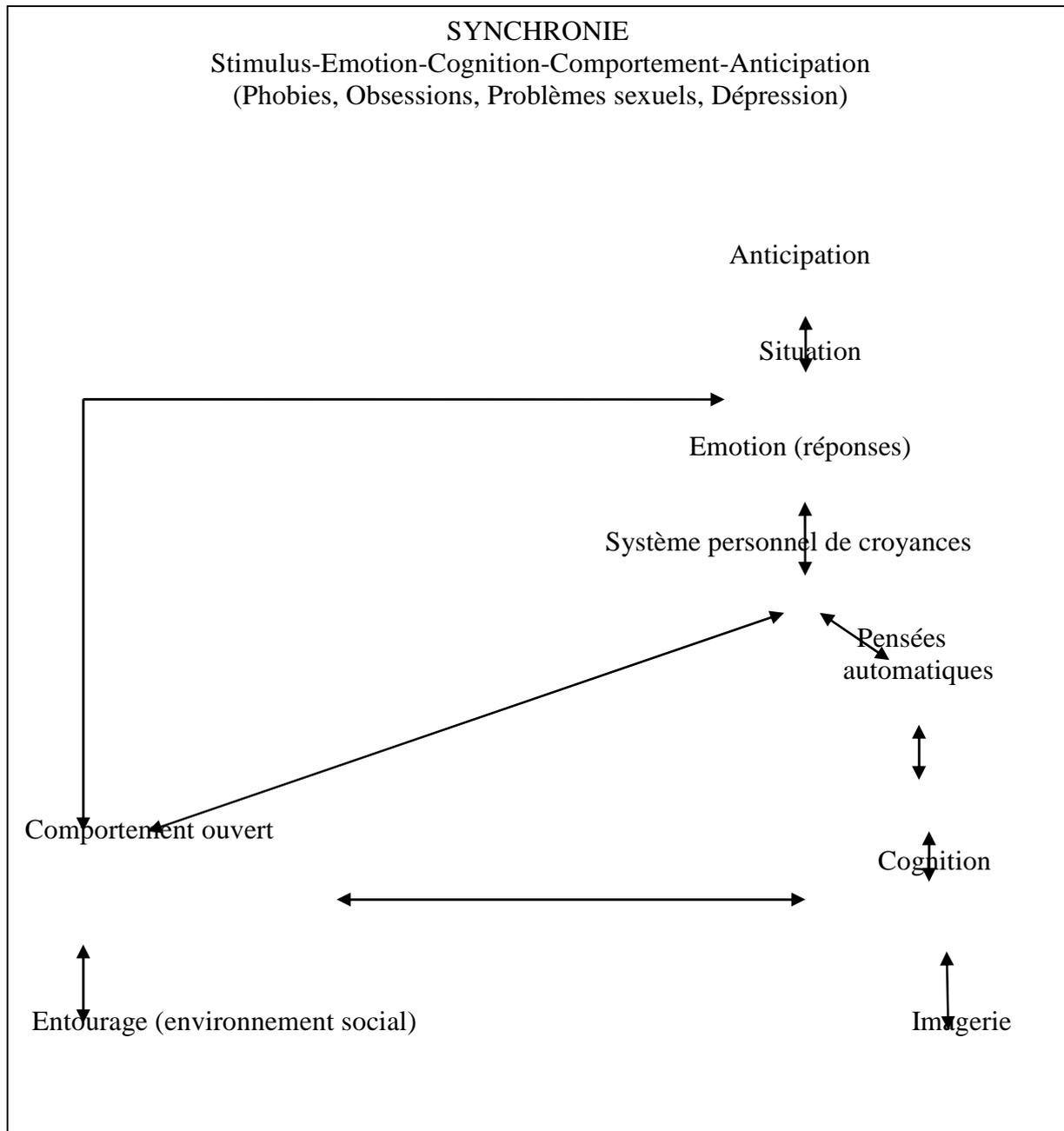
(C)ognition (pensées, images mentales, systèmes de croyance)

(C)omprtement

(A)nticipation

Elle comprend une partie synchronique (actuelle) qui permet d'analyser une séquence comportementale stimulus-émotion-cognition-comportement-

anticipation et leurs relations avec l'entourage social. Et une partie diachronique (historique) qui permet de structurer l'histoire passée du patient.



