

1

Les thérapies comportementales et cognitives chez l'enfant et l'adolescent : modèles théoriques

L. Vera

Hypothèses de base sur le développement, le maintien et le traitement de conduites psychopathologiques

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'adressent en particulier à des conduites anxieuses, dépressives ou inadaptées en tant que *mode de conduite habituel*. La population clinique traitée par ces méthodes se situe du jeune enfant à l'adulte âgé. Les premiers travaux qui ont donné la légitimité scientifique à cette approche thérapeutique sont issus de la psychologie expérimentale. Ils concernaient la modification des peurs chez le jeune enfant. Depuis, trois hypothèses de base ont guidé les différents travaux de cliniciens.

La première hypothèse de base postule qu'un grand nombre de difficultés psychologiques sont largement influencées par des *phénomènes d'apprentissage*. Un trouble spécifique va donc se développer dans des conditions où il existe des *facteurs favorables à l'apparition des conduites pathologiques* qui vont être intégrées dans le répertoire comportemental de l'enfant. Les conduites pathologiques s'expriment au niveau du corps (sensations physiques), du comportement observable, de la pensée et des émotions.

La deuxième hypothèse suppose que la persistance des conduites pathologiques est due à des *facteurs de causalité ou de maintien qui persistent et qui empêchent la disparition du trouble*. Par exemple, un enfant timide, souffrant d'anxiété sociale, qui n'a jamais pu dire non aux diverses sollicitations de jeunes de son âge par peur d'être rejeté ou exclu, ne peut pas adopter une conduite de refus verbal car il craint ne pas savoir gérer la conduite d'autrui face à son refus. En effet, n'ayant jamais vécu la situation, il n'a jamais appris à gérer la colère d'autrui, la frustration, la manipulation ou l'insistance de l'autre face à la nouvelle conduite de dire non. Les facteurs de maintien (peur d'être rejeté ou exclu, ou bien peur de ne pas savoir comment réagir

face à autrui) inhibent son désir de dire non. *Identifier les facteurs de maintien du trouble* et les modifier à l'aide de stratégies thérapeutiques constituent le but principal des TCC.

La troisième hypothèse de base concerne la thérapeutique. *L'apprentissage de conduites* efficaces dans l'annulation de l'anxiété persistante, dans l'inhibition de comportements inadaptés, dans la modification de la façon de penser et la gestion émotionnelle a des effets thérapeutiques. La modification de facteurs de maintien de conduites pathologiques ou « comportements problèmes » et l'apprentissage de nouvelles conduites sont donc la cible thérapeutique de cette méthode psychothérapeutique. L'enfant anxieux qui a peur de dire non apprendra progressivement à donner force à son désir de refuser en identifiant son discours intérieur (son monologue interne) qui le pousse à se taire. Il développera, aidé par le thérapeute, un discours où il va se laisser guider par des instructions rassurantes sur le fait que dire non ne conduit pas forcément à un conflit, au rejet ou à l'exclusion. Les thérapies comportementales et cognitives d'affirmation de soi se réfèrent largement au développement psychologique, surtout lorsque l'enfant souffre d'anxiété sociale ou a une faible estime de soi. Elles vont favoriser par ces méthodes thérapeutiques les apprentissages concernant les relations avec autrui, de l'adulte aux camarades plus jeunes que lui.

Les publications scientifiques se réfèrent en général à la classification américaine de troubles psychologiques (DSM-V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*). Cette classification décrit certains troubles psychologiques spécifiques à l'enfance tels que l'anxiété de séparation, l'hyperactivité, le mutisme électif, les troubles du comportement, les troubles de l'apprentissage, etc. D'autres troubles sont décrits comme présents aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, la phobie sociale, la dépression, le trouble obsessionnel compulsif, les phobies spécifiques, l'agoraphobie, etc.

Dans cet ouvrage, nous présenterons les données actuelles concernant les principaux troubles chez le jeune : les bases théoriques permettant de conceptualiser le trouble, les facteurs de maintien, les outils thérapeutiques et la logique de traitement qui se dégage pour chaque trouble. L'alliance thérapeutique et un suivi thérapeutique espacé de prévention de rechutes sont des facteurs auxquels les cliniciens s'intéressent également (Roy et Gillett, 2008). Nous parlerons des particularités du développement de l'alliance thérapeutique dans les différents chapitres consacrés aux troubles. En effet, on observera des conduites de résistance au changement différentes selon le trouble.

