

Le comportementalisme fait des vagues

Le comportementalisme ou TCC se caractérise par l'apparition de plusieurs vagues successives, menant progressivement à la pleine conscience et à une meilleure intégration entre les comportements et les valeurs intimes de la personne.

LA PREMIÈRE VAGUE : LA PSYCHOTHÉRAPIE COMME APPRENTISSAGE ?

Le **comportementalisme** selon Skinner, s'appuyant sur les lois d'apprentissage de "punition et récompense", a parfois, pour des raisons politiques, été décrit comme un dressage plutôt qu'une approche humaniste. Il s'agit d'un malentendu injuste. Son travail sur l'apprentissage et ce que l'on appelle ailleurs "la motivation" faisait partie de ce qui était pour lui la psychologie, c'est-à-dire l'étude scientifique des liens entre comportement et environnement.

Tout parent sait qu'un enfant est plus motivé pour faire quelque chose de désagréable, s'il peut espérer un gain comme conséquence de ces actions. Tout éducateur peut confirmer ces observations dans un laboratoire : une punition à la suite d'un comportement crée des tensions qui peuvent bloquer ce comportement et générer des incohérences et des conflits, car une action interdite peut rester attrayante, surtout s'il y a aussi des plaisirs et des "récompenses" à attendre.

Les conseils des comportementalistes sont d'une part de concentrer l'éducation sur les comportements souhaités, afin d'encourager ces comportements par des récompenses, et d'autre part explorer comment on peut réduire l'attrait (les récompenses) des comportements non-souhaitables, plutôt que de se concentrer sur les interdits souvent douloureux et angoissants.

Tout cela reste toujours d'actualité, si l'on cherche des formes d'accompagnement qui ne "cassent" pas les gens et c'est aussi un conseil aux thérapeutes de conscientiser comment, par leur réactions non-verbales, ils peuvent inciter ou décourager leurs clients à faire ce qu'ils font...

Ceci dit, si l'on regarde ailleurs que dans le traitement des enfants autistes (où des variantes du comportementalisme sont restées une ressource très importante), on voit que le comportementalisme selon Skinner a été marginalisé. Ses idées sur la cognition ont été violemment attaquées par des personnes réputées, avec des arguments très largement faux. Contrairement à ce que l'on croit souvent, Skinner étudiait aussi la vie intérieure. Mais pour lui, **penser** et **s'émouvoir** étaient des **comportements** internes qui probablement obéissaient aux mêmes lois que les comportements observables.

D'autre part, Skinner remettait en question des idées reçues sur "le libre arbitre", dures à avaler pour une humanité en quête de noblesse, après les "blessures" causées par les idées de Freud et de Darwin, et les ignominies des guerres mondiales et du Vietnam. Le mythe était établi que ce comportementalisme n'avait rien à dire sur ce qui nous rendait humain : notre capacité d'utiliser le langage, de réfléchir et de choisir. On a alors cru nécessaire de greffer des branches cognitives sur les modèles comportementalistes et les **thérapies "cognitives et comportementales"** (TCC) sont entrées sur le devant de la scène thérapeutique.

LA DEUXIÈME VAGUE : CONTRÔLER SES PENSÉES ?

La thérapie cognitive : penser autrement à ses problèmes

Aaron Beck, un des grands hommes de la Thérapie Cognitive et Comportementale, a établi qu'une personne qui souffre d'anxiété ou de dépression, entretient des pensées dysfonctionnelles, irrationnelles, trop négatives, trop absolues et exigeantes, etc. Beck a entamé alors des conversations dites "socratiques", qui suivaient des pratiques d'observation des pensées associées aux symptômes. Le patient pouvait se rendre compte que ses pensées étaient erronées, et ensuite substituer à ces pensées pathogènes des pensées plus réalistes. Après cette substitution, le stress et l'humeur négative se dissipaient, au moins momentanément, permettant au patient de faire face aux situations qu'il évitait auparavant par peur des émotions insupportables. Grâce à cette méthode, celui-ci pouvait reprendre sa vie en main et comme la démarche était facile à expliquer au patient et que l'essentiel du changement venait de ses initiatives, ce dernier pouvait apprendre aussi à gérer des difficultés à venir, non abordées en thérapie.