Grille d'analyse fonctionnelle SECCA (Cottraux, 1996)

DIACHRONIE

Données structurales possibles

- Génétiques
- Personnalité

Facteurs historiques de maintien

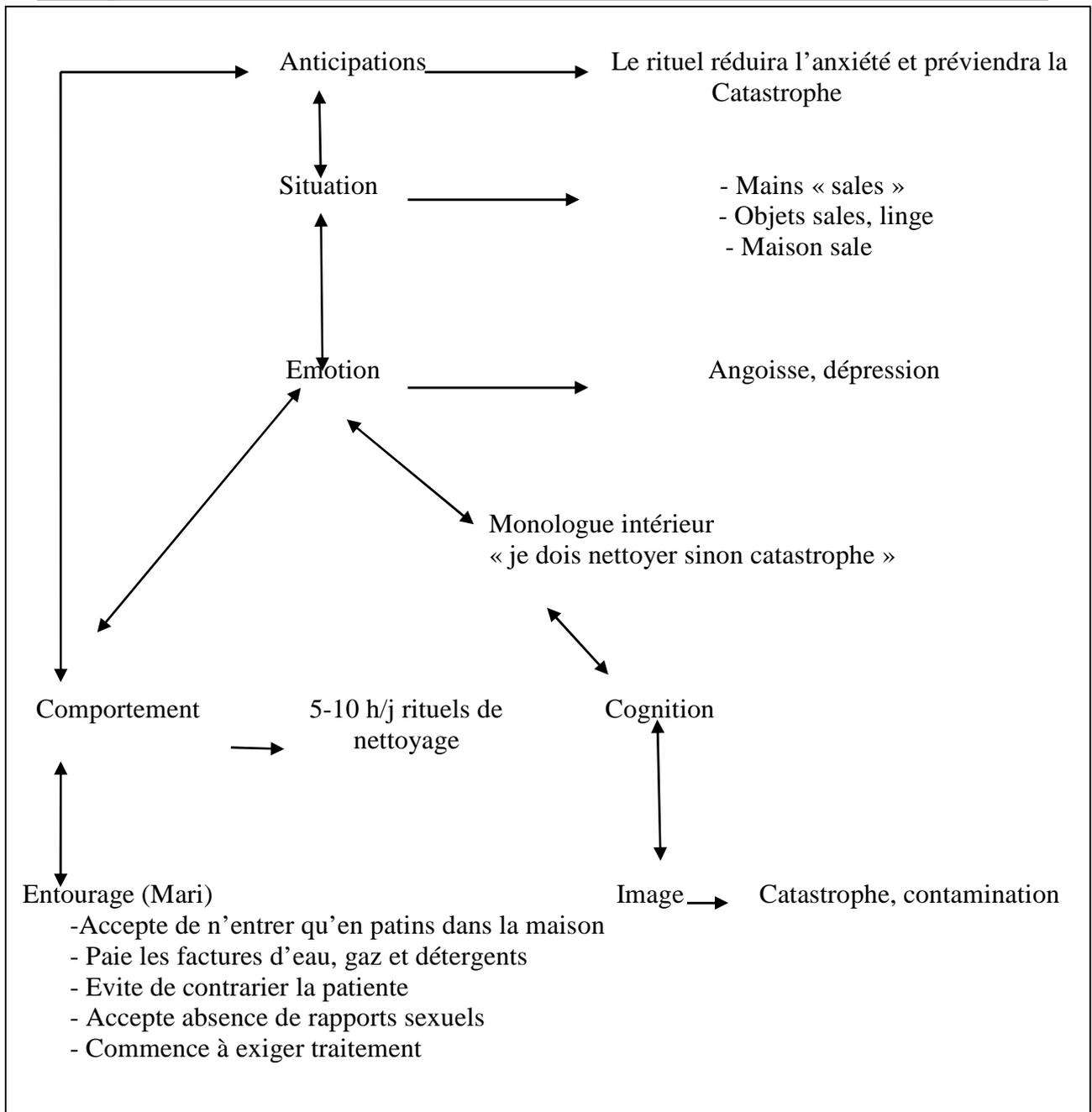
Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Evénements précipitants les troubles

Autres problèmes

Traitements précédents

Maladies physiques



Exemple d'analyse fonctionnelle d'une obsessions-compulsion chez une femme

L'entretien d'analyse fonctionnelle et ses caractéristiques

L'analyse fonctionnelle n'est pas effectuée d'emblée mais en général au deuxième entretien. Le premier entretien est plus occupé par une prise de contact, l'établissement d'une relation, la mise en place ou la vérification d'un diagnostic, et finalement l'étude de la faisabilité d'une thérapie.