Notions de base générales

À l'heure actuelle, certains auteurs décrivent l'histoire des thérapies comportementales et cognitives en utilisant la symbolique de vagues qui en arrivant au rivage se rencontrent (Cottraux, 2007), la troisième vague étant la vague

émotionnelle précédée par la vague cognitive et la vague comportementale. Ce mouvement actuel concernant la vague émotionnelle, à notre avis, correspond au besoin d'intégrer des mouvements théoriques dont la découverte des émotions est comme la cible thérapeutique majeure est le dénominateur commun. Cependant les deux premières vagues (comportementale et cognitive) ont toujours donné une place importante aux émotions soit comme facteur explicatif d'un trouble, soit comme cible thérapeutique. Ceci est clairement exposé depuis la « vague comportementale » par des cliniciens travaillant en TCC chez l'enfant (Beidel, 1991). Nous-mêmes en 1990 (Vera et Leveau) avons décrit la théorie de l'attachement comme étant un point central dans l'explication du trouble d'anxiété de séparation. Dans les travaux publiés chez l'adulte, le rôle des émotions dans les programmes thérapeutiques a été moins explicite, mais toujours implicitement présent. D'ailleurs la thérapie rationnelle émotive d'Albert Ellis (1962) donne aux émotions un statut majeur dans le changement psychologique, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant (Ellis, 1977). Hannesdottir et Ollendick (2007) après analyse de la littérature constatent que 30 % d'enfants traités en TCC restent avec des séquelles anxiodépressives. Ils proposent d'intégrer systématiquement à la psychothérapie cognitivo-comportementale des stratégies thérapeutiques destinées à équilibrer des éventuels dysfonctionnements émotionnels. Les outils thérapeutiques émotionnels seront décrits dans les différents chapitres de ce livre, notamment dans le chapitre consacré à l'estime de soi.

En général, les psychothérapeutes d'enfants sont plus proches que les psychothérapeutes d'adultes des données de la psychologie du développement où les facteurs d'acquisition comportementale sont décrits comme indissociables de facteurs cognitifs et émotionnels. Indépendamment des positions théoriques actuelles qui, chez l'enfant, n'ont pas encore prouvé leurs hypothèses dans l'acquisition de conduites pathologiques, on distingue trois *mécanismes de conditionnement ou mécanismes d'apprentissage à base de la plupart des troubles psychologiques* : le conditionnement classique, le conditionnement opérant et l'apprentissage cognitif.

Le conditionnement classique

Au début du siècle dernier, l'expérience d'Ivan Pavlov décrit le conditionnement classique : si l'on présente un stimulus normalement neutre, par exemple un son, juste avant de donner de la nourriture à un chien et si l'expérience est répétée plusieurs fois, le chien finira par saliver uniquement par le son : il y a conditionnement par association. Mais si le son est présenté, plusieurs fois, sans nourriture, la salivation ne se produira plus, car il y a « extinction » du fait que le son sans être associé à la nourriture perd le pouvoir de déclencher la salivation et il redevient neutre dans le processus alimentaire, il y a déconditionnement.

Ceci montre que certains stimuli peuvent s'associer à l'insu du sujet et acquérir des propriétés de déclenchement de conduites. On constate que l'association est souvent de courte durée. L'aspect transitoire de certains conditionnements permet une meilleure adaptation de l'enfant à son milieu. Les habitudes acquises par conditionnement peuvent évoluer — intégration dans le répertoire comportemental, modification, disparition — en fonction des exigences de l'environnement. Cependant, chez certains sujets cette association pour des raisons diverses va persister et provoquer des troubles, notamment phobiques. Watson, en 1920, induit une phobie chez un enfant à partir de cette théorie du conditionnement classique. Dans ses expériences, c'est l'intensité du stimulus neutre qui joue un rôle central dans la production de réponses émotionnelles négatives : la notion de conflit interne générateur d'anxiété n'est pas intégrée dans l'explication du mécanisme de conditionnement classique de la peur. Watson produira de nombreuses recherches chez l'enfant dans le domaine de l'acquisition de conduites pathologiques (1924).

