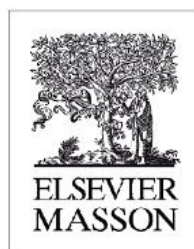


Jean Cottraux

Les psychothérapies comportementales et cognitives

5^e édition



Les psychothérapies comportementales et cognitives

Chez le même éditeur

Du même auteur

Psychologie positive appliquée au milieu du travail, par J. Cottraux. Collection Médecine et psychothérapie. 2011 à paraître.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychothérapie et psychologie, par M. Bouvard, J. Cottraux. Collection Pratiques en psychothérapie. 2010, 5^e édition, 368 pages.

TCC et neurosciences, sous la direction de J. Cottraux. Collection Médecine et psychothérapie. 2009, 240 pages.

Thérapie cognitive et émotions, sous la direction de J. Cottraux. Collection Médecine et psychothérapie. 2009, 224 pages.

Psychothérapie cognitive de la dépression, par I.M. Blackburn, J. Cottraux. Collection Médecine et psychothérapie. 2008, 3^e édition, 248 pages.

Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité, par J. Cottraux, I.M Blackburn. Collection Médecine et psychothérapie. 2006, 2^e édition, 320 pages.

Autres ouvrages

Manuel de psychiatrie, coordonné par J.-D. Guelfi et F. Rouillon. 2^e édition, à paraître 2011.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azais. Collection Les âges de la vie. 2010, 4^e édition, 488 pages.

Les thérapies familiales systémiques, par K. Albernhe, T. Albernhe. Collection Médecine et psychothérapie. 2008, 2^e édition, 312 pages.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, par M. Bouvard. Collection Pratiques en psychothérapie. 2009, 3^e édition, 352 pages.

Les personnalités pathologiques, par Q. Debray, D. Nollet. Collection Médecine et psychothérapie. 2007, 4^e édition, 208 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. Palazzolo. Collection Pratiques en psychothérapie. 2007, 2^e édition, 280 pages.

Les psychothérapies comportementales et cognitives

Jean COTTRAUX

Psychiatre honoraire des hôpitaux au CHU de Lyon

Directeur scientifique de l'IFFORTHECC (Institut francophone de formation
et de recherche en thérapie comportementale et cognitive)

Membre fondateur de l'Académie de thérapie cognitive de Philadelphie
et ancien président de l'Association européenne de thérapie
comportementale et cognitive (EABCT)

5^e édition revue et augmentée



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-70814-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Abréviations

AABT	Association américaine pour l'avancement de la thérapie comportementale
ABCT	Association for Behavioral and Cognitive Therapies (nouvel intitulé de l'AABT) : Association pour les thérapies comportementales et cognitives
ACT	<i>acceptance and commitment therapy</i>
AFFORTHECC	Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive
AFTCC	Association française de thérapie comportementale et cognitive
ASQ	Questionnaire du style d'attribution
CIM	Classification internationale des maladies
DIU	diplôme inter universitaire
DSM	<i>Diagnostical and statistical manual of mental disorders</i>
DU	diplôme universitaire
EABCT	Association européenne de TCC
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
IFFORTHECC	Institut francophone de formation et de recherché en thérapie comportementale et cognitive
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
NIDA	<i>National Institute of Drug Abuse</i>
PMD	psychose maniaco-dépressive
SORC	<i>stimulus-organisme-réponses-conséquences</i>
TCC	thérapie cognitive et comportementale
WAIS	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i>

Préambule à la cinquième édition

C'est un privilège que de remettre à jour, une cinquième fois, un ouvrage dont la version la plus ancienne date de 1978. Cette nouvelle édition donne la mesure le chemin parcouru en trente-deux années : le temps d'une génération. Elle me permet aussi de remercier les lecteurs et les éditions Elsevier-Masson, de leur fidélité.

Les modèles comportementaux initiaux se sont considérablement enrichis de l'approche cognitive et des modèles issus des neurosciences qui étudient les relations entre émotions et cognitions. « Cognition » peut se définir comme l'acte de connaître par traitement de l'information. Chaque syndrome psychiatrique pourrait correspondre à des structures et à un dysfonctionnement cognitif spécifique. Les interventions thérapeutiques, tout en conservant les acquis des méthodes comportementales, cherchent donc à modifier les croyances, les postulats irrationnels et les schémas cognitifs qui traitent consciemment et inconsciemment l'information et produisent ainsi les émotions négatives qui représentent la plainte la plus fréquente des patients. Ce qui me conduira à faire une mise au point sur les travaux fondamentaux sur les relations entre émotions et cognitions.

De plus, il existe, maintenant, une articulation de la neurobiologie avec la TCC : des études ont mis en relation des contenus de pensée obsédante avec le métabolisme cérébral dans les structures préfrontales. D'autres études ont montré les effets de la TCC sur le métabolisme cérébral des patients obsessionnels-compulsifs, phobiques sociaux dépressifs ou présentant des phobies spécifiques ou encore des troubles de la personnalité.

Du fait de nombreuses recherches sur l'évaluation de leurs résultats, de leurs processus et de leur excellent rapport coût efficacité, les thérapies comportementales et cognitives ont apporté une contribution essentielle dans les principaux domaines de la psychopathologie. En fonction des indications, ces thérapies brèves, ou longues – c'est le cas des troubles de la personnalité – peuvent être appliquées, soit comme une méthode thérapeutique unique, soit en combinaison avec la psychopharmacologie, soit comme technique d'appoint dans un plan thérapeutique plus global.

La France a mis longtemps à prendre pleine conscience de ce développement. De nombreux rapports d'évaluation, à l'étranger, en particulier celles de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Association psychiatrique américaine et du Service national de santé en Angleterre avaient déjà montré la valeur des TCC dans de nombreuses indications : c'est le cas d'un travail de

l'OMS (Sartorius et al., 1993). Un rapport de l'INSERM a été publié en 2004, à la demande de la Direction Générale de la Santé, et de deux associations de patients (FNAPSY et UNAFAM). Il évaluait les thérapies psychanalytiques, les TCC et les thérapies familiales. Ce rapport a montré que la TCC était la thérapie la plus efficace dans quinze syndromes psychiatriques sur les seize qui avaient été étudiés. Les recherches contrôlées qui ont eu lieu depuis ce rapport le confirment, en particulier dans les troubles de la personnalité : une mise à jour en sera faite dans le dernier chapitre.

Mais la meilleure acceptation actuelle de la thérapie cognitive et comportementale ne provient pas uniquement de cette démonstration scientifique. Tout changement de paradigme se fait dans le conflit, comme l'ont montré Max Planck (1949) et Roland Kuhn (1962) : un paradigme en remplace un autre après une lutte plus ou moins longue, et ce paradigme devra lui aussi disparaître, lui aussi, un jour, après un conflit plus ou moins prolongé. Un nouveau paradigme ne s'établit qu'après la disparition ou la perte de pouvoir des tenants du paradigme adverse. En l'occurrence et en France, la psychanalyse était fermement opposée aux TCC, ce qui a entraîné un conflit ouvert dans les médias. Les marqueurs temporels les plus récents de ce clash de paradigme, sont le rapport INSERM de 2004, et *Le Livre noir de la psychanalyse* (2005) et le livre de Michel Onfray : *Le Crépuscule d'une idole* (2010). En montrant les falsifications répétées de l'histoire de la psychanalyse, et en particulier des échecs thérapeutiques publiés comme des succès, cette polémique a ramené au centre du débat la question que posent les TCC depuis leurs origines : qu'est-ce qu'une psychothérapie efficace ?

Le présent ouvrage cherche à répondre à cette question. Bien entendu la TCC n'est pas la seule forme psychothérapie efficace, même si elle est la mieux validée. Ce livre sera divisé en trois parties. Une première partie théorique permet d'exposer les fondamentaux théoriques, expérimentaux et historiques de la TCC. Une deuxième partie pratique, destinée aux thérapeutes et aux patients, présente la TCC à l'œuvre à travers des histoires de cas. La troisième partie, fondée sur l'analyse des études contrôlées, explique la méthodologie qui valide les TCC et donne un tableau complet de ce que patients et thérapeutes peuvent en attendre.

Pour terminer, je tiens à remercier l'équipe que j'ai eu l'honneur de diriger à l'Unité de Traitement de l'Anxiété à l'Hôpital Neurologique. Ma gratitude va aussi aux Hospices Civils de Lyon et au ministère de la Santé pour leur soutien constant des recherches menées par cette équipe et dont on trouvera l'écho dans ce livre.

D'autres poursuivront sur cette voie et apporteront du nouveau. Comme le disait Saint Augustin : « Cherchez comme ceux qui trouvent, mais trouvez comme ceux qui doivent chercher encore. »

Jean Cottraux

Bibliographie

- Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D., & Van Rillaer, J. (2005). *Le Livre noir de la psychanalyse (ouvrage collectif sous la direction de Catherine Meyer)*. Paris: Éditions les Arènes. réédition 2010.
- INSERM. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Expertise collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.-M. Thurin). INSERM, 553 pages. Résumé en ligne : www.inserm.fr.
- Kuhn, R. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Onfray, M. (2010). *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*. Paris: Grasset.
- Planck, M. (1949). *Scientific autobiography and other papers*. New York: Philosophical Library.
- Sartorius, N., De Girolamo, G., Andrews, G., German, A., & Eisenberg, L. (Eds.). (1993). *Treatment of mental disorders. A review of effectiveness*. Washington: WHO, American Psychiatric Press.



Théories et principes

1 Les fondamentaux de la TCC

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Elles mettent l'accent sur l'utilisation d'une méthodologie expérimentale afin de comprendre et de modifier les troubles psychologiques qui perturbent la vie du patient et qui suscitent une demande auprès d'un spécialiste de santé mentale.

Elles font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage : conditionnement classique et opérant, apprentissage social, qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables que sont les comportements moteur et verbal, comme pierre de touche de l'efficacité psychothérapique.

Mais elles font aussi référence aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet. Le comportement et les processus cognitifs ne sont cependant pas le seul point d'intervention thérapeutique : tous deux sont en interaction avec les émotions, reflet physiologique et affectif des expériences de plaisir et déplaisir.

Les techniques utilisées interviennent à ces trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. Une conception environnementaliste les sous-tend : le milieu façonne les réponses qu'émet l'organisme, mais les relations individu-milieu peuvent être remodelées favorablement par et pour le sujet. La figure 1.1 montre les différents niveaux sur lesquels peuvent intervenir les thérapies. Elle souligne aussi l'interaction entre émotion, comportement et pensées, ainsi que leurs relations avec l'environnement et les facteurs biologiques. C'est sur chacun des niveaux de ce système que portent les interventions thérapeutiques.

Comportement

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 thérapies comportementales et cognitives ne traitent pas des symptômes mais cherchent à modifier des séquences de comportement ayant une finalité : autrement dit, des conduites. De ce point de vue, on peut

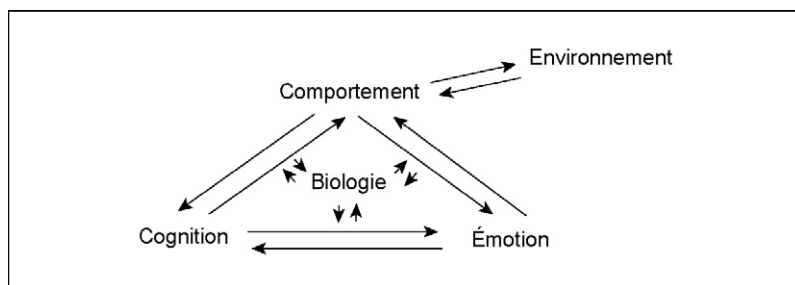


Figure 1.1
Modèle interactionnel.

Tableau 1.1

Définition du comportement : enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète

Chaîne	→	Séquence comportementale
Ordonné	→	Organisation et but
Action	→	Systèmes moteur et verbal
Situation	→	Stimuli organisés
Perception	→	Système cognitif : extraction d'une forme
Interprétation	→	Schémas cognitifs

définir le comportement comme étant « un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète » (tableau 1.1).

La notion de chaîne correspond à une séquence comportementale complexe, qui a une organisation et un but. Les actions motrices ou verbales vont adapter le sujet à un ensemble de *stimuli* environnementaux, interprétés en fonction de schémas cognitifs acquis et stockés dans la mémoire à long terme.

Cognitions

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 de l'individu.

Émotions

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 (voir chapitre 3). Le plus souvent, le patient nous apporte des affects verbalisés dans une terminologie « psy » : « J'ai un malaise, qui m'interpelle quelque part au niveau du vécu. » Cette formule cliché exprime la confusion des sentiments qui est le véritable motif de la consultation. Au thérapeute et au patient de lui donner sens et forme thérapeutique.

Thérapie et modification de comportement

Tout en tenant compte de facteurs biologiques, les thérapies cherchent à modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations perçues par le patient : anxiété, dépression, problèmes relationnels et sexuels. Leur but final est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet. Le point de départ est donc une souffrance perçue presque toujours par le patient, parfois seulement par son entourage, et souvent par les deux à la fois.

La modification du comportement, si elle est effectuée dans un autre cadre qu'un contrat de soins, ne se trouve pas incluse dans la thérapeutique proprement dite. Le développement non thérapeutique des méthodes issues des théories de l'apprentissage et des théories cognitives est très étendu. Si des applications existent avant tout dans l'éducation ou la prévention des maladies physiques ou psychiatriques, on en trouve aussi dans la publicité, la gestion des ressources humaines, le marketing et la recherche d'emploi.

Déroulement des thérapies

Les thérapies sont structurées et se déroulent sur dix à vingt-cinq séances avec éventuellement des rappels, notamment pour la plupart des troubles anxieux, des problèmes sexuels ou de la dépression. La prise en charge et la réhabilitation des patients schizophrènes nécessitent en général le maintien d'un « environnement prothèse » plus ou moins structuré selon le degré de régression ou d'évolution du patient durant plusieurs années. Les troubles de la personnalité peuvent nécessiter de un à trois ans de traitement. Les thérapies comprennent typiquement quatre phases.

Analyse fonctionnelle

Elle porte sur l'observation du comportement directement ou indirectement quantifiable. Son but est de préciser les conditions de maintien et de déclenchement des comportements. L'analyse fonctionnelle ne s'arrête pas aux aspects superficiels, mais cherche à isoler le ou les problèmes clés, dont la solution modifiera de façon durable et importante le comportement. La dimension historique de l'acquisition des perturbations sera bien entendu étudiée. Le thérapeute étudiera également les pensées, les images mentales, les monologues intérieurs qui bien souvent vont accompagner et/ou précéder les comportements problèmes. Enfin, il définira avec autant de précision que possible les comportements moteurs ou verbaux.

Définition d'un objectif au traitement

Le thérapeute et le patient vont progressivement se mettre d'accord pour formuler des hypothèses communes sur les troubles en cause, leurs facteurs de déclenchement et de maintien. Puis seront établis des « contrats » entre thérapeute et patient. Les contrats portent sur les buts du traitement : problèmes cibles définis en termes concrets et pratiques. Ils portent aussi sur les moyens du traitement. On part de l'hypothèse qu'une intervention de type structurée, et la « collaboration scientifique » avec le thérapeute, lui permettront de se libérer des comportements répétitifs dont il souffre.

Mise en œuvre d'un programme de traitement

Le programme thérapeutique utilise les principes et les techniques définis au préalable avec le patient. Le thérapeute développe donc chez le patient la capacité d'autorégulation de ses comportements, ce qui lui permettra de généraliser à l'extérieur de la situation thérapeutique les changements qui y ont été appris. Cela évite les rechutes et explique l'absence de « substitutions de symptômes », dans la mesure où un autre comportement plus satisfaisant se développe après l'élimination du comportement problème.

Évaluation des résultats du traitement

L'évaluation s'effectue en comparant les mesures répétées qui sont effectuées avant, durant et après le traitement. Le suivi est d'au moins un an

après la fin du traitement, avec en général des points d'évaluation à un mois, six mois et un an.

Le problème de la motivation au changement

Il n'y a pas de changement sans motivation, c'est-à-dire l'espérance d'un résultat ou l'attente d'une quelconque efficacité de la thérapie qui va être entreprise (Bandura, 1977). Il apparaît donc vain de vouloir changer ceux qui viennent en thérapie simplement pour être pris en charge, sans véritablement désir de changement. La thérapie comportementale étant active, elle nécessite un certain niveau de motivation et il vaut mieux en avvertir le patient.

Le changement procède essentiellement d'apprentissages et de désapprentissage quel que soit le type de thérapie. La prise de conscience des « traumatismes déclenchants » et des situations initiales de conditionnement s'avère rarement suffisante pour modifier un comportement perturbé. Les sujets en TCC apprennent à s'observer, à s'auto-évaluer et à utiliser des méthodes qui leur serviront pour d'autres problèmes que ceux pour lesquels ils ont consulté le thérapeute.

Même si l'on sait qu'il y a une structure de la personnalité, le changement d'un des éléments de la structure entraîne une modification de celle-ci par l'intermédiaire d'un réarrangement des autres éléments. Aussi, le changement d'une partie peut entraîner la modification de l'ensemble. Le choix du comportement, des émotions et des cognitions cibles, dont la modification entraînera une telle réaction en chaîne, est donc fondamental. On peut comparer ce changement structural à une intervention biochimique plus que chirurgicale. C'est ce qui peut expliquer les résultats des TCC dans les troubles de la personnalité (voir chapitres 14 et 21).

Cependant, certaines personnes utilisent au mieux leurs expériences personnelles, d'autres semblent ne rien apprendre des circonstances qu'ils ont vécues. On peut donc se poser la question : quels sont les processus de maintien des comportements autodéfaitistes et quels sont les processus de changement ? La répétition des mêmes comportements s'oppose au changement et les sujets se trouvent captifs de scénarios de vie (Cottraux, 2001) qui consistent à répéter les mêmes comportements inefficaces en espérant que la vie changera. Et bien souvent, une personne intelligente met en acte un scénario stupide avec une absence de conscience ou conscience partielle, du fait qu'elle se nuit à elle-même. La conscience partielle du problème, souvent relié à un trouble de la personnalité, entraîne une demande de thérapie.

D'une manière générale, la résistance fait partie de processus de changement. Il est naturel et sain pour un individu de résister à un changement trop rapide.

Le changement dépend de la taille de la zone de sécurité de chacun. Celle-ci peut aller du lit et de la chambre à l'espace intersidéral, en passant par la rue, un pays ou un continent. Entrer dans la zone de sécurité active des réactions d'autoprotection car il y a perception du danger, retrait, évitement.

Cas clinique : la chambre comme zone de sécurité

Un cas extrême est celui d'un de mes patients qui présentait une phobie sociale grave avec des traits de personnalité schizoïde : il insista beaucoup pour être pris en charge en TCC, mais lorsque ce fut possible, il présenta toute une série de malaises physiques, pour finalement reconnaître que le seul endroit où il se sentait bien était dans sa chambre près de son chat, à regarder la télévision, et annuler sa demande qui était pourtant au début très pressante. Heureusement tous les cas ne sont pas si difficiles.

Le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente : les bases de la thérapie motivationnelle

Toute thérapie peut appliquer le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente (1986). Ce modèle a été créé pour l'alcoolisme (Miller, 1999 ; Miller et Rollnick, 2006) et le tabagisme. Il s'inspire très directement des travaux de Bandura (1977, 2007) sur l'efficacité personnelle perçue (voir chapitre 3), et peut être étendu à tous les processus de changement, qu'ils soient psychothérapeutiques ou non (figure 1.2).

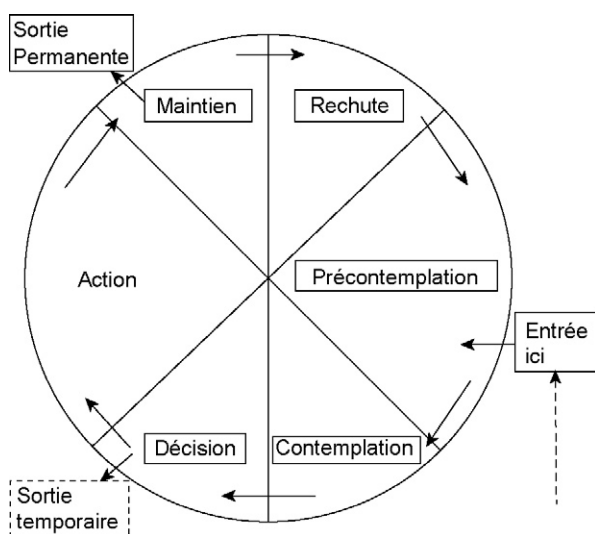


Figure 1.2

Schéma du cycle du changement en fonction des étapes de la motivation (d'après Prochaska et Di Clemente).

1. Les personnes qui n'envisagent pas de changer leurs comportements sont décrites comme des *précontemplateurs*. À ce stade, les processus de changement résultent de motivations externes ; la maladie, les phases de la vie et leur changement physique ou de statut social peuvent établir une pression sur l'individu telle qu'il soit pratiquement obligé de considérer la possibilité d'un changement.

2. L'étape de *contemplation* commence quand l'individu admet qu'il a un problème et qu'il va étudier les possibilités et le coût (psychologique et financier) du changement. Il envisage changer dans les six mois à venir et se prépare au changement. Les processus de changement à ce stade sont l'observation des autres, la recherche d'information, la prise de conscience, la confrontation par les autres au problème, parfois l'entrée dans une thérapie.

3. Puis les personnes vont progresser et vont atteindre le stade de la *décision* où elles vont envisager les actions nécessaires au changement. Dans cette phase de décision, les personnes vont développer une résolution ferme de passer aux actes. Une solution est influencée par les expériences passées, et les tentatives antérieures de changement. Les individus qui ont fait plusieurs tentatives infructueuses de changement ont besoin d'encouragements pour se décider à reprendre le cycle de changement.

4. Une fois que les personnes ont commencé à modifier le comportement problème, ils sont dans le stade de l'*action* qui normalement continue durant trois à six mois. À ce stade, les processus de changement sont essentiellement l'autocontrôle. L'autocontrôle peut se définir comme le degré personnel d'autodétermination, c'est-à-dire la capacité à agir sans se laisser influencer par les contingences de l'environnement.

5. Après avoir passé avec succès la phase d'action, les personnes vont ensuite prendre l'étape du *maintien*, autrement dit du changement soutenu.

6. Si l'ensemble de ces efforts échoue, on entre, à ce moment, dans un stade de *rechute* et l'individu peut rentrer dans un nouveau cycle, en repartant au niveau de la pré-contemplation.

Le thérapeute comme facilitation du changement : la tâche du thérapeute est d'aider l'individu à passer d'un stade à l'autre du cycle aussi rapidement que possible. Mais il doit dire au patient que lui seul est l'agent du changement : « Même si je voulais vous changer, je ne le pourrais pas, car le changement est *votre décision personnelle*. » Si l'on pense qu'il y a peu d'espoir que les choses peuvent changer, il y a également peu de raison de faire face au problème.

Freeman et Nolan (2001) ont essayé de relier les modèles du développement individuel à celui de Prochaska et Di Clemente et de revoir ce modèle dans la perspective plus générale de la psychothérapie. Selon ces deux thérapeutes cognitivistes, on peut considérer que dix phases définissent les processus de changement :

1. Non-contemplation : n'y pense pas.
2. Anticontemplation : est contre.

3. Précontemplation : considère les raisons, la possibilité et les conséquences.
4. Contemplation : considère activement le changement.
5. Planification de l'action : décisions avec un thérapeute.
6. Action : modification progressive des comportements.
7. Prédéfaillance : cognitions négatives et nostalgie des vieux comportements.
8. Défaillance : diminution des acquis.
9. Rechute : retour à l'état initial.
10. Maintenance : maintien et optimisation du changement.

Freeman et Nolan (2001) ont également systématisé les processus de la rechute :

1. Rechute non contemplative : « Je ne savais pas qu'il fallait faire attention. »
2. Rechute anticontemplative : « J'en ai assez de me surveiller. »
3. Rechute précontemplative : « Il faut que je sache comment je perds pied. »
4. Planification par rapport à la rechute : « Il me faut un système de contrôle. »
5. Rechute : « Cela recommence comme avant. »
6. Prévention de la rechute : « Je dois reprendre rendez-vous et faire le travail psychologique (et/ou social, biologique, etc.) prévu. »

Le stade de prédéfaillance est particulièrement intéressant à comprendre car, à ce stade, le sujet s'engage dans des pensées, des désirs, et même un désir impérieux vis-à-vis du temps passé et des anciens comportements. Il se demande si les changements sont réels et s'il est profitable de continuer la prise en charge. Des attitudes thérapeutiques sont à mettre en œuvre pour éviter le retour aux anciens comportements. En particulier, on se servira de la discussion socratique des avantages et des désavantages de reprendre les anciens comportements et de la méthode de résolution de problème (voir chapitre 18).

Le modèle de Freeman et Nolan peut se représenter sous la forme d'une grille qualitative d'évaluation (tableau 1.2).

Le cadre thérapeutique

La TCC peut se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de thérapie de couple ou de thérapie familiale. La thérapie familiale sous forme de psycho-éducation et de résolution de problème a particulièrement été étudiée chez les psychotiques, mais aussi pour les problèmes de couple.

Les séances sont limitées en nombre : dix à vingt-cinq séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Tableau 1.2

Évaluation qualitative de la motivation au changement en thérapie cognitive (d'après Freeman et Nolan, 2001)

En fonction des données de l'entretien et des avis extérieurs (famille, etc.), à quel stade est actuellement le patient ?	
1. Anticontemplation	☐
2. Non-contemplation	☐
3. Précontemplation	☐
4. Contemplation	☐
5. Préparation : planification de l'action	☐
6. Action	☐
7. Prédéfaillance	☐
8. Défaillance	☐
9. Rechute	☐
10. Maintenance	☐

Cependant pour les troubles de personnalité, en particulier la personnalité borderline, des séances d'une heure sont recommandées.

Le déroulement de la thérapie se fait en plusieurs étapes :

- analyse motivationnelle : qu'est-ce que le patient désire changer ? Définition avec le thérapeute des objectifs du traitement ; mise en évidence du stade où se situe le sujet dans le processus de changement ;
- établissement d'une relation thérapeutique de collaboration : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien (Cungi, 2006) ;
- analyse fonctionnelle : définition des comportements problèmes ; mise en relation des comportements avec les émotions et les pensées ;
- explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées ;

- développement de capacités d'autoguérison et d'autogestion ;
- évaluation des résultats du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer ;
- programme de maintenance et suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.

La séance de TCC

Le thérapeute est actif. Les séances sont structurées selon le modèle de Beck et al. (1979) :

- une évaluation des tâches effectuées entre les rencontres, s'il y a lieu, est faite en début de séance ;
- puis un agenda de séance est défini : un thème de séance est établi avec le patient ;
- le thérapeute effectue toutes les 10 minutes environ un résumé de la séance qu'il propose à la discussion du patient ;
- la méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances ;
- des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont ensuite utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient ;
- un résumé de séance est sollicité par le thérapeute de manière à mettre au jour ce que le patient retient de la séance. Ce résumé est discuté ;
- enfin le thérapeute demande un *feedback* du patient sur ce que le thérapeute a fait ou dit avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu et/ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser ;
- avant de terminer, des tâches cognitives et comportementales sont définies avec le patient. Elles seront mises en œuvre dans la vie quotidienne ;
- un agenda est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

Relation et alliance thérapeutique

Le transfert comme moyen de déclenchement de reviviscences émotionnelles et de prise de conscience des structures inconscientes profondes n'est pas un moyen fondamental en thérapie comportementale et cognitive. Les émotions, la prise de conscience et le problème des structures mentales inconscientes sont abordés par d'autres moyens. La brièveté de la thérapie, la situation de face à face, la structuration des séances par un agenda, le caractère pédagogique de la relation, le fait de proposer des programmes d'activité en dehors des séances ne le favorisent pas. En effet, le transfert se nourrit de la régression du conscient vers l'inconscient, du présent vers le

passé, de la pensée logique vers la pensée magique. Il est, ici, découragé par l'approche réaliste proposée au patient et qui empêche la régression.

Cependant, la thérapie cognitive de Beck (1979) représente une synthèse de certains aspects de la psychanalyse et de la thérapie comportementale classique. De la psychanalyse vient l'intérêt porté à l'identification des thèmes latents dans la pensée du patient, à la mise en évidence des interactions entre pensées, affects et comportement, et à la genèse historique des schémas cognitifs. De la thérapie comportementale vient la structuration des séances, la définition de buts thérapeutiques, l'opérationnalisation des techniques thérapeutiques et d'évaluation. Pourtant, le transfert au sens strict du terme n'est pas l'élément essentiel du processus thérapeutique : s'il apparaît, il est poliment découragé ou ignoré, car il risque d'entraver le déroulement du traitement.

Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes donnent autant d'explications que les psychanalystes mais ces explications sont en relation non avec le transfert, mais avec une conceptualisation en termes d'apprentissage cognitif et comportemental des problèmes du patient qui peuvent également être associés avec des explications d'ordre biologique selon la nature des difficultés présentées et de la vulnérabilité génétique du patient. Bien souvent, ce qui rend le mieux compte des faits est un modèle qui tient compte à la fois de la vulnérabilité génétique de chacun (un trait familial anxieux par exemple), des événements singuliers qui arrivent à chacun et des facteurs sociaux de protection.

Si on compare, maintenant, les thérapies comportementales et cognitives aux thérapies de soutien, on observe que les thérapeutes donnent des conseils et soutiennent les aspirations du patient, mais qu'en plus ils utilisent des techniques spécifiques, fondées sur des principes expérimentaux et qui ont été testées au cours d'études contrôlées.

Alford et Beck (1997) ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage qui est lié aussi à la relation thérapeutique et aux changements cognitifs du sujet. Cependant, le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Il convient donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du rôle du thérapeute. La relation thérapeutique ainsi définie est une condition nécessaire mais non suffisante.

Dans une perspective voisine, j'ai proposé d'évaluer la relation thérapeutique avec une échelle faite de douze paires d'adjectifs bipolaires qui permettent d'évaluer sur six points : le thérapeute vu par le patient et le patient vu par le thérapeute. Voici cette échelle de relation thérapeutique (ERT) dans sa version destinée au patient et sa version destinée au thérapeute. Elle a montré des différences dans deux essais contrôlés (Cottraux et al., 1995, 2009).

Échelles de relation thérapeutique (Cottraux, 1995)

Ces échelles ont pour but d'évaluer la relation thérapeutique du point de vue du thérapeute et de celui du patient.

Passation

Aussi bien le patient que le thérapeute remplit en milieu de thérapie une fiche qui comprend douze paires d'adjectifs bipolaires décrivant respectivement le thérapeute ou le patient. Par exemple :

Agréable	1	2	3	4	5	6	Désagréable
----------	---	---	---	---	---	---	-------------

La consigne est d'entourer le chiffre choisi en fonction de la proximité de la personne d'une des deux extrémités.

Dépouillement et interprétation

On obtient un score allant de 12 à 60 par lequel le thérapeute évalue le patient, et un score de 12 à 60 par lequel le patient évalue le thérapeute. Plus le score est élevé, plus l'évaluation est négative.