Une fois les possibilités d'un traitement établies, l'on passe à l'étape suivante : l'entretien d'analyse fonctionnelle

Ses caractéristiques : il est directif, c'est-à-dire dirigé vers le recueil de données précises concernant le ou les comportements-problèmes que présentent le patient :

1. Depuis quand a lieu le comportement problème ?
2. Où ?
3. Quand ?
4. Comment ?
5. Combien de fois par unité de temps choisie ?
6. Avec qui ou quoi ?
7. Qu'est-ce qui précède le comportement-problème ?
8. Qu'est-ce qui diminue le comportement-problème ?
9. Qu'est-ce qui augmente le comportement-problème ?
10. Qu'est-ce qui inhibe le comportement-problème ?

Ce sont les principales relations entre l'environnement et le comportement qui sont à préciser dans tous les cas.

La chaleur, la capacité d'écoute, la tolérance, l'empathie, l'objectivité sont certainement parmi les traits de comportement ceux que chaque thérapeute cherche à mettre en œuvre. D'une façon générale, les patients perçoivent les

thérapeutes comportementalistes et cognitivistes, par rapport aux psychothérapeutes classiques, comme étant plus ouverts, plus chaleureux, plus près des problèmes du patient et de la réalité, plus orientés sur les résultats, mais aussi plus directifs.

Le thérapeute cherche activement à faire prendre le rôle actif au patient vis-à-vis de ses troubles. Le thérapeute lui signifie qu'ils sont très probablement réversibles et cherche à développer chez lui un comportement d'affirmation de soi, et à faire décroître les croyances irrationnelles, et les monologues intérieurs défaitistes (« je n'arriverai jamais à rien, je ne vauds rien »).

Le thérapeute se centre sur l'ici et maintenant dans la relation avec le patient. C'est le présent qui est en cause. Mais le passé n'est pas négligé. Sur le plan pratique, le travail avec le passé n'a de sens que pour modifier le comportement présent.

Travailler avec la motivation : celle du thérapeute comme celle du patient. Cela peut se faire facilement en précisant les attentes des deux parties. Il s'agit de promouvoir chez le patient une attitude active, de définir une hypothèse de travail efficace, prédictive, et de mettre en œuvre une technique dans un climat relationnel positif.

L'enregistrement des données. Il est évident qu'un matériel stable d'enregistrement des données est nécessaire pour conserver les mesures effectuées et leur traitement statistique ultérieur.

Enfin, il faut souligner que toute analyse fonctionnelle prend du temps, au moins deux heures (Mirabel-Sarron C. & Véra L., 2004).

b- Le contrat thérapeutique

Dans tous les cas, le contrat thérapeutique définit les objectifs de la TCC; il reste singulier à chaque patient, adapté à sa vie, son histoire, ses antécédents, conformément aux données de l'analyse fonctionnelle.

Exemple de contrat thérapeutique d'une attaque de panique avec agoraphobie obsessions-compulsion chez une femme

• Modalités thérapeutiques

- L'objectif de la thérapie est le traitement des attaques de panique avec agoraphobie afin de pouvoir envisager une reprise du travail et de vie sociale
- Dans un 2^{ème} temps, le thérapeute propose de traiter l'agoraphobie par expositions graduelles aux situations anxiogènes (en imagination puis in vivo) en ayant recours au contrôle respiratoire ou à la relaxation.
- Le contrat précise également les modalités pratiques de la TCC. Il comprend d'emblée une approximation de la fréquence et du nombre de séances: ici, le thérapeute estime qu'une quinzaine de séances espacées chacune d'une quinzaine de jours seront nécessaires.

◎ Exemples d'objectifs à atteindre

La patiente liste les situations anxiogènes en les hiérarchisant, de la plus facile à appréhender à la plus difficile. Elle évalue ensuite le degré d'appréhension anxieuse de chacune d'elles en les notant de 0 à 100:

- Faire des efforts physiques (20/100)
- Aller seule dans un supermarché et y rester au moins une heure (30/100)
- Aller seule dans un quartier inconnu avec l'autobus (40/100)
- Manger chez des amis et rester à table le temps du repas (50/100)
- Manger au restaurant avec des amis et rester à table le temps du repas (60/100)
- Apprentissage du contrôle des sensations physiques ressenties au cours d'une attaque de panique à l'aide de la relaxation

- Exposition en imagination à la situation la moins anxiogène en pratiquant la relaxation

Contenu des séances

- Apprentissage en séance d'une technique de contrôle ventilatoire
- Apprentissage de la relaxation selon la méthode de Jacobson et remise d'une cassette enregistrée afin qu'elle puisse s'entraîner

3. Les techniques thérapeutiques

Plusieurs techniques sont utilisées en TCC, elles appartiennent au registre comportemental, cognitif et émotionnel. On citera dans ce qui suit quelques techniques (étant donné que le module de psychothérapie en M2 aura comme objectif la description des différentes techniques utilisées en psychothérapie).