Le "**self-help**" était né, avec les grandes promesses que l'on connaît maintenant. Hélas, dans la vie réelle, sans aide professionnelle, ce n'était pas toujours si simple de repenser la vie et devenir ainsi "maître de son destin". Beaucoup de personnes ont fait l'expérience du retour des idées erronées, malgré les efforts de substitution – efforts risquant de devenir de nouvelles manières de lutter contre ses problèmes ou lutter contre



photo : Alain Gourhant

Le comportementalisme nous arrive par vagues

soi. Dans les laboratoires de recherche, on a depuis établi que les pensées refusées et remplacées par d'autres, pouvaient effectivement disparaître... mais momentanément. On peut réussir la tâche : « *ne pensez pas à un éléphant rose* » en pensant fortement à un autre éléphant gris, ou un tigre, etc. Mais en arrière-plan, il y a cette conscience de se forcer à penser à un éléphant gris... pour ne plus penser à ce pauvre animal rose – l'éléphant rose ne disparaît pas.

Pire encore, on a aussi découvert qu'il y avait un effet rebond. Pour revenir à notre exemple : à un autre moment – oh surprise ! – on se met à repenser tout d'un coup à un animal rose. Et cela devient vraiment problématique, quand la pensée de substitution n'est plus sur des éléphants de différentes couleurs mais sur la pensée : « *je suis nul* ». Quand ce genre de pensée arrive apparemment de nulle part, dans une situation plus difficile que prévu, cela devient vite très pénible – sans que l'on comprenne trop bien pourquoi, ce qui peut provoquer une aggravation du stress.

La thérapie cognitive marche, mais pas pour les raisons que l'on croyait

Les cognitivistes peuvent répondre à cela : « *les études montrent que le travail cognitif marche !* ». Effectivement, sur le court terme, la substitution est efficace, et c'est ce "résultat" sur l'imédiat qui encourage le patient et le thérapeute.

Mais il peut y avoir aussi des gains plus durables, liés aux processus "annexes" du travail cognitif. Pour savoir quelles pensées sont à l'origine d'un problème, il faut **accepter, observer ses pensées** et les noter. En fait, dans une substitution efficace, on crée des **pensées alternatives qui co-existent** avec les anciennes pensées ; ainsi on sort de l'emprise et de l'oppression de ces anciennes pensées ; on devient alors plus flexible dans sa façon de penser, on gagne un espace de manœuvre vis-à-vis des pensées – flexibilité que l'on gagne aussi si l'on crée des pensées alternatives farfelues et pas nécessairement des pensées plus rationnelles comme les cognitivistes le croyaient. La conclusion, à l'origine d'une "nouvelle vague" du comportementalisme, peut s'énoncer ainsi : **ce n'est pas le changement de contenu de nos pensées qui importe, mais le changement de relation avec nos pensées.**

Prendre du recul, observer et accepter ses pensées et émotions associées, c'est exactement ce que les écoles bouddhistes enseignaient depuis bien longtemps déjà, notamment par les pratiques dites de **la pleine conscience**. Développer la pleine conscience devient alors une belle alternative au travail cognitif, mécaniste, voulant "installer" – comme sur un ordinateur – des pensées plus raisonnables. Cela permet un processus vers une paix intérieure plus profonde, dont notre monde a tellement besoin et qui peut nous inspirer dans les crises actuelles et peut-être à venir.

Changer nos actions change aussi nos idées, mais... sans forcer et donc sans effet rebond

Ce qui est un peu occulté par l'étiquette "thérapie cognitive", c'est que le changement d'idées a aussi comme conséquence – voulue, d'ailleurs – que la personne change son comportement. N'étant plus sous l'emprise des pensées négatives, la personne timide peut entamer des conversations avec ceux qui l'intéressent, l'agoraphobe peut plus facilement sortir de sa maison, la personne déprimée se mobiliser et mieux s'occuper d'elle-même, en reprenant contact avec des personnes et des activités bénéfiques. Ces petits – ou grands – pas vers une vie plus satisfaisante, évoquent aussi, mais cette fois spontanément, des nouvelles idées sur la vie, sur ses compétences et sur les autres.

On a tous constaté dès que l'on entre en action, on se sent souvent déjà mieux, et ceci d'autant plus que cette action est un engagement vers quelque chose d'important pour nous. Des comparaisons furent alors faites entre une approche de la dépression où le patient "travaille" ses pensées pour se remettre plus facilement en action, et une approche où l'on aide le patient à seulement reprendre des activités bienfaitantes pour lui, (presque) sans travail cognitif. Résultat : cette deuxième approche, plus simple, est presque aussi efficace et le travail de substitution des pensées n'ajoute que très peu au traitement.

Voilà pourquoi on a mis de plus en plus l'accent sur l'affrontement des situations que la personne anxieuse a tendance à éviter, et sur la "prescription" de petites activités (comme l'exercice physique, faire la cuisine à nouveau, discuter avec un ami, etc.) à la personne ayant sombré dans un immobilisme dépressif.