Nom :							
Prénom :							
Sexe :							
Date :							
Évaluation de la relation thérapeutique (ERT) par le (la) patient(e)							
Vous trouverez ci-dessous une liste d'adjectifs ou de phrases présentés par paires et qui s'opposent l'un à l'autre. Ces adjectifs ou ces phrases décrivent la personne qui a effectué la psychothérapie cognitivo-comportementale. Veuillez entourer le chiffre choisi suivant que vous estimez que la personne qui vous a traité(e) est plus proche d'un des deux adjectifs.							
Le ou la psychothérapeute m'apparaît :							
Agréable	1	2	3	4	5	6	Désagréable
Parler beaucoup	1	2	3	4	5	6	Rester silencieux
Précis	1	2	3	4	5	6	Vague
Expérimenté	1	2	3	4	5	6	Inexpérimenté
Sincère	1	2	3	4	5	6	Non sincère
Franc	1	2	3	4	5	6	Dissimulé
Chaleureux	1	2	3	4	5	6	Froid
Intéressant	1	2	3	4	5	6	Ennuyeux
Courtois	1	2	3	4	5	6	Discourtois
Respectueux	1	2	3	4	5	6	Irrespectueux
Me comprendre	1	2	3	4	5	6	Ne pas me comprendre
Me soutenir le moral	1	2	3	4	5	6	Me démoraliser
TOTAL =							

Nom :							
Prénom :							
Sexe :							
Date :							
Évaluation de la relation thérapeutique (ERT) (évaluation du patient par le thérapeute)							
Vous trouverez ci-dessous une liste d'adjectifs ou de phrases présentées par paires et qui s'opposent l'un à l'autre. Ces adjectifs ou ces phrases décrivent le sujet avec qui vous avez effectué la psychothérapie cognitivo-comportementale. Veuillez entourer le chiffre choisi suivant que vous estimez que le sujet est plus proche d'un des deux adjectifs.							
Le (ou la) patient(e) m'apparaît :							
Agréable	1	2	3	4	5	6	Désagréable
Parler beaucoup	1	2	3	4	5	6	Rester silencieux
Précis	1	2	3	4	5	6	Vague
Cultivé psy.	1	2	3	4	5	6	Inculte psy.
Sincère	1	2	3	4	5	6	Non sincère
Franc	1	2	3	4	5	6	Dissimulé
Chaleureux	1	2	3	4	5	6	Froid
Intéressant	1	2	3	4	5	6	Ennuyeux
Courtois	1	2	3	4	5	6	Discourtois
Respectueux	1	2	3	4	5	6	Irrespectueux
Se comprendre	1	2	3	4	5	6	Ne pas se comprendre
Gratifiant	1	2	3	4	5	6	Déprimant
TOTAL =							
SIGNATURE du thérapeute =							

Méthodes d'entretien et découverte guidée

Au fil du temps, la pratique des TCC a développé des techniques d'entretien qui ont pour objet la découverte guidée des schémas cognitifs et des problèmes émotionnels du patient. Certaines techniques représentent une extension des méthodes proposées par Carl Rogers (1968), d'autres sont issues de l'approche beckienne des schémas cognitifs dysfonctionnels (Beck et al., 1979) ou de l'approche motivationnelle (Cungi, 2006 ; Miller et Rollnick, 2006).

La technique la plus connue est la reformulation qui ne doit pas être mécanique. Elle est utilisée pour maintenir l'alliance thérapeutique mais surtout pour faire avancer le patient dans son auto-exploration. Elle correspond à la *reformulation de certaines phrases du patient en vue de clarification*. Il existe de

nombreuses variantes de la reformulation pour qu'elle ne soit pas statique : faire du sur place est souvent le défaut des thérapeutes débutants qui n'osent pas se risquer. Voici quelques exemples de variantes que chacun peut adapter à son style personnel.

Reflet simple : « Si je comprends bien vous voulez dire que... »

Reflet double ou reflet de l'ambivalence de la personne : « D'un côté vous voulez changer de l'autre vous ne voulez pas... »

Reflet de l'émotion : « Je vois que tout cela vous attriste. »

Reflet interprétatif : « Est-ce que tout cela signifie que... ? »

Reflet interrogatif : « Vraiment ? »

Reflet amplifié ou exagération de ce qui a été dit : « Si l'on pousse aux extrêmes ce que vous dites... »

Finalement, il est possible de résumer les techniques d'entretien à sept « R » qui permettent de faire évoluer la relation thérapeutique et de découvrir les problèmes du patient en le guidant en douceur.

Les sept « R » de la découverte guidée—Pour que la recherche guidée soit efficace sept techniques permettent de faire avancer l'entretien exploratoire

1. RECONTEXTUALISER : des questions ouvertes sont posées pour aborder ce qui vit le patient et le mettre en relation avec le contexte social et personnel : qu'est-ce qui déclenche tel comportement ou telle émotion ?
2. REFORMULER : réponses reflet de style varié.
3. RÉSUMER et clarifier ce qui a été dit.
4. RENFORCER : valoriser la personne et ce qu'elle dit.
5. ROULER AVEC LA RÉSISTANCE : réponses sans critique, ni jugement moral, qui acceptent le patient tel qu'il est.
6. RECADRER : le thérapeute propose un recadrage et un nouvel éclairage, une nouvelle interprétation. Il ouvre le grand angle pour mettre le problème en perspective.
7. RÉINTÉGRER DANS L'HISTOIRE PERSONNELLE : mise en perspective des difficultés actuelles et faire l'historique des schémas cognitifs.

La supervision des thérapeutes en TCC

Cette supervision, qui doit être effectuée par un praticien expérimenté, est une nécessité surtout si l'étudiant travaille avec des cas complexes. On peut distinguer trois niveaux de difficulté croissante dans la supervision.

La supervision en TCC : le niveau I

Par niveau I, il faut entendre la prise en charge des troubles anxieux et des états psychotiques qui nécessitent un apprentissage spécifique pour mener à

bien les méthodes d'exposition et d'entraînement aux compétences sociales et cognitives. Bien que la formation ne soit pas d'une grande complexité, la supervision des cas représente un passage obligé. Le jeu de rôle avec des cas simulés et la présentation de cas en cours de traitement avec discussion sont les moyens essentiels.

La supervision en TCC : le niveau II

Elle correspond plus spécifiquement à la thérapie cognitive des états dépressifs et des troubles de personnalité du cluster C (personnalités évitantes, obsessionnelles-compulsives et dépendantes). Un des problèmes centraux est la démoralisation du thérapeute par la dépression du patient qui semble réaliste. Il faut donc que le thérapeute comprenne quels types de schémas sont activés chez lui, comme chez le patient. Le superviseur doit le recentrer sur la valeur d'une action thérapeutique qui au départ apporte, en apparence, peu de résultats. Le thérapeute, tout autant que le patient, prendra ainsi de la distance vis-à-vis des attributions négatives qui sont liées au sentiment d'impuissance apprise.

La supervision en TCC : le niveau III

Elle correspond au traitement du stress post-traumatique et des troubles de la personnalité du cluster B (borderline en particulier) qui sont les plus difficiles à gérer émotionnellement et techniquement pour les thérapeutes. Ces cas sont caractérisés par une conceptualisation des cas « à tiroirs », des problèmes relationnels multiples et des problèmes émotionnels qui compromettent l'empathie du thérapeute. Le passage de l'axe 1 à l'axe 2 et vice versa y est fréquent : par exemple oscillations entre un trouble de personnalité borderline et des obsessions-compulsions ou un état dépressif grave. Les passages à l'acte et l'impulsivité sont fréquents et les dommages émotionnels chez les thérapeutes sont la règle plus que l'exception. La supervision se centre alors sur l'impact du scénario de vie du patient sur la thérapie et doit aider le thérapeute à se distancier pour trouver les moyens d'aider le patient à résoudre ses problèmes relationnels répétitifs qui le maintiennent dans la spirale de l'échec personnel.

La supervision en TCC : les modalités pratiques

La supervision est effectuée par des présentations de cas en petit groupe, avec discussion de jeux de rôle pour modifier progressivement les interactions entre l'apprenti thérapeute et le patient joué par un autre participant. Les méthodes habituelles en TCC de *feedback* de modèle et répétition du jeu sont utilisées. Il est recommandé également d'effectuer des supervisions sur des vidéos qui sont ensuite évaluées à partir de critères plus ou moins sophistiqués par un expert. Une check-list utilisée pour la thérapie cognitive est proposée tableau 1.3.

Tableau 1.3

Compétences générales en thérapie cognitive, Beck Institute, Philadelphie : évaluation des vidéos de thérapie cognitive (Andy Butler, traduction de J. Cottraux)

Compétences générales
Développer une alliance thérapeutique Évaluation de l'humeur du patient Établissement d'un agenda Établissement de liens entre les séances Revue des tâches Résumés-synthèses Sollicitation d'un <i>feedback</i> durant la séance Style collaboratif Découverte guidée Gestion du flux des sujets de la séance Rythme : utilisation efficace du temps Familiarisation avec TC : théorie Familiarisation avec TC : thérapie Focalisation sur les cognitions et comportements clés Mise à jour des pensées automatiques Évaluation des pensées automatiques Identifier les pensées dysfonctionnelles Évaluation des pensées dysfonctionnelles Résolution de problème Établissement des tâches adaptées Résumé de séance Recherche de <i>feedback</i> en fin de séance
Interventions spécifiques
Introduction à la restructuration des pensées dysfonctionnelles Partage de la conceptualisation avec le patient Psycho-éducation Analyse coût/bénéfice Jeu de rôle rationnel/émotionnel Jeu de rôle pour développer les compétences Exposition en imagination Exposition <i>in vivo</i> Revue/restructuration des expériences infantiles Autres

Indications et contre-indications

La thérapie comportementale a débuté au milieu des années 1950 par des indications limitées, en particulier les phobies simples, pour devenir à la fin des années 1970 une école de psychothérapie bien établie dont les techniques représentent une indication de choix pour traiter les troubles anxieux et pour promouvoir la réhabilitation des patients psychotiques chroniques. Des applications majeures ont été effectuées dans la dépression non mélancolique et dans la prévention et la gestion psychologique de certaines

Tableau 1.4**Indications et contre indications des thérapies comportementales et cognitives**

Traitement de choix
Phobies sociales, agoraphobie, phobies spécifiques
Attaques de panique
Obsessions-compulsions sans dépression importante
Anxiété généralisée
Dépression d'intensité moyenne
Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes
Stress post-traumatique
Troubles de personnalité
Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisse, phobies, obsessions et autisme infantiles
Problèmes sexuels et de relation de couple
Certainement utiles
Boulimie
Prévention de rechutes de la maladie coronarienne
Douleur chronique d'origine organique ou psychologique
Réhabilitation sociale des sujets schizophrènes chroniques
Toxicomanie et dépendance : alcool, tabac, drogues et jeu
Psychose maniacodépressive (en association avec les normothymiques)
Résultats en développement
Médecine comportementale (psychologie de la santé), stress et psycho-immunologie, SIDA, cancer, hypertension, psychogériatrie
Contre-indications
Paranoïa
Dépression mélancolique ou ralenité
Impossibilité de définir clairement les buts du traitement avec le patient

maladies physiques. La psychiatrie de l'enfant, les sciences de l'éducation et la psychogériatrie bénéficient aussi de ses applications. Le lecteur retrouvera une discussion des données contrôlées de la littérature dans la troisième partie de cet ouvrage. Le [tableau 1.4](#) résume les principales indications et contre-indications des TCC.

Formation aux TCC en France

Il existe dans le service public des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) dans la plupart des universités françaises.

Tableau 1.5

Recommandations de l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT) pour la formation aux TCC

Formation	450 heures dont 200 par un thérapeute compétent
Développement des compétences psychothérapiques	200 heures
Supervision	200 heures par un thérapeute compétent Au moins huit cas supervisés couvrant trois types de problème
Mémoire	Quatre cas au moins (2 000-4 000 mots)
Accréditation par une association	Formation ci-dessus suivie de formation continue durant toute la vie professionnelle
Thérapie didactique des thérapeutes	Le choix est laissé à chaque pays (pas d'obligation)

Des formations privées sont assurées par l'AFTCC et plusieurs autres associations régionales selon la loi de 1901.

L'IFFORTHECC (<http://www.ifforthcecc.org/>) organise depuis 2007 deux diplômes privés et des cycles certifiés, en France et en Algérie, à l'université de Constantine.

La formation s'adresse en premier lieu aux psychiatres aussi bien qu'aux médecins généralistes, possédant une bonne formation préalable, et aux psychologues. Les infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations.

Le premier diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive en France a été ouvert à l'université de Lyon en 1980, sous la forme d'une attestation d'études en thérapie comportementale. Cette attestation est devenue un diplôme universitaire (DU) obtenu en deux ans en 1990, puis en trois ans en 2000, pour s'aligner sur les normes européennes en matière de formation. Dans ce DU, environ 500 heures de formation sont réparties sur trois ans, comprenant 200 heures de supervision de huit cas pris en thérapie, présentés sous forme de mémoires écrits et soutenus devant un jury. Un oral juge chaque année les compétences des étudiants. En 2004, ce DU a été transformé en DIU (diplôme interuniversitaire). L'enseignement se déroule selon des critères proches de ceux qui ont été préconisés par l'EABCT, qui recommandait dès 2002, de prendre en compte les six points listés dans le tableau 1.5.

Il est vraisemblable que ces normes européennes vont progressivement s'imposer partout, en particulier après la réforme de la profession de psychothérapeute selon de décret du 20 mai 2010 qui met en place une loi votée en 2004.

Associations et revues en France et à l'étranger

L'Association américaine pour l'avancement de la thérapie comportementale (AABT) a été créée en 1966. L'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABT) a vu le jour en 1970. Elle est devenue

l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EA-BCT) en 1990, lors d'un congrès à Paris, présidé par la France. Le changement a été plus tardif pour les USA : L'Association Américaine de Thérapie Comportementale n'a changé son intitulé « AABT » en « ABCT » qu'en 2005.

L'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) a été fondée en 1972 par le professeur Pierre Pichot à l'hôpital Sainte-Anne. L'Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (AFFORTHECC) a été créée en 1994 dans le dessein de regrouper les individus et les associations de langue française.

La date de création des revues les plus lues reflète l'évolution dans le temps des principaux centres d'intérêts. Voici les principales revues par ordre de première parution: *Behaviour Research and Therapy* (1963) ; *Behavior Therapy and Experimental psychiatry* (1970) ; *Behavior Therapy* (1970) ; *Cognitive Therapy and Research* (1977) ; *Journal of Behavioral Medicine* (1978). Le *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (JTCC, éditions Masson) a été créé en 1991, par l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC : aftcc@wanadoo.fr). La *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive* (RFCCC) a été créée en 1996 par l'Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (afforthecc@wanadoo.fr).

Conclusion

En 2010, sur la France, l'ensemble des associations et instituts de formation regroupe environ 1 500 personnes dont un millier, environ, possède des diplômes de TCC publics ou privés et pratiquent quotidiennement.

Bibliographie

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., et al. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive therapy in borderline personality disorder : a two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.
- Cottraux, J., Note, I. D., Cungi, C., et al. (1995). A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. A one year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 167, 635–641.
- Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie. Demain est une autre histoire*. Paris: Odile Jacob.

- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Retz.
- Freeman, A., & Nolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's stages of change theory: an expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224–234.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. & Richtarik R. G. (1999). *Manuel de thérapie et de développement de la motivation. Un guide de recherche clinique pour les thérapeutes des personnes alcooliques et dépendantes*. NIH. Traduction et synthèse Jean Cottraux, Document non publié.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions-Dunod.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–27). New York: Plenum Press.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne* (traduction de E.L. Herbert). Paris: Dunod.

2 Historique et situation actuelle

Bien que les TCC aient pris leur forme actuelle seulement à partir des années 1950, dans des travaux anglo-saxons, les précurseurs sont très nombreux dès l'Antiquité. En fait, il existe des antécédents dans toutes les parties du monde et sous des formes parfois surprenantes. On trouvera une analyse plus complète de la filiation des TCC in *Cottraux (2004)*.

Les anciens

Hippocrate a utilisé sans doute le premier des méthodes d'exposition pour traiter les phobies. Locke a décrit, au XVIII^e siècle, les principes de l'exposition au *stimulus* anxiogène chez un enfant présentant une phobie des grenouilles. Le contrôle volontaire des fonctions physiologiques a été mis en évidence, il y a des millénaires, par les yogis qui ne parlaient pas de *biofeedback*, de relaxation ou de contre-conditionnement. La modification cognitive des systèmes de croyances a été utilisée par toutes les religions et tous les partis politiques. On la décrit alors soit sous le nom de conversion spirituelle, soit sous celui de prise de conscience idéologique. L'utilisation de systèmes de récompenses ou de promotion est aussi vieille que l'humanité qui ne savait pas alors qu'elle faisait du conditionnement opérant. La *Morita Therapy*, thérapie traditionnelle japonaise, traite les problèmes dépressifs, phobiques et obsessionnels par l'isolement social, la relaxation mentale et physique suivis par un ré-apprentissage de la vie. Cette méthode est proche de l'exposition progressive aux situations anxiogènes. On pourrait poursuivre sans difficulté cette quête des origines qui montre simplement que les principes de l'apprentissage et de modification cognitive sont dans toutes les tentatives humaines de changement.

Les précurseurs français

C'est à la France du XIX^e siècle que l'on attribue une certaine antériorité dans les premiers essais de thérapie comportementale. Le livre de François Leuret, publié en 1840, *Fragments psychologiques sur la folie et traitement moral de la folie* représente un premier essai de traitement de patients psychotiques par une modification directe du délire.

Itard a appliqué le premier des méthodes qui seront systématisées plus tard dans le traitement des enfants autistiques. Le travail qu'il fit avec le sauvage de l'Aveyron, Victor, enfant abandonné et vivant dans les bois, représente certainement un travail de pionnier. Son échec tient plus au fait que la période sensible d'apprentissage du langage était depuis longtemps révolue, lors de sa thérapie, qu'à ses méthodes et sa personnalité.

Mais l'auteur le plus proche des méthodes actuelles est sans doute Pierre Janet (1889). Beaucoup d'auteurs étrangers en font le précurseur par excellence. Car Janet est sans doute l'inspirateur aussi bien de la psychanalyse que des thérapies comportementales et cognitives, ainsi que des méthodes modernes de traitement du stress post-traumatique (Van der Kolk, 1996).

Ses idées ont été, sans le citer, empruntées par Freud après son passage à la Salpêtrière, où Janet enseignait. On trouve d'ailleurs déjà chez Janet les notions de subconscient, d'idée fixe (fantasme), de traumatisme, de refoulement et de fragmentation du moi.

L'influence de son œuvre fut aussi importante dans les pays anglo-saxons où les techniques qu'il a décrites ont été souvent utilisées. Isaac Marks (1981, 1987), pionnier des TCC en Angleterre, avoue avoir puisé la plupart des idées qui l'ont inspiré pour mettre au point les traitements par exposition aux situations anxiogènes, dans l'ouvrage de Janet : « *Les médications psychologiques*, seul ouvrage de psychothérapie dont la lecture lui ait servi à quelque chose » (communication personnelle).

Janet a décrit aussi l'état mental des hystériques, et les précautions pour éviter de renforcer leurs comportements, en termes proches des comportementalistes modernes. Il a développé un système psychodynamique fondé sur la notion de baisse de la tension psychologique pour expliquer obsessions et phobies. Celle-ci laisse émerger des tendances régressives et entraîne un déficit des conduites par perte de la synthèse mentale. Une technique, le « désaccrochage » des pensées répétitives et des raisonnements circulaires, a été décrite par Janet (1919) pour traiter l'« épuisement psychologique ». Elle est très voisine des techniques de résolution de problèmes avec mise à l'épreuve dans la réalité que l'on propose aux déprimés au cours des thérapies cognitives actuelles.

Perroud, médecin de l'hôpital de la Charité à Lyon, a rapporté dès 1873 deux cas d'agoraphobie traités par exposition progressive au *stimulus* anxiogène : c'est la première communication scientifique sur le sujet. Peu de temps après, Legrand du Saulle, à Paris, traite ainsi les agoraphobes et reconnaît le travail princeps de Perroud, dans son ouvrage classique sur l'agoraphobie de 1878.

L'hypnose peut représenter un précurseur des thérapies par inhibition réciproque, où la parole du thérapeute diminue l'angoisse du patient, pour lui permettre d'affronter sa phobie. De ce point de vue, les suggestions hypnotiques annoncent la désensibilisation systématique de Joseph Wolpe. Plus près de nous, le rêve éveillé dirigé de Desoille est également un ancêtre de la désensibilisation systématique et de la sensibilisation interne de Cautela. Desoille cite Pavlov et considère que certaines guérisons vérifient sa loi d'extinction.

En France, le premier travail important recensant les thérapies comportementales est dû à Jacques Rognant dans un rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de 1970 (Rognant, 1970). Jacques Rognant a également traduit l'ouvrage pionnier de Joseph Wolpe : *La pratique de la thérapie comportementale* en 1975. J'ai publié en 1978, le premier livre

français sur le sujet : *Les thérapies comportementales ? Stratégies du changement*. Les éditions Masson ont assuré la publication de ces trois ouvrages qui ont été à l'origine de la diffusion des TCC en France.

Freud : un comportementaliste malgré lui ?

Freud et surtout Ferenczi peuvent être considérés comme des comportementalistes malgré eux. La façon de concevoir la psychanalyse dans les années 1910-1920 était plus proche des thérapies cognitivo-comportementales que la psychanalyse actuelle. La durée de la cure était brève, de six mois à un an dans bien des cas, et se bornait à une dizaine de séances pour des cas célèbres comme l'a montré *Le Livre noir de la psychanalyse* (Borch-Jacobsen et al., 2004). La technique était plus active et mêlait souvent fantasme et réalité : injonctions, prohibitions, termes fixés au traitement, renforcement par des bonbons des associations libres, promenades au Prater et invitations à dîner chez le Maître pour dénouer le transfert, étaient monnaie courante. Freud devait d'ailleurs recommander l'exposition aux *stimuli* anxiogènes chez les agoraphobes dans un article de 1919 : *Progrès en psychothérapie psychanalytique* (Freud, 1919), où il reconnaît qu'il est impossible de guérir une agoraphobie, si en fin d'analyse on n'incite pas la patiente à aller dans les rues pour affronter l'angoisse jusqu'à ce que celle-ci disparaisse.

Deux musiciens célèbres ont été traités par Freud. L'un est le chef d'orchestre Bruno Walter qui, à la suite d'une cabale contre lui, présentait une crampe professionnelle : il ne pouvait plus lever le bras droit pour diriger, ni jouer du piano. Freud lui conseilla un voyage en Italie, sans résultats, puis au cours de six séances lui donna le conseil de recommencer à diriger de manière progressive tout en se concentrant sur la musique et non sur son bras et sans se soucier du résultat. Cette méthode d'exposition avec diversion d'attention et concentration sur le « flux » créatif s'avéra efficace. Bruno Walter dirigea des orchestres, sans difficulté jusqu'au-delà de ses 80 ans. Mahler, pris dans une tourmente conjugale, bénéficia, au cours de quatre promenades, de conseils de bon sens : s'occuper plus de sa femme et de ses créations musicales (Alma Mahler était aussi musicienne) pour éviter qu'elle ne le quitte (Poulain-Colombier et Christophe, 2007). De nos jours, avec ces deux cas peu orthodoxes, Freud réussirait la première année d'un diplôme de TCC, mais serait refusé par l'Association internationale de psychanalyse qu'il a créée.

On peut voir aussi en Alfred Adler (1870-1937), après sa rupture avec Freud, comme un précurseur reconnu de la thérapie cognitive (Sperry, 1997). Il a eu une influence importante aux États-Unis et a inspiré A.T. Beck, pour la création de la thérapie cognitive. Dans son ouvrage de 1929 : *La science de la vie*, Adler a en mis au jour la notion de schéma d'aperception pour rendre compte de la vision personnelle que chacun a du monde et de lui-même. Il décrit aussi ce que l'on appelle aujourd'hui les stratégies dysfonctionnelles d'adaptation. Il reste célèbre pour sa description de la surcompensation narcissique qui résulte d'un sentiment d'infériorité. Il propose une thérapie

directive qui se fonde sur la modification du style de vie, la recherche de nouveaux buts existentiels et l'augmentation de l'estime de soi

Les behavioristes

Blaise Pascal est l'auteur qui a introduit le mot « comportement » dans la langue française classique. Pourtant, l'on a eu recours à un néologisme pour la langue scientifique moderne : le « behaviorisme », autrement dit le comportementalisme, est un mot importé littéralement de l'anglais. Il s'est implanté en France à la suite d'ouvrages publiés par Naville puis Tilquin, dans les années 1940-1950, ouvrages qui présentaient le travail initial de Watson sur le behaviorisme de 1925 (version française, 1972). Ce terme est le label général d'un courant de recherches et d'applications pratiques au sujet du comportement humain.

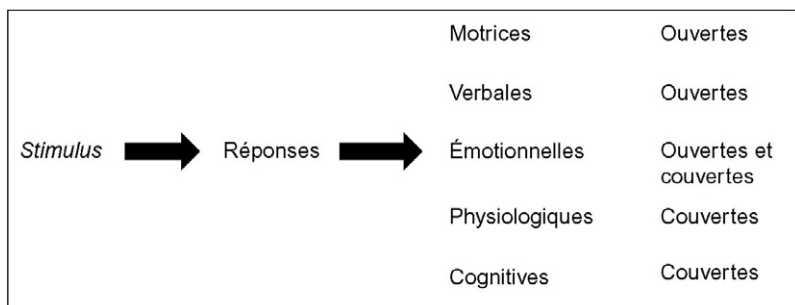
Selon Skinner, le behaviorisme n'est pas la science du comportement humain : c'est la philosophie de cette science. Sa tâche est de répondre aux questions fondamentales. Une telle science est-elle possible ? Ses lois sont-elles validées comme celles de la physique ? Cette science rend-elle compte de tous les aspects du comportement humain ?

Cependant, l'usage désigne par le terme de behaviorisme les recherches théoriques et philosophiques sur le comportement humain à partir des théories de l'apprentissage. L'aspect appliqué et pratique est appelé : « thérapie comportementale » (sens large) ou « modification comportementale » (sens étroit) correspondant aux applications du conditionnement opérant par l'école de Skinner (à partir de 1937).

Le premier behavioriste avant la lettre est certainement Pavlov, prix Nobel 1904, dont l'ouvrage sur les réflexes conditionnels date de 1927. Son œuvre est trop connue pour que nous insistions. Cependant, les applications cliniques de ses découvertes fondamentales ont été tardives. Il crée une méthode qui peut s'appliquer à l'ensemble des phénomènes psychologiques, y compris l'activité nerveuse supérieure et le langage.

Watson crée le terme de : « behaviorisme » et publie, en 1919, un essai : *Le monde tel que le voit le behavioriste*, où il critique violemment la psychologie mentaliste et associationniste du siècle précédent. Ce manifeste, ainsi que son livre de 1925 : *Le behaviorisme*, lancent une tendance nouvelle en psychologie. D'autre part, il effectue avec Rayner une expérience de conditionnement des peurs chez l'enfant (le petit Albert). Mary Cover Jones, qui effectue une expérience analogue, est considérée comme la première à avoir déconditionné un enfant chez qui elle avait créé une phobie. Après un trop bref passage dans l'université comme enseignant et chercheur, Watson deviendra un « Wizard of Madison Avenue », autrement dit un expert en publicité. Tout autant que l'ancêtre du behaviorisme, il demeure celui du marketing.

Naville (1942) dans son livre *La psychologie du comportement*, définit le comportement de la façon suivante : « Se comporter, c'est agir. » Le comportement, c'est ce que l'organisme fait et dit. Dire, c'est faire, c'est-à-dire se comporter. Selon Watson, la pensée consiste « à se parler à voix basse ».

**Figure 2.1**

Comportement ouvert et couvert.

Il identifie la pensée au phénomène de sub-vocalisation. On objectera avec raison qu'on peut penser sans avoir de larynx. Mais la pensée conçue comme ce que le sujet se dit à lui-même permet d'avoir une définition fonctionnelle, proche de celle de Platon qui parlait de dialogue interne, et en permet de l'auto-observation.

Le comportement ne se limite 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 (figure 2.1).

Donc le comportement peut s'exprimer 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. Ce schéma initial a été reformulé par les différentes théories de l'apprentissage, puis les théories cognitives.

Le behaviorisme de laboratoire (1930-1950)

Entre 1930 et 1950, le behaviorisme se développe, mais non pas la thérapie comportementale. Plusieurs faits peuvent l'expliquer. Tout d'abord un fait sociologique. Les conceptions psychanalytiques se sont implantées de plus en plus solidement dans les milieux psychologiques et psychiatriques aux États-Unis et en Europe. Un fait scientifique est également important. Les chercheurs se sont enfermés dans des laboratoires pour faire de la recherche fondamentale. Cette recherche n'a pas débouché sur des applications cliniques immédiates qui puissent sérieusement ébranler les convictions concernant les psychothérapies traditionnelles. La seule application importante est le

système de traitement de l'énurésie, par un signal qui réveille l'enfant, mis au point par Mowrer et Mowrer (1938).

De plus, certains chercheurs comme Dollard et Miller ont tenté de valider en laboratoire les hypothèses psychanalytiques : ce qui n'a abouti qu'à une reformulation en termes de théorie de l'apprentissage des concepts psychanalytiques.

Skinner, dès 1937, distingue le conditionnement opérant du conditionnement pavlovien. Son livre *Le comportement des organismes* (1953) marque une étape. On peut retrouver un ancêtre de ses conceptions chez Thorndike (1913) qui énonça le premier la loi de l'effet : un comportement est appris en fonction de son effet sur l'environnement. Mais il faudra attendre 1954 et Lindsay, puis Ayllon et Azrin en 1965, pour voir appliquer le conditionnement opérant dans les hôpitaux psychiatriques. Puis les méthodes diffuseront dans la psychothérapie, l'éducation, l'enseignement et la solution des problèmes sociaux. Le mouvement dit de « modification comportementale » est né.

Skinner (1971) en fut à la fois le théoricien et l'idéologue. Il proposait un modèle du comportement selon lequel un organisme relativement passif est modelé par l'environnement qui apprend au sujet à établir une série de réponses qui réussissent. L'environnement sélectionne les comportements adaptatifs qui se trouvent renforcés ou éliminés en fonction de leurs résultats positifs ou négatifs. D'après ce modèle behavioriste radical, la pensée et les mécanismes d'acquisition et de rappel de l'information ne pouvaient être soumis à une étude scientifique. Les seules variables objectivement observables sont les *stimuli* et le débit des réponses.

Skinner demeure cependant une figure contestée. Ses travaux et la méthodologie de laboratoire qu'il a mise au point ne justifient en rien une extension de son interprétation à l'ensemble des comportements humains. Il sera assez vite critiqué de plusieurs côtés. Tout d'abord celui de l'éthologie animale et humaine qui souligne que l'apprentissage se heurte aux caractéristiques de chaque espèce animale. Ces caractéristiques sont génétiquement programmées et l'apprentissage a lieu au moment de périodes sensibles limitées dans le temps. Ensuite celui de la physiologie, en particulier la physiologie des émotions dont l'importance a été toujours sous estimée par Skinner. Enfin, la psychologie cognitive qui montrait la valeur de l'étude des mécanismes d'acquisition et de traitement de l'information. Le débat culmine lors d'une célèbre polémique avec Chomsky sur le comportement verbal et ses relations avec les structures cognitives qui représentent une contrainte sur l'apprentissage linguistique.

Développement des thérapies comportementales

Wolpe, en 1952, expérimente en Afrique du Sud sur les animaux, à la suite des travaux de Masserman, effectués en 1943, sur les névroses expérimentales. Après une série d'expériences, il met au point la désensibilisation systématique des phobies. 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.

En Angleterre, l'école du Maudsley Hospital, en particulier Shapiro et Eysenck, développera des recherches sur les effets des psychothérapies et des études de cas individuels. Cependant, l'événement « historique » le plus marquant fut le travail d'Eysenck sur les effets des psychothérapies, car c'est lui qui déclencha véritablement le développement du courant comportementaliste. Eysenck (1952) avait sélectionné vingt-quatre des études les plus approfondies portant sur un total de 7 000 cas. Ayant établi une ligne de base grossière, il compara des cas non traités avec des cas traités par des méthodes psychanalytiques ou des psychothérapies psychanalytiques. Après analyse statistique, il tira les conclusions suivantes :

- les patients traités par la psychanalyse s'améliorent dans une proportion de 44 % ;
- les patients traités de manière éclectique dans une proportion de 76 % ;
- les patients internés à l'hôpital psychiatrique ou traités par des médecins praticiens s'améliorent dans une proportion de 72 %.

Il y avait donc dans cette étude une relation inverse entre la guérison et le traitement par la psychanalyse. L'effet essentiel de ce travail fut de lancer la thérapie comportementale. Eysenck soulignait en effet que le choix ne serait bientôt plus entre psychanalyse ou rien, ou entre psychanalyse ou psychopharmacologie, mais bien entre psychanalyse d'une part, et thérapie comportementale de l'autre. L'on doit reconnaître que ce travail restait tout à fait critiquable d'un point de vue strictement méthodologique. Nous reprendrons en détail ce problème au chapitre 20. Les travaux récents confirment de manière plus sophistiquée l'étude initiale d'Eysenck qui eut l'immense mérite de mettre le feu aux poudres.

Isaac Marks développe les traitements par exposition prolongée en imagination et en réalité aux *stimuli* anxiogènes, à la suite des travaux pionniers aux États-Unis de Stampfl (1967). Ce dernier mit au point l'implosion, c'est-à-dire la confrontation prolongée en imagination au *stimulus* anxiogène. Il fera une série d'études contrôlées, reproduites en Hollande, aux États-Unis et en France. Ces études montrent l'efficacité des thérapies par exposition et les comparent aux antidépresseurs seuls ou combinés aux thérapies.

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) où il insiste sur le rôle des phénomènes cognitifs, comme l'autocontrôle, les attentes d'efficacité et de résultats dans la régulation des comportements humains. Son œuvre va influencer à la fois la pratique et la théorisation des thérapies comportementales et de la médecine comportementale. Elle fait aussi la jonction entre les behavioristes et les cognitivistes.

