

Mise au Point

Les thérapies comportementales et cognitives

Dr Mirabel-Sarron C.

Les thérapies comportementales et cognitives sont de plus en plus populaires, elles font l'objet de nombreux livres grands publics, d'émissions de télévisions et de radio et peuvent apparaître aux non initiés bien simples, stéréotypées et naïves. Mais quelles sont elles ? Dans quels domaines sont elles appliquées ? Quelles sont leurs bases théoriques ? Comment se déroulent elles ? Quand y penser ? Comment poser l'indication ?

Qu'est-ce que sont les thérapies comportementales et cognitives ?

Il s'agit d'une démarche psychologique proposée depuis les années 1920 qui découle directement du savoir scientifique issu de la psychologie expérimentale dans les domaines des émotions, et de l'apprentissage des comportements de l'être humain.

Les différents acquis de la psychologie scientifique ont ainsi modelé au fur et à mesure la démarche comportementale et cognitive qui continue d'ailleurs à évoluer avec les résultats récents des sciences cognitives.

C'est ainsi que ces thérapies se sont tout d'abord appelées comportementales puis dès les années 1970 grâce aux données sur les cognitions entendues comme mode de pensée, conscient, automatique accompagnant l'expérience émotionnelle que ces thérapies prennent l'appellation de thérapie comportementales et cognitives ou TCC. Elles abordent ainsi le champ émotionnel tant sous l'angle du comportement que de la pensée.

Ces thérapies s'appliquent aujourd'hui à de nombreux champs médicaux et non médicaux : si historiquement la psychiatrie de l'enfant avec les troubles phobiques invalidants a été la première à bénéficier de cette approche scientifique, elle s'est ensuite appliquée à d'autres

souffrances psychologiques de l'enfant et de l'adulte portant la nom de psychothérapie comportementale et cognitive.

Ce sont alors des psychothérapies verbales dont le but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes.

De ce fait l'approche comportementale et cognitive est une démarche d'apprentissage pendant laquelle de nouvelles habiletés sont acquises pour mieux faire face aux émotions.

La médecine générale est alors vite concernée et prend naissance une nouvelle discipline la médecine comportementale. La démarche comportementale s'applique alors à une meilleure gestion, de l'hypertensions artérielle essentielle, des céphalées de tension, des douleurs chroniques en général, des troubles du sommeil, de toutes les conduite addictives (prise excessive de boissons alcoolisées, tabac, boulimie).

Au côté des applications médicales, la démarche comportementale et cognitive a beaucoup séduit le milieu de l'entreprise, et le domaine du sport à haut niveau afin de pouvoir donner aux cadres et aux sportifs des moyens utiles pour mieux faire face aux situations de stress(Samuel-Lajeunesse et al 2004).

Au total la démarche comportementale et cognitive est appliqué e dans de très larges domaines, soit comme une discipline psycho-éducative, soit comme une psychothérapie en fonction d'une visée préventive des troubles ou curative d'un désordre émotionnel invalidant.

Quelles sont les caractéristiques de la démarche comportementale et cognitive ?

Il s'agit d'une démarche psychologique qui a pour spécificités:

- l'attention tout d'abord portée sur les aspects actuels de la souffrance de l'individu et des conditions environnementales.
- Une relation thérapeute-patient très interactive, collaborative, dans laquelle chacun échange ses points de vue dans le but de résoudre au mieux les difficultés du sujet.

Le thérapeute très empathique, ouvert, participatif construit avec le patient une alliance thérapeutique forte facilitant l'acquisition d'outils psychologiques utiles à la gestion émotionnelle.

- L'évaluation clinique et psychologique effectuée avant le démarrage de la thérapie, puis renouvelée en fin de contrat thérapeutique. Elle permet de mesurer les améliorations obtenues.
- Des modalités de traitement, clairement définies dans un contrat thérapeutique. Ces La thérapie ne s'arrête pas aux séances avec le thérapeute, un travail quotidien est demandé au patient appelé « tâches à domicile » qui sont définis pendant l'entretien,, directement en rapport avec la thématique débattue et avec l'outils psychologique que le patient a besoin d'apprendre.
- La notion de « carnet de thérapie » est un support papier ou électronique utilisé par le sujet pour prendre des notes libres pendant les séances, si il le souhaite, puis effectuer entre chaque entretien les tâches demandées.
- Ce carnet est strictement privé, il est la propriété du patient (il peut être écrit en langue étrangère, en sténo, vocalement, ...).