Mary Cover Jones en 1924 réalise la première thérapie comportementale : elle expose peu à peu des enfants à l'objet de leur peur, tout en les récompensant de cette « exposition » : la peur est mise en compétition avec le plaisir associé à la récompense. Mary Cover Jones déconditionne également la peur chez les enfants en leur montrant d'autres enfants qui eux n'ont pas peur en s'exposant aux objets à la base de la peur : l'observation et l'imitation peuvent atténuer l'intensité de la peur acquise. Cette première thérapie comportementale demeure alors une expérience. Dans ces expériences, nous pouvons constater que la peur acquise peut être engendrée par des stimuli neutres de toute sorte : auditifs, visuels, tactiles, etc. Un deuxième constat souligne le rôle des émotions positives ou agréables dans la diminution de la peur conditionnée. S'exposer progressivement aux objets phobogènes finit par inhiber ou faire disparaître la peur. Wolpe (1975) théoriserait en 1952 le principe d'exposition à l'objet phobique. Le conditionnement classique de l'anxiété 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, un enfant qui regarde un film dans lequel un homme blesse une femme à la tête peut avoir peur des têtes de poupées car elles ont été associées à la peur ou aux sensations désagréables éprouvées lorsqu'il regardait le film. Ainsi, la ressemblance entre deux stimuli peut favoriser le développement d'un trouble phobique.

En 1969, Marks distingue les phobies simples ou spécifiques et les phobies sociales. Pour lui, ces deux troubles phobiques sont acquis par conditionnement classique, mais la méthode de traitement ou de déconditionnement peut être différente. Il propose pour les phobies spécifiques la thérapie d'immersion : il s'agit non plus de confronter progressivement à des

situations de plus en plus effrayantes afin de faire disparaître l'anxiété, mais d'immerger directement le patient face à sa plus grande peur, l'encourager à y rester pendant une durée longue (quelques heures). De plus, il insiste sur le rôle capital de la répétition (au moins une dizaine de fois) de cette immersion dans l'annulation de l'anxiété. Très récemment, chez l'enfant et l'adolescent (âgés entre 7 et 17 ans), certains auteurs ont constaté que les phobies spécifiques étaient considérablement atténuées après une seule séance d'exposition progressive d'une durée longue, l'élément essentiel thérapeutique de cette longue séance étant l'insistance du thérapeute sur la prise de conscience du contact non dangereux avec l'objet phobogène. La cible thérapeutique est donc le changement cognitif. L'autre élément important responsable de l'efficacité thérapeutique, constaté chez 60 jeunes traités par cette méthode, est la répétition quotidienne (pendant au moins 10 jours) de l'exposition longue chez l'enfant aidé ou pas par ses parents. En 2008 Kimberly *et al.* confirment dans une étude critique de publications sur cette technique (*One Session Treatment*, OST) son efficacité dans le traitement des phobies chez le jeune patient.

Briser avec méthode l'évitement comportemental et cognitif est thérapeutique. Plusieurs stratégies thérapeutiques tentent de briser le lien établi entre l'anxiété et le stimulus phobogène. Les principales techniques sont la désensibilisation systématique, l'immersion et l'exposition graduelle. Le principe de ces techniques consiste à exposer le patient à des stimuli faibles suscitant une peur minimale et à augmenter progressivement leur intensité ou bien, dans le cas de l'immersion, à présenter d'emblée des stimuli fortement anxiogènes pour le patient. L'exposition aux situations redoutées repose sur le constat que les réactions d'anxiété sont désagréables, voire aversives, et elles provoquent, souvent, des *réponses d'évitement* actives, nouvellement acquises, visant à empêcher la confrontation à la situation redoutée. Plus récemment la réalité virtuelle est intégrée dans les traitements par exposition chez l'enfant phobique (Bouchard *et al.*, 2007). Sur le plan de la prévention, des méthodes thérapeutiques comportementales et cognitives dans la prévention de troubles anxieux ont été testées avec succès par Hirshfeld-Becker *et al.* (2008).

Stratégies thérapeutiques fondées sur le conditionnement classique

- ▶ Désensibilisation systématique
- ▶ Exposition
- ▶ Immersion

Sur le plan clinique, l'exposition au stimulus anxiogène dans ses diverses modalités d'application entraîne la diminution de l'anxiété et libère les émotions agréables associées à la perception de soi dans une situation qui auparavant était inenvisageable et presque systématiquement évitée.