Développement des thérapies cognitives

De nombreux chercheurs se lancent dans l'exploration des phénomènes cognitifs (Meichenbaum, 1977 ; Beck, 1979) et développent la thérapie cognitive qui représente le courant majeur actuel.

Ellis et la thérapie « rationnelle-émotive »

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

Beck et la thérapie cognitive

La théorie cognitive s'est développée à partir de travaux effectués par Beck à partir de 1959. Tout d'abord psychanalyste, il fit une étude statistique où il trouva que le contenu des rêves de patients dépressifs présentait des thèmes masochistes de punition, de laideur, d'incompétence, etc. Partant de l'idée que ces rêves masochistes manifestaient des souhaits hétéro-agressifs latents retournés contre le sujet, il les compara à ceux de sujets contrôles, sans dépression. Contrairement à l'hypothèse psychanalytique, il trouva que les sujets déprimés avaient moins fréquemment de rêves à contenu manifeste, traduisant une hétéro-agressivité latente retournée contre soi, que les sujets contrôles. Ces résultats suggéraient que les rêves des patients dépressifs étaient le reflet de leur vision grise, dépressive du monde, et leur sentiment de dévaluation personnelle à l'état de veille. Il y avait homologie entre le vécu conscient et le contenu latent du rêve. L'étude du rôle des cognitions conscientes, puis préconscientes, allait devenir le centre des travaux de Beck sur la dépression.

À la suite d'études de cas individuels puis de travaux contrôlés, Beck publia plusieurs livres sur la dépression. Il propose un ensemble de techniques et un modèle psychothérapique précis. Les pensées automatiques et le dialogue interne, qui conduisent, de manière inductive, à la mise à jour des postulats dépressifs, sont les cibles principales d'intervention.

La première étude contrôlée positive dans la dépression fut effectuée contre l'imipramine. Elle est due à Rush et al. (1977) et représente la première étude où une thérapie s'avéra supérieure au médicament. D'autres études contrôlées suivront avec des résultats parfois divergents.

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).

Thérapie comportementale, thérapie cognitive et thérapie cognitivo-comportementale

La paternité du terme *behaviour therapy* (thérapie comportementale) se partage après dispute entre plusieurs auteurs. Il semble être dû en 1953 à Lindsley et Skinner. Le terme a été ensuite repris par Lazarus et Wolpe, et à la même époque par Eysenck. Skinner et son école parlent plutôt de modification comportementale, voulant dire par-là qu'il ne se limite pas à la thérapeutique, mais intervient aussi dans le domaine de l'éducation.

Par la suite Beck, dès 1961, devait fonder la thérapie cognitive qui rapidement prit de l'essor, au sein et parfois un peu en marge du mouvement comportementaliste. Beck parle actuellement de thérapie cognitivo-comportementale (*Cognitive-Behavior Therapy*, ou TCC), voulant dire par là que même si la thérapie cherche à agir sur le comportement, la modification des systèmes de croyance conscients et inconscients est au centre du processus thérapeutique.

Développement de la médecine comportementale

En 1969, Miller publie dans la revue *Science* des expériences effectuées chez l'animal suggérant qu'il était possible de conditionner de manière opérante le système nerveux autonome. La différence entre conditionnement skinnérien et pavlovien semblait disparaître. Le *biofeedback* (rétroaction biologique) était lancé sans grandes précautions sur le marché des psychothérapies à visée physique. De nombreux appareils de valeurs diverses furent vendus. Plus tard, on s'apercevra des erreurs méthodologiques des expériences de Miller. Celui-ci publiera une critique de ses propres travaux dès 1974 (Miller et Dworkin, 1974). Finalement, la pratique du *biofeedback* se limitera assez vite à des indications précises, en particulier l'incontinence sphinctérienne. Mais le *biofeedback* représente la première esquisse de l'investissement du « champ psychosomatique » par l'approche comportementale et cognitive. Vers 1975, un courant important va naître, celui de la médecine comportementale qui applique les principes issus des thérapies comportementales à de nombreux problèmes médicaux :

- les maladies physiques (douleur cancéreuse, hypertension artérielle) ;
- leurs conséquences psychologiques (anxiété, dépression, perte de rôle familial et social) ;
- les comportements facteurs de risque de maladie (tabagisme, alcoolisme, schème comportemental de type A, comportements diététiques) ;
- l'influence de facteurs psychosociaux sur les maladies physiques (immunologie et dépression).

Ce courant s'étayait sur des recherches contrôlées sur l'efficacité des thérapeutiques mais s'adressait aussi à des problèmes fondamentaux comme

celui du stress et de ses rapports avec les événements de vie et les modifications hormonales et immunologiques.

Une troisième vague de TCC ?

Mais, après une première vague comportementale et une deuxième vague cognitive, la troisième vague commence à déferler (Hayes et al., 1999 ; Segal et al., 2002 ; Hayes et al., 2004). On peut se demander si elle diffère beaucoup de la deuxième vague ou si elle n'en représente qu'une simple extension avec diverses reformulations à la fois des théories et des techniques.

Ces nouvelles formes de thérapie se préoccupent encore plus des relations entre émotions et cognitions que la thérapie cognitive. Deux ont donné lieu à des travaux intéressants : la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* : ACT), et la thérapie de pleine conscience (*Mindfulness Training*) autrement dit la thérapie de plénitude de l'éveil, qui nous renvoie au Bouddha – surnommé « l'éveillé ».

La thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999 ; Schoendorff, 2009) qui présente des liens avec les thérapies humanistes, comme la Gestalt-thérapie, tout autant qu'avec la thérapie cognitive, considère que de nombreux troubles psychologiques résultent de trois difficultés :

- des efforts pathologiques pour contrôler les émotions, les pensées et les expériences subjectives ;
- une domination des fonctions cognitives et de la pensée sur le vécu émotionnel ;
- l'absence de contrôle sur les valeurs fondamentales et l'incapacité à se comporter en accord avec ces valeurs.

La thérapie consiste donc à aider le sujet à se dégager de la pensée, pour avoir un contact direct avec ses émotions vécues. Il faut également l'aider à adopter une attitude et un comportement cohérents par rapport à ses valeurs personnelles : c'est la phase de l'engagement. La thérapie de pleine conscience *mindfulness* fait partie de la thérapie.

Huit essais contrôlés de petite taille ont permis un début de validation de cette méthode dans la dépression, la gestion de l'anxiété et du stress, ou comme traitement d'appoint dans les états psychotiques (Hayes et al., 2004). En revanche, la méta-analyse la plus récente (Powers, 2009) portant sur dix-huit études effectuées au cours des vingt années d'existence de l'ACT, conclut que l'ACT n'est pas plus efficace que les thérapies déjà validées et surtout qu'elle n'est pas plus efficace que les groupes contrôles dans l'anxiété et la dépression.

La thérapie de pleine conscience apparaît comme méthode d'appoint pour les patients et de formation pour les thérapeutes qui est de plus en plus pratiquée à l'intérieur de diverses formes de TCC : 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 (Kabat-Zinn, 2009).

Dans sa forme à visée thérapeutique, elle est destinée à prévenir les rechutes dépressives chez les patients en rémission d'une dépression unipolaire récurrente. Lors d'un état de tristesse passager, les patients ayant déjà eu plusieurs épisodes dépressifs ont tendance à réactiver automatiquement des pensées et des émotions négatives qui peuvent déclencher une rechute. La thérapie cognitive de pleine conscience vise la mise au jour de ce mode de fonctionnement de l'esprit et favorise la construction d'une nouvelle attitude à l'égard des pensées et émotions négatives. Les pensées sont alors vues comme des événements mentaux, indépendamment de leur contenu et de leur charge émotionnelle. Ce programme intègre des techniques de thérapie cognitive avec la pratique de la méditation. La méditation permet en particulier de se centrer sur le présent, de ne pas se laisser entraîner par les ruminations négatives. Le sujet peut alors sortir de la spirale de la dépression en se déconnectant des pensées négatives, qui sont des phénomènes impermanents. Quelques travaux contrôlés suggèrent un possible effet de cette thérapie dans la prévention des rechutes de patients dépressifs (Baer, 2003). Une méta-analyse plus récente (Hofmann, 2010) apporte des preuves encore plus importantes de l'efficacité de la *mindfulness* dans les troubles anxieux et la dépression avec maintien au suivi.

Finalement, il me semble que la principale contribution de la troisième vague est l'introduction systématique de la de la thérapie de pleine conscience ou *mindfulness* 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 au cours du Congrès mondial de thérapie cognitive de Göteborg en 2005. Ce dialogue démontra que spiritualité et science peuvent 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.

Thérapie par réalité virtuelle

On peut mentionner aussi, parmi les nouveautés, le développement, depuis 1995, d'une thérapie par immersion dans la réalité virtuelle, qui modifie actuellement les méthodes d'exposition en proposant l'affrontement des situations redoutées dans un monde virtuel avant de s'attaquer au monde réel. Cette thérapie a fait ses preuves essentiellement dans le domaine des phobies spécifiques (Viaud-Delmon et Jouvent, 2002). L'idée de recourir à l'immersion dans la réalité virtuelle est apparue dans les milieux comportementalistes américains au milieu des années 1990. Cette technique, qui repose elle-aussi sur l'exposition, pourrait s'avérer à terme plus pratique que les TCC. L'individu est exposé à un environnement virtuel : le but est qu'il ait l'illusion d'y être présent en se servant d'un visio-casque qui suit les mouvements de la tête et qui le relie à un programme informatique qui reproduit la réalité qu'il redoute. Cette méthode a donc été essentiellement utilisée pour l'exposition des troubles et représente une alternative à l'exposition en imagination et *in vivo*. La réalité virtuelle



Figure 2.2

Quatre environnements pour immersion en réalité virtuelle.

utilise essentiellement des informations visuelles et sonores, donc beaucoup moins de *stimuli* sensoriels que le monde réel. Pourtant, elle réussit à créer l'illusion de présence en s'appuyant sur le fait que l'être humain ne peut traiter simultanément qu'un nombre limité d'informations et qu'il peut remplir par l'interprétation les blancs de la perception. Cela suppose aussi que l'individu soit capable d'inhiber sa propre présence dans le monde réel pour plonger dans le virtuel : et les effets vont donc dépendre du degré d'immersion dans le monde virtuel qui peut être accentué par l'habileté du thérapeute. La [figure 2.2](#) présente quatre environnements de réalité virtuelle mis au point pour l'agoraphobie avec attaques de panique : conduite automobile dans un lieu solitaire, voyage en avion, expérience de déréalisation et achats dans un grand magasin. Ce programme a été réalisé au laboratoire du professeur A. Berthoz au Collège de France pour le programme hospitalier de recherche clinique : PHRC 2002 # 02-106, Hospices Civils de Lyon (Pelissolo et al., 2010).

TCC et 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, 2000) 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 (cluster 3 du DSM). Du fait de l'importance de cette nouvelle indication des TCC, le [chapitre 14](#) y sera entièrement consacré

et les études récentes passées en revue de manière détaillée dans le dernier chapitre (voir chapitre 21).

TCC et psychologie positive

La psychologie positive est l'étude scientifique de ce qui va bien dans la vie. Ce courant transversal a donné lieu, depuis quinze ans, à de nombreux travaux de recherche et à des livres scientifiques ou grand public. Il s'origine de prestigieux fondamentalistes des TCC : Martin Seligman de l'université de Pennsylvanie à Philadelphie, et Christopher Peterson de l'université du Michigan. Au début de leur carrière, ils avaient travaillé sur les modèles de la dépression (Seligman, 1975; Peterson, 1993). Martin Seligman (2002) a développé un modèle expérimental original de la dépression : l'« impuissance apprise » qui a eu un impact considérable sur la recherche aussi bien en psychologie fondamentale qu'en pharmacologie, ou dans le développement de la thérapie comportementale et cognitive (Peterson et al., 1993). Leurs recherches sur le pessimisme se sont logiquement inversées en une psychologie de l'optimisme et du mieux-vivre.

Les premiers domaines d'application de la psychologie positive sont les problèmes psychopathologiques habituels : l'anxiété, la dépression et les troubles de la personnalité. Mais elle dépasse largement le cadre traditionnel de la psychothérapie, pour s'appliquer au développement personnel, à la psychologie du travail et à la vie quotidienne. Les domaines abordés se regroupent autour de trois thèmes fondamentaux :

1. les expériences subjectives positives, en particulier le bonheur, le bien-être, le plaisir et la plénitude. Il en découle des thérapies du bien-être qui ont été testées dans la dépression et l'anxiété généralisée ;
2. les traits positifs de caractère en particulier l'optimisme et la mise en pratique des valeurs altruistes et de l'empathie. Il en découle l'analyse des forces du caractère et des vertus (Peterson, 2006). Il en découle aussi des interventions pour accroître l'optimisme et prévenir la dépression chez l'adulte et l'enfant. C'est le cas en particulier des cliniques de l'optimisme ;
3. les institutions positives, aussi bien celles qui gèrent l'éducation que l'organisation du travail ou la vie sociale en général. Il en découle des travaux sur le leadership positif et l'amélioration des relations dans le monde du travail.

À l'orée du ^{xxi}e siècle, nous savons mieux traiter les troubles anxieux, les psychoses, la dépression et les toxicomanies. Pourtant, cette accumulation de connaissances sur le « négatif » de la condition humaine ne rend pas véritablement compte des forces « positives » qui maintiennent la vie et lui donnent sa valeur. Et elle ne permet une psychologie de l'individu « normal » que par défaut : une psychologie médicalisée du pathologique, du défaut ou du malaise, une psychologie du négatif. Cette nécessaire réduction est utile pour comprendre un certain nombre de problèmes psychologiques, mais il est tout aussi valable de se préoccuper de ce qui va bien. Sinon, l'on

réduit la psychologie à un modèle médical, digne du Dr Knock où la vie ne serait qu'une vaste maladie. Or, bien que près de 18 % de l'humanité présente un trouble psychologique significatif et 48 % un trouble plus ou moins important (Narrow, 2002), il n'en reste pas moins que plus de la moitié de la population mondiale n'en souffre pas, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'a pas des problèmes psychologiques pour s'adapter au quotidien.

En étudiant les forces qui sous-tendent cette adaptation réussie, il est possible de comprendre ce qui permettrait aux personnes plus vulnérables de retrouver une vie digne d'être vécue et de prévenir leur fragilisation. Dans cette perspective, il est donc tout aussi important de travailler sur les valeurs personnelles des patients que sur leurs symptômes et sur leurs schémas cognitifs dysfonctionnels d'axe 1 ou d'axe 2 du DSM. Le travail clinique nous montre clairement que ces schémas sont souvent en relation avec des valeurs : en particulier, les schémas cognitifs des personnes dépressives sont liés à une représentation sociale scénarisée de ce qu'est l'échec et la réussite (Cottraux, 2001, 2007).

Les valeurs sont des croyances stables qui affirment que, dans la vie, certains buts sont préférables à d'autres : elles cherchent à répondre à la question du sens de la vie. La psychothérapie n'est pas l'art de diriger des consciences, mais celui d'apporter une aide à la résolution des problèmes psychologiques, pour une vie digne d'être vécue. Les valeurs sont essentielles pour le développement personnel et sont universelles, ainsi que les forces du caractère comme le montrent les travaux de la psychologie positive.

Ainsi les TCC pourraient se fonder sur deux types d'universaux : les universaux biologiques qui sont la matrice biologique des apprentissages et des émotions, et les universaux cognitifs que représentent les valeurs qui polarisent nos schémas cognitifs et orientent nos vies.

Validation de la TCC par les neurosciences

Des données dures existent maintenant pour démontrer les effets des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles anxieux : troubles obsessionnels-compulsifs, phobies sociales, phobies spécifiques et dépression (Cottraux, 2009). Elles commencent à émerger dans les troubles de la personnalité par des travaux sur la personnalité borderline et le noyau amygdalien. Les travaux sur les répondeurs aux traitements pharmacologiques et aux TCC suggèrent que les processus neuronaux impliqués dans les changements favorables sont quasi identiques, bien que souvent plus diffus avec les médicaments. Cela ne permet pas de conclure que l'imagerie cérébrale a mis en évidence des facteurs étiologiques et des localisations univoques où siège un trouble à rectifier. Elle reflète simplement des changements dans la connectivité cérébrale et des modifications d'états dans des réseaux de neurones, après une thérapie réussie. Cependant, ces études représentent un acquis considérable et ancrent les travaux sur les effets des TCC dans les neurosciences cognitives. Elles doivent devenir plus spécifiques, comparer des psychothérapies variées, évaluer l'effet placebo et

surtout augmenter significativement la taille des échantillons pour mieux établir leurs conclusions.

Conclusion

L'histoire de la TCC a connu une accélération ces dix dernières années. Fondée sur des études expérimentales et des travaux cliniques, elle est devenue, dans la plupart des pays développés, un courant majeur de la psychothérapie, car il est le mieux validé par des études scientifiques. Ses processus sont explorés par la neuro-imagerie cérébrale. La psychologie positive devrait permettre à la TCC d'aborder les problèmes du développement personnel et ceux de la psychologie des organisations et du travail.

Bibliographie

- Ayllon T. & Azrin N. (1973). *Traitement comportemental en institution psychiatrique* (traduction de M. Graulich). Bruxelles: Dessart.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125–143.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Winston: Holt, Rinehart.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Beck A.T. (2002). *Prisoners of Hate – Prisonniers de la haine*. (traduction de J. Cottraux, H. Dupont et M. Millierey). Paris: Masson.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D. & Van Rillaer, J. (2005). *Le Livre noir de la psychanalyse* (ouvrage collectif sous la direction de C. Meyer). Paris: Éditions les Arènes (réédition 2010).
- Cottraux, J. (sous la direction de). (2009). *TCC et neurosciences*. Paris: Masson.
- Cottraux, J. (sous la direction de). (2007) *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*. Paris: Masson.
- Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris: Masson.
- Cottraux, J. (2007). *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris: Odile Jacob.
- Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie*. Paris: Odile Jacob.
- Cottraux, J. (2004). *Les visiteurs du soi. À quoi servent les psys ?* Paris: Odile Jacob.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy : an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Freud, S. (1955). In Standard Edition, *Lines of advance in psychoanalytical psychotherapy*, 1919, volume 17 (pp. 157–158). London: Hogarth Press.
- Hayes, S., Masudo, A., Bissett, R., et al. (2004). DBT, FAP and ACT : how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54.
- Hayes, S., Stroschal, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Alcan (réédition Odile Jacob, Paris, 1998).

- Janet, P. (1919). *Les Médications psychologiques*. Paris: Flammarion (réédition Paris, CNRS, 1980).
- Kabat-Zinn, J. (2009). *L'éveil des sens. Vivre l'instant présent grâce à la pleine conscience*. Paris: Les Arènes.
- Legrand du Saulle, H. (1878). *Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive*. Paris: Delahaye et Cie.
- Linehan, M. N. (2002). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite* (traduction de P. Wehrlé et D. Page). Zurich : Médecine et Hygiène.
- Marks, I. (1981). *Cure and care of neuroses. Theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals : panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, N. (1969). Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 168, 434–445.
- Miller, N., & Dworkin, B. (1974). Visceral learning : recent difficulties with curarized rats and significant problems for human research. In P. A. Obrist (Ed.), *Cardiovascular psychophysiology* (pp. 312–331). Chicago: Aldine.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile two estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115–130.
- Naville, P. (1942). *La Psychologie du comportement*. Paris: Gallimard, 1963.
- Pavlov, I. (1963). *Réflexes conditionnels et inhibition*. Paris: Gonthier.
- Pelissolo A., Zaoui M., Aguayoc G., et al. Virtual reality exposure therapy versus cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia : a randomized comparison study (soumis pour publication).
- Perroud, M. (1873). Note sur l'agoraphobie. *Lyon Médical*, 11, 80–90.
- Peterson, C. (2006). *A primer in cognitive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Maier, S. V., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of control*. New York: Oxford University Press.
- Poulain-Colombier, J., & Christophe, P. (2007). *Le patient de la psychanalyse*. Paris: L'Harmattan.
- Powers, M. B., Zum Worde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy : a meta analytic review. *Psychotherapy Psychosomatics*, 78, 73–80.
- Rognant, J. (1970). *La thérapeutique de déconditionnement dans les névroses*. Paris: Masson.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and Pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17–37.
- Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris: Retz.
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On development, depression and death*. San Francisco: Freeman.
- Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles: Dessart.
- Sperry, L. (1997). Adlerian psychotherapy and cognitive therapy : an adlerian perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11, 157–164.

- Stampfl, T., & Levis, D. (1967). Essential of implosive therapy : a learning theory based psychodynamic behavioral psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496–503.
- Hoffman, Stefan G., Sawyer, Alice T., Witt, Ashley A. & Diana, Oh. (2000). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression : A Meta-Analytic Review. *J Consult Clin Psychol*, 78(2), 169–183.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: The Guilford Press.
- Viaud-Delmon, I., & Jouvent, R. (2002). Réalité virtuelle : un défi pour la conscience. *Pour la Science*, 302, 140–145.
- Watson, J. B. (1925). *Le behaviorisme*. Paris: CEPL, 1972.
- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale* (traduction de J. Rognant). Paris: Masson.

3 Des théories de l'apprentissage aux théories cognitives

Les théories proposées pour expliquer la genèse des troubles psychologiques vont des modèles unidirectionnels qui mettent en avant le conditionnement de l'organisme par l'environnement, aux modèles bidirectionnels qui mettent l'accent sur l'autorégulation, les phénomènes cognitifs et l'interaction entre l'individu et l'environnement.

Théories de l'apprentissage

Conditionnement classique, pavlovien ou répondant

Le conditionnement répondant a été décrit par Pavlov selon le schéma : *stimulus* → réponse. Le conditionnement répondant est la réponse par un organisme à une situation *stimulus* spécifique qui représente un antécédent. Le *stimulus* (en latin « aiguillon ») précède la réponse. Pavlov a décrit la possibilité de créer une réponse conditionnelle en associant un *stimulus* neutre (diapason) annonciateur de la présentation d'un *stimulus* inconditionnel (nourriture) qui déclenche toujours la réponse de salivation en l'état de déprivation chez un chien. En outre, Pavlov (1963) a mis en évidence d'autres lois désormais classiques, comme l'extinction, la généralisation, la sur-généralisation et la discrimination. Le problème des relations temporelles entre le *stimulus* conditionnel (SC) et inconditionnel (SI) est moins bien connu, ce qui entraîne souvent des erreurs, en particulier dans les cures de dégoût alcoolique. Cinq types principaux de relations ont été décrits :

- le conditionnement simultané où le SC précède d'une demi-seconde le SI. Il a été en effet montré que cet intervalle de temps entraîne un conditionnement plus rapide que tout autre intervalle ; c'est donc le modèle à utiliser préférentiellement ;
- le conditionnement différé où l'intervalle de temps entre le SC et le SI est plus long, en général dix secondes. Dans les deux cas les *stimuli* inconditionnel et conditionnel se terminent en même temps ;
- le conditionnement de trace où le *stimulus* conditionnel est présenté avant le SI, dont il est séparé par un intervalle de temps ;
- le conditionnement temporel : le *stimulus* inconditionnel est présenté à des intervalles de temps réguliers qui peuvent alors avoir valeur de *stimuli* conditionnels ;
- le conditionnement rétrograde où le *stimulus* inconditionnel est présenté avant le *stimulus* conditionnel et pendant une assez longue période.

Les échecs de certaines cures de dégoût alcoolique peuvent s'expliquer par le mauvais maniement des relations entre SC et SI. Dans les cures à l'apomorphine, l'alcool (SC) est présenté au moment où les effets de l'apomorphine (SI) ont atteint leur niveau le plus élevé. On renverse l'ordre SC-SI, ce qui ne peut entraîner qu'un conditionnement rétrograde difficile à réaliser.

L'acquisition de névroses a été étudiée chez l'animal par Pavlov (1963). Chez l'homme, les premiers travaux remontent à Watson et Rayner et à la célèbre expérience du petit Albert, qui demeure contestable sur le plan éthique. Un enfant de neuf mois est conditionné à avoir une réaction de peur, à la représentation d'un rat blanc inoffensif, en associant son apparition à un bruit violent : un coup de marteau sur une barre d'acier, qui est ensuite éliminé. La peur se généralise à une boule de coton blanc, un lapin ou un masque blanc. Cependant, Watson ne put avoir la suite de ce cas, car l'enfant qui était hospitalisé rentra dans sa famille. Mary Cover Jones fait une expérience analogue avec un autre enfant, Peter, mais elle enseigne à l'enfant à se déconditionner de sa peur, en lui apprenant une réponse incompatible : sucer une glace. Dans l'expérience de Watson, il avait été également remarqué que le fait de sucer son pouce diminuait les réactions anxieuses de l'enfant : c'est la base de ce qui sera décrit par Wolpe comme inhibition réciproque. En outre, Mary Cover Jones montre la possibilité d'extinction de l'angoisse chez l'enfant s'il imite des enfants qu'il a observés en train de jouer sans peur avec l'animal.

Cette expérience sera reproduite trente ans plus tard par Bandura (1977) et décrite sous le nom de « *modeling* » (apprentissage social par imitation).

La théorie classique considère que n'importe quel *stimulus* simple ou complexe qui est associé à une situation entraînant de la peur peut, par la suite, déclencher à lui seul des réactions de peur ouvertes : fuite, évitement, échappement ou réponses verbales, et couvertes : pensées, images ou réponses physiologiques.

Le concept d'inhibition réciproque a été ensuite développé par Wolpe. Masserman en 1954, vait eu l'idée, dérivée de la psychanalyse, que les névroses expérimentales résultaient d'une situation conflictuelle, et ses travaux semblaient assez solidement étayés. Wolpe (1975) fit une série d'expériences chez les chats qui représenta, à l'époque, une avancée théorique et clinique. Un groupe d'animaux dans leur cage habituelle entendait un bruit suivi d'un choc électrique douloureux. Dans un groupe, le bruit était d'abord associé à de la nourriture et ensuite à un choc, de façon à opposer deux tendances, la peur et la faim. Dans les deux groupes, il apparut une inhibition du comportement de prise alimentaire, ce qui amena Wolpe à considérer que le conflit n'était pas nécessaire à la constitution des réactions névrotiques, comme le croyait Masserman.

Wolpe considéra également que si l'anxiété était inhibitrice de la réponse de prise de nourriture, le fait de manger était peut-être inhibiteur de l'anxiété : phénomène d'inhibition réciproque comparable à celui décrit par Sherrington. Les animaux étaient très anxieux dans leurs cages habituelles,

mais beaucoup moins dans d'autres. Aussi leur donna-t-il de la nourriture dans des cages différentes puis, ensuite, il les remit dans des cages de plus en plus similaires à leurs cages habituelles. Le procédé d'affrontement progressif au *stimulus* anxiogène avec inhibition par la nourriture fut continué jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'anxiété dans la cage habituelle. Puis le bruit fut à nouveau associé à la présentation de nourriture jusqu'à ce qu'il ne soit plus facteur d'anxiété. Par la suite, il chercha chez l'homme des réponses qui inhibaient l'anxiété ; la relaxation lui apparut comme la meilleure méthode pour contre-conditionner l'anxiété en l'associant au *stimulus* conditionnel générateur d'angoisse (images mentales évoquant des scènes phobiques progressives), pour désensibiliser le patient à la situation anxiogène. Puis Wolpe a voulu étendre son modèle aux autres réponses humaines : la colère inhibant l'anxiété, de même que l'expression des sentiments positifs ou négatifs. Mais au fil des années, il a fait des emprunts pour compléter sa théorie à des notions issues du conditionnement opérant.

Conditionnement opérant, skinnérien ou instrumental

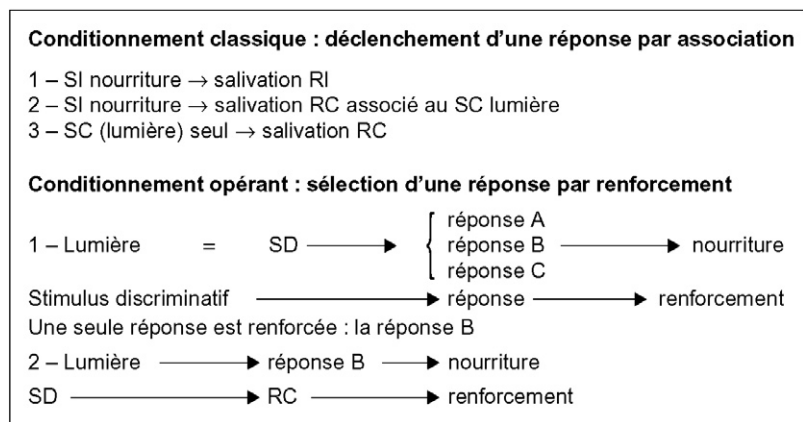
On appelle également le conditionnement opérant « conditionnement instrumental » ou conditionnement skinnérien. Il a été mis en évidence par l'utilisation expérimentale d'une boîte (la boîte de Skinner où un animal était enfermé). La boîte contenait un levier ; si l'animal découvrait par hasard que la pression de la barre lui permettait d'avoir de la nourriture, il avait tendance à répéter cette action qui était enregistrée dans ses répétitions sur une courbe par un stylet relié au levier.

Selon Skinner (1971), la variable dépendante à étudier dans tout comportement est la réponse et son débit. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répétera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences. L'unité d'analyse du comportement est la contingence de renforcement. Une formulation adéquate de l'interaction entre un organisme et son milieu doit spécifier quatre niveaux d'analyse fonctionnelle en considérant un modèle simple de psychologie animale :

- un état de motivation interne : faim ;
- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, autrement dit le *stimulus* discriminatif qui indique au sujet qu'il doit répondre : un signal lumineux par exemple ;
- la réponse elle-même (appuyer sur un levier) ;
- les conséquences renforçantes (la nourriture).

L'interrelation entre ces quatre éléments est une contingence du renforcement.

Le conditionnement classique est un apprentissage par la substitution de *stimulus*, de telle sorte que les fonctions du *stimulus* inconditionnel soient acquises par association répétée par le *stimulus* conditionnel. Il correspond au système nerveux végétatif et aux réponses viscérales.



SI : stimulus inconditionnel ; SC : stimulus conditionnel ; RI : réponse inconditionnelle ;
RC : réponse conditionnelle ; SD : stimulus discriminatif.

Figure 3.1

Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement opérant.

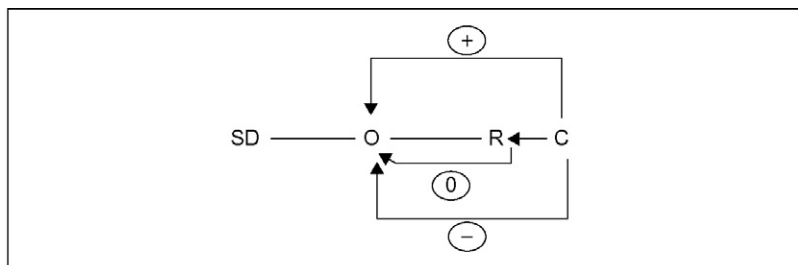
SI : stimulus inconditionnel ; SC : stimulus conditionnel ; RI : réponse inconditionnelle ;
RC : réponse conditionnelle ; SD : stimulus discriminatif.

Le conditionnement opérant est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement. La [figure 3.1](#) compare conditionnements classique et opérant.

Les conséquences d'un comportement peuvent être plaisantes ou déplaisantes. Le conditionnement opérant correspond au système musculaire squelettique. Le conditionnement opérant est donc un apprentissage par les conséquences de l'action. Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif). Inversement devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptibles de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives.

L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction. La [figure 3.2](#) présente une contingence de renforcement.

En résumé, les renforcements négatifs tout autant que les renforcements positifs sont des conséquences de comportements qui les précèdent. Dans le cas d'un renforcement positif, le comportement aboutit à la présence du renforçateur, tandis que dans le cas d'un renforcement négatif, le comportement évite le renforçateur ou s'en éloigne.



SD = *stimulus* discriminatif (situation, environnement) ; O = organisme ; R = réponse ;
 C = conséquence + : positive ; C = conséquence 0 : nulle ;
 C = conséquence - : négative (punition).

Figure 3.2

Conditionnement opérant (Skinner, 1937). Contingence de renforcement : modèle SORC.

SD = *stimulus* discriminatif (situation, environnement) ; O = organisme ; R = réponse ;
 C = conséquence ; + = positif ; 0 = nul ; - = négatif (punition).

Le [tableau 3.1](#) résume les relations entre comportement et renforcement.