Comment poser une indication de TCC ?

Comme pour toute démarche d'aide psychologique, l'indication de thérapie est posée après plusieurs entretiens préliminaires (Vera, Mirabel-Sarron 2004). Un premier temps consiste en un recueil de données cliniques, anamnestiques, des attentes du sujet.

Ces premières données peuvent être complétées par la passation de questionnaires psychologiques dans e but de préciser certains aspects.

Cet entretien clinique est complété par une démarche spécialisée appelée analyse fonctionnelle et qui ne peut être pratiquée qu'après une formation»solide en thérapie comportementale et cognitive (instituts d'enseignement en tcc, ou Diplômes universitaires

D.U ou DU en deux ou trois années). Cette analyse fonctionnelle se déroule pendant un ou deux entretiens en face à face selon une méthodologie qui permet une analyse synchronique et diachronique des difficultés du patient. Elle se conclue par une conceptualisation de la souffrance psychologique de la personne et propose une hypothèse fonctionnelle de la constitution et du maintien des comportements qui posent problème au sujet.

Cette hypothèse de compréhension de la souffrance est discutée avec le patient, elle permet ensuite de choisir les orientations thérapeutiques. Ainsi c'est seulement à partir de ces hypothèses que le thérapeute peut proposer ou non une démarche de thérapie tcc. Dans l'affirmative, il choisira parmi l'ensemble des méthodes thérapeutiques possibles celles qui semblent le mieux convenir au patient.

Au total, il s'agit par conséquent d'une thérapie structurée, centrée par des objectifs comportementaux évaluables, orientés vers le présent et le futur.

réponses comportementales ou cognitives inadaptées, par conditionnement un certain nombre
Quelles sont ses Indications :

Il y a une vingtaine d'années, la majorité des publications sur les interventions thérapeutiques TCC avaient trait aux troubles anxieux phobiques.

Mais l'adjonction des données cognitives a permis d'élargir le champ d'action des TCC à d'autres troubles émotionnels.

Dés les années 1970 la TCC est proposée dans le traitement des épisodes dépressifs d'intensité modérée. Dix ans plus tard elle est indiquée dans la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs résistants aux traitements pharmacologiques. Depuis les années 1990 elle n'est plus considérée comme une alternative aux traitement pharmacologique mais comme une thérapie complémentaire qui permet d'après les études publiées de réduire plus rapidement la symptomatologie et de réduire les rechutes.

En médecine comportementale elle est envisagée au côté du traitement médicamenteux comme une stratégie d'autocontrôle, de meilleure gestion de soi. Les addictions ont concerné le domaine des TCC à partir des années 1985, mais toujours au sein d'un travail d'équipe. La démarche TCC se conçoit alors au sein d'une prise en charge multidisciplinaire, dont elle ne constitue qu'un des ingrédients. Dans ces programmes multifocaux, l'évaluation individuelle du patient définira la part de l'approche TCC. Ainsi certains patients fumeurs, ou boulimiques, ou dépendants à l'alcool auront beaucoup d'éléments comportementaux et cognitifs et d'autres moins

Dans un même état d'esprit ont été proposés des programmes de réhabilitation pour des patients psychotiques chroniques qui se construisent en modules successifs, thématiques, qui facilitent la réinsertion des patients.

Toutes les dernières indications comprenant les addictions, la réhabilitation des patients psychotiques, les troubles de la personnalité (en particuliers border-line), et les troubles bipolaires conçoivent la thérapie TCC au côté du traitement médicamenteux en incluant une grande part psycho-éducative sur la maladie et ses conséquences psychosociales.

L'histoire a donc placé les indications des TCCs d'un gradient où dans l'indication première des phobies la TCC peut être utilisée, seule avec une grande efficacité. Par la suite avec l'abord de troubles plus complexes, plus intenses elle devient un moyen complémentaire de traitement qui optimise les résultats thérapeutiques. Depuis une bonne dizaine d'années c'est son action préventive des rechutes qui mobilise les intérêts aussi bien dans les troubles émotionnels que dans les addictions.