➤ **Exposition**

L'exposition comportementale consiste à aider les patients à affronter progressivement les situations anxiogènes.

La désensibilisation systématique: l'apprentissage d'un comportement pouvant réduire l'anxiété lors d'un stimulus anxiogène permet de réduire les liens entre l'anxiété et ce stimulus. Ce sont les techniques de relaxation qui sont utilisées dans ce cadre-là.

L'exposition cognitive: il s'agit ici de se confronter à des pensées angoissantes comme c'est le cas dans l'anxiété généralisée ou lors d'obsessions pures.

➤ **Affirmation de soi**

Il s'agit d'un ensemble de techniques à visée à la fois comportementale et cognitive: des méthodes d'affirmation de soi(assertive training) et de développement de la communication et de la compétence dans les relations sociales(social skills training)

Le **jeu de rôle** est la technique essentielle en affirmation de soi, il peut avoir lieu soit en individuel soit en groupe.

Il est une voie royale pour l'acquisition de nouveau comportement d'affirmation de soi

La relaxation

Elle vise par différents moyens physiques et/ou psychiques à obtenir un bien-être général du corps et de l'esprit, la décontraction musculaire et la détente de l'esprit, à entrer en contact avec soi-même pour mieux se connaître, gérer ses émotions et plus largement à établir une meilleure communication avec les autres.

Conclusion

En conclusion, on peut dire qu'en raison d'un nombre important d'essais contrôlés et de méta-analyses, la TCC apparaît actuellement comme la forme de psychothérapie la mieux validée, selon les principes de la médecine fondée sur des preuves.

Bibliographie

1. Chambon O. & Marie-Cardine M. (2003). Les bases de la psychothérapie, Dunod, 2^{ème} édition, Paris.
2. Chapelle F., Monié B., Poinsot R. Rusinek S. & Willard M. (2014). Thérapies Comportementales et Cognitives, Dunod, 2^{ème} édition, Paris.
3. Clément C. (2006). Apprentissage et conditionnements, Paris, Dunod.
4. Cottraux J. (1996). Les psychothérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris.
5. Cottraux J. (2011). Choisir une psychothérapie efficace, Odile Jacob, Paris.
6. Cottraux J. (2017). Les psychothérapies cognitives et comportementales, Elsevier Masson, 6^{ème} édition, Paris.
7. Fontaine O. (1978). Introduction aux thérapies comportementales (behavior therapies), Éditions Mardaga, Bruxelles.
8. Fontaine O. & Fontaine P. (2006)., Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive, Retz, France.
9. Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. Santé mentale au Québec, 38 (2), 83–109.
<https://doi.org/10.7202/1023991ar>
10. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
[Google Scholar 10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=fr&user=10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
11. Hayes, S. C, Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy : model, processes and outcomes. *Behavioural Research and Therapy*, 44, 1-25.
[Google Scholar 10.1016/j.brat.2005.06.006](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=fr&user=10.1016/j.brat.2005.06.006)
12. Heeren, A. & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14, 13-23.
13. Parot F., Fouré L. & Demazeux S. (2011). Les psychothérapies, Fondements et pratiques, Belin.
14. Malcuit G., Granger, L., & Laroque, A. (1972). Les thérapies behaviorales. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
15. Marmion J-F. (1958). Le comportementalisme se fait thérapeutique, L'histoire de la psychologie en 100 dates, Johannesburg.

16. Meichenbaum D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New-York: Plenum Press.
17. Mirabel-Sarron C. & Véra L. (2004). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Dunod, 2^{ème} édition, Paris.
18. Ngô, T.-L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38 (2), 35–63. <https://doi.org/10.7202/1023989ar>
19. Moro M. R. & Lachal C. (2012). *Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications*, Armand Colin, 2^{ème} édition, Paris.
20. Rouault L. (2012). Les enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination pourraient-ils bénéficier d'une approche top-down ?, *Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État d'ergothérapeute*, Bordeaux.