Tableau 3.1

Renforcement positif, renforcement négatif et aversion

Renforcement positif	La présentation des renforçateurs permet d'accroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède
Renforcement négatif	Le retrait du renforçateur permet d'accroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède
Aversion (punition)	La présentation du <i>stimulus</i> aversif fait décroître l'intensité et la fréquence du comportement qui le précède

Finalement l'approche skinnérienne du comportement est essentiellement un néo-darwinisme comportemental qui postule que l'environnement sélectionne les plans d'action qui ont du succès. L'organisme est présenté comme une machine passive sur laquelle l'environnement imprime sa marque.

« Le monde à l'intérieur de la peau »

Le système philosophique et scientifique skinnérien, qui est une réaction contre le mentalisme et l'introspection en psychologie, négligeait les phénomènes intra-individuels. Skinner, pour combler cette lacune, a étudié ce

qu'il appelle : « le monde à l'intérieur de la peau ». En particulier, il a élaboré la notion de comportement gouverné par des règles, car une partie des conduites que nous émettons n'est pas le résultat d'une exposition directe aux contingences. Il en résulte une économie d'apprentissage, et la culture représente simplement la transmission des connaissances sur la liaison qui unit le comportement à ses conséquences. Mais de façon ultime la règle est reliée à des conséquences externes.

Le conditionnement « couvert » ou sensibilisation interne représente une autre évolution vers le cognitivisme. Par comportement couvert, l'on entend le comportement physiologique ainsi que les pensées, affects et images mentales. Le monde interne des images mentales est une copie, une reproduction du monde externe. Il obéit aux mêmes lois d'apprentissage. Certaines images peuvent être maintenues ou éliminées par d'autres, ayant des propriétés renforçatrices, ou représentent un modèle de comportement. On aboutit ainsi à une modification du behaviorisme radical par le modèle médiationnel du conditionnement couvert, la médiation étant assurée par l'imagerie mentale.

L'existence d'opérants internes a été avancée pour appliquer la théorie du conditionnement opérant à la pensée. La pensée dans cette perspective est définie comme une parole à basse amplitude. Les études cliniques de conditionnement opérant de la pensée n'ont pas donné de résultats probants.

Apprentissage viscéral par conditionnement opérant

À la suite de Skinner était établie une distinction claire entre le conditionnement opérant – conditionnement du système nerveux régissant le muscle strié – et le conditionnement classique – conditionnement du système nerveux végétatif et du muscle lisse.

La possibilité de conditionner les réponses viscérales dépendantes du système nerveux autonome a été mise en évidence par [Miller \(1969\)](#). Chez l'animal, par une série d'expériences où les effets de la contraction musculaire étaient bloqués par du curare, ce groupe de chercheurs a mis en évidence la possibilité de conditionner les réponses viscérales par des systèmes de récompenses (stimulation des centres du plaisir) et de retraits de récompense.

Ainsi, le contrôle opérant d'une série de fonctions a pu être établi pour la vasodilatation, le rythme cardiaque, la fonction rénale, les ondes cérébrales, la tension artérielle, les contractions de l'estomac et l'accumulation de sang dans la paroi stomacale. Au préalable, ils avaient montré la possibilité de conditionner la salivation des chiens par des systèmes de récompenses directs et externes, ainsi que la conductance cutanée, reflet indirect de l'activation émotionnelle.

Les conséquences de ce travail étaient considérables puisque la distinction entre conditionnement classique et conditionnement opérant n'avait plus de sens. L'apprentissage pavlovien n'était plus qu'un cas particulier du conditionnement opérant ; le réflexe conditionnel classique n'était que

le fragment d'une réponse opérante : SORC (*stimulus-organisme-réponse-renforcement*).

Par la suite, des appareils permettant de capter les signaux physiologiques ont été construits pour les transformer en signaux sonores et visuels variables en fonction du niveau de performance : le sujet reçoit une information en retour, un *feed-back* de son état viscéral.

Sur le plan clinique, la distinction classique entre l'hystérie (conversion dans le système neuromusculaire strié) et les maladies psychosomatiques (système nerveux végétatif) disparaissait car les réponses psychosomatiques peuvent être renforcées de l'extérieur, en particulier par l'environnement familial.

Sur le plan pratique, le *biofeedback*, ou rétroaction biologique, a été utilisé pour le conditionnement cardiaque, respiratoire, la vasodilatation périphérique et l'augmentation de la résistance cutanée pour obtenir un état de relaxation. Paradoxalement, les meilleurs résultats ont été obtenus par rétroaction biologique portant sur la contraction musculaire : donc dans le domaine classique du conditionnement opérant et non de l'apprentissage viscéral.

En outre, il a été impossible de reproduire les expériences de Miller, ce qui a amené leur réexamen critique et le maintien finalement de deux types de conditionnement : répondant pour le système nerveux végétatif et opérant pour le système nerveux de relation (muscles striés) (Miller, 1974).

Apprentissage non associatif

Nous avons vu deux formes d'apprentissage associatif : le conditionnement répondant et le conditionnement opérant. Lors de l'apprentissage associatif, l'organisme apprend de l'information sur deux *stimuli*. Lors du conditionnement classique s'établissent les relations entre le stimulus conditionnel et le stimulus inconditionnel. Lors du conditionnement opérant s'établissent les relations entre le stimulus discriminatif et le stimulus renforçateur. Dans un cas comme dans l'autre, il faut répéter le conditionnement pour qu'il se stabilise et en faire le rappel de temps à autre pour qu'il ne s'éteigne pas.

Dans l'apprentissage non associatif, l'organisme acquiert définitivement de l'information sur un seul *stimulus*, en une seule rencontre qui met au jour un ensemble de réponses comportementales, cognitives et émotionnelles persistantes. Il existe deux formes principales d'apprentissage non associatif : l'empreinte et la sensibilisation.

L'empreinte

L'empreinte a été mise en évidence par les éthologistes, en particulier Konrad Lorenz qui reçut le prix Nobel en 1973 (Lorenz, 1967) et qui, à partir de l'étude des animaux en milieu naturel et en réponse au modèle skinnérien, avait souligné que l'apprentissage pouvait avoir lieu selon des modalités propres à l'espèce et par l'exposition à un *stimulus* lors d'une *période critique* ou *période d'empreinte*. Une classe de *stimuli* libère alors un

comportement propre à l'espèce : en particulier le comportement sexuel et les liens qui en découlent. Pour qu'il y ait empreinte, il faut une exposition à un objet qui oriente les préférences sexuelles, de manière irréversible, et permet de reconnaître son espèce. Le phénomène d'empreinte est génétiquement programmé. Ses domaines principaux sont le lien familial, le lien sexuel et le choix d'un habitat.

Pour que l'apprentissage soit possible, il doit nécessairement exister des mécanismes génétiquement déterminés permettant à un animal d'apprendre. Un animal ne peut pas apprendre n'importe quoi, mais seulement ce pour quoi son système nerveux est conçu. Et les contraintes sur l'apprentissage sont de trois types : la période d'empreinte, les patterns fixes d'action génétiquement programmés et libérés lors de la période d'empreinte, et enfin les comportements propres à l'espèce.

La sensibilisation

La sensibilisation est l'inverse de l'habituation. La présentation brève et intense d'un stimulus nocif accroît l'intensité des réponses émotionnelles. C'est ce que l'on observe dans le stress post-traumatique. La *présentation brève des stimuli* évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures.

Erich Kandel (2006) reçut le prix Nobel en 2000 pour ses travaux sur l'apprentissage non associatif, résultant d'une seule rencontre avec un événement traumatique. Kandel avait vécu une expérience traumatique précoce qui lui avait laissé un souvenir indélébile : la fuite de Vienne en 1938, lors de la nuit de Cristal. Il s'est servi d'un modèle animal pour tenter d'expliquer ce souvenir humain. Il s'agissait de l'aplysie, une limace de mer, qui présente un petit système de gros neurones permettant d'étudier les phénomènes chimiques de la neurotransmission. Il a mis en évidence que les phénomènes de mémorisation pouvaient suivre deux processus neurochimiques : la potentialisation à long terme (LTP) qui facilite une réponse durable à un stimulus faible ou unique ; et la dépression à long terme (LTD) : phénomènes de dépression de l'activité synaptique. Kandel a étudié en détail la cascade d'événements chimiques qui sous-tendent ces deux processus.

L'habituation est spécifique d'un stimulus ou d'une situation mais, à l'inverse de la sensibilisation, elle consiste à apprendre ce qu'il ne faut pas faire : sur-réagir à un stimulus neutre (tic-tac de l'horloge, bruits de la rue, un train qui passe). Elle consiste donc en la diminution d'une réponse inconditionnelle qui est progressive et relativement prolongée. Elle correspond à un épuisement des ressources disponibles à la population de neurones déclenchant la réponse.

Les méthodes de TCC par exposition aux situations anxiogènes se fondent pour une grande part sur l'habituation des réponses inconditionnelles qui résultent de processus de sensibilisation. Ce sont donc des méthodes d'habituation.

Apprentissage social

Cette théorie élaborée par Albert Bandura à l'université de Stanford est exposée principalement dans trois livres (1969, 1977, 2007). Elle représente certainement l'aspect le plus achevé à l'heure actuelle des théories de l'apprentissage. Elle permet également d'intégrer des phénomènes cognitifs souvent négligés par les précédentes théories et se fonde sur des bases expérimentales. En outre, il s'agit d'une théorie sociale : elle renvoie donc essentiellement au comportement humain et demeure moins calquée sur la psychologie animale que le skinnérisme classique.

Une théorie cognitive de la régulation du comportement humain

Bandura part de la critique des écoles psychodynamiques qui placent la motivation à l'intérieur de l'individu sans justification causale précise fondée sur une analyse expérimentale. Mais il met aussi en cause le behaviorisme radical de Skinner qui place le problème de la motivation entièrement dans l'environnement et les contingences de renforcement externes.

La plupart des participants à cette querelle entre motivations externe et interne ont adopté la position selon laquelle l'environnement et la personne se déterminent l'un l'autre. Bandura propose un schéma où le comportement externe, la personne et l'environnement sont en constantes interactions. Il s'agit d'un modèle interactionnel qui postule, à l'inverse du conditionnement opérant, un organisme actif. Ce modèle est représenté dans la figure 3.3.

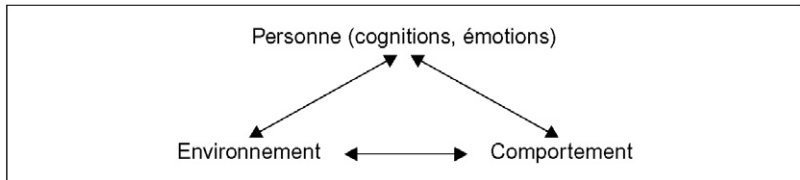


Figure 3.3
Modèle bidirectionnel (d'après Bandura).

Imitation, cognition et régulation du comportement humain

Les processus symboliques et l'apprentissage social par imitation sont étroitement liés. Ils jouent un rôle prépondérant dans l'autorégulation du comportement humain. Ils représentent un apprentissage moins coûteux et plus rapide que l'apprentissage par essais et erreurs. Le renforcement mécanique et externe est un modèle d'apprentissage préférentiel pour les organismes dits inférieurs, c'est-à-dire possédant des capacités symboliques limitées. Deux types de processus régissent l'apprentissage humain :

- les processus symboliques ou cognitifs (pensées, images mentales, croyances, etc.). Ces processus sont accessibles à l'analyse expérimentale

et ne sont pas de pures inférences. Des travaux comme ceux de Spielberg et de Nike, cités par Bandura ont montré que, lorsqu'on les soumet à un programme de conditionnement opérant cherchant à renforcer chez eux l'expression de certains mots (conditionnement verbal), les performances sont meilleures si les sujets ont conscience du programme de renforcement de l'expérimentateur. Elles sont nettement moins bonnes si les sujets ignorent la contingence de renforcement et sont renforcés de façon purement externe. La conscience du renforcement est nécessaire à la modification du comportement ;

- l'apprentissage social par imitation. Celui-ci consiste en l'apprentissage vicariant ; il a lieu par l'intermédiaire de l'observation de modèles qui peuvent être réels, symboliques ou imaginaires (*modeling*).

Attentes d'efficacité et attentes de résultats

Chez l'homme, l'anticipation joue un grand rôle et le renforcement est souvent différé ou n'a jamais lieu. Les attentes et l'information préalable sur le renforcement sont des modificateurs du comportement, et les représentations verbales en sont le véhicule. Le renforcement est utilisé comme une information et un agent de motivation plutôt qu'il n'accroît mécaniquement la force et le débit des réponses. Le renforcement anticipé serait plus important que le renforcement réel dans la régulation du comportement humain. Finalement, le renforcement considéré comme une conséquence serait simplement un cas particulier de la théorie de l'apprentissage social.

Observation visuelle et comportement

L'observation et le canal visuel de communication ont donc un rôle capital dans ce type d'apprentissage. C'est ce que montrent des expériences célèbres, réalisées par Bandura et Walters : des enfants en bas âge apprennent des comportements agressifs par l'intermédiaire de modèles réels ou filmés. Ce qui débouche en pratique sur une analyse du rôle de la télévision sur la libération et le maintien de comportements agressifs. La publicité utilise largement l'apprentissage par imitation. Il est possible aussi de l'utiliser pour modifier le comportement de santé, dans un sens favorable. Bandura souligne également le rôle de l'apprentissage actif et créatif. Il a été montré que des sujets exposés à plusieurs modèles sont plus créatifs que des sujets exposés à un seul. Par le « *modeling* abstrait », le sujet élabore des principes généraux à partir de l'observation de différentes performances.

Il vaudrait mieux parler, chez l'homme, de régulation du comportement que de renforcement, terme qui doit être réservé à l'expérimentation animale, forcément limitée à l'évaluation de phénomènes mécaniques. Dans l'apprentissage social par imitation, quatre stades permettent au sujet de reproduire un comportement fonctionnellement équivalent à celui du modèle :

- l'attention : permet d'observer et de coder ;
- la rétention mnésique avec codage symbolique, organisation cognitive, répétition symbolique et répétition motrice mentale ;

- la reproduction motrice ;
- la motivation, elle, peut intervenir à chacun des stades du processus d'apprentissage social par imitation.

On distingue trois types de renforcement :

- le renforcement externe ;
- le renforcement vicariant où le sujet observe un sujet puni ou récompensé pour un comportement qu'il va ensuite soit éviter d'émettre, soit imiter ;
- l'autorenforcement lié à l'anticipation de récompenses, qui déclenche les processus d'attention en vue d'imiter le modèle.

L'échec d'un observateur à réaliser un comportement comparable à celui du modèle peut résulter des déficits suivants :

- ne pas observer les activités ;
- coder de façon inadéquate, pour une représentation mnésique ;
- incapacité à réaliser le comportement ;
- motivation insuffisante à chacun des stades (attention, rétention, reproduction motrice, réalisation du comportement).

La figure 3.4 représente le modèle d'apprentissage social de Bandura.

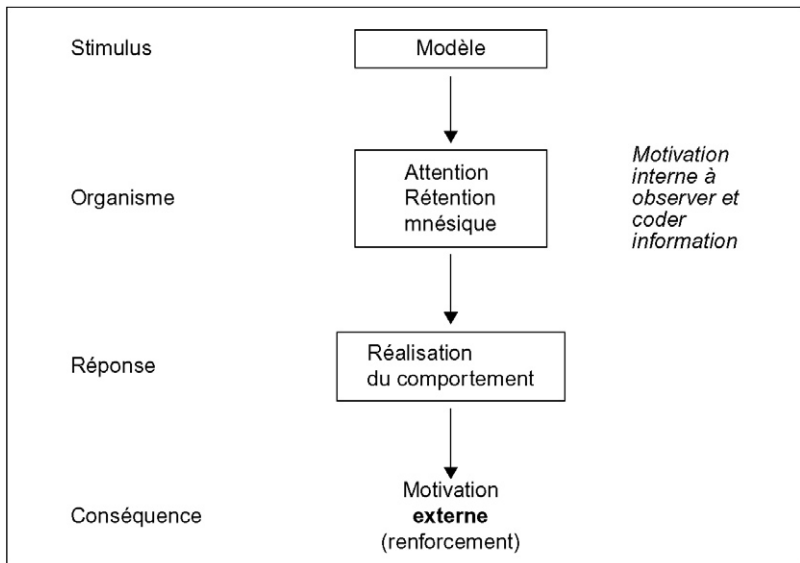


Figure 3.4

Apprentissage par imitation (d'après Bandura, 1977).

Autorégulation et liberté

La théorie de l'apprentissage social met l'accent sur la personne et ses choix, ainsi que sur la notion de liberté. La technologie de modification

du comportement peut être en fait utilisée de n'importe quelle manière mais, comme tout savoir, elle accroît les possibilités de choix ; elles sont personnelles et le thérapeute, ingénieur du comportement, n'a pas à y intervenir.

La notion de liberté, si critiquée par Skinner, est valorisée. Le problème n'est pas tant qu'elle existe ou n'existe pas : dans la mesure où un certain nombre de personnes y croient, cette représentation va sans conteste régir leur comportement. Il n'est pas certain que Dieu existe et que nous serons un jour récompensé par le paradis ou puni par l'enfer. Cela n'empêche pas la religion chrétienne d'être, à ce jour, la plus grande entreprise de modification du comportement de tous les temps. Les systèmes de croyances ont donc une influence considérable sur la réalité externe. Si les capacités d'autocontrôle, de volonté personnelle et d'échappement au renforcement externe n'existaient pas, on voit mal comment pourraient apparaître les idées nouvelles qui modifient ensuite la réalité. Toute idée nouvelle ou création originale nécessite l'autocontrôle du créateur et la mise entre parenthèses des contingences externes. Sans l'autorenforcement, le changement est impossible.

Théories cognitives : le modèle « traitement de l'information » et les schémas cognitifs

Principes généraux

La psychologie cognitive s'occupe des processus de pensées. Les méthodes thérapeutiques cognitives qui en dérivent visent à modifier les sentiments et les actes en influençant les structures de la pensée du patient. Toutes les méthodes classiques de psychothérapie sont cognitives, mais la désensibilisation systématique l'est aussi, de même que l'implosion. En outre, on peut considérer que les méthodes de conditionnement opérant sont efficaces à travers la médiation que représente la conscience des contingences de renforcement.

On entend par cognition l'acquisition des savoirs sur le monde : la perception, l'attention et la mémoire sont des phénomènes qui participent à cette acquisition. Il existe plusieurs types de cognitivisme ; nous nous limiterons aux théories résultant des travaux sur le traitement de l'information. Nous avons représenté ci-dessous le modèle du traitement de l'information dans le tableau 3.2.

Par exemple, un agoraphobe ne retiendra dans l'environnement que ce que contient et justifie son schéma de danger : les espaces extérieurs au domicile sont un endroit où il risque de faire une attaque de panique et se retrouver seul sans secours et observé par d'autres personnes qui jugent sa conduite comme folle (assimilation). Il aura alors le sentiment d'être sans la possibilité de contrôler une attaque de panique éventuelle et déclenchera un monologue intérieur tel que : « je vais mourir en public ou devenir fou ».

Tableau 3.2**Modèle cognitif : traitement de l'information**

Stimulus → Schéma cognitif → Réponse
L'organisme traite l'information (<i>stimulus</i>) en fonction de schémas, acquis par interaction entre les événements et les contraintes du système nerveux central. Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils contiennent un ensemble de savoirs acquis sur le monde et sont organisés en constellations. Ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés. Ils régulent également les comportements qui vont les confirmer (assimilation de la réalité au schéma) ou les modifier (accommodation du schéma à la réalité). Assimilation et accommodation représentent des processus cognitifs qui permettent de passer des structures profondes que sont les schémas aux structures superficielles représentées par les événements cognitifs. L'assimilation est un processus automatique et, donc, inconscient. L'accommodation exige un effort conscient.

La thérapie lui apprendra à modifier ses appréhensions et à tester la réalité ou l'inanité de ce qu'il redoute (accommodation).

Par la suite, la notion de schéma cognitif s'est raffinée et maintenant l'ensemble des auteurs parle de schémas conditionnels et inconditionnels qui sont eux-mêmes différents des règles de fonctionnement et des pensées automatiques. Ce modèle décrit le fonctionnement mental selon trois niveaux : un niveau préconscient qui correspond aux pensées automatiques, un niveau inconscient qui correspond aux schémas cognitifs, et le niveau des erreurs logiques qui représente des processus de passage entre les schémas et les pensées automatiques.

Pensée automatique et monologues intérieurs

Les travaux de Beck (1979), chez les personnes présentant une dépression, des troubles anxieux ou les troubles de personnalité, ont montré que certaines pensées avaient tendance à apparaître rapidement, de manière automatique. Situées à la périphérie de la conscience, elles jouent un rôle important car elles précèdent ou accompagnent les sentiments pénibles des patients dépressifs.

Les pensées automatiques consistent en un « dialogue interne » ou des « monologues intérieurs », qui bloquent la communication interpersonnelle et reflètent les émotions. Ces cognitions représentent donc la « voie royale vers l'émotion » selon l'expression de Beck. Elles permettent de libérer l'anxiété, la colère et la tristesse : sentiments que le sujet évite sans s'en rendre compte.

Beck a proposé une méthode en psychothérapie pour aborder les phénomènes préconscients : la sonde cognitive à la recherche des pensées automatiques. Cette méthode a été mise au point à partir de l'étude de la pensée négative des patients dépressifs. Elle consiste, devant l'apparition d'émotions, à demander au sujet de se concentrer sur sa pensée et d'en faire le récit au thérapeute. La « sonde cognitive » met au jour des significations

reliées à des images, des mini-scénarios ou des vidéoclips qui représentent le problème central du patient : idées d'abandon, de perte, de rejet social, d'humiliation ou de persécution. Émotions et pensées automatiques sont déclenchées par des situations ambiguës, que le sujet interprète systématiquement de manière négative, alors que d'autres interprétations étaient tout aussi ou même plus vraisemblables.

Les pensées automatiques représentent donc la voie d'accès vers les structures profondes que sont les schémas cognitifs. Elles se définissent pratiquement de la manière suivante : « Toute pensée ou toute image mentale, dont vous n'êtes pas conscient à moins de vous focaliser sur elle. »

Les erreurs logiques

Chaque trouble de personnalité résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise. À l'origine des interprétations se trouvent des erreurs logiques. Les dysfonctionnements de la pensée logique consistent en général en quatre grands types d'erreurs.

- l'inférence arbitraire qui consiste à tirer des conclusions sans preuve ;
- la généralisation à toutes les situations possibles à partir d'une expérience unique ;
- la maximalisation et la minimisation ;
- enfin la personnalisation de tout ce qui peut aller dans le sens du schéma.

Les schémas cognitifs

Le terme de schème ou schéma a été introduit en psychologie par Kant puis repris par Piaget (1964) pour décrire la construction de la pensée logique. Les schémas dont parle Beck sont liés essentiellement à des émotions et sont faits de croyances et d'interprétations. Les schémas se disent en thérapie sous la forme des postulats. Il existe des postulats inconditionnels qui sont souvent négatifs chez les personnes ayant un trouble de personnalité : par exemple « Je suis incompetent » ou « Je ne vauds rien », « Ma vie ne peut être qu'un échec ». Mais ces postulats peuvent aussi avoir une connotation excessivement positive : « Je mérite des égards spéciaux », « Les autres sont là pour me servir ».

Il existe aussi des postulats conditionnels : « Si je parle, on va me juger comme incompetent » est un postulat conditionnel en « Si... alors ». Il va aboutir à des règles de conduite et des règles de fonctionnement : « Tais-toi, évite de fréquenter les autres. » Ces postulats et ces règles sont, par exemple, ceux retrouvés chez les phobiques sociaux généralisés (anxiété sociale généralisée) et aussi dans les personnalités évitantes.

Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité qui ont de l'influence sur les stratégies individuelles d'adaptation. Ils ont une spécificité de contenu : chaque syndrome psychopathologique, chaque

Tableau 3.3

Les schémas cognitifs et leur fonctionnement. Exemple de la phobie sociale généralisée

Trois niveaux de pensées interconnectés

1. Schéma (ou postulat) inconditionnel : « On ne peut pas m'aimer »
2. Schéma (ou postulat) conditionnel (= hypothèse sous-jacente) en « Si... alors » : « Si les autres font ma connaissance, alors ils ne m'aimeront pas »
3. Pensées automatiques : « Je ne vais pas m'amuser dans cette soirée », « On va me juger et me rejeter »

Conséquences

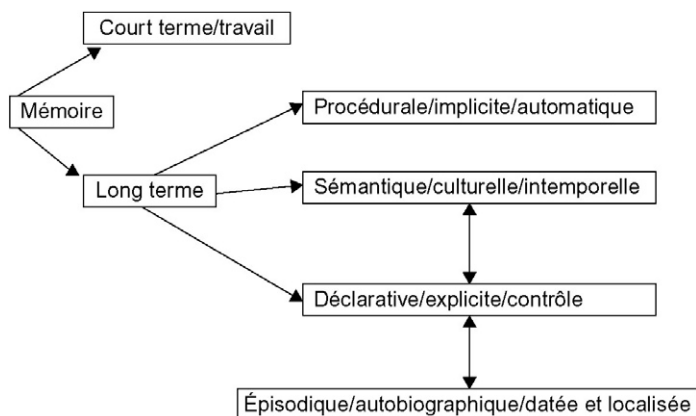
1. *Cognitives* : règle rigide de fonctionnement (stratégie d'adaptation), « Évite les autres, reste chez toi »
2. *Comportementale* : évitement social, solitude
3. *Émotionnelle* : anxiété accrue, dépression

trouble de personnalité possède son propre contenu. Les schémas se traduisent, en clinique, par une vulnérabilité cognitive individuelle : souvent latents, ils vont être activés par les événements de vie spécifiques qui représentent un défi adaptatif pour chaque individu. Le **tableau 3.3** résume ces différents niveaux de cognitions chez une personne souffrant de phobie sociale généralisée.

Schémas cognitifs et mémoire

La mémoire comprend une série de modules traitant différents aspects de l'information qui vont servir à maintenir la cohérence individuelle :

- la *mémoire à court terme*, qui pour certains auteurs représente la conscience, permet de stocker brièvement en trente secondes environ des informations utiles à l'action immédiate : par exemple un numéro de rue. Habituellement elle peut stocker sept chiffres plus ou moins deux : le nombre « magique » ;
- la *mémoire à long terme* présente plusieurs compartiments avec différentes fonctions ;
- la *mémoire procédurale* permet de stocker les apprentissages moteurs et les plans d'action. Elle fonctionne sur un mode inconscient ;
- la *mémoire épisodique ou autobiographique* correspond aux faits de l'histoire personnelle qui sont datés et localisés, elle est aussi inconsciente ;
- la *mémoire déclarative* permet l'expression consciente des souvenirs de la mémoire épisodique ;
- la *mémoire sémantique* représente la mémoire culturelle. Elle est inconsciente et contient les structures linguistiques, les cadres conceptuels et les schémas cognitifs (Bartlett, 1932), qui donnent du sens au vécu quotidien. Les « scripts » ou scénarios qui vont orienter les actions sont stockés, eux aussi, dans la mémoire sémantique. Les schémas cognitifs qui régulent les actions simples de la vie, et les plans d'action les plus complexes en font

**Figure 3.5**

Les différents types de mémoire.

(Je remercie le Dr Bernard Croisile, neuropsychologue, pour ses commentaires sur ce schéma.)

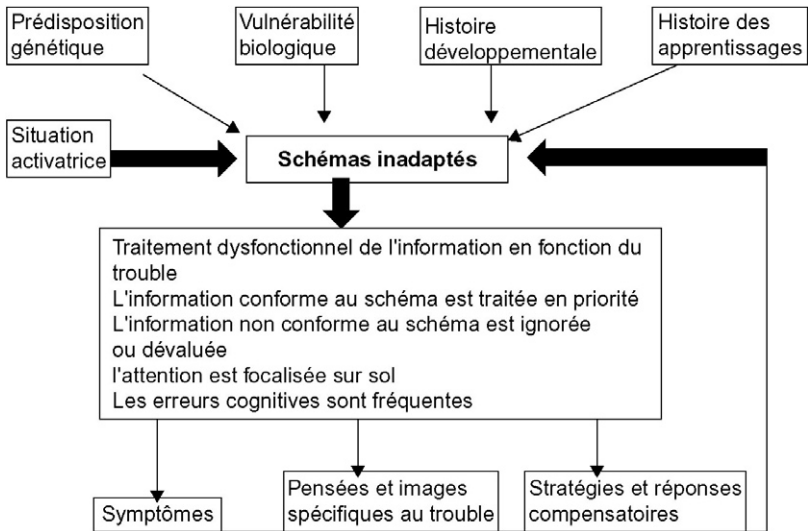
également partie. Les différents niveaux de mémoire possèdent des localisations cérébrales différentes. Ils peuvent interagir entre eux.

La figure 3.5 représente les relations entre les différents types de mémoire.

Le modèle cognitif des troubles psychopathologiques

Le modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques peut se résumer en dix propositions.

1. Les schémas représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
2. Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
3. Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. En clair, ce sont des préjugés ou des « attitudes dysfonctionnelles ».
4. Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis.
5. Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
6. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Par exemple : les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression, les schémas de danger dans les phobies et les attaques de panique, les schémas de sur-responsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif.
7. Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
8. Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent

**Figure 3.6**

La théorie cognitive de la psychopathologie (d'après Clark, 2009).

avoir présenté une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce dont ils représentent un vestige, qui a survécu à son utilité pratique.

9. Ils correspondent à des réseaux de neurones, gérant à la fois les émotions, les croyances et les comportements.

10. L'activation des émotions, et des pensées automatiques qui leur sont associées, permet d'accéder au schéma. On entend par pensée automatique une image ou une pensée dont le sujet n'est pas conscient à moins de se focaliser sur elle. Lorsque le sujet, au cours d'une séance de thérapie, ressent une forte émotion, le thérapeute lui demande quelle est la pensée ou l'image qui lui vient à l'esprit. Cette mise au jour de constellations de pensées automatiques permettra progressivement de comprendre et d'évaluer les schémas et leur thématique.

La figure 3.6 représente le modèle cognitif général de la psychopathologie (Clark et al., 2009).

Trois inconscients : cognitif, biologique et environnemental ?

Comme on le voit, la notion de schéma cognitif permet d'aborder d'une manière novatrice le problème de l'inconscient. Finalement, les événements psychologiques de courte durée sont stockés dans la mémoire à court terme et sont préconscients et accessibles à une étude directe par le sujet lui-même. Les schémas sont inconscients et peuvent être mis en évidence par des méthodes indirectes issues de la neuropsychologie, comme l'amorçage sémantique qui permettent d'étudier la vitesse de traitement de l'information de mots neutres

par rapport à celle de mots affectivement chargés correspondant aux schémas. Le passage de l'inconscient à la conscience se réalise par des processus d'activation : une représentation à long terme se transforme alors en représentation à court terme. En effet, la plus grande partie du comportement humain fonctionne de manière inconsciente, automatique ; de même, la plupart des processus de traitement de l'information ont lieu de façon automatique. La conscience intervient en cas de difficulté. Autrement dit, nous utilisons des heuristiques, raccourcis de l'intuition, qui assimilent la réalité à nos schémas préétablis. Trois exemples concrets nous permettront de mieux saisir leur démarche.

Tout d'abord la résistance au changement : elle est souvent attribuée à la mauvaise foi de ceux qui ne veulent pas admettre une vérité nouvelle. Elle peut simplement être le résultat d'heuristiques cognitives qui assimilent toute nouveauté à un schéma préconstruit.

En thérapie, cela expliquera la nécessité qu'aura le patient à tester progressivement les informations que lui apporte le thérapeute. Ce dernier, par des méthodes de résolution de problème, doit l'aider à accommoder son schème défaitiste à une réalité souvent plus clémente qu'il ne croit.

Enfin, tous ceux qui ont construit des systèmes experts savent que le plus difficile est de rendre conscientes les heuristiques de l'expert humain qui lui permettent d'arriver à prendre des décisions.

Seules accèdent à la conscience certaines représentations transitoires qui constituent des étapes dans le processus de traitement de l'information. Le problème de l'inconscient soulève finalement celui de l'accessibilité en mémoire à long terme des représentations. Celles-ci peuvent être inhibées et accessibles seulement en déclenchant des expériences affectives qui correspondent au moment où elles ont été apprises (apprentissage dépendant de l'état), ce que toutes les écoles de psychothérapie utilisent sous des noms divers.

En allant plus loin (Cottraux, 2001, 2009), je me suis efforcé de différencier trois types d'inconscient.