Le conditionnement opérant

En 1953, Skinner, fortement influencé par les travaux d'Ivan Pavlov et ceux du premier béhavioriste J. Watson, décrit ce qu'il nomme conditionnement opérant, qui montre comment les individus acquièrent leur comportement en sélectionnant ceux qui seront positifs pour eux. Il tentera de l'appliquer à une meilleure compréhension de l'éducation. Ce type de conditionnement marque profondément les thérapies comportementales. Le conditionnement opérant est obtenu par l'intermédiaire des stimuli qui suivent une réponse donnée ou qui en sont la conséquence. *Le comportement est modifié par ses conséquences*. Ainsi, il s'établit une relation fonctionnelle entre le comportement et le stimulus ou les stimuli qui suivent ce comportement : ce sont les *renforcements*. Le renforcement positif augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, le renforcement négatif (qui est désagréable pour le sujet) augmente également la probabilité d'apparition d'un comportement, mais que l'on peut qualifier d'évitement ou d'échappement (le sujet se soustrait à la situation désagréable). Par exemple, la prise de parole en classe étant source d'anxiété pour un adolescent, celui-ci va chercher à ne pas aller à l'école les jours où il risque d'être sollicité verbalement : son comportement d'évitement s'accroît car il ne se sent plus anxieux loin de la situation et la probabilité d'apparition d'une phobie scolaire augmente par conséquent. L'apprentissage des comportements d'évitement se fait par conditionnement opérant.

Les conduites d'évitement comportemental et cognitif sont renforcées car elles sont réductrices de l'anxiété (Mowrer, 1960). Lorsque les réactions phobiques sont établies, elles ont tendance, si elles ne sont pas traitées, à se maintenir. De plus, on peut développer une anxiété d'anticipation considérable. Le thérapeute comportementaliste cherchera à favoriser la disparition des comportements d'évitement et à apprendre au patient à prendre conscience de la diminution progressive de son anxiété lorsqu'il n'évite pas la confrontation aux stimuli anxiogènes. Bien entendu, pour faire face à la situation, la diminution de l'anxiété ne peut diminuer que si l'enfant apprend de conduites efficaces et porteuses d'émotions agréables (dans l'exemple précédent : apprendre à parler en classe sans imaginer que tout le monde critique, se moque, etc.). Plusieurs techniques thérapeutiques, basées sur le principe du conditionnement opérant, sont employées : programmes de

renforcement, extinction et *time-out* : le renforcement positif par présentation d'un stimulus agréable, le renforcement négatif (soustraction d'un stimulus) que nous avons déjà défini et le renforcement aversif qui inhibe la probabilité d'apparition d'un comportement ; l'extinction implique l'arrêt de l'application d'une conséquence ayant pour effet de causer la disparition de la réponse anxieuse (ne plus téléphoner toutes les heures pour rassurer un enfant qui craint la disparition de ses parents devrait provoquer la disparition de l'attente anxieuse, toutes les heures, de l'appel téléphonique). En 1968, Ayllon et Azrin mettent au point une thérapie basée sur des jetons (récompenses) auprès de schizophrènes ; à défaut de pouvoir guérir la psychose, cette méthode permet d'enseigner des tâches simples mais précieuses dans les cas difficiles : telles que s'habiller, ranger sa chambre. Ce type de programme de récompense par jetons (ils ont une fonction de renforcement positif) est fréquemment utilisé dans les traitements chez l'enfant hyperactif (Le Heuzey, 2003).

L'apprentissage cognitif

En 1973, Bandura révèle que, si l'on présente à des enfants de 2 ans et demi des adultes maltraitant une poupée, et si ces adultes partent, les enfants imiteront ces comportements violents. En 1977, Bandura formalise l'idée d'apprentissage par modèle (que Mary Cover Jones utilisait déjà en 1924). Il s'agit d'une puissante innovation puisque les mécanismes cognitifs impliqués dans les différentes modalités d'apprentissage sont décrits.

L'observation est l'un des mécanismes de l'apprentissage cognitif qui est à l'origine de certaines phobies, notamment les phobies sociales (Bandura, 2003). Un enfant qui observe les moqueries de camarades de classe lorsqu'un enfant récite une poésie peut avoir peur d'être lui-même l'objet de moqueries. Les techniques d'affirmation de soi, issues de l'apprentissage social, sont un ensemble de procédures thérapeutiques qui visent l'atténuation de la peur du regard critique d'autrui (Wolpe, 1975). Ainsi, des psychologues et des physiologistes ont consacré de nombreux travaux expérimentaux à décrire ces mécanismes d'acquisition de comportements. Ellis développera à partir de 1953 la thérapie rationnelle-émotive.

Dès 1959 apparaissent les prémises d'une thérapie cognitive. Beck, en effet, qui est psychanalyste, s'intéresse à la dépression et considère un traitement visant les pensées automatiques et les monologues internes. Maier et Seligman (1976), Seligman *et al.* (1984) vont proposer un modèle de dépression chez l'enfant basé sur des expériences de laboratoire sur l'impuissance apprise. Toujours chez l'enfant, Dweck (1980) basé sur ce modèle développe des stratégies thérapeutiques destinées à modifier les réactions d'impuissance et d'abandon face à l'échec. Seligman (1995) lui-même, en s'appuyant sur des stratégies de modification cognitive, crée une

façon de traiter le pessimisme chez l'enfant déprimé et également chez l'enfant anxieux.