“Changer ce qui est possible de changer et accepter ce que l'on ne peut pas (encore) changer”

Bien sûr, ces propositions de progressivement faire face à des situations que l'on évitait auparavant, provoquent de l'anxiété, car sortir du déni peut être douloureux, surtout quand il s'agit d'engagements importants pour la personne. Là aussi, pour faciliter la remise en action des comportements salutaires, la pleine conscience peut offrir de vrais trésors et une belle alternative pour réduire le stress dû aux pratiques de substitution des pensées.

De "se sentir mieux" à "mieux sentir"

Pour faciliter ces "affrontements nécessaires", le thérapeute peut aussi proposer au patient d'accepter et d'observer, non seulement ses pensées, mais aussi les sensations corporelles associées aux émotions dites "négatives" qu'il essaie d'éviter ou de refouler. Le thérapeute demande alors, à quel endroit celui-ci ressent l'anxiété, la douleur ou la colère, afin d'accueillir ces sensations, au lieu d'essayer de les supprimer. Là où auparavant « il jetait la souffrance par la fenêtre, pour découvrir qu'elle revient par la porte », il peut maintenant expérimenter ce qui se passe quand il « offre à cette souffrance une chambre d'amis » dans son corps, quand il la laisse être, quand il respire autour ou dedans, quand il lui donne plus de place dans son corps, au lieu de moins, etc.

Plutôt que de vouloir aider le patient à éliminer des jugements négatifs, le thérapeute peut demander : « maintenant que vous observez ce jugement, pourriez-vous noter ce qui se passe dans votre corps, quand vous répétez en vous-même ce jugement plusieurs fois ? Et que se passe-t-il quand vous accueillez ces sensations ? Ou quand vous écoutez l'autre de nouveau, tout en accueillant ces sensations dans votre corps ? ».

Même sur son coussin de méditation, on peut travailler sa ten-



photo : Alain Gourhant

dance à éviter des situations importantes de sa vie. En effet, on évite certaines situations pour éviter des émotions douloureuses que ces situations pourraient susciter en nous. On parle alors d'«**évitement expérientiel**». Les recherches ont montré qu'il y a une très forte corrélation entre (presque) tous les troubles décrits dans les manuels de psychiatrie et cet évitement expérientiel. On peut dire que l'évitement expérientiel est une des causes les plus importantes de toutes les pathologies.

Pour les thérapeutes inspirés par ces travaux, un fil rouge de la thérapie est d'aider le patient à lâcher ses tendances à maîtriser ses émotions et de renoncer aux substances qui pourraient aider à «se sentir mieux», surtout si celles-ci ont des conséquences néfastes à long terme pour cette personne. Il ne s'agit plus de faire tout pour se sentir mieux (quand cela veut en fait dire «ne plus se sentir mal»), mais de «**mieux sentir**». Et la pratique de la pleine conscience, introduite de façon adaptée aux compétences déjà présentes chez le patient, à des doses acceptables par celui-ci, peut devenir une pratique centrale pour sortir des évitements handicapants et apprendre à mieux sentir.



photo : Alain Gourhant

Accepter tout ?

Pour éviter des malentendus : il ne s'agit pas d'accepter des douleurs impossibles, comme un «fakir». Il serait ainsi absurde de mépriser les médecines douces ou moins douces comme aide temporaire ; il ne s'agit pas non plus d'une résignation aux injustices de ce monde. L'ancienne prière de la sérénité le dit bien : « *changer ce qui est possible de changer et accepter ce que l'on peut pas (encore) changer* ». D'ailleurs, pour mieux changer une situation injuste, il convient d'abord de pouvoir l'observer telle quelle, et donc l'accepter, si l'on veut que son action soit adaptée...

Il y a aussi un écueil dans cette «promotion» de l'acceptation : qu'elle devienne moralisatrice et juge les résistances : la non-acceptation de la non-acceptation équivaut à un double refus !

C'est une des raisons pour laquelle dans l'**ACT***, on précise qu'il convient de progressivement accepter ses expériences, seulement quand l'évitement de ces expériences empêche la personne de vivre selon ses valeurs. Il y aura toujours des évitements, mais quand ces évitements ne gênent pas la personne pour mener une vie en harmonie avec ses valeurs, où est le problème ? Ce n'est pas seulement du bon sens, cela facilite le travail thérapeutique sur l'évitement expérientiel. Quand le patient découvre qu'un évitement l'empêche de vivre sa vie selon ses valeurs propres, il sera plus motivé à «payer le prix» pour accepter des expériences parfois douloureuses, dans une pratique de pleine conscience adaptée.