1. Un inconscient cognitif qui correspond à l'ensemble de processus mentaux automatiques. Celui-ci peut émerger sous la forme de pensées automatiques préconscientes, de monologues intérieurs et d'images mentales, qui reflètent les flux émotionnels et les schémas cognitifs profonds. La thérapie cognitive sous toutes ses formes a décrit cliniquement et mesuré par des échelles d'évaluation ce type de cognitions, et analysé les processus qui les ramènent à la surface. Ces schémas se construisent progressivement au cours du développement pour constituer l'aspect le plus lisible de la personnalité. En fait, la thérapie cognitive part de ce flux émotionnel pour accroître l'*insight* des patients concernant leurs schémas cognitifs et les croyances dysfonctionnelles qui les guident et aboutissent à la répétition de scénarios de vie, et à l'échec.
2. Un inconscient environnemental qui correspond aux influences extérieures qui conditionnent nos comportements et nos attitudes psychologiques, à notre insu. L'*outsight* (Mahoney et Thoresen, 1974) représente la prise de conscience de ce qui, dans l'environnement, contrôle notre comportement et nos émotions, pour, ensuite développer un choix informé et donc nos capacités d'autorégulation.

3. Un inconscient biologique ou cérébral qui correspond à l'activité neuro-nale automatique et au fonctionnement neuro-endocrinien. Il sous-tend les processus cognitifs conscients et inconscients, ainsi que les émotions. Il est exploré par les méthodes neurochimiques, l'analyse des petits systèmes de neurones et des processus d'apprentissage. C'est dans cette perspective que se situent les travaux d'Erich Kandel (2006) qui a reçu prix Nobel de physiologie et de médecine en 2000 pour ses travaux sur les bases moléculaires de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme.

Relations entre cognitions et émotions

Il serait vain de limiter la psychologie cognitive à un nouvel intellectualisme. Deux types de cognitions peuvent être individualisés : des cognitions chaudes ou affects, qui précèdent dans l'évolution phylogénétique les cognitions froides et rationnelles. Celles-ci sont à proprement parler les cognitions qu'étudient les spécialistes de la pensée.

Notre identité est-elle faite de nos pensées, nos croyances ou sommes-nous ce que sont émotions : nos émois sont-ils notre moi ? Quelles sont les relations entre la conscience et les émotions ? Descartes, en énonçant dans *Le Discours de la méthode* son fameux : « Je pense donc je suis », a essayé d'établir la continuité de la personnalité sur la conscience de soi. À partir de là devait s'établir une psychologie de la conscience qui garantissait l'unité de la personnalité. Elle laissait de côté les émotions inconscientes et les fonctionnements biologiques et psychologiques automatiques.

L'émotion est donc un phénomène physique, déclenché par une situation vécue et qui reçoit une étiquette cognitive. Ainsi, devant des sensations physiques provoquées par un événement, nous appliquons des étiquettes qui sont des interprétations de peur, de tristesse, de joie ou de dégoût. L'émotion est proche de l'action : ce qui nous émeut nous fait bouger : nous tombons à la renverse, nous sommes sous le coup de l'émotion, un éclair nous frappe, c'est le coup de foudre, nous tombons à la renverse. En fait, aussi bien le système neurovégétatif que le système musculaire est mis en action. Trembler, pâlir, rougir, comme dans Racine : « Je le vis, je rougis, je pâlis, à sa vue ; un trouble s'éleva dans mon âme éperdue », dit Phèdre à propos de son beau-fils Hippolyte, dont elle tombe amoureuse.

Mais les vers raciniens expriment une pensée déjà maîtrisée par la parole et sculptée dans la forme classique : plus que d'une émotion, il s'agit d'un sentiment. L'émotion est donc une interprétation qui met en relation l'émoi avec celui qui le provoque. Ce qui peut se traduire par le schéma de la figure 3.7 qui représente un modèle classique de l'émotion : celui de l'évaluation cognitive (Lazarus, 1984).

Événement → Évaluation cognitive consciente → Émotion

Figure 3.7

Émotions et cognitions. Modèle de Lazarus.

Émotions inconscientes et préférences

L'inconscient, à partir du travail pionnier de Janet (1889) sur l'automatisme psychologique, a été l'objet de nombreux travaux psychanalytiques et plus récemment de psychologie cognitive.

De nombreux auteurs ont fait remarquer qu'une grande partie des émotions ne passe pas par la conscience. Les jugements émotionnels sont des préférences qui fonctionnent d'une manière automatique, instantanée, inévitable et irrévocable. Ces jugements émotionnels seraient comparables au coup de foudre amoureux. Ils correspondent souvent à la reconnaissance de quelque chose de déjà connu et oublié. Selon ce point de vue, l'émotion n'aurait pas besoin d'étiquette cognitive, elle témoigne simplement d'un choix inconscient qui persiste, quoi qu'il arrive et quels que soient les arguments qui en démontrent le caractère erroné. Ces phénomènes automatiques sont mis au jour avec d'autres moyens que la « prise de conscience » au cours des psychothérapies. La neuropsychologie et les méthodes d'imagerie cérébrale permettent d'étudier en temps réel le cerveau en train de traiter une information trop rapide pour accéder à la conscience.

Dans ce cas, les chercheurs vont provoquer le traitement de l'information par des sublimaires : c'est-à-dire qui se situent en dessous du seuil de perception (Naccache et Dehaene, 2002). On peut, par exemple, créer artificiellement des émotions et des comportements en projetant des visages heureux, en colère ou neutres, qui ne sont pas perçus car ils sont présentés durant seize millisecondes.

Un travail expérimental bien conduit a montré que la présentation subliminaire de visages heureux augmentait de 50 % la consommation de jus de fruit, chez des participants assoiffés, alors que la présentation subliminale de visages en colère la diminuait. Les participants ne rapportaient aucun changement émotionnel conscient durant l'expérience. Une structure cérébrale primitive située en dessous du cortex préfrontal, appelée le *nucleus accumbens* (voir schémas anatomiques figures 3.10 à 3.13) est la région cérébrale qui générerait des émotions et les préférences inconscientes. Ces réponses émotionnelles font que l'on aime ou pas une situation, un visage ou une expression (Berridge et Winkelman, 2003).

Une telle conception correspondrait au modèle des préférences affectives inconscientes : Zajonc (1980) a émis l'hypothèse que les jugements affectifs étaient précognitifs, non verbaux, automatiques et inévitables. Affect et cognition appartiennent à deux systèmes qui sont séparés mais reliés entre eux (figure 3.8).

Stimulus subliminal (non reconnu) → Affect inconscient → Émotion consciente

Figure 3.8

Émotions et cognitions. Modèle de Zajonc.

Événement → Évaluation inconsciente → Émotions → Évaluation consciente → Sentiments

Figure 3.9

Émotions et cognitions. Modèle de Damasio.

Émotions et cognitions conscientes et inconscientes

Il existe donc des émotions inconscientes. Celui qui les vit ne peut les rattacher à aucun événement qui les déclencherait. Mais il existe aussi vraisemblablement des cognitions inconscientes qui évaluent ces émotions. Après cette évaluation inconsciente des émotions, une deuxième évaluation consciente va transformer l'émotion « brute » en sentiment plus affiné. En effet, un certain nombre d'émotions sont primaires et liés au patrimoine génétique et ont participé à la survie de l'espèce humaine. Ce sont en particulier : la peur, la colère, le dégoût, la surprise, la tristesse et le bonheur.

Selon [Damasio \(2003\)](#), un sentiment est la perception d'un état du corps (réel ou simulé) en même temps que la perception de certains thèmes psychologiques. Les sentiments sont en relation avec des situations qui les causent. Cependant, les sentiments diffèrent des émotions. Ce sont des modes de pensées au sujet des émotions ([figure 3.9](#)).

On rejoint alors la notion selon laquelle sentiments et pensées sont intimement liés. On peut dire que la cognition est liée à l'émotion comme les deux faces d'une feuille de papier. Il existe des cognitions conscientes et inconscientes, les pensées conscientes vont mettre en forme l'émotion qui s'exprime sous la forme élaborée du sentiment.

Biologie, conditionnement et psychologie des émotions : deux voies pour les TCC ([figures 3.10 à 3.13](#))

Les travaux de [Ledoux \(1997\)](#) ont permis une avancée significative de la biologie des émotions et de leurs relations avec les facteurs cognitifs.

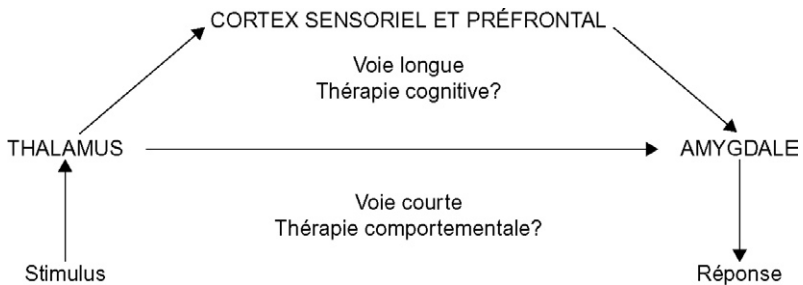
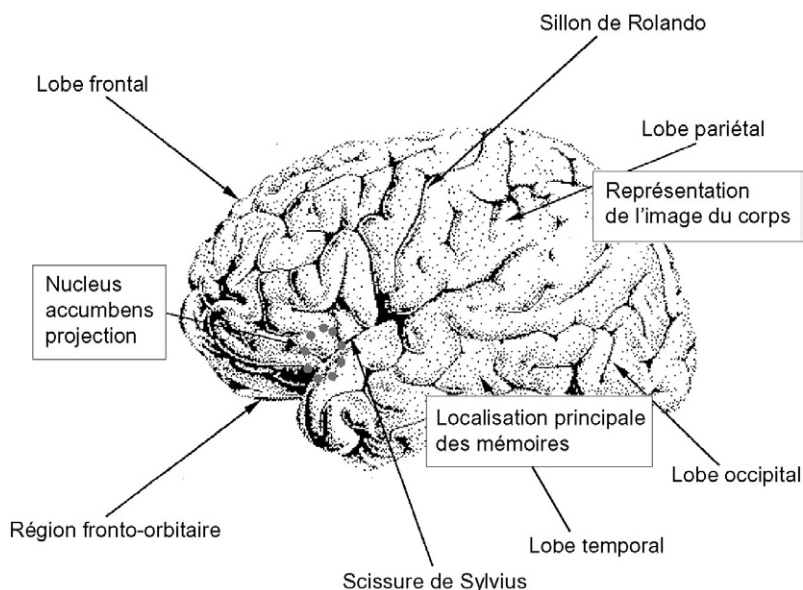


Figure 3.10

Voies du traitement de l'information émotionnelle (d'après [Ledoux, 1997](#)).

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

**Figure 3.11**

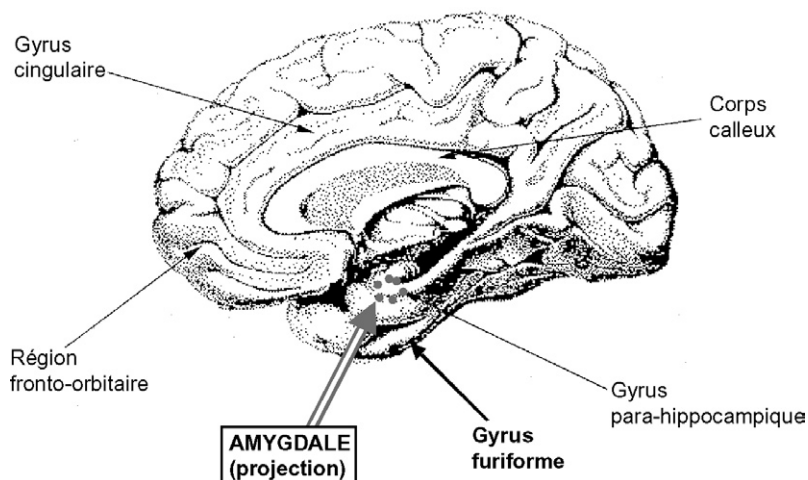
Cerveau gauche : vue externe.

D'une manière très simplifiée, on peut étudier les principales localisations cérébrales. Les régions pariétales sont le lieu de la représentation de l'image du corps. Les régions temporales sont le siège principal des structures cérébrales impliquées dans les différents types de mémoire. Les régions fronto-orbitaires correspondent à la pensée, au jugement et à l'auto-contrôle. Les régions frontales aux plans d'action. Les structures impliquées dans l'expression verbale se trouvent en avant du sillon de Rolando. La compréhension du langage se situe dans les régions temporales.

(Schéma reconstruit et commenté à partir de : R. Nieuwenhuys, J. Voogd et C. Van Huijzen, *The human central nervous system*, Heidelberg, Springer, 1981.)

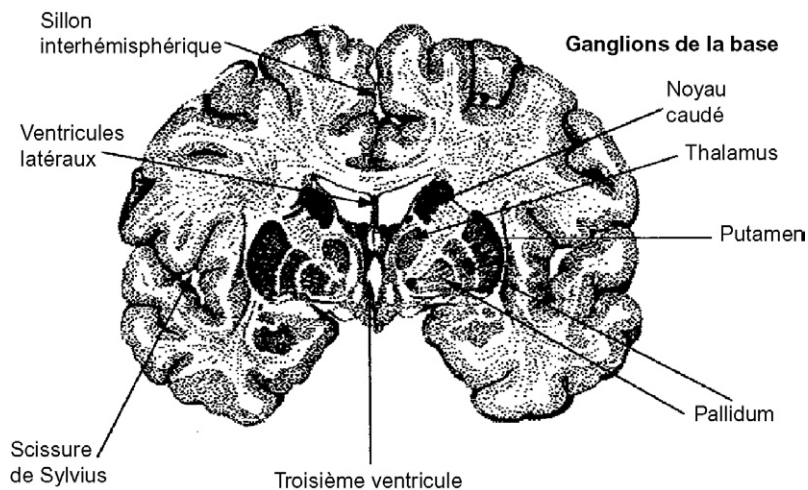
La conscience joue peu de rôle dans ce type d'apprentissage, qui a lieu dans deux structures neurologiques appartenant à des structures primitives du cerveau : le thalamus et l'amygdale, et également le tronc cérébral. L'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses a lieu dans le thalamus et l'amygdale, selon une voie qui court-circuite le cortex préfrontal. Cette voie est utilisée quand il s'agit de réponses de survie immédiates : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser. Cette voie courte correspond donc aux processus de conditionnement classique qui ont été envisagés en détail au début de ce chapitre.

Mais à cette voie courte se superpose une voie longue, qui va permettre un traitement conscient et plus lent de l'information. Cette voie fait relais dans les aires préfrontales qui font partie du néocortex. Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété (Ledoux, 1997).

**Figure 3.12**

Face interne du cerveau : hémisphère droit.

(Schéma reconstruit et commenté à partir de : R. Nieuwenhuys, J. Voogd et C. Van Huijzen, *The human central nervous system*, Heidelberg, Springer, 1981.)

**Figure 3.13**

Coupe frontale du cerveau : hémisphère droit.

(Schéma reconstruit et commenté à partir de : R. Nieuwenhuys, J. Voogd et C. Van Huijzen, *The human central nervous system*, Heidelberg, Springer, 1981.)

(Je remercie le professeur Nicolas Kopp pour ses conseils précieux sur la localisation anatomique exacte de l'amygdale qui fait partie avec le gyrus para-hippocampique et le gyrus cingulaire du cerveau « émotionnel », autrement appelé grand lobe limbique.)

Ce qui signifie que la conscience joue sans doute un rôle dans les processus d'habitation.

Il est vraisemblable que les personnes présentant des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente : ce qui expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion. On retrouve ce fonctionnement impulsif dans la personnalité borderline. La [figure 3.10](#) représente les voies longues et courtes du traitement de l'information émotionnelle selon [Ledoux \(1997\)](#). Elle positionne aussi les possibles actions de la thérapie comportementale sur la voie courte, émotionnelle, et de la thérapie cognitive sur la voie longue, plus rationnelle. Un tel schéma plaide pour une thérapie cognitivo-comportementale agissant à la fois sur les émotions, les comportements et les cognitions.

Soi synaptique de Ledoux et autocontrôle

[Ledoux \(2003\)](#) a développé la notion d'un soi synaptique. Les organes internes du corps (les « viscères ») ont une représentation dans le tronc cérébral et l'hypothalamus, alors que la mémoire autobiographique est gouvernée par des structures qui se trouvent dans les structures temporelles moyennes. Les structures préfrontales et limbiques sont importantes pour mettre un délai dans la gratification et le contrôle des impulsions de telle façon que, lorsqu'il y a un dommage dans ces zones, il y a des troubles de la personnalité.

Une personne qui est capable de contrôler son comportement deviendra impulsive si elle a subi des lésions dans les régions du cortex cérébral fronto-orbitaire. Elle prendra des décisions trop rapides et souffrira d'une absence de sens de ce qui acceptable ou non socialement. L'autocontrôle est donc lié au maintien de la conscience de soi, elle-même assurée par l'intégrité de structures dans le cortex frontal et de leurs connexions avec l'amygdale qui est une zone relais importante pour le traitement des émotions, en particulier la peur.

Le soi, dans cette perspective, est donc relié à l'autocontrôle et aux réactions adaptatives ([Ledoux, 1997](#)). Être soi consiste à être capable de vivre en société en respectant les autres.

Émotions, cognitions et psychologie du développement

Les classiques du comportementalisme se sont préoccupés tardivement de la psychologie du développement ; il faut donc se fonder sur les travaux piagétiens et néo-piagétiens pour avoir un modèle transposable dans la clinique. Il faut reconnaître aussi au psychologue comportementaliste [David Premack \(1978\)](#) l'apport de la notion de théorie de l'esprit qui actuellement est très étudiée sur le plan expérimental, et investiguée avec les moyens de l'imagerie cérébrale.

L'image de soi évolue avec le développement de l'enfant. À sa naissance, l'enfant se trouve dans un état indifférencié. L'image de soi va se constituer progressivement en fonction de l'image des autres. C'est donc le processus de différenciation moi/non-moi qui va se mettre en action.

Moi et non-moi

Les premières images de soi correspondent à l'image du corps. Puis c'est à travers les jeux et les relations avec les personnes de l'environnement de l'enfant que les sensations physiques vont progressivement s'unifier pour aboutir à une synthèse : la conscience de soi.

Jusqu'à l'âge de 8 ans environ, l'enfant a des perceptions de lui-même peu reliées entre elles. Par la suite va apparaître la représentation de soi qui consiste finalement à relier l'ensemble des perceptions pour les organiser dans une forme globale. Cette synthèse aboutit à une représentation cohérente de soi, qui conduira à un sentiment d'unité, de stabilité et de permanence individuelle, qui résiste au temps. C'est alors que la personnalité se stabilise.

Développement du schéma corporel

Depuis les travaux de H. Head (1918) on parle de schéma corporel. Cette représentation se localise dans les lobes pariétaux du cortex cérébral. Certains auteurs considèrent qu'il y a une représentation innée du corps dans le tronc cérébral (Damasio, 2003). Beulah Amsterdam puis Zazzo (1975) ont précisé la chronologie exacte du développement de la représentation de soi par une série d'expériences sur des groupes d'enfants, en utilisant en particulier une méthode qui consistait à placer une tache rouge sur le front de l'enfant et à voir à quel moment celui-ci touchait cette tache rouge, montrant par-là qu'il avait reconnu sa propre image dans le miroir (tableau 3.4).

Développement de l'image de soi et image des autres

L'image du corps, comme on le voit, se modèle à partir de l'image d'autrui, au fur et à mesure de la maturation du système nerveux.

Imitation et décentration de soi : les stades de Piaget

De nombreux travaux se sont penchés sur le problème de l'imitation qui représente un processus d'apprentissage très actif dans beaucoup d'espèces. Piaget a élaboré par l'observation une théorie des stades du développement où l'identité se crée à partir de deux grands processus : l'assimilation qui rend le monde semblable au sujet, et l'accommodation qui tient compte de la réalité du monde. L'assimilation est automatique et inconsciente, alors que l'accommodation nécessite un effort conscient d'adaptation au monde.

Tableau 3.4

Chronologie de la reconnaissance de soi dans le miroir (à partir des travaux d'Amsterdam et de Zazzo ; Zazzo, 1975)

De 0 à 2 mois	:	Pas de réaction
Vers 3 mois	:	Intérêt pour l'image d'autrui
De 3 à 5 mois	:	Observation de ses mouvements dans la glace
De 6 à 8 mois	:	Réaction sociale à l'image (vocalise, sourire)
Vers 8 mois	:	Se retourne vers la personne qui le tient devant la glace
De 8 à 10 mois	:	Commence à plus s'intéresser à son image qu'à celle d'autrui
De 10 à 12 mois	:	Tapement contre la vitre ou le miroir
De 12 à 15 mois	:	L'enfant sourit davantage au miroir qu'à la vitre ; colle sa bouche ; joue avec ses mains
Vers 18 mois	:	Réactions de fascination et d'évitement
De 2 à 3 ans	:	– Entre 20 et 30 mois, la plupart des enfants effacent la tache sur leur front après l'avoir vue sur leur image dans le miroir – Mais ce n'est qu'entre 26 et 36 mois que l'enfant se retourne vers un clignotant placé derrière lui
À 4 ans	:	L'enfant reconnaît une image déformée de lui-même dans le miroir (reconnaissance intuitive)
Entre 5 ans 1/2 et 6 ans	:	Tous les enfants hésitent à reconnaître une image déformée (conflit logique)
À 6 ans	:	L'enfant se reconnaît sans hésiter (raisonnement établi)

Il existe donc une série d'équilibres qui sont successifs et partent des réflexes innés les plus élémentaires : sucer et prendre. En cas d'évolution vers la démence, en particulier dans la maladie d'Alzheimer, ces acquisitions qui sont à la base de l'identité vont se défaire dans l'ordre inverse de leur apparition. Le [tableau 3.5](#) représente les stades de [Piaget \(1964\)](#).

Il est possible de considérer que, chez beaucoup de patients présentant des troubles anxieux, en particulier les patients présentant un stress post-traumatique ou des obsessions-compulsions, on observe un affaiblissement de la pensée logique et une régression au stade préopératoire. J'ai pu observer que beaucoup de patients présentant un TOC avaient eu un contact précoce avec la mort vers 6 ans qui pourrait avoir créé un schéma particulier de causalité et un sentiment de vulnérabilité qui se traduit à l'âge adulte par des rituels magiques pour contrôler des émotions à type d'attaques de panique avec déréalisation. Ces schémas coexistent souvent avec un développement parfaitement rationnel dans d'autres secteurs de la vie, en particulier scientifique ou pratique ([Cottraux, 1998](#)).

L'hypothèse d'une imitation très précoce chez l'homme a été testée par [Meltzoff et Moore \(1977\)](#) qui ont montré que des enfants de 12 à 21 jours

Tableau 3.5
Stades du développement cognitif selon Piaget

0-1 an	Stade sensorimoteur : réflexes de préhension et de succion
1-6 ans	Stade préopératoire : – la fonction symbolique apparaît – l'imitation différée apparaît – la pensée magique : égocentrisme : la réalité est assimilée au sujet animisme : les choses ont une âme artificialisme : tout a été créé par l'homme pas de différence entre le monde mental et physique confusion entre la pensée et l'action
Vers 6 ans	Déclin de l'égocentrisme et décentration
6-12 ans	Opérations logiques concrètes
12 ans	Opérations logiques abstraites

pouvaient imiter des expressions faciales et des mouvements des mains. L'interaction entre la maturation du système nerveux et l'apprentissage par imitation de modèles rend compte du développement de l'image du corps et de l'identité qui ne peut s'effectuer que par la perte de l'égocentrisme et la décentration par rapport aux premiers réflexes et aux premières formes de pensée.

Modèle de l'attachement

La théorie de l'attachement est due à John Bowlby (1988) qui établit son modèle sur l'éthologie, la théorie des systèmes et la psychanalyse des relations objectales. Bien que Bowlby fut psychanalyste, sa théorie fut sévèrement critiquée par les partisans d'Anna Freud et ceux de Mélanie Klein, car il ne tenait pas compte des fondements mêmes de la psychanalyse, à savoir le complexe d'Œdipe. Néanmoins, ce modèle éthologique a connu un grand succès auprès des chercheurs et des psychothérapeutes de diverses obédiences, car il se fonde sur un ensemble de travaux expérimentaux convaincants.

Le principe de ce modèle est que les êtres humains, ainsi que les animaux, possèdent un instinct d'attachement qui vise à établir une relation stable avec la mère ou une autre figure d'attachement. Bowlby a mené des études expérimentales chez des enfants séparés de leur mère et a observé que les réponses étaient universelles. Selon lui, le développement émotionnel de l'enfant part de l'attachement pour aller vers l'autonomie et l'indivision. Un attachement stable à la mère (ou un autre personnage) est un besoin émotionnel de base qui précède et favorise l'indépendance. L'anxiété de séparation excessive est une conséquence des expériences familiales négatives, comme la perte d'un parent ou les menaces répétées d'abandon de la part d'un parent. Bowlby a également mis en évidence que lorsque les

personnages d'attachement prennent trop de place, il résulte une difficulté à former des relations intimes avec les autres. Les êtres humains sont donc partagés entre le maintien des habitudes et la recherche de la nouveauté. La notion de modèle de travail interne est en grande partie fondée sur l'interaction entre l'enfant et la mère ou un autre personnage principal d'attachement. Si la mère reconnaît le besoin de protection de l'enfant, tout en respectant aussi son besoin d'indépendance, l'enfant sera à même de développer un modèle de travail interne où il se reconnaîtra comme valable et compétent. L'on est proche du concept actuel de schéma cognitif. Bowlby (1988) a envisagé les applications de la théorie de l'attachement à la psychothérapie.

En effet de nombreux patients en psychothérapie présentent des modèles d'attachement désorganisés et non sécurisés. C'est le cas en particulier des patients « borderline ». Jeffrey Young (2005) a fondé, en partie sur les travaux de Bowlby, sa classification des schémas et sa thérapie des schémas destinée aux patients borderline.

Théorie de l'esprit d'autrui et représentation de l'action

Des études fascinantes sur l'intelligence animale ont analysé certains aspects de la communication des chimpanzés. Ce proche cousin de l'homme a montré les capacités d'être un « psy » intuitif. Deux psychologues, qui sont des « classiques » du comportementalisme, Premack et Woodruff, ont démontré dès 1978 que les chimpanzés distinguent l'homme « qui sait » où se trouve de la nourriture que l'on a cachée de celui qui ne peut pas le savoir, car il était absent lors de la mise en place de la nourriture. Les chimpanzés savent donc que l'homme qui était présent à un événement en sait plus que celui qui n'a rien vu. Ils sont donc capables d'élaborer une « théorie de l'esprit humain ». Cette capacité existe chez l'être humain et ses altérations neurologiques peuvent conduire à des anomalies du traitement de l'information et de la représentation de soi et d'autrui.

La capacité de lecture de l'esprit de l'autre serait liée au fonctionnement d'un « module cognitif » autonome assurant la représentation des états mentaux d'autrui. Ce module, selon certains auteurs, serait déficitaire chez les enfants autistes (Baron-Cohen, 1985) qui sont caractérisés par une altération de la communication verbale et non verbale les empêchant d'interagir avec les autres, même si leur intelligence est normale.

La faculté de « jouer à faire semblant », qui se développe vers 2 ans chez l'enfant normal, n'apparaît pas chez eux. Or, cette faculté est nécessaire pour le développement psychologique. Un objet présent, par exemple une poupée, évoque une personne absente et est assimilée à celle-ci. Ce stade du jeu, lors de la seconde année de la vie, a pour résultat la création du monde symbolique de l'enfant (Leslie, 1987). Piaget (1964) a défini cette phase comme celle du décentrement et du renversement symbolique qui va

conduire progressivement vers 6 ans à l'établissement d'opérations logiques concrètes, puis vers 12 ans aux opérations logiques abstraites.

D'autres expérimentateurs ont mis en avant le développement très précoce d'une capacité spécifique de perception et représentation de l'action motrice qui permettrait de comprendre les intentions et les émotions des autres. Cette fonction permet par l'observation de se représenter l'action et son but. La volonté d'agir, et la représentation de l'action, sont toutes deux une forme d'action.

Ce modèle se fonde sur des données de l'expérimentation animale. Certains neurones corticaux, frontaux prémoteurs ou « neurones miroirs », sont activés lorsque le singe se prépare à saisir un aliment. Ils le sont aussi lorsque l'animal voit autrui exécuter le même acte. Des « neurones miroirs » codent l'acte lui-même et assurent sa représentation et celle de son but. Le cerveau de l'observateur est donc le miroir qui reflète automatiquement l'action des autres. Ce système de neurones frontaux générerait donc un ensemble de représentations partagées. À partir de ces prémisses, l'empathie – autrement la capacité à ressentir et partager les émotions des autres – a été étudiée par Decety et Chaminade (2003), qui ont effectué des enregistrements de caméras à position sur des sujets qui voyaient des vidéoclips dans lesquels des acteurs racontaient des histoires tantôt tristes, tantôt neutres, comme si eux-mêmes avaient vécu ces histoires. Ces histoires étaient racontées avec des attitudes et des comportements qui étaient soit en rapport, soit sans rapport avec l'émotion. À la fin de chaque film, les sujets devaient évaluer l'état de l'humeur de l'acteur et également dire à quel point ils trouvaient cette personne susceptible d'être aimée. Les histoires tristes, en comparaison avec des histoires neutres, étaient associées à un accroissement des activités dans les structures qui sont en relation avec le traitement des émotions. De même, lors des histoires tristes, les régions pariétales droites inférieures du cortex cérébral, qui appartiennent au réseau des représentations partagées, étaient activées. Ce réseau n'était pas activé quand les sujets regardaient des comportements sociaux inappropriés.

Conclusion

Les techniques d'imagerie vont, au fur et à mesure de leur développement, permettre de répondre aux questions théoriques concernant les processus d'apprentissage et du fonctionnement de la mémoire, et de l'ensemble de processus cognitifs. Leur approche des effets des TCC est déjà très fructueuse et a montré des corrélations avec les changements cliniques (pour une revue, voir Cottraux, 2009).

Bibliographie

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart, Winston.
Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Bandura, A. (2007). *Auto-Efficacité. Le Sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck: Université Louvain-la-Neuve.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37–46.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. New York: Columbia University Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Berridge, K. C., & Winkielman, P. (2003). What is an unconscious emotion ? (The case for the unconscious liking). *Cognition and Emotion*, 17(2), 181–211.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Clark, D. A., Hollifield, M., Leahy, R., & Beck, J. S. (2009). Theory of cognitive therapy. In G. O. Gabbard (Ed.), *Psychotherapeutic treatments* (pp. 165–200). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie*. Paris: Odile Jacob.
- Cottraux, J. (Ed.). (2009). *TCC et neurosciences*. Paris: Masson.
- Cottraux, J. (1998). *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Paris: Odile Jacob.
- Damasio, A. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris: Odile Jacob.
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia*, 41, 127–138.
- Head H. *Sensation and the cerebral cortex, Brain*, (1918) Traduit en français in Corraze J : *Schéma corporel et image du corps*, Privat, Toulouse, 1973.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kandel, E. R. (2006). *In search of memory : the emergence of a new science of mind*. New York: W.W. Norton & Company, Inc. Traduction française : *À la recherche de la mémoire, une nouvelle théorie de l'esprit*, éditions Odile Jacob, 2007.
- Lazarus, R. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124–129.
- Ledoux, J. (2003). *Neurobiologie de la personnalité*. Paris: Odile Jacob.
- Ledoux, J. (1997). *The emotional brain*. New York: Simon and Schuster.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation : the origins of « theory of mind ». *Psychology Review*, 94, 412–426.
- Lorenz, K. (1967). *Évolution et modification du comportement : l'inné et l'acquis*. Paris: Payot.
- Mahoney, M., & Thoresen, C. (1974). *Self-control : power to the person*. Monterey: Brooks/Cole.
- Meltzoff, A., & Moore, K. M. (1977). Imitations of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75–78.
- Miller, N. (1969). Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 168, 434–445.
- Miller, N., & Dworkin, B. (1974). Visceral learning : recent difficulties with curarized rats and significant problems for human research. In P. A. Obrist (Ed.), *Cardiovascular psychophysiology* (pp. 312–331). Chicago: Aldine.
- Naccache, L., & Dehaene, S. (2002). La perception subliminale : un aperçu sur l'inconscient. *Pour la Science*, 302, 96–103.
- Pavlov, I. (1963). *Réflexes conditionnels et inhibition*. Paris: Gonthier.
- Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Paris: Gonthier, Médiations.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind ? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515–526.
- Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles: Dessart.

- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale* (traduction de J. Rognant). Paris: Masson.
- Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité* (traduction de B. Pascal, préface de J. Cottraux). Louvain: De Boek Université.
- Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking. Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175.
- Zazzo, R. (1975). *Psychologie de la conscience de soi*. Paris: PUF.

4 Psychopathologie : modèles expérimentaux

De nombreux modèles expérimentaux ont cherché à intégrer les approches biologiques, comportementales puis cognitives, aussi bien dans les troubles anxieux et la dépression que la schizophrénie.

Les facteurs génétiques apparaissent cependant importants : les phobies d'animaux sont hérissables à 47 %, les phobies dus sang et des blessures à 49 %, et les phobies situationnelles à 46 % (Kendler et al, 1999).

Phobies

Phobies spécifiques

Les facteurs génétiques semblent surtout clairs dans les phobies du sang et des blessures qui sont les seules phobies où le cœur se ralentit et la tension artérielle chute, ce qui entraîne dans certains cas une perte de connaissance. Ce type particulier de phobie correspondrait à une anomalie hérissable du système nerveux végétatif. Mais pour les autres types de phobie spécifique, on discute les autres mécanismes de formation.

Conditionnement classique

Dans cette perspective, l'anxiété est une réponse apprise au cours d'une expérience traumatique où un *stimulus* neutre est fortuitement associé à un *stimulus* inconditionnel aversif (douleur, son violent, etc.). Très rapidement la théorie du conditionnement classique a été discutée. Nombre de sujets soumis à des circonstances pénibles ou dangereuses ne développaient pas de phobie. Il est plus facile de conditionner des sujets à la peur d'animaux que d'objets inanimés. Cela suggère que les *stimuli* phobogènes doivent avoir certaines caractéristiques ; il s'agit d'apprentissages préparés. Ces constatations ont conduit Seligman (1971) à proposer une division des phobies en deux classes :

- les phobies « préparées » dont l'apprentissage a lieu en fonction d'une prédisposition génétique. Ce sont des phobies qui correspondent à des comportements qui ont une valeur fonctionnelle pour assurer la survie de l'espèce (éviter les animaux, les lieux inconnus, la solitude, l'obscurité, etc.). De ce fait, elles ont été sélectionnées par l'évolution naturelle car elles favorisaient la survie de l'homme prétechnologique. L'anxiété vis-à-vis de ce type de situation se trouverait donc en dépôt dans le pool génétique de l'espèce humaine ;
- les phobies non préparées qui correspondent à des situations qui ne menacèrent jamais l'homme prétechnologique (autobus, armes à feu,

voitures, etc.). Cette théorie, malgré son intérêt, n'a reçu pour l'instant que des confirmations incomplètes (Barlow, 2002).

Kendler (2002) a étudié 7500 paires de jumeaux en évaluant leur degré de neuroticisme (névrosisme) et a recherché cinq types de phobies selon le DSM : agoraphobie, phobie sociale, animaux, phobie situationnelle, phobie du sang et blessure. Il aboutit à la conclusion que les phobies sont pour une bonne part innées et le modèle le plus probable est l'apprentissage non-associatif (Erich Kandel, 2006), en une seule rencontre avec le stimulus phobogène et potentialisation à long terme. Une étude du même groupe vient nuancer ce point de vue. Hettema et al. (2003) ont étudié des jumeaux monozygotes (90 paires) et dizygotes (83 paires). Ils ont accepté de participer à une expérience de conditionnement par des chocs électriques légers soit à des stimuli préparés par l'évolution (serpents, araignées) soit non préparés (cercle et triangles). L'expérience comportait trois phases : habituation, conditionnement et extinction. La mesure de l'anxiété se faisait par la réponse électrodermale. Deux types génétiques d'acquisition ont été retrouvés :

- Apprentissage non-associatif : sensibilisation
- Apprentissage associatif : processus de conditionnement

Ce qui permettait de conclure que les gènes expliquent les variations individuelles dans l'habituation, l'acquisition et l'extinction des phobies.

Il est évident qu'il faut poursuivre ces recherches sur l'interaction gène/environnement pour mieux comprendre l'étiologie des différents types de phobie.

Conditionnement opérant

Devant les difficultés d'un modèle fondé uniquement sur le conditionnement classique, l'on a proposé que les phobies seraient acquises par conditionnement classique et maintenues par le conditionnement opérant. Le conditionnement opérant est un apprentissage par les conséquences de l'action. Le phobique qui évite apprend à se soulager de l'angoisse par l'évitement de la situation qu'il redoute. Il est négativement renforcé à échapper ou à éviter des situations dont la conséquence est pour lui une crise d'angoisse situationnelle. En effet, l'affrontement de la situation ne peut aboutir à la réduction de l'angoisse qu'après plusieurs « expositions prolongées » à la situation provocatrice d'anxiété d'au moins trois quarts d'heure chacune. Éviter représente donc un moyen rapide de se débarrasser de l'angoisse. Mais le comportement inhibé va rapidement se généraliser à d'autres situations qui rappellent la situation initiale.

Attaques de panique et agoraphobie

Modèles issus du conditionnement intéroceptif (pavlovien) et du conditionnement opérant

De nombreux chercheurs ont suggéré que la peur de la peur qui se manifeste dans le trouble panique était fondée sur le conditionnement intéro-

ceptif (McNally, 1990). Sheehan (1982) a proposé une conception biopsychologique longitudinale des attaques de panique qui évolueraient en six étapes.

1. Il existe un noyau de vulnérabilité biologique qui sensibilise à la survenue d'une attaque de panique. Celle-ci va se déclencher soudainement sans lien précis avec un *stimulus* déclencheur externe.
2. L'attaque de panique représente un *stimulus* inconditionnel qui va s'associer fortuitement à la première situation où elle a eu lieu : celle-ci deviendra alors une situation phobogène et le sujet développera une phobie circonscrite.
3. La répétition des attaques de panique dans des lieux variés va entraîner une généralisation des situations phobogènes.
4. Des phénomènes de conditionnement intéroceptif vont se surajouter : le sujet qui a fait une tachycardie au cours d'une attaque de panique va percevoir toute accélération cardiaque comme le début d'une nouvelle attaque de panique. Cette interprétation déclenchera une nouvelle attaque.
5. Des situations de plus en plus nombreuses sont évitées pour ne pas ressentir les conséquences néfastes d'un affrontement (conditionnement opérant par renforcement négatif). C'est le stade des phobies multiples et de l'évitement du contact social, de peur de présenter une attaque de panique en public.
6. L'évolution se fera vers l'hypochondrie et la dépression, et l'alcoolisme qui cherche à réduire l'anxiété et la dépression. Plus tard apparaîtront les complications sociales et conjugales.

Modèles cognitifs

Les modèles cognitifs insistent sur les perturbations du traitement de l'information chez les sujets phobiques. Les théories cognitives postulent que les phobiques n'ont pas développé des signaux de sécurité ou qu'ils ont acquis précocement des « schémas cognitifs de danger », stockés dans la mémoire à long terme et qui vont systématiquement sélectionner l'information en ne retenant du monde extérieur que ce qui a trait au danger. Selon Beck et al. (1985), il existe un contenu de pensée particulier aux sujets qui présentent des états d'anxiété. Les patients anxieux « tunnelisent » leur perception de l'environnement et de leurs sensations physiques en fonction de processus cognitifs erronés. Ces dysfonctionnements de la pensée logique consistent en erreurs cognitives dont les principales sont l'inférence arbitraire, la généralisation, l'exagération des dangers et la minimisation des situations sécurisantes, enfin la personnalisation de tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle. Le [tableau 4.1](#) résume ces hypothèses cognitives.

Modèle de Barlow (2002)

Ce modèle intègre divers niveaux de causalité :

- vulnérabilité biologique héritable qui n'explique pourtant que partiellement la genèse des attaques de panique et de l'agoraphobie (Kendler et al., 1992) ;

Tableau 4.1**Hypothèse cognitive : phobies et attaques paniques (d'après Beck et al., 1985)**

1 – Schémas cognitifs Sélectionnent les <i>stimuli</i> intéroceptifs et extéroceptifs uniquement dans leurs virtualités de danger Stockés dans la mémoire à long terme
2 – Distorsions cognitives (inférences arbitraires) Aboutissent à un traitement erroné de l'information concernant la sécurité et le danger Magnification du danger Minimisation de la sécurité
3 – Événements cognitifs Monologues intérieurs et images mentales qui traduisent l'anticipation du danger : peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi

- événements de vie. Cette vulnérabilité est activée par une interruption aversive du comportement occasionné par des événements de vie négatifs ;
- réaction de stress : vraie alarme. L'événement est suivi d'une réaction de stress diffuse qui implique le système hormonal et entraîne également un accroissement de l'activité monoaminergique. De façon plus ou moins rationnelle suivant la nature de l'événement, le sujet va ressentir celui-ci comme une menace vitale. Ces réactions de stress sont d'intensité suffisante pour déclencher des fausses alarmes, soit immédiates, soit différées ;
- vulnérabilité psychologique : alarme apprise. Le sujet pense que l'événement initial est imprévisible. S'il revient, il ne pourra pas le contrôler. Ce stade correspond à une vulnérabilité psychologique où le sujet se perçoit comme incapable et résigné.

L'état d'alarme peut être atténué par le fait que le sujet possède un réseau relationnel qui lui assure un soutien au moment de l'épreuve. De même, il peut avoir à sa disposition des stratégies personnelles d'ajustement au stress. Mais une fois établi le *feedback* entre vulnérabilités biologiques et psychologiques, le sujet entre dans un cycle d'appréhension anxieuse chronique.

Le stockage dans la mémoire à long terme de cette structure cognitivo-affective peut expliquer le maintien d'un comportement irrationnel une fois l'épisode traumatique révolu.

Il y a un certain nombre d'arguments expérimentaux en faveur d'un modèle cognitif des attaques de panique. Le modèle psychologique et clinique est certainement plus convaincant que le modèle strictement biologique, parce que l'on peut provoquer des attaques de panique avec divers agents chimiques (lactate, CO_2 , isoprénaline, cholécystokinine) ou en manipulant expérimentalement des variables psychologiques. En effet, l'illusion de contrôle que possède ou non le patient demeure un élément psychologique fondamental, à provocation chimique de panique égale, ainsi que l'a montré

Sanderson (1989) dont l'expérimentation consistait en l'inhalation, pendant 15 minutes, d'air avec 5 % de CO₂ chez vingt patients paniqueurs qui recevaient la même dose de CO₂. Les patients étaient divisés en deux groupes :

- groupe I : dix sujets ayant l'illusion de pouvoir contrôler le débit de CO₂ ;
- groupe II : dix sujets n'ayant pas cette possibilité fictive.

La fréquence d'attaques de panique se révéla plus importante dans le groupe II, « sans illusion de contrôle » que dans le groupe I « avec illusion de contrôle ».

Des travaux maintenant nombreux ont montré que les techniques psycholinguistiques et neuropsychologiques, qui activent ces interprétations catastrophiques, accroissent la fréquence des attaques de panique, alors que les interventions expérimentales qui diminuent ces interprétations catastrophiques diminuent la fréquence des attaques de panique (pour une revue détaillée de ces travaux, voir Zinbarg et al., 1994).

Sensibilité à l'anxiété – les facteurs de personnalité

Les attaques de panique sont un phénomène banal puisque jusqu'à 30 % de la population générale peut présenter des attaques de panique trop peu fréquentes pour atteindre les critères du DSM-III (Norton et al., 1986). McNally (1990) a cherché à établir quels facteurs prédisposaient à développer des attaques de panique ; il a proposé le concept de sensibilité à l'anxiété qui dénote la tendance à répondre à des symptômes d'anxiété par des interprétations catastrophiques. Il a pu ainsi montrer qu'un index de sensibilité à l'anxiété était un meilleur facteur prédictif d'attaque de panique induite par les lactates qu'une histoire d'attaques de panique. La sensibilité à l'anxiété – ou tendance à répondre aux symptômes d'anxiété – diffère de l'anxiété qui se définit, elle, comme la tendance à répondre par la peur à des *stimuli* stressants. Il faut donc prendre en compte des facteurs de personnalité comme la sensibilité à l'anxiété, le neuroticisme ou l'évitement du danger. Globalement, ce facteur tempéramental correspond à un des cinq facteurs de personnalité (OCEAN) étudiés dans les travaux modernes sur la génétique de la personnalité (tableau 4.2). Il fait partie des quatre facteurs qui ont été validés (Livesley et al., 1998).

Tableau 4.2

Les cinq grands facteurs de personnalité (*Big Five*). Facteurs validés par les études génétiques et psychométriques (d'après Livesley et al., 1998)

Ouverture → Fermeture au nouveau	–
Contrainte → Impulsivité	+
Extraversion → Introversion, inhibition	+
Altruisme agréable → Antisocial	+
Neuroticisme, anxiété → Stabilité émotionnelle	+

Modification thérapeutique des cognitions hypocondriaques

L'attaque de panique serait donc une « hypocondrie aiguë » génératrice d'interprétations erronées des sensations physiques qui auto-entretiennent le phénomène de panique : ainsi se crée « la peur de la peur ». C'est sur ce facteur central et spécifique que la thérapie cognitive se centre à présent. Les études contrôlées convergent aujourd'hui pour suggérer qu'aussi bien dans l'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes que dans la modification cognitive visant les pensées catastrophiques, le facteur central en relation avec l'évolution favorable est la modification des interprétations des phénomènes somatiques de l'attaque de panique (Margraf et al., 1991).

On peut résumer l'ensemble de ces données (figure 4.1) sur un modèle qui intègre les différents niveaux de la recherche dans le domaine des attaques de panique (Cottraux, 1999).

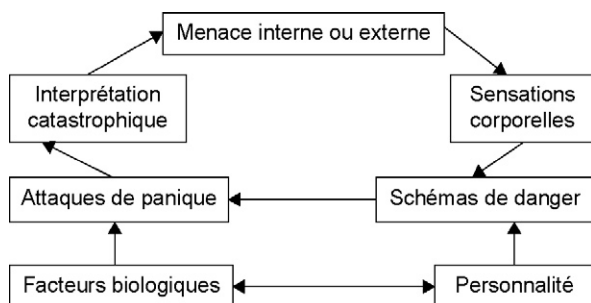


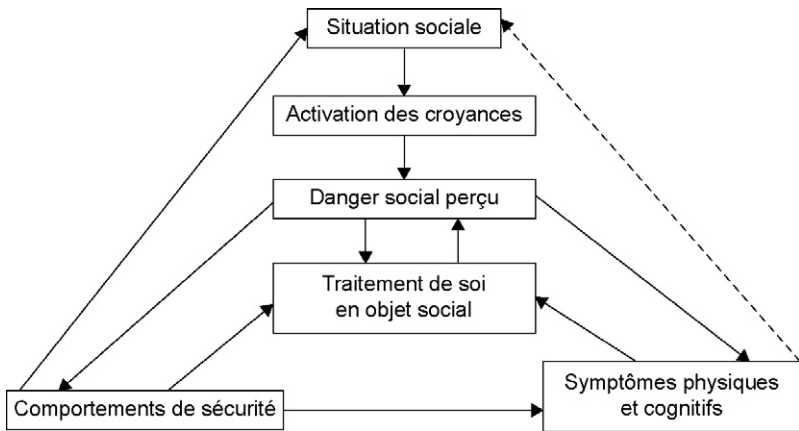
Figure 4.1

Modèle des attaques de panique et de l'agoraphobie (d'après Cottraux, 1999).

Phobie sociale

La peur d'agir sous le regard d'autrui fait de cette catégorie un problème à part souvent limité à une ou deux situations (parler ou manger en public, uriner dans des toilettes publiques) ou bien parfois généralisé à toutes les situations sociales. Il ne semble pas que ce type de phobie soit acquis par imitation bien que l'on retrouve assez fréquemment des antécédents familiaux de timidité. La phobie sociale survient sur un terrain biologiquement préparé. Une plus grande conditionnabilité à répondre anxieusement à des visages d'individus en colère a été démontrée chez ce type de patients. Le trouble se déclenche lors d'une expérience sociale traumatique (rejet social par exemple) ou d'un épisode de déficit dans les conduites sociales. Cet épisode se situe en général au début de l'adolescence, époque où le sujet est particulièrement vulnérable (Barlow, 2002).

Cependant, des modèles cognitifs ont également été proposés, tenant compte essentiellement des interprétations que font les sujets phobiques sociaux et aboutissant à des comportements de sécurité, qui accroissent leur trouble (Wells et Clark, 1997). Ces comportements résultent d'une observation

**Figure 4.2**

Phobie sociale : modèle de Wells et Clark (1997).

anxieuse de soi et sont destinés à prévenir des catastrophes imaginées : ainsi l'évitement complet des situations sociales. Des comportements plus subtils sont mis en œuvre pour rester en situation : bouger doucement, agripper les objets comme les verres de peur de les renverser, porter des vêtements légers pour éviter de transpirer, utiliser des déodorants plusieurs fois par jour, se cacher le visage avec la main, toucher son nœud de cravate, éviter le contact visuel, se repeigner, se taire, etc. Tous ces comportements reliés à une perception exagérée du danger social renforcent les cognitions négatives, ainsi que la peur d'être évalué négativement. Ils peuvent aussi, du fait de leur exagération, provoquer les catastrophes redoutées : par exemple renverser un verre que l'on tient trop fermement, comme dans les films comiques. La figure 4.2 résume le lien entre cognitions et symptômes selon le modèle de Wells et Clark (1997).

Modèles des obsessions-compulsions

Habituation et modèles cognitivo-comportementaux

Beech et Perrigault (Beech, 1974) ont proposé un modèle qui s'appuie sur la notion d'une activation anormalement élevée chez l'obsessionnel, *primum movens* de toute leur pathologie. Une activation anormale entraînerait de l'anxiété et des troubles de l'humeur. Si l'activation dépasse un seuil critique, le sujet pourrait associer son état interne d'activation à un *stimulus* environnemental (par exemple la saleté) selon un phénomène de pseudo-conditionnement. Il présentera ensuite des rituels et effectuera un récit *a posteriori* pour justifier son comportement irrationnel. Cette explication discutable montre l'importance des difficultés d'habituation chez les obsessionnels.

Marks (1981, 1987) devait, à la suite de Meyer (1966), systématiser et étudier une pratique thérapeutique fondée sur le principe comportemental intitulé « exposition et prévention de la réponse ». Cette pratique se fonde sur l'habituation des réponses physiologiques. Il s'agit d'une forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique. L'exposition *in vivo* et/ou en imagination entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, du fait de la réduction d'anxiété. L'habituation des réponses cardiaques au cours des traitements comportementaux par exposition prolongée a été mise en évidence. L'habituation des idées obsédantes a été étudiée par les cognitivistes (Salkovskis, 1985) qui ont mis en évidence le rôle de pensées neutralisantes conformistes empêchant l'habituation des idées obsédantes antisociales et contraires à la morale.

Modèles cognitifs

L'approche cognitive vise à élargir le modèle comportemental classique, selon lequel les rituels obsessionnels résultent d'un trouble de l'habituation. Ce modèle apparaît actuellement trop limité pour rendre compte de la complexité des phénomènes, en particulier des obsessions ou des actes mentaux visant à annuler les pensées obsédantes intrusives. L'habituation des idées obsédantes a été étudiée par les cognitivistes (Salkovskis, 1985). Les pensées intrusives représentent un *stimulus* interne pour lequel le sujet n'arrive pas à mettre en place des réponses d'habituation. Il n'y a pas de différence de contenu entre les obsessions de sujets normaux et celles de sujets obsessionnels. Plus de 80 % des sujets normaux présentent des idées intrusives qui diffèrent spécifiquement de celles des sujets obsessionnels par leur fréquence moindre, leur durée très limitée, et le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficultés et qu'elles entraînent assez rapidement une réponse d'habituation ; plusieurs études contrôlées ont permis d'établir cette notion. Des schémas cognitifs de culpabilité et de responsabilité, automatiques et fonctionnant de manière inconsciente, aboutiraient à une interprétation négative de toutes les pensées intrusives. Cette interprétation négative se traduit par des pensées automatiques (« c'est épouvantable d'imaginer cela ») ; le sujet va mettre en place des systèmes de neutralisation par des actes mentaux (compter, réciter, faire venir des images de bon aloi) ou des actes moteurs destinés à annuler la culpabilité (nettoyage, lavage, vérification) ou transférer la responsabilité sur d'autres (demande de réassurance). Un schéma résume ce modèle qui, bien entendu, présente une composante biologique. Il montre que l'obsession-compulsion réside plus dans le système de contrôle de la pensée intrusive que dans le contenu de celle-ci, somme toute assez banal. Ce modèle pose une question : comment et pourquoi certains sujets prêtent-ils de l'attention aux pensées intrusives et construisent-ils un système de neutralisation qui renforce finalement l'impact émotionnel de la pensée intrusive en cherchant désespérément à la refouler ? La figure 4.3 représente le modèle cognitif.

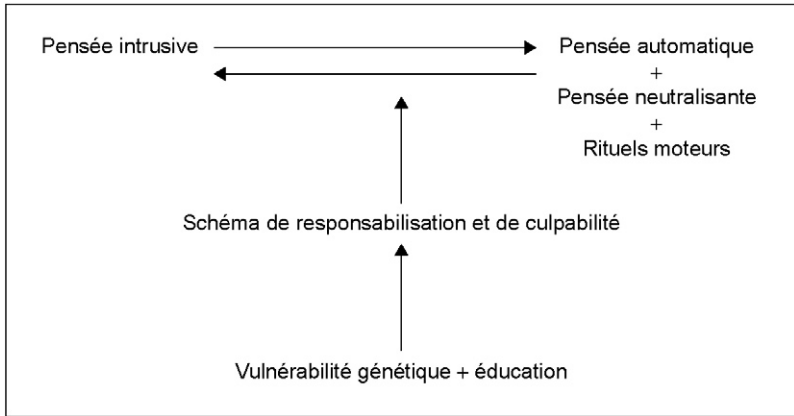


Figure 4.3
Modèle cognitif des obsessions-compulsions.

Modèles du stress post-traumatique

Un modèle général pour les stress post-traumatiques a été proposé par Barlow en 2002 (figure 4.4). Il montre comment la submersion émotionnelle du traumatisme qui correspond à un événement d'une violence, d'une soudaineté et d'une incontrôlabilité inhabituelle (viol, inceste, accident, rapt, tentative de meurtre, tremblement de terre, guerre) entraîne une submersion émotionnelle

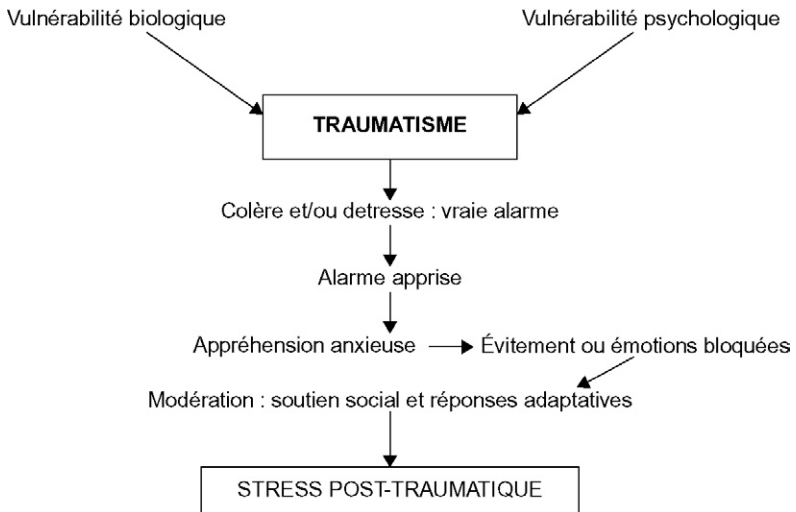


Figure 4.4
Modèle du stress post-traumatique de Barlow (2002).

qui est ensuite traitée par les cognitions en fonction de la personnalité et du soutien trouvé dans l'environnement. Un des éléments cardinaux du modèle réside dans les cognitions qui donnent un sens personnel à la situation stressante. En particulier, l'appréhension anxieuse se traduit par des pensées automatiques d'incapacité à affronter le stresser. D'où les réactions d'évitement, l'amnésie par rapport aux stresser et aussi les flash-back où resurgit la situation stressante par l'intermédiaire de sensations corporelles. Des facteurs antécédents de personnalité et des facteurs d'environnement sont également à prendre en compte : le DSM-IV (1994) insiste d'ailleurs autant sur l'intensité inhabituelle des réponses émotionnelles que sur l'intensité du traumatisme. Le stress post-traumatique résulte de l'exposition à un événement traumatique ayant deux caractéristiques :

- menace de mort, de blessure ou de l'intégrité physique pour soi ou les autres ;
- la réponse a été une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, l'agitation ou la désorganisation chez l'enfant.

Des mécanismes de conditionnement expliqueraient également la liaison entre les émotions et des situations qui directement ou symboliquement rappellent la situation du traumatisme initial : c'est le contrôle par le *stimulus*.

Modèles du trouble anxieux généralisé

L'anxiété généralisée est faite des soucis permanents et injustifiés à propos des situations de la vie courante (santé, argent, travail). Ces soucis s'accompagnent d'au moins trois sur six symptômes physiques d'anxiété. L'ensemble doit durer au moins six mois pour atteindre les critères du DSM-IV (1994). Dans cette perspective très « cognitivisée », le souci, symptôme cardinal de l'anxiété généralisée, est très proche des obsessions-compulsions dont il se différencie cependant par le caractère réaliste de ses craintes qui s'opposent à l'illogisme patent de l'obsessionnel. L'anxiété généralisée apparaît souvent au milieu de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. On compte autant d'hommes que de femmes présentant ce type chronique d'anxiété qui correspond à environ 4 % de la population générale. Mais seulement 10 % des patients souffrant de ce trouble cherchent des soins spécialisés. Malgré l'existence de critères spécifiques, il est plus difficile d'obtenir un accord diagnostique entre différents observateurs sur l'anxiété généralisée que sur les attaques de panique.

Le modèle cognitivo-comportemental se fonde sur la présence, chez le sujet présentant une anxiété généralisée, d'anomalies dans le traitement de l'information qui correspondraient à une attention sélective vis-à-vis des signaux de danger par rapport aux signaux de sécurité (Rapee et Barlow, 1991). Plusieurs niveaux peuvent être décrits et forment un véritable système d'interactions psychobiologiques :

- vulnérabilité biologique et psychologique aux événements de vie négatifs ;

- vulnérabilité perçue : focalisation systématique et chronique de l'attention sur des dangers potentiels ;
- incapacité perçue de contrôle : interprétations selon lesquelles il est personnellement impossible de faire face aux dangers. Ce qui se traduit par le pessimisme, la recherche de réassurance, des vérifications et l'évitement subtil d'un grand nombre de situations.

Ces anomalies du traitement de l'information seraient reliées à des schémas de dangers stockés dans la mémoire à long terme.

Des facteurs sociaux viennent se surajouter. En particulier l'anxieux va chercher sans cesse auprès des autres à réduire son anxiété. La réassurance prodiguée par l'entourage et les soignants renforcerait l'anxiété en empêchant la mise en place de stratégies personnelles d'adaptation au danger.

Un certain nombre d'arguments expérimentaux vont à l'appui de ces conceptions. En particulier, le test de Stroop montre une interférence avec les mots correspondant à une menace personnelle (pour une revue, voir Zinbarg et al., 1994). De plus, Mogg et al. (1987), à la suite d'une série d'études sur la mémoire de situations anxiogènes, aboutissent à la conclusion que des sujets présentant un tableau clinique d'anxiété généralisée scrutent l'environnement à la recherche d'événements potentiellement dangereux. Cette activité est automatique et a lieu en dehors de tout effort conscient. Ces activités sont suivies par des efforts tout aussi automatiques pour éviter de traiter ces *stimuli* potentiellement dangereux. Le souci serait donc une forme d'évitement du traitement conscient et objectif des *stimuli* virtuels ou réels de danger. La conséquence thérapeutique de ces études de psychologie cognitive est qu'il faut aider le patient à traiter jusqu'au bout ses anticipations automatiques de danger, à rendre conscients les schémas de danger et proposer des alternatives au catastrophisme.

Wells (1997) a proposé un modèle à deux étages. Ce modèle cognitif distingue un souci de type 1 qui correspond à des croyances « positives » rigides – « le souci est une stratégie d'adaptation utile » –, et un souci de type 2 ou « méta-souci » qui correspond à une appréciation négative du souci et des croyances « négatives » – « le souci est dangereux et incontrôlable ».

La figure 4.5 représente ce modèle (Wells et Carter, 2001). Selon ces auteurs, les ruminations mentales sont un problème commun au trouble anxieux généralisé (TAG) et à la dépression. Les TAG pensent que la rumination mentale contrôle le futur, alors que les dépressifs ruminent les échecs passés et les projettent sur le futur. Pour les TAG, le méta-souci a pour thème le non-contrôle des pensées. Dans une étude contrôlée comparant TAG et dépression majeure avec des mesures de méta-soucis, il est apparu que les TAG et les dépressions ont le même niveau de méta-souci (Wells et Carter, 2001). Bien entendu la thématique est différente : retour négatif sur le passé pour les dépressifs et anticipation négative du futur pour les TAG.

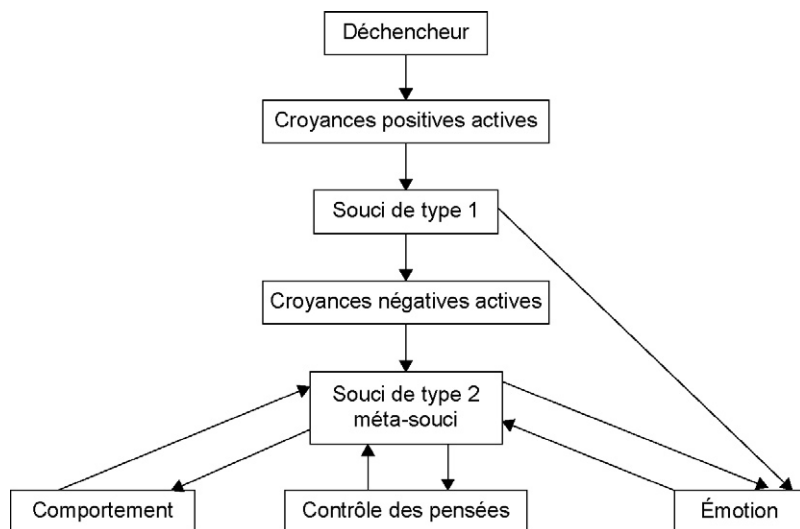


Figure 4.5

Modèle du trouble anxieux généralisé de Wells et Carter (2001).

Modèles de la dépression

Modèles dérivés du conditionnement opérant

Il existe plusieurs théories de la dépression inspirées du conditionnement opérant. Le modèle qui a connu la plus grande diffusion est celui de l'impuissance apprise.

Dépression et perte de renforcement positif

Partant des théories sur le conditionnement opérant, des chercheurs ont tout d'abord souligné que l'absence d'événements plaisants dans l'environnement démotivait le sujet qui progressivement devenait inactif, triste et aréactif. Un comportement privé de conséquences positives finit par s'éteindre. De même, une surcharge d'événements négatifs ou aversifs peut aboutir à un résultat identique. Un comportement dont les conséquences sont régulièrement négatives finit par disparaître du répertoire d'un individu.

Le sujet déprimé présente un phénomène d'extinction qui est dû à une grave carence en renforcement social positif. Secondairement, seules les manifestations dépressives sont renforcées, ce qui entretient le comportement. Selon Lewinsohn (1982), il y aurait une condition « psychopathologique de base » qui secondairement aboutirait à un renforcement opérant de la dépression. L'absence de renforcement pourrait être liée à la perte des renforçateurs (deuil, perte d'emploi), à la perte d'un comportement renforçable (par exemple, après une maladie), à la perte de l'efficacité des renforçateurs (anhédonie qui peut être liée au vieillissement ou à d'autres causes).

Impuissance apprise (résignation ou désespérance apprise)

Pour Seligman (1975), la dépression résulterait de la perte par le sujet de la possibilité de faire une liaison entre l'action et le renforcement positif.