La *thérapie cognitive* agit sur les pensées du patient présentant une distorsion cognitive (par exemple, la peur excessive des pigeons pourra être modifiée par une information sur les comportements inoffensifs de ces oiseaux et l'appréciation des risques réels d'être attaqué par les pigeons). Il existe plusieurs modalités de thérapies cognitives. Nous les décrivons dans la partie stratégies thérapeutiques.

Les thérapies cognitives, à la suite notamment des travaux de Beck, sont apparues comme un complément nécessaire à l'approche comportementale.

De nouveaux modèles continuent d'apparaître : la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, 1999), la thérapie de pleine conscience, cherchant à éliminer les rechutes dépressives (Segal *et al.*, 2001), la thérapie des schémas de Young (2003). Cependant, chez l'enfant, les études de validation des hypothèses thérapeutiques des nouveaux modèles sont pratiquement inexistantes à l'heure actuelle.

Au total, de ces modalités d'apprentissage, sont nées :

- les techniques thérapeutiques comme les techniques d'exposition (qui confronteront le patient à la situation source d'une réaction anxieuse jusqu'à ce que cette réaction invalidante disparaisse) ;
- les techniques opérantes (qui utiliseront des facteurs de renforcement qui aideront le sujet au changement et à l'apprentissage de conduites efficaces pour faire face au quotidien) ;
- les techniques d'entraînement aux habiletés sociales ou des techniques d'affirmation de soi (qui permettront au sujet d'acquérir une meilleure compétence sociale) ;
- et les techniques cognitives et émotionnelles (qui permettront de modifier les croyances, les représentations associées à des événements et les émotions inhibées par l'anxiété).

Place de l'enfant dans l'approche comportementale et cognitive

Pratiquement tous les auteurs ayant publié sur les TCC chez l'enfant et l'adolescent ont une logique de traitement identique. L'enfant et l'adolescent peuvent bénéficier au même titre que l'adulte des techniques thérapeutiques comportementales et cognitives (Kendall, 2000). Le développement cognitif, affectif et comportemental impose des limites à l'application d'outils thérapeutiques. Les limites déterminées par le niveau de développement des jeunes patients sont, à l'heure actuelle, source de créativité de *modalités thérapeutiques nouvelles adaptées à l'enfant*. Pour l'adolescent, on va adapter, avec peu de remaniements, les techniques thérapeutiques employées chez l'adulte. Depuis quelques années des techniques thérapeutiques spécifiques

pour l'enfant sont systématiquement appliquées. Munoz-Solomando *et al.* (2008), dans une méta-analyse d'articles cliniques sur les TCC chez l'enfant et l'adolescent, trouvent des données fiables démontrant l'efficacité de cette approche dans le trouble d'anxiété généralisée, dans la dépression, dans le trouble obsessionnel compulsif et dans l'état de stress post-traumatique. Les données sur l'efficacité sont moins évidentes mais positives dans le trouble d'hyperactivité et dans les troubles du comportement. Silverman *et al.* (1992) ont étudié plus spécifiquement l'efficacité des TCC dans les troubles phobiques. Selon ces auteurs, les jeunes phobiques, surtout les phobiques sociaux, s'améliorent rapidement et montrent une bonne adhésion au traitement.

Données de la psychologie à la base des modèles théoriques

La psychologie du développement

Elle s'intéresse tout particulièrement aux mécanismes de progrès du comportement et de la connaissance ; elle étudie les changements qui interviennent dans l'organisation et le fonctionnement des comportements affectifs, moteurs et intellectuels. Les processus mentaux sont inclus sous le terme de comportement sans forcément les observer directement. Au début de la vie, l'activité réflexe concerne beaucoup d'automatismes, de réflexes envisagés dans leur relation avec le milieu extérieur. Ces rapports avec l'extérieur modifient l'expression de l'activité de l'enfant. Pour Piaget (1974), l'expérience individuelle modificatrice des automatismes ou des réflexes permet l'évolution, le déroulement et *l'histoire d'un comportement*. La psychologie du développement s'interroge sur le fonctionnement mental qui permet de parler d'histoire comportementale. Les rapports entre inné et acquis sont un point central de discussion. Pour certains auteurs, le développement psychologique dépend d'un programme génétique précis, mais ils admettent, qu'au fur et à mesure de l'évolution des espèces, il apparaît une certaine souplesse dans la programmation génétique ; il y aurait une partie fermée, dont l'expression est strictement fixée, et une autre, ouverte, qui laisse à l'individu une certaine liberté de répondre. Ce sont les capacités d'apprentissage et de mémoire qui permettent cette souplesse dans la programmation génétique. Les travaux de Gesell (1953) décrivent de façon minutieuse des *séquences du développement psychologique*. À l'aide des techniques d'observation comme l'enregistrement vidéo, Gesell montre, par exemple, les moments successifs de l'évolution de la préhension manuelle et de la coordination visuomotrice dès la naissance à plus d'un an, depuis les mouvements de préhension réflexe aux premiers mouvements coordonnés vers un objet perçu et jusqu'à la préhension fine avec opposition