Quelles sont les bases théoriques ?

Les différentes interventions thérapeutiques ont été déduites des résultats de la psychologie expérimentale, qui postulait que les comportements humains peuvent être acquis et maintenus par certaines lois psychologiques dont les lois du conditionnement classique, opérant et social

. Ces mécanismes d'apprentissage sont forts utiles et permettent à tous les individus dès leur enfance, d'apprendre un ensemble de comportements utiles, fonctionnels (leur comportement alimentaire avec sa diversité, la lecture, l'écriture, l'apprentissage aux sports, ..).

Rappelons brièvement ces notions et leurs influences sur le comportement normal et pathologique.

Les premières thérapies dites de « déconditionnement » ont été définies à partir de la réponse conditionnelle décrite par Pavlov (ou conditionnement classique de type I) qui postule qu'une réponse anxieuse à un objet ou à une situation se développe secondairement à l'association entre la peur et un stimulus neutre.

Par exemple, Jeanne (36 ans) consulte pour une phobie des transports en commun qui a débuté au printemps et qui l'empêche arrivée à l'été de prendre toutes sortes de transport : RER, métro, autobus, train,... et l'amène à se rendre sur son lieu de travail à pied, soit 90 minutes environ matin et soir. Les troubles ont débuté brutalement il y a trois mois . en reprenant l'histoire de la maladie Jeanne nous décrit qu'elle est sur le quai du métro, a très mal à la tête. Elle sent tout tourner, a peur d'avoir soudainement un malaise quand la rame du métro arrive. Elle monte dans le wagon. Les sensations de malaises s'accroissent. Elle est obligée de descendre à la station suivante tellement son inconfort est inquiétant et appelle son mari qui vient la chercher. Dès cet épisode, Jeanne ne pourra plus reprendre le métro.

Par ressemblance, des stimuli et par contiguïté tous les moyens de transport en communs ne pourront plus être pris par cette jeune femme. La généralisation de la réaction conditionnelle se réalise en trois semaines. Même si le diagnostic d'infection virale est fait par le médecin traitant (expliquant très logiquement les céphalées, les sueurs, l'inconfort physique, ..), il ne suffira pas d'interrompre la phobie (même si l'origine du malaise physique est identifiée). Si Jeanne se souvient du début de ses troubles pour beaucoup d'autres patients phobiques dont le mal-être est souvent bien plus ancien, le souvenir de la scène initiale est rare. En effet i ne

s'agit pas d'un épisode traumatique, mais de l'association à un même moment d'une peur d'un malaise physique dans un lieu ou un contexte qui deviendra dès lors phobogène.

En pratique plusieurs modalités thérapeutiques se focalisent sur le lien établi entre l'anxiété et le stimulus source. Ce sont des stratégies dites « d'exposition ». Elles sont désignées par différents qualificatifs selon leurs modes de réalisation. Ainsi l'exposition travaillée en imagerie mentale s'intitule désensibilisation systématique, celle pratiquée en présence du thérapeute, en situation réelle est dite in vivo.

Les expositions sont considérées comme des techniques de réduction des peurs et des phobies par déconditionnement d'une réponse apprise. Le plus souvent, le thérapeute apprend au patient une réponse inhibitrice des processus de peurs par l'intermédiaire de la relaxation. En effet, la réponse physiologique de relaxation est antagoniste de la réponse de stress. Ce processus de changement est intitulé « principe d'inhibition réciproque ». Ces démarches d'exposition ont été largement utilisées pour tous les troubles phobiques de l'adulte et de l'enfant avec de très bons résultats.

Le deuxième paradigme expérimental majeur est représenté par le conditionnement opérant décrit par Skinner qui montre que le comportement d'un individu est modifié par ses propres conséquences. Il existe donc une relation fonctionnelle entre le comportement et les conséquences qui le suivent, appelées « renforcement par l'auteur ».

Dans la vie courante, ce mécanisme est très utilisé dans toutes les techniques pédagogiques comme dans les apprentissages des langues étrangères, mais aussi dans les stratégies que nous utilisons pour réguler notre poids. Si le poids indiqué sur la balance semble excessif alors la personne diminuera sa ration alimentaire jusqu'à ce que en conséquence son poids diminue. Ce processus infiltre toute notre vie, et également notre communication avec les autres.