Ses conceptions ont donné lieu à un modèle expérimental de la dépression qui a été utilisé aussi bien par les chercheurs dans le domaine de la psychopharmacologie que dans celui de la psychologie cognitive. Il a été utilisé pour expliquer l'inhibition de l'action en général, le stress et les maladies psychosomatiques (ulcères de stress), et les états d'anxiété. Seligman a mis au point une procédure expérimentale destinée à tester chez des chiens le rôle des événements aversifs. Dans une boîte à deux compartiments dont l'un était électrifié, il apprit à des chiens à sauter du côté non électrifié pour être à l'abri des chocs. Ensuite, il soumit la moitié des animaux à des chocs électriques inévitables, pour ensuite les replacer dans une boîte à deux compartiments où ils pouvaient à nouveau accéder en sautant à un côté non électrifié. Il constata que deux tiers des chiens qui avaient reçu des chocs inévitables avaient désappris qu'ils pouvaient accéder en sautant à un compartiment non électrifié. Inversement, les chiens « contrôles » qui n'avaient pas reçu de chocs inévitables conservaient l'apprentissage de l'échappement aux chocs. L'inhibition des chiens « choqués » fut baptisée « impuissance apprise », ou « désespoir appris » (*helplessness*), et fut considérée comme un analogue expérimental de la dépression humaine, dans la mesure où les animaux, tout comme les déprimés après une expérience traumatique prolongée ou des traumatismes répétés, cessaient d'avoir des réponses productives. À ce comportement inhibé correspondent des modifications biologiques : chute de la noradrénaline au niveau du système nerveux central, et diminution du binding de l'imipramine tritiée au niveau du cortex frontal.

Mais l'interprétation du phénomène d'impuissance apprise va au-delà d'un modèle purement comportemental, pour s'articuler à une dimension cognitive. Les animaux ont acquis au cours de l'expérience une nouvelle conception de la causalité ; à savoir que l'environnement agit sur eux, mais qu'ils ne peuvent agir sur lui. Agir ou ne pas agir revient au même. Une structure cognitive stable s'était mise en place, et l'expérimentateur dut les tirer du côté non électrifié pour leur montrer à nouveau la possibilité d'accéder à la sécurité. Une autre façon d'améliorer les performances des animaux souffrant d'impuissance apprise était de leur donner des antidépresseurs tricycliques. Bien que ce modèle ait été proposé pour la dépression, il a été étendu d'une façon parfois hâtive à l'anxiété et aux maladies psychosomatiques. Sa transposition dans la clinique humaine a nécessité une reformulation.

Modèle reformulé de l'impuissance apprise : rôle des attributions

Un modèle de l'impuissance apprise reformulé en termes cognitifs a été proposé par Abramson, Seligman et Teasdale (1978). Un sujet dépressif face à un échec, par exemple, procède à un jugement de causalité (ou attribution)

internal, global et stable. Le sujet s'attribue toute la responsabilité de l'échec (internalité) et considère que celui-ci est définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité). Inversement en cas de réussite ou d'événement positif le sujet va émettre :

- des jugements externes (le hasard, les autres sont la cause) ;
- des jugements spécifiques (l'événement est isolé) ;
- des jugements instables (cela ne durera pas).

De nombreuses études l'ont montré, un style cognitif internal global et stable, face à l'échec mesuré par une échelle : le Questionnaire du style d'attribution (ASQ), prédit le déclenchement d'un état dépressif en cas d'événements négatifs incontrôlables. Un style cognitif optimiste préalable immuniserait contre la dépression car le sujet garde le sentiment de contrôle personnel sur sa vie (Peterson et al., 1993).

Modèles cognitifs

Sur le plan théorique, le modèle cognitif de la dépression (Beck et al., 1979) fait appel au modèle du traitement de l'information. Le déprimé ignore l'information positive et/ou ne retient que l'information négative.

Les schémas cognitifs

L'hypothèse centrale est que les sujets dépressifs présentent des schémas cognitifs, inconscients, situés dans la mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Les schémas contiennent un ensemble de règles inflexibles ou « postulats silencieux » qui se présentent sous une forme impérative ; par exemple : « je dois tout le temps et toujours tout réussir », « je dois tout le temps et toujours être aimé de tout le monde ». Ces postulats sont implicites, rarement conscients, et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubres ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas. Ceux-ci ont les caractéristiques suivantes :

- les schémas donnent un sens au vécu selon le modèle suivant et aboutissent, ainsi, à des émotions négatives :

ÉVÉNEMENT → SCHÉMA → ÉMOTION NÉGATIVE

- les schémas ont une forme verbale impérative ;
- ils sont regroupés en constellations et en modes stables ;
- ils sont stockés dans la mémoire à long terme ;
- leur fonctionnement est inconscient ;
- ils sont latents et silencieux mais activables ;
- ce sont des anticipations : ils marquent l'action du passé sur le présent ;
- ils traitent automatiquement l'information ;
- ils sont acquis au cours d'expériences précoces ;

- ils résultent de l'interaction entre apprentissage et contraintes du système nerveux central, et sont couplés probablement avec des structures neuronales.

Les événements cognitifs traduisent cliniquement les schémas. Ce sont les monologues intérieurs faits d'autoverbalisations défaitistes (« Tu ne vaux rien, tu ne feras jamais rien »), de méditations masochistes ou d'images mentales lugubres. L'inactivité dépressive semble se complaire dans cette morosité dont elle cherche pourtant à s'évader.

Le passage des schémas (structures profondes) vers les événements cognitifs (structures superficielles) se fait par l'intermédiaire des processus cognitifs dont la distorsion traduit une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique. Plusieurs types d'erreurs logiques, ou distorsions cognitives, ont été décrits dans les états dépressifs :

- l'inférence arbitraire. Elle représente l'erreur logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuves. Il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates. Il s'agit de réponses stéréotypées aux situations à partir d'un postulat de base ;
- l'abstraction sélective. Elle consiste à se centrer sur un détail hors du contexte, de sorte que la forme et la signification globale de la situation ne sont pas perçues ;
- la sur-généralisation. À partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée. Un échec professionnel limité deviendra le signe avant-coureur d'un échec irrémédiable qui se profile dans le futur pour toutes les situations possibles à venir ;
- la magnification et la minimisation. Elle consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses ;
- la personnalisation. Elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, à la dépendance, et à l'agressivité et/ou l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet. Elles aboutissent par l'intermédiaire de raccourcis intuitifs à transformer la réalité en un vécu lugubre compatible avec le schéma dépressogène ;
- la pensée dépressive.

L'ensemble de ces distorsions, et en particulier l'inférence arbitraire, se traduit en clinique par les événements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée dichotomique. Le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien, et se soumet à un ensemble d'impératifs catégoriques, particulièrement tyranniques. Il n'est rien, s'il n'est pas tout ce qu'il devrait être. Il ne vaut rien, s'il n'a pas tout ce qu'il devrait avoir. Il n'y a pas de modulation possible entre des idéaux grandioses et souvent vagues, et le sentiment d'impuissance à les atteindre. Le sujet s'enferme alors dans l'inaction ; l'improductivité viendra secondairement justifier les postulats nihilistes. La figure 4.6 résume ce modèle du traitement de l'information en effectuant une analogie informatique.

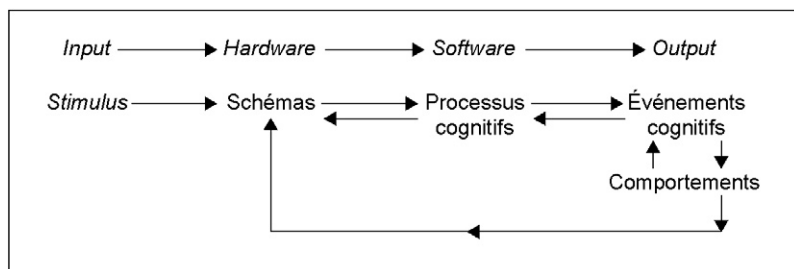


Figure 4.6

Modèle du traitement de l'information.

Cognition et affect

La principale critique qui ait été faite au modèle cognitif de la dépression est d'avoir négligé le rôle de l'affect dépressif au profit de la pensée qui a longtemps été considérée comme primitive et causale par rapport à l'humeur dépressive. Bower (1981) postule un réseau qui relie les émotions, les cognitions et des représentations liées à l'action. Une émotion possède un nœud mnésique verbal, qui est relié à d'autres nœuds mnésiques représentant des images, des événements, des comportements expressifs ou des réponses végétatives. L'activation d'un nœud émotionnel par des expériences verbales, perceptuelles ou imaginaires va activer de proche en proche les associations entre les différents nœuds mnésiques (verbal, moteur, végétatif, etc.). Si un certain seuil d'activation est franchi, le contenu de la mémoire va devenir conscient. Ainsi, une humeur dépressive activera des souvenirs de même tonalité.

Existe-t-il un trait de personnalité stable prédisant la dépression ?

Des schémas cognitifs quiescents vont-ils précéder l'état dépressif qui ne sera déclenché que devant des événements qui vont les réactiver ? Il s'agirait alors d'un trait de personnalité qui correspondrait à une structure stable, véritable marqueur de la vulnérabilité à la dépression. L'état actuel de la littérature suggère qu'il existe autant d'arguments contre que pour une telle stabilité. Cependant, les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques comparant antidépresseurs et thérapie cognitive aboutissent à la conclusion que les perturbations cognitives des sujets dépressifs sont plus un marqueur d'état dépressif qu'un trait stable de personnalité. Les résultats de la neuropsychologie et de la psychométrie suggèrent donc que l'existence de schémas cognitifs apparaît vraisemblable au cours des états dépressifs, mais que rien ne prouve encore leur stabilité en dehors des épisodes dépressifs.

Modèles cognitifs, vulnérabilité biologique et événements et style cognitif parental

Selon Beck, le dysfonctionnement cognitif interagit avec une vulnérabilité biologique innée, avec l'histoire individuelle et avec des *stimuli* actuels susceptibles de déclencher un état dépressif. La dysfonction cognitive fait

partie intégrante de la structure de l'état dépressif. Elle représente à la fois un facteur de déclenchement et de maintien de la dépression. Les perturbations biologiques, les troubles cognitifs, les troubles affectifs, les troubles moteurs et motivationnels ne représentent pas des épiphénomènes. Ce sont des niveaux différents du phénomène unitaire de la dépression. À la différence d'autres modèles multifactoriels de la dépression, Beck postule une voie finale commune d'action des différentes interventions thérapeutiques : la modification du système de traitement de l'information.

Les travaux récents soulignent le rôle des injonctions parentales dans la création et le maintien des schémas cognitifs négatifs. La dépression survient fréquemment chez des sujets qui ont un schéma perfectionniste de fonctionnement : quels que soient leurs résultats, ils les jugent toujours insuffisants, tellement était élevé leur idéal. L'étude des parents de personnes déprimées a montré qu'ils étaient exagérément froids et centrés sur la performance de leurs enfants : peu d'affection, beaucoup de critiques et des buts élevés vont créer des cognitions dépressives durables chez l'enfant.

« Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela signifie que je suis une personne sans valeur. »

« Si j'échoue en partie, c'est comme si j'échoue complètement. » Ainsi, les expériences initiales de socialisation à l'intérieur de la famille jettent des bases pour l'acquisition d'hypothèses dysfonctionnelles qui vont conduire à l'interprétation des événements dans un sens toujours négatif.

Le modèle serait donc à trois étages :

- au premier niveau, un style parental d'éducation négatif ;
- au deuxième niveau, le développement d'attitudes dysfonctionnelles ;
- au troisième niveau, on trouvera des tendances à la dépression et donc une vulnérabilité aux événements qui peuvent la déclencher (Alloy et al., 1999).

Modèles des états psychotiques

La schizophrénie représente une maladie souvent chronique pour laquelle les modèles étiologiques et thérapeutiques biologiques sont le plus souvent mis en avant. La recherche en thérapie comportementale a permis de faire progresser la connaissance des facteurs psychosociaux et de promouvoir des interventions thérapeutiques comme les programmes de développement de la compétence sociale qui améliorent le pronostic social des patients. Trois types de facteurs ont été invoqués dans la description d'un modèle qui est un modèle diathèse-stress (Lieberman, 1991).

Facteurs psychobiologiques de vulnérabilité qui prédisposent une personne à présenter des troubles schizophréniques

Ce sont :

- une anomalie de la neurotransmission dopaminergique ;

- un dysfonctionnement du traitement de l'information. Le patient présente un système défaillant de filtration des *stimuli* environnementaux qui explique ses troubles de l'attention, ses difficultés de concentration et de compréhension. Les problèmes relationnels en découlent ainsi que les difficultés dans la vie sociale de tous les jours.

Stresseurs socio-environnementaux

Ce peut être l'abus de drogues dures ou douces souvent prises à titre anxiolytique ou pour restaurer des capacités intellectuelles perçues comme défaillantes.

Un facteur particulier a été étudié : l'émotionnalité exprimée. Il a été montré à plusieurs reprises que des commentaires critiques ou une surimplication émotionnelle de la part de l'entourage du patient psychotique était le plus sûr facteur de rechute, que le patient prenne des neuroleptiques ou non. Finalement les neuroleptiques protégeraient le patient de sa famille en diminuant spécifiquement la fréquence des rechutes (Leff et Vaughn, 1985). Bien que cette explication ne soit pas spécifique à la schizophrénie et puisse aussi s'appliquer à la dépression, et que toutes les études n'aient pas reproduit les travaux initiaux, la variable familiale est prise en compte dans les modèles de prévention des rechutes de la schizophrénie. Plus généralement tout excès de stimulation qui débordera les capacités limitées de traitement de l'information peut entraîner une rechute psychotique.

Facteurs de protection

Des facteurs de protection vont intervenir et seront représentés par le soutien d'un réseau social (amis, famille, travail), des capacités et des compétences sociales.

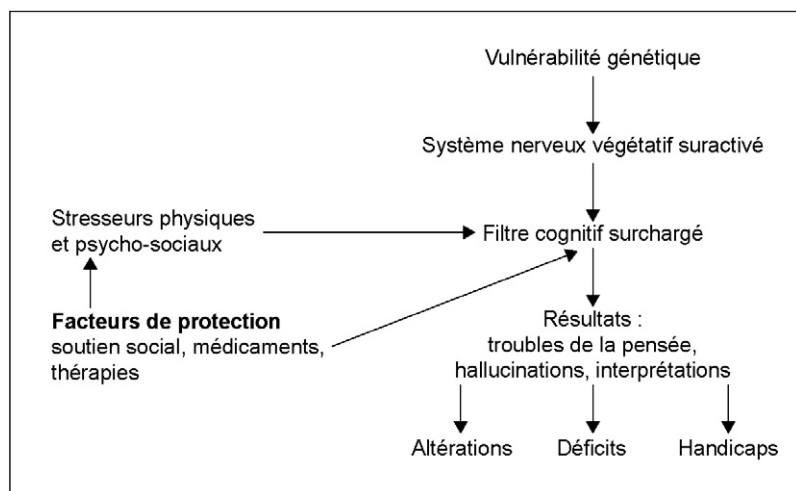


Figure 4.7

Schizophrénie : modèle cognitif.

L'ensemble de ces facteurs déterminera les altérations à long terme, les déficits et les handicaps associés à la maladie schizophrénique. La [figure 4.7](#) résume les principales caractéristiques de ce modèle (Cottraux, 1994).

Bibliographie

- Abramson, L., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., et al. (1999). Depressogenic cognitive styles : predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 503–531.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (Second edition.). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beech, H. R. (1974). *Obsessional states*. London: Methuen.
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129–148.
- Cottraux, J. (1999). Dyspnées et attaques de panique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 16, 269–274.
- Cottraux, J. (1994). Quelle est la place des psychothérapies comportementales et cognitives dans le traitement à long terme des psychoses schizophréniques ? *Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques à long terme des psychoses schizophréniques*. Sénat, 14 janvier 1994 (pp. 277–289). Paris: Éditions Frison-Roche.
- Hettema, J. M., Annas, P., Neale, M. C., Kendler, K. S. & Fredrikson, M. A. (2003). Twin study of the genetics of fear conditioning. *Arch Gen Psychiat*, 60 (7) 702–708.
- Kandel E. (2007). In search of memory, New York, Norton ; 2006. *À la recherche de la mémoire : une nouvelle théorie de l'esprit*. Paris : Odile Jacob.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Prescott, C. A. (1999). Fear and phobias : reliability and heritability. *Psychol Med*, 539–553.
- Kendler, K. S., Myers, J. & Prescott, C. A. (2002). The etiology of phobias : an evaluation of the stress-diathesis model. *Arch Gen Psychiat*, 59 (3) 242–248.
- Kendler, K., Neale, M., Kessler, R., et al. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273–281.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotions in families*. London: Guilford Press.
- Lewinsohn, P., Munoz, R., Youngren, M., et al. (1982). *Control your depression*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Lieberman, R. P. (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques* (traduction française de F. Lelord). Paris: Masson.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941–948.
- Margraf, J., Dornier, C., & Schneider, S. (November 23 1991). *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioural treatments for panic disorder*. New York: American association for the Advancement of Behavior Therapy.
- Marks, I. (1981). *Cure and care of neuroses. Theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals : panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.

- McNally. (1990). Psychological approaches to panic disorder : a review. *Psychological Bulletin*, 108, 403–419.
- Meyer, V. (1966). Modifications of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273–280.
- Mogg, K., Mathews, A., & Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal and Clinical Psychology*, 96, 94–98.
- Norton, G. R., Dorward, J., & Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in non-clinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239–252.
- Peterson, C., Maier, S. V., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned Helplessness. A theory for the age of control*. New York: Oxford University Press.
- Rapee, R., & Barlow, D. (1991). *Chronic anxiety*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems. A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Sanderson, W., Rapee, R., & Barlow, D. (1989). The influence of illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157–162.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness. On development, depression and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2, 307–320.
- Sheehan, D., & Sheehan, K. (1982). The classification of phobic disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12, 243–266.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy for anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102.
- Wells, A., & Clark, D. M. (1997). Social phobia : a cognitive approach. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias a handbook of theory research and treatment*. New York: Wiley.
- Zinbarg, R., Barlow, D., Liebowitz, M., et al. (1994). The DSM-IV field trial for mixed anxiety depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1153–1162.

Les principes des thérapies comportementales et cognitives sont d'apparence simple, quotidienne et familière, mais ils demeurent complexes dans la pratique. Les thérapeutes doivent les adapter à la réalité clinique individuelle et les utiliser dans un cadre relationnel acceptable par le patient. Ce chapitre présente un certain nombre de principes applicables en clinique ; en pratique lorsque l'on monte un programme de thérapie comportementale, ces principes sont souvent combinés entre eux.

Contre-conditionnement et inhibition réciproque

Ces principes sont issus des expérimentations de Pavlov (1963) sur le conditionnement des réponses du système nerveux végétatif. Lors du contre-conditionnement, il y a apprentissage d'un comportement incompatible avec une réponse inadaptée ou non désirée : ce nouveau comportement élimine la réponse inadaptée. Le meilleur exemple de contre-conditionnement est donné par la désensibilisation systématique des phobies. Le sujet est d'abord relaxé (nouveau comportement), puis on lui présente successivement en imagination les items d'une hiérarchie concernant la situation phobogène ; par exemple sortir s'il est agoraphobe et s'éloigner de 10, 20, 30 mètres. Il apprend ainsi une réponse incompatible avec l'anxiété, qu'il généralisera ensuite à la vie réelle. De même, au cours de l'affirmation de soi, des sujets peuvent apprendre des réponses d'expression de leurs sentiments positifs (amour) ou négatifs (opposition ou colère) qui sont incompatibles avec l'anxiété.

Le développement d'un comportement sexuel normal peut également permettre d'éliminer un comportement sexuel déviant, sans avoir à s'attaquer au comportement déviant. C'est ce qui peut être réalisé en particulier dans certains cas d'homosexualité. Wolpe (1975) a décrit sous le nom d'inhibition réciproque un principe qui rend compte de la procédure de contre-conditionnement en termes physiologiques. Il s'agit de la même chose vue sous l'angle de l'expérimentation animale.

Habituation et principe d'exposition *in vivo*

L'habituation consiste à apprendre ce qu'il ne faut pas faire. C'est un processus très général qui se retrouve chez la plupart des organismes, forme

élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme un paradigme expérimental et un principe thérapeutique. L'habituation correspond à la diminution de la force des réponses inconditionnelles probablement contrôlées à un niveau relativement bas du système nerveux central : le tronc cérébral. Tout au contraire, la présentation brève des *stimuli* évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures. C'est le phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation. Enfin, l'habituation est d'autant plus facile que le sujet entre dans la situation anxiogène avec un niveau relativement bas d'activation émotionnelle sur des mesures psychophysiologiques. Ce qui explique l'effet des techniques utilisant l'exposition en imagination (désensibilisation en imagination, exposition prolongée en imagination ou *flooding*) et la relaxation pour préparer le sujet à affronter les situations.

Marks (1987) a construit toute sa pratique de la psychothérapie sur ce principe et la procédure thérapeutique d'exposition *in vivo* (= en réalité) aux *stimuli* évocateurs d'anxiété. Il a précisé les effets et les conditions d'efficacité dans les troubles anxieux, les dysfonctions sexuelles, la dépression et certains états psychotiques. L'exposition *in vivo* et/ou en imagination entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, du fait de la réduction d'anxiété. L'habituation des réponses cardiaques au cours des traitements comportementaux par exposition prolongée a été mise en évidence. La constatation expérimentale d'une sensibilisation au cours d'expositions trop brèves à des *stimuli* intenses aboutit à la notion que l'immersion dans la situation anxiogène et la prévention de la réponse d'évitement doivent être prolongées et répétées pour devenir efficaces chez les obsessionnels et les phobiques. Il ne faut pas confondre l'habituation des réponses physiologiques (rythme cardiaque, respiratoire, conductance cutanée, potentiels cérébraux) et l'extinction des réponses motrices (rituels, comportement d'évitement) qui en sont la conséquence. Un triple système de réponses a été postulé par un système comportemental, un système physiologique et un système cognitif.

Les changements dans les trois parties du système ne sont en général pas simultanés. Il existe une grande variabilité individuelle. Le système cognitif correspond à un programme comportemental de peur stocké dans la mémoire à long terme comprenant des représentations du *stimulus*, de la réponse et des interprétations qui les relie. Le corollaire de ce modèle est que les techniques d'habituation, pour être efficaces, doivent présenter en imagination aussi bien les *stimuli* que les réponses physiologiques. Un certain niveau d'anxiété doit être vécu pour que l'émotion puisse être traitée par le sujet et qu'il perçoive à nouveau la maîtrise des situations redoutées. Cela explique aussi que les benzodiazépines à hautes doses empêchent l'habituation de prendre place car elles bloquent l'activation émotionnelle et la mémorisation de la maîtrise de l'anxiété (Marks, 1987).

Conditionnement opérant

Accroître les comportements

Renforcement positif

On dit qu'il y a renforcement positif lorsque le résultat d'un comportement a pour effet d'augmenter la force ou la fréquence de ce comportement. Le meilleur exemple clinique est donné par les économies de jetons, où un sujet schizophrène reçoit un jeton échangeable contre des récompenses tangibles chaque fois qu'il émet une réponse jugée positive par lui et les thérapeutes, par exemple adresser la parole, avoir une activité de toilette, un travail, etc.

Le renforcement doit être immédiat, c'est-à-dire suivre aussitôt l'émission de la réponse. Cependant, le renforcement différé joue un rôle très important chez l'homme. Le renforcement est un principe général. Lorsqu'on parle de renforçateurs, il s'agit de récompenses tangibles, ou d'événements qui sont repérables dans le temps.

Les renforçateurs peuvent être primaires : nourriture, évitement de la douleur ; ils peuvent être secondaires dans la mesure où ils ne sont pas nécessaires sur le plan biologique. Ce sont en particulier les renforçateurs sociaux (approbation, attention) ou symboliques (argent, médailles). Ce sont aussi des renforçateurs conditionnels qui sont échangeables le plus souvent contre des renforçateurs matériels.

Renforcement négatif

Il apparaît lorsque l'interruption d'un *stimulus* aversif qui est la conséquence d'un comportement augmente la fréquence et la force de ce comportement.

C'est donc l'échappement ou l'évitement de conséquences aversives qui renforce le comportement. L'agoraphobe qui évite l'angoisse en n'affrontant pas le monde extérieur, et qui se trouve renforcé à répéter son évitement, en est un exemple.

Le comportement d'évitement est renforcé négativement par l'angoisse.

Principe de Premack

On l'appelle parfois la « loi de Grand-Maman ». Elle s'énonce de la façon suivante : « Les enfants, vous pourrez aller jouer lorsque vous aurez fait les lits. » D'une manière plus scientifique, on peut dire qu'il est possible d'accroître un comportement à basse probabilité en utilisant comme renforçateur de ce comportement un comportement à haute probabilité. Ce principe peut être utilisé au niveau externe où il nécessite un contrôle important de l'environnement : les récompenses sont rendues contingentes à l'apparition de comportements jugés fastidieux par le sujet, ce qui pose un problème éthique. Cependant, son utilisation s'avère efficace chez les enfants autistiques et les psychotiques. Il peut être utilisé à un

niveau cognitif chez les sujets déprimés de façon à modifier la pensée et le discours dépressif. Le thérapeute établit un contrat avec le sujet où le fait de se plaindre ou de penser à se dévaloriser est précédé d'une période de pensée positive ou agréable.

Façonnement progressif (*shaping*)

Un comportement que l'on veut développer peut être graduellement produit en renforçant, par étapes et approximations successives, tout comportement qui s'en rapproche.

Un exemple peut être trouvé dans l'affirmation de soi, où le thérapeute lors du jeu de rôle approuve tout progrès fait dans la bonne direction par un sujet timide (phobique social). Lorsque le sujet a par exemple des problèmes à conserver un contact visuel avec l'interlocuteur, toute étape sera renforcée ; regarder le menton, puis le front, puis enfin, les yeux, pendant quelques secondes, puis une durée plus grande. L'apprentissage du langage chez les enfants autistiques ou la reprise du contact social chez les schizophrènes peuvent être aussi façonnés progressivement en respectant au début un bas niveau de performance, de façon à faire apparaître progressivement le comportement désiré.

Procédure en chaîne

La plupart des comportements constituent une séquence organisée, qui se déroule, d'une manière relativement stable, jusqu'à ce que la dernière réponse aboutisse à un renforcement. Prenons un exemple. Soit la chaîne : ouvrir la porte → lever les yeux vers l'interlocuteur → dire bonjour → sourire → être renforcé par un bonjour et un sourire → et « Que voulez-vous Monsieur ? ». Chaque réponse n'a pas à être renforcée pour maintenir l'ensemble de la séquence comportementale. Seul le renforcement de la dernière réponse est nécessaire. L'apprentissage par exemple ici pour un sujet timide suivi en affirmation de soi consistera à installer la dernière réponse de la séquence : lever les yeux, sourire – avoir une réponse renforçatrice par un sourire, qui entraînera l'installation de la séquence complète de comportement : oser entrer dans un magasin et s'adresser à la vendeuse. L'analyse comportementale des chaînes ou séquences de comportement est donc un temps capital pour organiser un programme thérapeutique.

Généralisation et discrimination

Un comportement qui a été appris dans certaines circonstances pourra avoir lieu dans des situations similaires et donc se généraliser, en fonction de la ressemblance de ces situations avec la situation d'apprentissage.

Généralisation du *stimulus*

Elle a lieu lorsque apparaît une réponse à un *stimulus* conditionnel qui n'a jamais été directement associé à un *stimulus* inconditionnel (en termes de conditionnement classique) ; ou bien lorsqu'une réponse apparaît qui n'a jamais été directement renforcée (en termes de conditionnement opérant).

Il est souvent facile de transformer un comportement verbal ou non verbal dans la situation thérapeutique mais le transfert d'apprentissage à d'autres personnes que le thérapeute ou les thérapeutes et à d'autres situations que la situation thérapeutique s'avère parfois difficile. C'est pourtant le but à atteindre. On peut observer chez certains sujets phobiques que la levée d'un comportement phobique par désensibilisation entraîne une généralisation de l'attitude contraphobique à des phobies non désensibilisées.

Généralisation de la réponse

La généralisation de la réponse est moins connue. Un exemple pourrait être rencontré dans l'agression verbale qui se déclenche contre une personne si l'agression physique s'avère impossible. Dans ce cas, le même *stimulus* va induire l'apparition de réponses similaires à celle qui a été originellement conditionnée.

Discrimination

Lorsqu'une réponse est émise dans une situation mais non dans une autre, il y a discrimination. Celle-ci est fonction des renforcements partiels qui ont marqué l'histoire du sujet. Lorsque des conséquences différentes suivent notre comportement dans différents milieux, nous apprenons à discriminer notre renforcement. Les *stimuli* annonceurs de la contingence de renforcement opèrent comme des signaux qui vont nous amener à discriminer. Ce sont des *stimuli* discriminatifs. Il y a sur-généralisation lorsque le sujet répond de la même manière dans des situations nécessitant une adaptation discriminative.

Diminuer les comportements

Extinction

Lorsqu'un comportement n'est plus suivi par un renforcement, il va décroître en intensité et fréquence et s'éteindra progressivement. À cette définition, en termes de conditionnement opérant, on peut ajouter la définition pavlovienne classique. La réponse s'accroît et elle est maintenue aussi longtemps que le *stimulus* conditionnel est associé, au moins de temps en temps, avec le *stimulus* inconditionnel. Si ce dernier est omis, la réponse conditionnelle va décroître, puis le plus souvent disparaître. Les deux définitions sont d'ailleurs complémentaires. Comme exemple, nous prendrons l'attention qui représente un renforçateur social important. Beaucoup de comportements névrotiques, en particulier les comportements hystériques, sont entretenus par l'attention qui leur est apportée. L'extinction consiste à ne pas renforcer le comportement en question, par exemple un comportement d'agitation ou des verbalisations dépressives.

Satiation et déprivation

Les caractéristiques renforçatrices d'un *stimulus* peuvent être augmentées si la personne en est privée : déprivation. Ils peuvent être diminués en les rendant surabondants jusqu'à satiété.

L'expérience la plus classique en ce domaine est celle rapportée par Aylon et Azrin (1973). Dans un service d'hôpital psychiatrique une patiente empilait des serviettes qu'elle récoltait dans l'hôpital à l'intérieur de sa chambre. En utilisant la satiation, c'est-à-dire en lui donnant toutes les serviettes qu'elle voulait sans faire de commentaires, après un maximum de 600 serviettes, la patiente commença à éliminer les serviettes de sa chambre et à perdre son habitude.

La pratique massive ou négative représente également une forme de satiation : la pratique répétée d'une habitude, par exemple un tic, un spasme ou le tabagisme (fumerie rapide dans une ambiance enfumée) conduit à l'extinction de ce comportement à cause de l'inhibition et de l'absence de renforcement qui en résulte. Cependant, l'aversion dans le cas de la fumerie rapide ou la fatigue jouent un rôle également. Il est d'ailleurs loin d'être certain que la pratique massive soit efficace en dehors de certains cas isolés.

Aversion

L'aversion est en jeu lorsqu'un *stimulus* déplaisant est présenté comme conséquence d'un comportement et qu'il diminue l'intensité ou la fréquence de ce comportement. Les sons violents ou les décharges électriques désagréables peuvent être utilisées comme conséquences aversives. De même, les pensées ou les images. Elles sont alors administrées par le sujet lui-même. Plusieurs autres techniques ont été préconisées.

Isolement par rapport au renforcement (*time out*)

Il consiste à retirer toute possibilité de renforcement pour une période brève, en isolant le sujet de la source de renforcement, ou en éloignant celle-ci du sujet. Par exemple, si le renforcement est social, pour un comportement violent, en isolant le sujet des contingences sociales, on obtient une décroissance du comportement agressif : c'est ce que l'on peut observer dans certaines crises hystériques ou psychopathiques.

Coût de la réponse

Si un renforçateur positif est enlevé comme conséquence d'un comportement, il peut entraîner alors la diminution de l'intensité et de la fréquence du comportement qui le précède. Il s'agit donc d'une « amende » dont on peut retrouver la pratique dans certaines économies de jetons, où l'on retire des jetons lorsque le sujet émet un comportement non désiré (par exemple, avoir une attitude régressive ou agressive). C'est un principe banal dans la vie courante. L'efficacité à long terme de l'aversion est faible.

Programmes de renforcement

Par programmes, on entend l'énoncé de la distribution des agents de renforcement en fonction des réponses. Différents types de programmes spécifiant les modalités de relations entre la réponse et le renforcement peuvent être observés dans l'analyse du comportement, et appliqués d'une manière expérimentale ou clinique.

Programmes de renforcement continu

Ils représentent la forme la plus simple. Dans celui-ci chaque réponse est suivie d'un renforcement. Ceci est surtout important pour le début de l'apprentissage.