pouce-index. Dès la naissance à l'adolescence, quatre domaines suivent des séquences bien identifiées :

1. développement moteur ;
2. comportements adaptatifs ;
3. langage ;
4. comportement social.

Les séquences sont fixes et programmées par des processus de maturation. L'expérience, l'entraînement introduisent des variations, mais elles sont de faible amplitude. L'environnement joue un rôle régulateur, facilitateur et éventuellement il peut déclencher des capacités mises en place par la maturation. L'un des arguments en faveur du primat de la maturation concerne l'*inutilité des apprentissages précoces* d'une conduite faisant partie de la séquence maturative ; il est impensable d'apprendre la marche à un enfant de 4 mois, le contrôle sphinctérien n'est envisageable que lorsque la station assise sans appui est stabilisée. Le développement cognitif montre de façon évidente que le traitement de la pensée obsessionnelle, anxieuse ou dépressive nécessite des ajustements qui tiennent compte des caractéristiques de la pensée en cours de développement. L'enfant de 5 ans qui ne peut pas comprendre encore qu'à la base de certaines conduites il y a souvent des intentions différentes ne pourra pas être réceptif à un discours qui le rassure sur le fait qu'il a été frappé sans méchanceté par son meilleur ami. Il ne comprendra pas : « il ne voulait pas te faire mal ». En fait, l'enfant focalise sur la conséquence d'une conduite avant de pouvoir envisager plusieurs intentions pour une même conduite (la conséquence négative l'emporte sur l'intention positive ou neutre). Son niveau de développement cognitif provoque des déformations cognitives très différentes de celles qui sont observées chez l'adulte. Ce constat nécessite un diagnostic précis du type de déformation cognitive : par exemple l'enfant pessimiste déformera la réalité en l'adaptant à son tempérament dépressif parce qu'il « rate » une partie de la réalité. L'adulte est capable de percevoir tous les éléments de la réalité, mais il les interprétera selon des distorsions cognitives précises basées sur la logique. L'enfant de 8 ans étant dans une pensée concrète et incapable encore d'élaborer aisément à un niveau abstrait ne pourra pas avoir à sa disposition tous les éléments de réflexion : son pessimisme est maintenu par des éléments manquants dans sa pensée. Piaget considère que l'hérédité n'offre qu'un ensemble de possibilités d'action, qu'il reste à actualiser et qui, une fois actualisées, portent en elles-mêmes leur capacité d'autorégulation et d'autoconstruction. Par exemple, l'accès à la pensée logique dépend, pour lui, de la possibilité de raisonner correctement, mais le développement, le perfectionnement de la pensée logique dépendra des expériences qui permettront sa construction en dehors de l'influence de l'hérédité. Pour Piaget, il n'y aurait pas un gène de pensée logique, il y aurait la possibilité d'avoir accès à la pensée par un processus de *construction*

psychologique. La variabilité extrême des personnalités, des attitudes sociologiques et culturelles, des échelles de valeur, laisse à penser que, dans le domaine du développement psychique, l'expérience a une influence déterminante : interaction dynamique entre le programme génétique et l'influence du milieu.

Cette vision de constructivisme psychologique a largement contribué au développement des techniques cognitives adaptées à l'enfant (modification des attributions, modifications de pensées erronées, technique de résolution de problèmes, développement d'un discours interne « protecteur » ou auto-instructions, etc.).