Jean, 40 ans, ne peut pas prendre la parole en réunion professionnelle tellement il se sent mal. Il tremble, son cœur bat très vite... Par anxiété, il apprend à éviter les situations sociales. Il trouve pleins de stratagème, il se fait remplacer en mettant en valeur ses jeunes collaborateurs, il ne fait que des propositions de groupe jamais personnelles, mais son avancement hiérarchique ne lui permet plus de feinter et il vient demander de l'aide.

Son comportement d'évitement des situations sociales est renforcé positivement car il réduit sa réponse anxieuse.

Cet exemple illustre pour les phobies que les deux premiers mécanismes peuvent s'associer dans le temps et maintenir ainsi la souffrance phobique.

Il a acquit sa peur de parler en public par réaction conditionnelle soit le mécanisme 1, et maintien depuis plusieurs années cette anxiété par le mécanisme 2 que nous venons de décrire.

Les interventions thérapeutiques consistent à diminuer l'évitement en utilisant , par exemple, des activités plaisantes dans les situations anxiogènes afin de produire une extinction du comportement invalidant.

La troisième contribution fondamentale est celle de Bandura qui décrit les mécanismes sophistiqués de l'apprentissage social qui repose sur le principe d' « imitation d'un modèle ». L'apprentissage social fonctionne dès notre petite enfance et nous imitons en permanence un modèle. Revenons à notre comportement alimentaire, nous l'avons appris par imitation de nos proches, en les observant, en regardant leurs émotions exprimées par leurs visages en mangeant, en écoutant leurs conseils, toutes sortes d'informations non verbales et verbales qui proviennent d'un modèle que nous imitons. Les parents étant souvent le premier modèle suivi des pairs, des amis...

Ce « modeling » est utilisé en thérapie par l'intermédiaire du jeu de rôle, de vision de films ou en imagination. Certaines caractéristiques précises du modèle sont nécessaires afin que l'imitation puisse se réaliser (âge, niveau d'expression verbale, origine culturelle, ...).

Un défaut d'apprentissage social est, par exemple, à l'origine de phobies sociales. Ce trouble anxieux très fréquent dans la population générale se manifeste au moment de la relation social à l'autre. L'intervention thérapeutique peut être un entraînement aux habiletés sociales, une thérapie d'affirmation de soi, des expositions aux situations sociales selon chaque cas particuliers.

Au cours de l'analyse fonctionnelle de la phobie sociale de Jean ont été mis en évidence non seulement des mécanismes de conditionnement classique et opérant mais aussi un défaut d'apprentissage social. Elevé dans un milieu familial très protecteur, les contacts familiaux sont quasi-absents.

La quatrième et dernière contribution vient de la psychologie cognitive et son paradigme du « traitement de l'information ». La psychologie cognitive ayant montré que dans l'expérience émotionnellement vécue interviennent non seulement des facteurs physiologiques (battements cardiaques, sueurs, tensions, ..) mais aussi des facteurs idéiques ou « cognitions » qui influencent directement notre comportement.

Jean est très tendu, il a tout essayé pour éviter de faire lui-même l'exposé vendredi soir devant quarante personnes, mais rien à faire il doit y aller, déjà une heure avant il est tendu, agité, il se sent raide, et se dit intérieurement « je ne trouverai pas mes mots », « ils ne me rateront pas à la moindre erreur », « je vais bafouiller », autant de pensées qui ne font que contribuer à augmenter ses tensions, ses doutes, son mal-être.

Ainsi il a été montré que chez l'anxieux, chez le sujet déprimé il existe différentes altérations des activités cognitives qui se régulent avec la rémission des troubles. Si après disparition

totale des troubles cliniques des altérations du traitement de l'information persistent elles prédisent un haut risque de rechutes.

La démarche thérapeutique cognitive vise à mettre à distance les verbalisations anxieuses ou dépressives qui influencent le comportement de l'individu puis à mettre à jour avec le patient les schémas cognitifs à l'origine de la vulnérabilité émotionnelle.

Les schémas cognitifs sont des structures acquises par apprentissage dans l'enfance qui pour nous tous guident nos attitudes, nos relations aux autres. On distingue des schémas de procédure (aller au restaurant, par exemple, qui comprend toutes les étapes comportementales qui nous amènent à gérer automatiquement cette situation), des schémas émotionnels acquis dans les interactions précoces.