LA TROISIÈME VAGUE : OBSERVER, ACCEPTER ET AGIR SELON SES VALEURS

Depuis un certain temps on trouve plusieurs approches basées sur la pleine conscience.

Le **Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR** qui, comme le nom l'indique déjà, vise la réduction du stress grâce à une pratique de la pleine conscience. Il s'est avéré être aussi une grande aide à ceux qui souffrent de douleurs chroniques. Il s'agit d'un programme très structuré de huit séances hebdomadaires de quelques heures, plus une journée entière.

Il y a quelque chose à considérer, me semble-t-il : les participants sont censés pratiquer quotidiennement une demi-heure. Même si les CD fournis sont d'une grande aide, cela demande tout de même une discipline, qui n'est pas évidente pour tout le monde et contre-indiquée pour des personnes fragilisées psychologiquement. On peut affronter trop, trop vite, et ainsi induire des crises émotionnelles ou des tendances dissociatives, etc. De plus, le nom «réduction du stress» est un peu trompeur, car le but n'est justement pas de vouloir réduire quoi que ce soit pour un «mieux être» selon la mode actuelle, mais de développer des qualités d'observation et d'acceptation. La réduction du stress est un effet secondaire que l'on obtient... ou non.

Il y a aussi la **Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience**, pour prévenir les rechutes dans la dépression. Elle est en France surtout connue pour des programmes en groupe ayant presque la même structure que ceux du MBSR mention-



photo : Alain Gourhant

nés précédemment. Ces groupes n'ont pas une vocation thérapeutique ; ils s'adressent aux personnes qui ont déjà traversé au moins trois périodes dépressives et qui ne sont pas dans une phase dépressive aiguë. Parmi ces personnes, 40% ne connaîtront plus de rechute après avoir suivi le programme et s'être engagées dans une pratique de méditation régulière. Il ne s'agit donc pas d'une panacée, mais les résultats sont quand même considérables, si l'on sait que, plus on a traversé des épisodes dépressifs, plus les rechutes sont probables.

La **Thérapie Comportementale Dialectique**, développée par Marsha Linehan (étudiante du maître Zen Thich Nhat Hanh) est d'un tout autre ordre et s'adresse à des populations pour qui la psychothérapie classique se montre trop difficile : les patients borderline avec des tendances graves à l'automutilation, par exemple. La pleine conscience joue là un rôle important, notamment pour aider les personnes à mieux réguler leurs affects. Il y a d'autres éléments dans cette approche que nous ne pouvons pas aborder dans ce cadre limité. C'est une thérapie plus éclectique qu'intégrative, probablement en partie liée à la complexité des problèmes traités, mais actuellement des personnes travaillent vers un modèle plus intégratif.

Il y a enfin la **Thérapie de l'acceptation et l'engagement (ACT : Acceptance and Commitment Therapy)**. Elle est développée par Steven Hayes, Kelly Wilson et Kirk Strosahl. Elle est différente des méthodes mentionnées jusqu'à main-

tenant, car il s'agit d'un vrai modèle intégratif – pas seulement d'un patchwork éclectique. Cette thérapie propose des pratiques proches de celles de la pleine conscience, mais en “petites gouttes”, adaptées à ce que la personne peut faire actuellement. Comme le nom de cette approche le suggère, elle veut aider non seulement à développer la pleine conscience, là où auparavant il y avait inconscience et évitement, elle veut aussi aider la personne à conscientiser ses valeurs intimes. Il est frappant de voir combien de personnes ne sont pas claires si on leur demande ce qui importe vraiment dans leur vie – on dirait qu'il s'agit d'une vraie inconscience culturelle. Il s'agit alors de développer une plus grande flexibilité dans les comportements, pour que ceux-ci soient plus en phase avec ces valeurs.

“L'ACT aide la pleine conscience mais aussi à conscientiser ses valeurs intimes”

Cet article s'est proposé d'illustrer combien les TCC* sont en pleine évolution et en train de présenter de nouvelles propositions répondant à des exigences de rigueur et d'ouverture, de même qu'aux besoins des patients en quête de réponses aux grands défis contemporains au delà de la réduction des symptômes.

Dans le blog du site psychotherapie-integrative.com, Alain Gourhant et moi échangeons avec plus de détails sur ces thèmes d'actualité.

*TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

*ACT : Acceptance and Commitment Therapy : thérapie de l'acceptation et de l'engagement