La psychologie du développement émotionnel

Bowlby (1978) a développé une théorie fondée sur des découvertes éthologiques. D'après cette théorie, *l'attachement* du nourrisson à sa mère trouve son origine dans un certain nombre de systèmes de comportements de l'espèce, relativement indépendants les uns et les autres au début, apparaissant à des moments divers, s'organisant autour de la mère comme objet principal et servant à lier l'enfant à sa mère et la mère à son enfant. Bowlby décrit cinq systèmes de conduite contribuant à l'attachement : sucer, s'accrocher, suivre, pleurer, sourire. Ces comportements représentent un système de « contrôle dirigé » vers un but : que l'enfant tende à se maintenir à proximité de sa mère. Lieberman et Van Horn (2008) insistent sur le rôle de la qualité de l'attachement dans le sentiment d'insécurité que l'enfant ressent. N'étant pas sûr qu'il est aimé malgré toutes les marques d'attention que l'on puisse lui faire, il va interpréter certains comportements des parents comme des signaux de rejet. Nous reprendrons dans le chapitre anxiété de séparation la contribution de la théorie de l'attachement à la psychothérapie chez le jeune. Pour certains auteurs, la théorie de l'attachement pourrait expliquer certains troubles de la personnalité chez l'adulte (Cottraux, 2007).

La psychologie de l'apprentissage

Elle tente d'expliquer ou de répondre à la question concernant les mécanismes d'acquisition et de modification comportementale. Pour comprendre la place de l'enfant dans l'approche cognitivo-comportementale, il est indispensable de faire appel à deux points. Le premier concerne les capacités d'apprentissage des enfants : il existe des divergences dans la rapidité et la stabilité avec lesquelles s'établissent les réponses conditionnées, il faut donc tenir compte des différences individuelles dans l'application

des techniques thérapeutiques. En effet, le type de système neurovégétatif diffère suivant les enfants ; par exemple, un même bruit déclenchera des réactions différentes. Plus un enfant est labile et réagit facilement de manière trop importante et trop persistante, plus il peut développer des phobies, des obsessions, alors que le sujet à réactivité faible ne sera perturbé que par des stress importants. Sur le plan des capacités d'apprentissage, il existe des modalités d'apprentissage dominantes selon l'âge de l'enfant. L'enfant jeune (4-6 ans) peut imiter remarquablement et bénéficier de ce fait des techniques utilisant des modèles, les enfants âgés de 6 à 8 ans peuvent faire semblant et ressentir de l'empathie : ils seront sensibles donc à des jeux de rôles thérapeutiques. Le deuxième point concerne l'activité de l'enfant. Celle-ci, grâce à l'équipement sensoriel, moteur et conceptuel du sujet, est une source d'information, d'acquisition et de modification des comportements. La plupart de stratégies thérapeutiques vont intégrer l'apprentissage de conduites inhibitrices de difficultés psychologiques. Ces notions d'apprentissage ont largement contribué aux programmes de modification comportementale basés sur le renforcement positif, négatif ou aversif de conduites.

Conclusion

Les TCC représentent le point central d'articulation entre la psychologie de l'apprentissage, la psychologie du développement cognitif, la psychologie du développement émotionnel et la psychopathologie. En effet, ces thérapies ne s'attachent pas de façon étroite à l'étude d'un ensemble de réponses ajustées aux stimuli qui les déclenchent. Elles s'intéressent aux mécanismes d'acquisition des comportements normaux et pathologiques, les mécanismes étant les différentes formes d'apprentissage. La possibilité d'acquisition comportementale dépend de multiples agents dans le développement, et malgré cette diversité, les TCC tentent de déterminer les chemins par lesquels un comportement a été acquis, les capacités cognitives étant reconnues comme conditionnant les possibilités d'apprentissage. Les TCC analysent d'une manière approfondie les nombreuses variables développementales, comportementales, émotionnelles et cognitives responsables des troubles psychologiques. Tous les modèles théoriques psychologiques auxquels se réfèrent les TCC admettent le rôle déterminant de l'expérience dans le développement normal et dans le développement de conduites pathologiques. La différence majeure entre les modèles théoriques des TCC chez l'adulte et les modèles concernant l'enfant que nous venons de mentionner dans les pages précédentes est la *notion de renforcement ou d'apprentissage de conduites adaptées qui interviendront dans le développement cognitif, affectif et comportemental*. Chez l'adulte, les fonctions psychologiques sont déjà constituées. Il s'agit donc surtout d'un travail psychothérapeutique

de modification cognitive, comportementale et affective chez un individu « déjà construit ».

Le but principal des TCC chez l'enfant est la modification des comportements inadaptés ou pathologiques afin de lui restituer son autonomie et renforcer les fonctions organisatrices de sa personnalité. Vision constructiviste du changement chez le jeune où les fonctions psychologiques sont en cours de développement et défi thérapeutique afin de créer de stratégies thérapeutiques adaptées à l'enfant.