Certains de ces schémas sont inadaptés à la vie adulte. La thérapie amène le patient à identifier ses schémas de vulnérabilité pour mieux les gérer par la suite.

L'analyse fonctionnelle de la souffrance sociale de Jean soulèvera trois hypothèses cognitives que la thérapie précisera « je dois être au niveau », « je ne suis pas comme les autres » et « si je ne fais pas les choses bien, alors je risque d'être rejeté ».

Ces trois hypothèses cognitives seront précisées, voire reformulées pendant la thérapie.

L'exemple de Jean illustre bien que l'acquisition de son trouble anxieux phobique provient de différents mécanismes d'apprentissage qui conjugués ensemble ont maintenu les troubles jusqu'à aujourd'hui. La proposition thérapeutique TCC intégrera tous ces ingrédients.

Quelle est la motivation du patient à la thérapie comportementale et cognitive ?

Le patient informé, est tenté par une thérapie qui est structurée, avec des objectifs et qui fait partie des thérapies brèves. En moyenne une quinzaine de séances après les entretiens d'évaluation sont nécessaires. Ces entretiens se répartissent souvent sur une petite année. Cependant, comme nous l'avons mentionné, la thérapie comportementale et cognitive n'est pas indiquée pour tous. Elle répond à des indications cliniques assez larges, certes

aujourd'hui. C'est seulement l'analyse fonctionnelle achevée qu'une indication pourra être discutée. Un dernier ingrédient faisant partie de l'analyse fonctionnelle est également déterminant la motivation du patient.

En effet, comme toute thérapie psychologique, la thérapie comportementale et cognitive est une initiative personnelle, qui requiert de prendre du temps pour soi et pour évoluer.

Dans une relation coopérative, le patient a construit son contrat thérapeutique, comprenant des objectifs, il tient généralement un carnet de thérapies et un travail personnel est demandé entre chaque séance, en relation avec les propos échangés en entretien.

En théorie psychologique il est classique de distinguer des patients avec une forte motivation intrinsèque, opposés à ceux de motivation extrinsèque. Rappelons que la motivation intrinsèque ou autodétermination sans pression externe où la personne demande une thérapie pour elle-même et en ressent le besoin dans le but d'améliorer ses relations sociales. Désir de se connaître elle-même.

Dans la motivation extrinsèque, la demande est motivée par une pression externe, souvent familiale.

L'évaluation de la motivation du patient au changement est incontournable et très approfondie. Au total les thérapies comportementales et cognitives représentent des démarches d'aide psychologiques structurées, facilement utilisables par le patient et dont les résultats thérapeutiques sont très favorables. Si le résultat attendu d'un patient phobique est une diminution voire une rémission totale de sa phobie, il ne s'agit pas pour autant d'enlever un symptôme comme il pourrait en apparaître, mais de développer chez ce patient différentes compétences psychologiques qu'il utilisera et qui rendra la phobie de moins en moins utile.

De nombreuses études d'évaluation du changement avec la thérapie TCC ont été publiées selon les domaines médicaux et ont fait souvent l'objet de méta-analyses. Ces évaluations qui ont permis de mieux cibler les thérapies et de les faire évoluer pour les rendre plus adaptées et

plus efficaces. Des congrès nationaux et internationaux regroupent chercheurs et cliniciens ils réalisent une mise en commun du savoir, des expériences pratiques cliniques qui font évoluer la compréhension théorique et les approches thérapeutiques proposées.

Bibliographie

Association française de Thérapie Comportementale et Cognitive, 100 rue de la santé 75014 Paris.

Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive, 3 rue du Coteau 74150 Rumilly

MIRABEL-SARRON C., SOIGNER LES DEPRESSIONS AVEC LES THERAPIES COGNITIVES, ED. DUNOD, 2005.

VERA L., MIRABELL-SARRON C. (1995), *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 2004.

SAMUEL-LAJEUNESSE B., MIRABEL-SARRON C., VERA L., MEHRAN F. (2004), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.

VeraL., Mirabel-Sarron C., Psychopathologie des phobies, Ed. Dunod 2002.