Références

- Ayllon T., & Azrin N. (Eds). (1968). *Traitement comportemental en Institution Psychiatrique*. Bruxelles : Dessart.
- Bandura A. (Ed). (1973). *Aggression : A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura A. (Ed). (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bandura A. (Ed). (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Bandura A. (Ed). (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle (1^{re} éd.)*. Paris : De Boeck Université.
- Beck, A.T., & Hurvich, M. (1959). Psychological correlates of depression Frequency of « masochistic » dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine*, 21, 50-55.
- Beidel, D.C. (1991). Social Phobia and Overanxious Disorder in School-Age Children. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 30(4), 545-552.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Robillard, G., & Renaud, P. (2007). Efficacité d'un traitement d'exposition en réalité virtuelle pour le traitement de l'arachnophobie chez l'enfant. Une étude pilote. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17(3), 101-108.
- Bowlby J. (Ed). (1978). *Attachement et perte*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cottraux J. (Ed). (2007). *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*. Paris : Elsevier Masson.
- Cover Jones, M. (1924). A Laboratory Study of fear : The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Dweck, C., & Licht, B. (1980). Learned helplessness and intellectual achievement. In J. Garber, & M. Seligman (Eds), *Human Helplessness : Theory and applications* (pp. 197-222). New York : Academic Press.
- Ellis A. (Ed). (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York : Lyle Stuart Press.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical Theory of Rational Emotive Therapy. In A. Ellis, & R. Grieger (Eds), *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York : Springer Publishing Company.
- Gesell A. (Ed). (1953). *L'embryologie du comportement*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hannestdottir, D.K., & Ollendick, T.H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275-293.

- Hayes S.C., Strosahl K.D., & Wilson K.G. (Eds). (1999). *Acceptance and Commitment Therapy : An experimental approach to behavior change*. New York : Guilford Press.
- Hirshfeld-Becker, D.R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L.R., Rettew, D.C., Dufton, L., et al. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(2), 113-125.
- Kendall P.C. (Ed). (2000). *Child and adolescent therapy : Cognitive-behavioral procedures* (2 nd ed.). New York : Guilford Press.
- Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth : a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.
- Kimberly, Z., Thompson, E., & Davis, B. (2008). One Session Treatment of Specific Phobias : A Detailed Description and Review of Treatment Efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207-223.
- Le Heuzey M.F. (Ed). (2003). *L'enfant hyperactif*. Paris : Odile Jacob.
- Lieberman A.F., & Van Horn P. (Eds). (2008). *Psychotherapy with Infants and Young Children : Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York : Guilford Press.
- Maier, S.F., & Seligman, M. (1976). Learned Helplessness : Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology : General*, 105, 3-46.
- Marks I. (Ed). (1969). *Fears and Phobias*. London : Heineman.
- Munoz-Solomando, A., Kendall, T., & Whittington, C.J. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 332-337.
- Mowrer O.A. (Ed). (1960). *Learning theory and behavior*. New York : Wiley.
- Öst, L.G., Svensson, L., Hellstrom, K., & Lindwal, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths : A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 814-824.
- Piaget J. (Ed). (1974). *Réussir et comprendre*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Roy, H., & Gillett, T. (2008). E-mail : a new technique for forming a therapeutic alliance with high-risk young people failing to engage with mental health services ? A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 95-103.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., & Teasdale J.T. (Eds). (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse*. New York : The Guilford Press.
- Seligman, M., Kaslow, N.J., Alloy, L.B., Peterson, C., Tanenbaum, R., & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Seligman M. (Ed). (1995). *The optimistic child*. New York : Houghton Miffl in Company.
- Silverman, W.K., & Kearley, C.A. (1992). Listening to our clinical partners : Informing researchers about children's fears and phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(2), 71-76.
- Skinner B.F. (Ed). (1953). *Science and human behavior*. New York : Mc Milan.
- Vera L., & Leveau J. (Eds). (1990). *Les thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile*. Paris : Masson.
- Watson J.B. (Ed). (1924). *Behaviorism*. Chicago : Univ. of Chicago Press.
- Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 48-55.

Wolpe J. (Ed). (1975). *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson.

Young J.E., Klosko J.S., & Weishhar M.E. (Eds). (2003). *Schema Therapy : a Practitioner's Guide*. New York : The Guilford Press.

Pour en savoir plus

Watson J.B. (Ed). (1928). *Psychological care of infant and child*. New York : Norton.

Watson, J.B., Gaid, R., & Marks, I.M. (1972). Physiological habituation to continue phobic stimulation. *Behaviour Research & Therapy*, 10, 269-278.