Programmes de renforcement partiel ou intermittent

Renforcement intermittent en fonction de la proportion des réponses

- Programmes à proportions constantes (*fixed ratio*), dits programmes FR. Le renforcement est présenté dans ce type de programme après qu'un nombre constant de réponses ait été émis ; cinq réponses donnent un programme dit FR 5, dix réponses un programme FR 10.
- Programmes à proportions variables (*variable ratio*) ou VR. Le renforcement est présenté après un nombre variable de réponses. Le sujet renforcé ne peut pas prévoir au bout de combien de réponses il sera renforcé. Un programme VR 5 correspond à l'apparition du renforcement selon une moyenne de cinq réponses. Les jeux de hasard représentent des programmes à proportion variable et aléatoire. Ce sont les programmes les plus difficiles à abandonner, car ils entretiennent l'espérance du renforcement chez le sujet. Ce système est d'ailleurs largement utilisé dans la vie sociale en dehors des jeux de hasard. C'est ce que l'on pourrait appeler le jeu de la promotion sociale.

Renforcement intermittent en fonction de l'intervalle de temps entre la réponse et le renforcement

- Programme à intervalle fixe (dit *fixed interval*) ou FI. La première réponse émise après la fin de l'intervalle choisi s'est renforcée. Le fait que le sujet soit renforcé entraîne alors une pause qui constitue une économie d'énergie.
- Programme à intervalle variable (*variable interval*) ou VI. Il consiste à délivrer le renforcement après un intervalle de temps variable. Il existe différentes valeurs et une valeur moyenne centrale peut être VI 5 minutes par exemple.

Renforcement différentiel du débit de la réponse

Une réponse ne sera renforcée que si elle suit la réponse précédente après un certain délai.

Programmes complexes

Il est possible d'effectuer des combinaisons des différents programmes que nous avons étudiés afin de réaliser des programmes complexes (programmes multiples, en chaînes ou mélangés).

Renforcement accidentel et comportement superstitieux

Parfois, une réponse peut être renforcée accidentellement, c'est-à-dire que le renforcement apparaît après la réponse, mais il n'y a pas de relation entre le comportement et la réponse.

Skinner (1971) a étudié ces phénomènes chez les pigeons, mais ses expériences ont été critiquées. Chez l'homme, on peut retrouver ce comportement

dans les jeux du hasard ou au cours de l'attribution de résultats, à une action psychothérapique alors que les résultats sont dus à une autre variable : évolution spontanée, thérapie parallèle, etc. On peut expliquer ainsi le maintien de comportements non fondés par un renforcement réel.

Le choix des renforçateurs et leur contrôle : deux problèmes pratiques et un problème éthique se posent en modification du comportement :

- celui du besoin et/ou du désir du sujet vis-à-vis des renforçateurs, ce qui implique une étude exhaustive de ses motivations ;
- celui du contrôle des sources de renforcement par le thérapeute et l'institution, autrement dit de son pouvoir par rapport au sujet.

Des problèmes éthiques en découlent : à savoir quelle est la finalité d'un programme de modification comportementale aussi sophistiqué soit-il ? Ce n'est qu'à l'intérieur d'un contrat entre thérapeute et patient, ou entre institution et patient, que peut être résolu un tel problème.

Applications pratiques : les contingences de renforcement et leur manipulation peuvent être utilisées pour la prédiction et la modification thérapeutique du comportement humain. Dans la mesure où peuvent être contrôlés les renforçateurs primaires (correspondant à des besoins : nourriture), les renforçateurs secondaires ou sociaux (amour, affection), ou conditionnés et échangeables (l'argent), il est possible de modifier le comportement humain. Ainsi, l'éducation consiste à organiser les contingences de renforcement qui accélèrent l'apprentissage (enseignement programmé).

En psychothérapie, le problème est de construire ou de reconstruire le comportement qui fait défaut. Les méthodes traditionnelles sont, selon Skinner, beaucoup trop punitives.

Par exemple, dans un hôpital psychiatrique, lorsque les psychotiques se montrent insensibles aux contingences de renforcement, il faut aménager un « environnement prothèse » suffisamment motivant pour qu'ils émettent des comportements adaptés. Souvent la sensibilité du psychotique aux contingences n'est pas en cause. L'environnement asilaire est simplement appauvri de contingences susceptibles de motiver le patient. D'où l'enrichissement préconisé par les comportementalistes sous la forme d'économies de jetons : le sujet est renforcé lorsqu'il émet certains comportements par des jetons qui sont échangeables contre des produits de « luxe » (compte tenu de l'environnement) ou des privilèges matériels.

L'hystérie, les phobies et la dépression peuvent être considérées aussi comme des réponses opérant sur l'environnement dans le but d'obtenir des renforçateurs (attention, affection, réduction d'anxiété). Ces bénéfices secondaires entretiennent le comportement par lequel le sujet exerce un contrôle sur l'environnement. L'attention contingente aux conduites dépressives, phobiques ou hystériques les renforce positivement et les conduit à se maintenir du fait des bénéfices secondaires obtenus. En revanche, les comportements non névrotiques ou non dépressifs ne sont pas renforcés. Le sujet est soit « couvé » parce que dépressif, soit « évité » pour la même raison. Renforcer de manière différentielle le comportement

adapté, non dépressif ou non névrotique, permet de faire disparaître le comportement inadapté. Il n'y a alors pas besoin de critiquer ou punir le comportement que le sujet souhaite éliminer.

Principe de rétroaction biologique (*biofeedback*)

Les techniques de *biofeedback* postulent qu'un apprentissage sur le mode du conditionnement opérant est possible dans le système nerveux autonome, ce qui n'a jamais pu être démontré. La rétroaction biologique ou *biofeedback* se rapporte aux techniques qui permettent d'enregistrer un signal physiologique chez un individu, de l'amplifier et de le transformer en un *stimulus* visuel ou auditif. Le sujet prend alors conscience d'une fonction physiologique involontaire et peut s'entraîner à la modifier. Par ailleurs, d'autres informations que visuelles ou auditives peuvent être utilisées comme *feedback*.

Apprentissage vicariant par imitation

L'apprentissage social par imitation de modèles est un principe connu bien avant les travaux de Bandura (1977), puisque l'on retrouve la description de la genèse de ce type d'apprentissage chez Piaget, et qu'il a été longuement décrit à la fin du XIX^e siècle par un psychologue français Gabriel Tarde (1890). 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 autocontrôlées 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. On peut appliquer les différents principes de renforcement externe à ce type d'apprentissage : renforcement vicariant, punition ou aversion vicariante. 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 vicariante de l'anxiété 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 de ses 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 un enregistrement vidéo 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.

Principe d'autocontrôle

Il y a autocontrôle lorsque le sujet change son propre comportement en apprenant à le mesurer, à l'évaluer, à se fixer des buts, et à s'attribuer des récompenses et des sanctions, en fonction de ceux-ci. Plus généralement, l'autocontrôle est un processus cognitif, qui apparaît lorsqu'une personne en l'absence relative de contraintes externes s'engage dans un comportement dont la probabilité était moindre que celle du comportement inverse ou alternatif.

C'est ce que l'on peut retrouver dans les choix de l'obèse (manger/ne pas manger), de l'alcoolique, du tabagique, dans un milieu où la sobriété ou l'abstinence ne sont pas imposées.

Le sujet exerce dans ce cas, en l'absence de contraintes de l'environnement, ses capacités de choix : règles, projets, plans qui représentent alors des *stimuli* subjectifs, par lesquels il échappe aux contingences externes. La pensée, le langage, les images mentales et tous les systèmes symboliques jouent dans l'autocontrôle un grand rôle. Du fait de l'autorenforcement, ces règles ou plans personnels peuvent être appliqués en présence de renforcements contraires (refuser des cigarettes dans un milieu tabagique, conserver ses « opinions » dans un milieu conformiste, etc.). Ces phénomènes d'auto-régulation peuvent s'expliquer par la transformation de *stimuli* externes en *stimuli* internes, et l'apprentissage actif par imitation de modèles et combinaisons de différents modèles.

Quatre éléments sont essentiels :

- l'auto-observation qui doit être induite par le thérapeute. Elle peut avoir un effet en elle-même ;
- l'auto-évaluation qui consiste à quantifier ses propres comportements (nombre de cigarettes) ;
- l'identification des *stimuli* : quelles sont les situations où le sujet fume de façon à ce qu'il les contrôle (contrôle des *stimuli*) ;
- l'administration de renforcements en fonction des buts. Auto-récompense si moins de dix cigarettes par jour, par exemple.

Il s'agit donc d'un contrat que le sujet passe avec lui-même avec l'aide du thérapeute.

Principes de modification cognitive

Les modifications des événements cognitifs tels que sentiments, pensées, images ou affects entraînent une modification du comportement externe. De même, le changement de comportement externe permet une internalisation des sentiments, pensées, images et affects, qui sont nouveaux ou ont été désappris du fait de conséquences négatives. Par exemple, au cours d'un traitement par imagerie mentale, un sujet peut apprendre à développer un comportement sexuel satisfaisant, en utilisant des images mentales qui renforcent ce comportement. Inversement, un sujet qui apprend à exprimer de façon verbale (gestes, réponses) une émotion ou un sentiment de confiance, qu'il n'a jamais appris ou qui a été réprouvé, finira par l'internaliser.

Il est possible aussi de modifier les systèmes de croyances en modifiant les schémas cognitifs profonds, inconscients et stockés dans la mémoire à long terme. L'on utilisera alors des techniques de questionnement des monologues intérieurs et de postulats silencieux qui structurent la perception et le comportement du sujet. Beck (1979) a montré l'intérêt du dialogue socratique et les techniques de résolution de problème pour modifier les pensées et des tâches concrètes à réaliser en dehors des séances pour permettre au sujet de tester l'irrationalité de ses postulats dépressogènes.

Bandura (1977) a développé une théorie générale du changement comportemental en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue.

La perception de soi joue un rôle dans le changement dans la mesure où le sujet se considère comme capable ou non d'émettre un comportement (attentes d'efficacité) et pense que ce comportement aboutira ou non à un résultat (attentes de résultat), ainsi que le montre la figure 5.1.

Selon Bandura (1969, 1977, 1997), les psychothérapies auraient pour mécanisme commun et non spécifique l'augmentation des attentes d'efficacité personnelle perçues par le patient. Tout changement est donc finalement cognitif, même si pour changer la conception défaitiste du monde

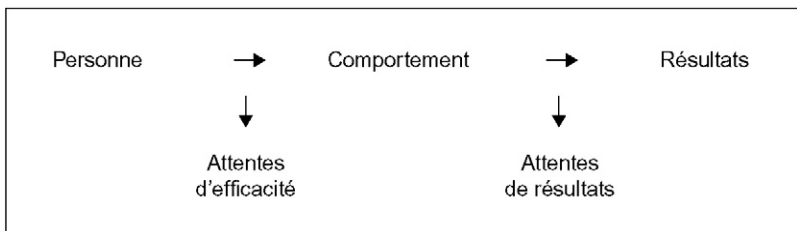


Figure 5.1
Attentes d'efficacité et attentes de résultats.

Tableau 5.1
Attentes d'efficacité

Source	Technique
Accomplissement d'actions inhibées	Exposition graduée <i>in vivo</i> <i>Modeling</i> de participation (le thérapeute précède le patient dans la situation et l'encourage à y entrer)
Observation de modèles	Réels : jeu de rôle (affirmation de soi) Symboliques (films, vidéo, lectures) Imaginaires (<i>covert modeling</i>)
Modification cognitive	Suggestions (hypnose) Thérapies interprétatives (psychodynamiques) Auto-instructions Thérapies cognitives Information (manuels thérapeutiques) Traitements présentés par ordinateur
Réduction de l'activation émotionnelle	Désensibilisation en imagination Exposition progressive en imagination Immersion imaginaire dans la situation anxiogène au plus haut niveau (<i>flooding</i>) Immersion en réalité virtuelle Relaxation, <i>biofeedback</i> Régulation respiratoire Techniques vagales (contrôle du rythme cardiaque)

du patient, l'une des meilleures techniques est de l'aider à agir. Bandura propose de réinterpréter à travers ce principe les diverses techniques psychothérapiques. Nous avons dans le [tableau 5.1](#) mis à jour le classement qu'il a proposé en 1977 en intégrant les techniques les plus récentes, dans la mesure où elles avaient fait leurs preuves.

La notion d'inefficacité personnelle perçue est très proche de la notion de vulnérabilité par la perte totale de capacité d'autorégulation que l'on retrouve dans les modèles de l'anxiété, de la dépression et du stress qui dérivent des travaux de [Seligman \(1975\)](#) sur l'impuissance apprise générée par des situations traumatiques imprévisibles et incontrôlables. À l'inverse se trouve l'optimisme, l'endurance, la résilience et le sens de l'efficacité personnelle perçue qui sont en partie innés mais peuvent se développer au cours des TCC dans une approche de psychologie positive ([Cottraux, 2007](#)) qui commence à proposer des solutions thérapeutiques originales fondées sur la recherche du bien-être.

Bibliographie

- Ayllon, T. & Azrin, N. (1973). *Traitement comportemental en institution psychiatrique*. Traduction M. Graulich, Dessart: Bruxelles.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Winston: Holt, Rinehart.

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Louvain: De Boek, 2002.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cottraux, J. (2007). *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris: Odile Jacob.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals : panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Pavlov, I. (1963). *Réflexes conditionnels et inhibition*. Paris: Gonthier.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness. On development, depression and death*. San Francisco: Freeman.
- Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles: Dessart.
- Tarde, G. (1890). *Les lois de l'imitation*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2001.
- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale* (traduction de J. Rognant). Paris: Masson.

6 Analyse fonctionnelle et méthodes de mesure

L'analyse fonctionnelle (ou analyse comportementale) permet de définir et de comprendre le fonctionnement singulier d'une personne actuellement et dans le passé. Il s'agit donc d'une approche qualitative.

La mesure, elle, permet de quantifier aussi bien l'évolution d'un individu que de groupes homogènes de patients.

La TCC a construit sa méthode en créant de nombreux systèmes d'évaluation clinique des problèmes amenés par les patients et en mettant au point de nombreuses mesures. Cette culture de l'évaluation a permis des progrès dans la recherche psychothérapique.

Analyse fonctionnelle : approche qualitative

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, et sur lesquels il peut y avoir agrément entre plusieurs observateurs. Les comportements problèmes, de même que n'importe quel comportement, sont sous l'effet de contrôles de différentes natures qui peuvent être identifiés et objectivés pour être ensuite utilisés dans le traitement. Il faut spécifier les comportements observés de façon claire. Cela est valable aussi bien pour les comportements « ouverts » que « couverts ». Principalement, trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, et le système physiologique et émotionnel.

L'analyse fonctionnelle peut être un travail effectué par un clinicien dans une relation purement individuelle. Mais, dans une perspective de recherche, le travail d'équipe est nécessaire pour avoir un recueil de données fiables.

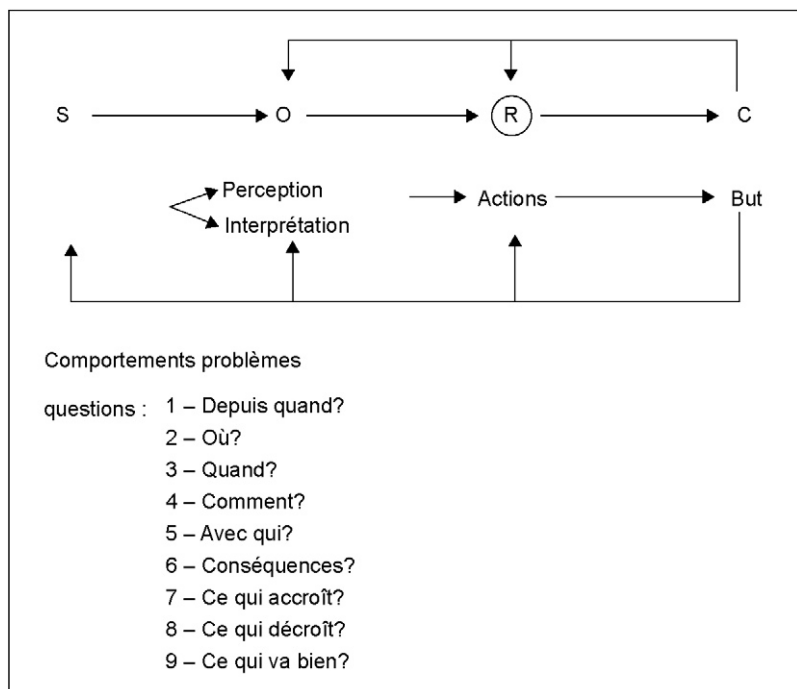
L'analyse fonctionnelle en clinique

Grille de Kanfer et Saslow (1969)

C'est une des premières grilles qui fut proposée au spécialiste de TCC. Elle se présente comme un ensemble de questions que doit se poser le thérapeute et qu'il doit poser au patient (tableau 6.1). Il ne s'agit pas d'un outil standardisé mais de lignes directrices pour une observation comportementale qui peuvent servir de base à la constitution d'un dossier.

Tableau 6.1
Grille de Kanfer et Saslow (1969)

<i>Analyse du comportement problème</i>
Excès : – fréquence – intensité – durée – le comportement apparaît dans des conditions sociales qui ne le nécessiteraient pas habituellement ; exemple : rituels obsessionnels de lavage
Déficit : – fréquence insuffisante – intensité inadéquate – forme inappropriée – n'apparaît pas dans les circonstances sociales qui habituellement le nécessiteraient ; exemple : phobies sociales, retrait dépressif, impuissance
Comportements adéquats : dans quelles circonstances et sous quelles formes le sujet a des comportements appropriés ?
<i>Clarification de la situation problème</i>
Conditions d'apparition : – où ? – quand ? – comment ? – dans quelle(s) situation(s) ? – avec qui ?
Conséquences : – renforcement positif (bénéfice secondaire) – renforcement négatif (évitement ou échappement de certaines situations) – conséquences aversives – conséquences d'un changement du comportement actuel
<i>Analyse des motivations</i>
Quels événements renforçants pourraient être utilisés pour promouvoir un changement ?
Quels sont les bénéfices secondaires actuels ?
<i>Analyse développementale</i>
Changements biologiques récents
Changements sociologiques récents
Changements comportementaux récents
<i>Analyse de l'autocontrôle</i>
Capacité d'autogestion des difficultés actuelles et du ou des comportements problèmes
<i>Analyse des relations sociales</i>
<i>Analyse des conditions socioculturelles et physiques (limitation du renforcement)</i>

**Figure 6.1**

Analyse fonctionnelle : le modèle SORC.

Schéma SORC

L'analyse fonctionnelle applique, le plus souvent, à la situation problème le schéma *stimulus*-organisme-réponse-conséquences (SORC) dont nous donnons la représentation et les éléments dans la [figure 6.1](#).

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

Est-ce une absence de *stimulus* discriminatif approprié ? La partenaire est-elle celle que le patient souhaite ? A-t-elle changé ? Y a-t-il lassitude dans ce couple ? Y a-t-il recherche de nouvelles partenaires ?

Organisme

Présente-t-il une déficience organique ? Par quel mécanisme a-t-il acquis le comportement problème ? Et quelles sont les relations entre le comportement problème et les émotions ? S'agit-il de conditionnement classique ? Un premier échec banal va entraîner une angoisse anticipatoire généralisée par rapport aux rapports sexuels. Cette angoisse perpétuera l'absence d'érection

qui, à son tour, aggravera l'angoisse. S'agit-il de conditionnement opérant ? Un conflit conjugal, extérieur au problème sexuel, renforce-t-il l'inappétence sexuelle en créant un ensemble d'émotions négatives entre les deux partenaires ?

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 ? Quelles images mentales accompagnent les rapports sexuels et quels résultats ont-elles sur l'érection ? Le sujet a-t-il un système irrationnel de croyances concernant la sexualité qui va entraîner une distorsion des perceptions de la situation sexuelle ? Il peut s'agir de prescriptions parentales intériorisées, sous la forme d'interdictions (distorsions de l'information acquise). Le sujet doit-il se conformer à des modèles « inaccessibles » pour lui de comportement sexuel (*modeling*) ?

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 ? Qu'en dit sa partenaire actuelle : est-elle d'accord sur le niveau et la fréquence des relations sexuelles ?

Conséquence

Est-il correctement renforcé lorsqu'il effectue un comportement sexuel qui se rapproche des rapports sexuels satisfaisants ? L'était-il avant lorsqu'il ne percevait pas de problèmes sexuels ? Comment lui et sa partenaire se récompensent et se punissent l'un l'autre dans leur vie de couple ?

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. À un autre niveau de l'analyse, si cela est possible, deux entretiens séparés auront lieu pour le patient et la partenaire. Il est possible d'avoir à ce niveau une guérison : elle est alors attribuable au premier niveau d'action de la thérapie comportementale, celui de l'information. Ainsi, dans un cas d'impuissance qui était dû à l'inhibition de la partenaire, le simple fait de donner quelques informations sur la sexualité, tout en discutant du comportement problème, a suffi à désinhiber la sexualité de la femme et guérir l'impuissance du mari, qui était secondaire à une carence en renforcement.

Analyse prospective des conséquences d'un résultat positif

L'analyse des conséquences qu'aurait, pour le patient et son entourage, la modification du comportement problème est toujours à prendre en compte. En effet, le symptôme et le comportement représentent une réponse à l'intérieur d'un système qui risque d'être modifié par l'action thérapeutique. Il importe donc toujours de faire l'analyse prospective des conséquences que pourrait avoir la levée d'une inhibition ou l'élimination d'un comportement inadapté sur l'environnement et sur les relations du

sujet avec son entourage social. Cette analyse « opérante » rejoint le problème des bénéfices secondaires.

Grille BASIC IDEA

Il est également possible d'utiliser une méthode d'analyse comportementale dérivée de Lazarus (1977) et connue sous le nom de BASIC ID (*Behavior, Affect, Sensation Imagery, Cognition, Interpersonal, Drug*).

B : comportement ouvert.

A : affect qui accompagne ce comportement.

S : sensations (de tension musculaire en particulier) qui accompagnent le comportement.

I : imagerie mentale en relation avec le comportement.

C : cognition correspondant aux idées et aux croyances du sujet concernant son comportement et aux croyances qu'il entretient au sujet de ses possibilités de changement.

I : interpersonnel correspondant aux relations interpersonnelles en connexion avec le comportement problème.

D : « drogues » correspondant à l'attrait pour les drogues et également aux médicaments et à l'état physique.

À la grille originale nous avons ajouté E et A, ce qui donne comme sigle BASIC IDEA (« idée fondamentale »).

E : « expectation » qui signifierait attente : qu'attend ou espère le sujet du thérapeute ou de la thérapie ?

A : « attitudes » (positive, neutre ou négative) du thérapeute vis-à-vis du patient.

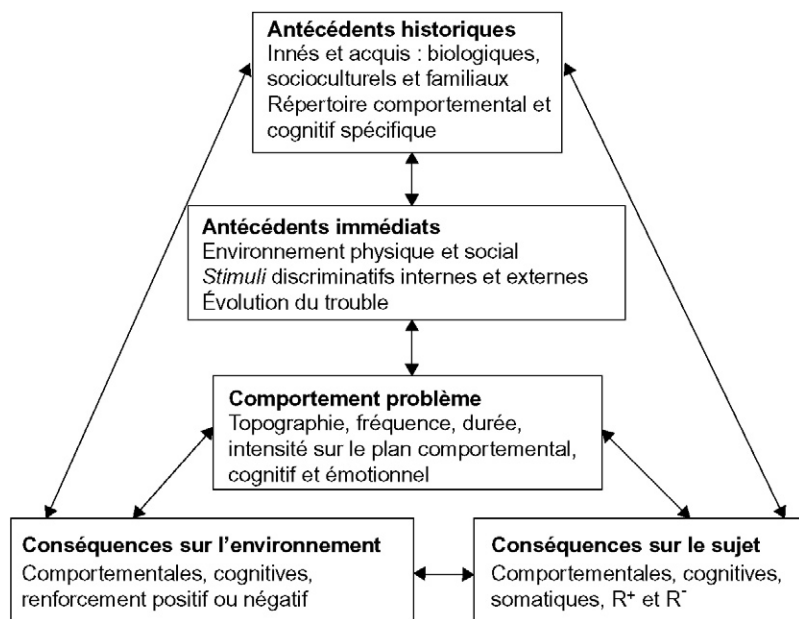
Nous avons développé cette méthode avec Evelyne Mollard sous la forme d'une grille et d'une échelle d'évaluation (Cottraux et al., 1985).

Pour traiter la modalité I (imagerie mentale), nous demandons au sujet :

- d'imaginer une scène dans un endroit où il se sent en parfaite sécurité ;
- d'imaginer une scène correspondant à la rencontre dans la maison de son enfance avec un personnage ;
- s'il a des rêves et lesquels ;
- s'il lui arrive d'avoir des rêveries éveillées. Chaque item est coté par l'observateur, ce qui donne une note « imagerie mentale ». Il est évidemment important de préciser pour des sujets qui seront peut-être traités par des techniques utilisant l'imagerie mentale, quel est le fonctionnement mental du sujet en face de « stimuli standardisés ». Dans le cadre d'une recherche, deux évaluateurs peuvent coter le sujet selon ces différentes modalités. Il est possible alors de calculer la fidélité inter-juge.

Grille de Fontaine et Ylieff (Fontaine et al., 1984)

Elle met en forme les interactions entre les antécédents lointains et les comportements actuels et leurs conséquences sur l'environnement et le sujet. Cette grille est reproduite figure 6.2.

**Figure 6.2**

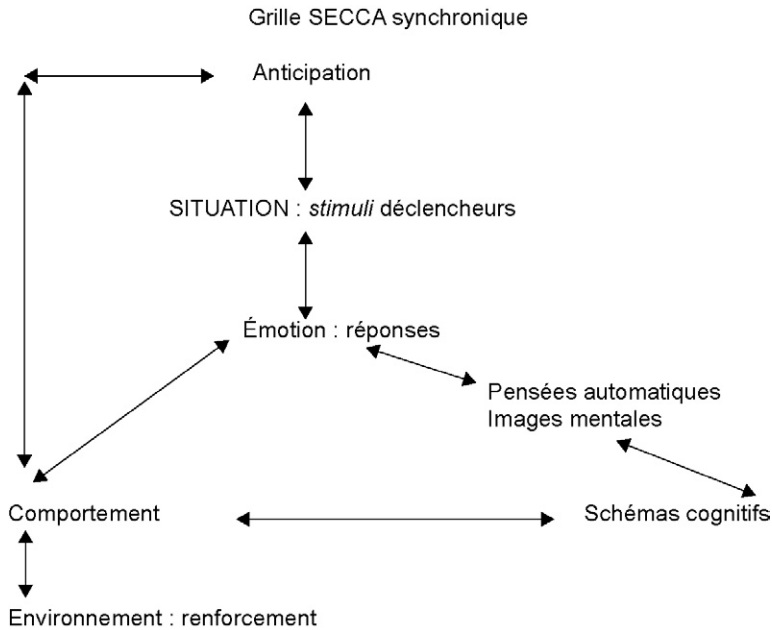
Grille d'analyse fonctionnelle de Fontaine et Ylieff (d'après Fontaine et al., 1984).

Grille SECCA (Cottraux, 1985)

Pour avoir une représentation plus précise de l'analyse fonctionnelle des phobies, des attaques de panique, de la dépression et des problèmes sexuels, nous avons mis au point une grille d'analyse fonctionnelle, la grille SECCA, qui regroupe les divers éléments que nous venons d'énumérer et précise les interrelations entre :

- (s)timulus ;
- (e)motion ;
- (c)ognition (pensées, images mentales, systèmes de croyance en relation avec les schémas cognitifs) ;
- (c)omportement ;
- (a)nticipation.

Cette grille, dont la visée est didactique et pratique, comprend une partie synchronique (actuelle) qui permet d'analyser une séquence comportementale *stimulus*-émotion-cognition-comportement-anticipation et leurs relations avec l'entourage social. Elle comprend une partie diachronique (historique) qui permet de structurer l'histoire passée du patient. Nous reproduisons cette grille dans sa nouvelle version qui se recentre sur la définition d'un schéma cognitif au sens de Beck et Young (figure 6.3).



Grille SECCA diachronique

- Données structurales possibles
 - Génétique
 - Personnalité
- Facteurs déclenchants initiaux invoqués
- Événements précipitant les troubles
- Facteurs historiques de maintien
- Autres problèmes
- Traitements précédents
- Maladies physiques

Figure 6.3

- a. Grille d'analyse fonctionnelle SECCA (Cottraux, 1985) synchronique (actuelle).
- b. Grille d'analyse fonctionnelle SECCA : diachronique (historique).

Analyse fonctionnelle continue : les cercles vicieux (Cungi, 1996)

L'avantage de cette grille (figure 6.4) est sa simplicité et le fait qu'elle peut être mise en œuvre aussi bien par le patient que le thérapeute au cours de la thérapie pour tenter de formaliser le matériel qui apparaît au cours de la

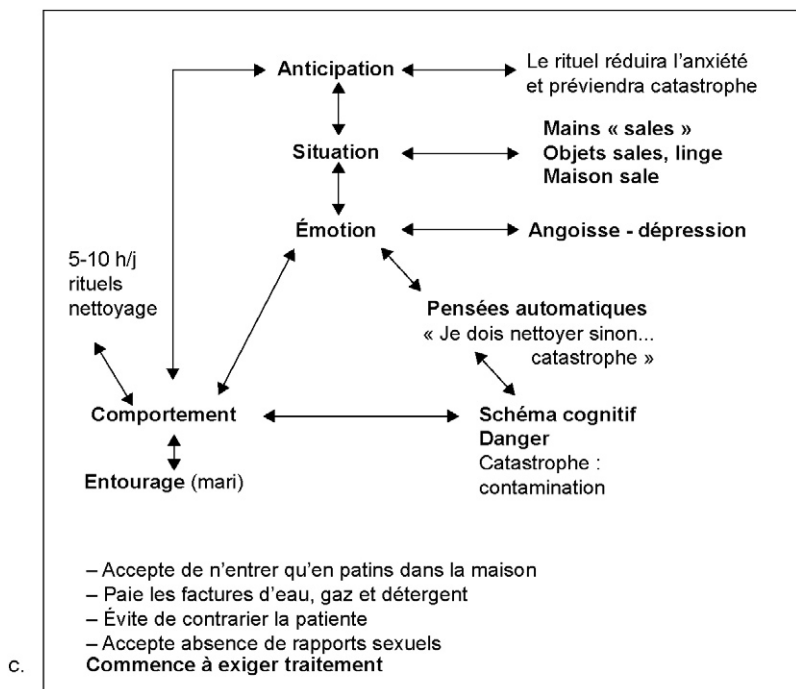


Figure 6.3 (Suite)

c. Exemple d'analyse fonctionnelle d'une obsession-compulsion chez une femme.

thérapie. Elle ne remplace pas l'analyse fonctionnelle plus complète de la grille SECCA qui doit être faite avant la thérapie et pour chacun des problèmes ou troubles que présente le patient.

Comment mener à bien l'analyse fonctionnelle ?

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 dont nous allons donner les principales caractéristiques.

Il est directif, c'est-à-dire dirigé vers le recueil de données précises concernant le ou les comportements problèmes que présente le patient :

- Depuis quand a lieu le comportement problème ?
- Où ?
- Quand ?

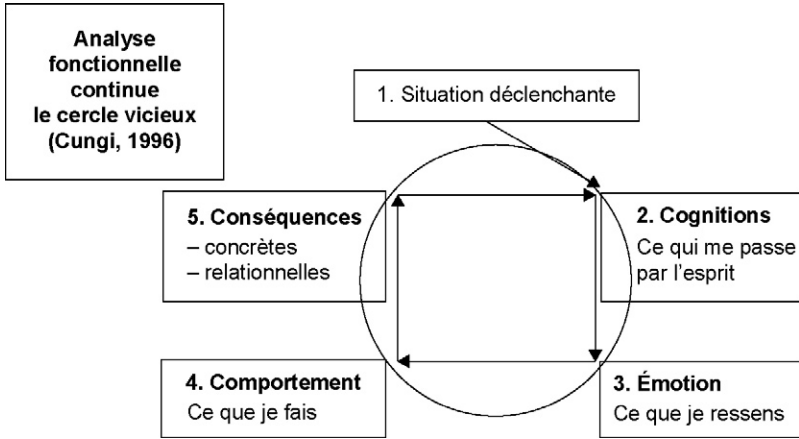


Figure 6.4
Les cercles vicieux (d'après Cungi, 1996).

- Comment ?
- Combien de fois par unité de temps choisie ?
- Avec qui ou quoi ?
- Qu'est-ce qui précède le comportement problème ?
- Qu'est-ce qui diminue le comportement problème ?
- Qu'est-ce qui augmente le comportement problème ?
- 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. Ces relations peuvent être établies d'une manière plus ou moins directive. Mais ce sont les éléments nécessaires à la construction d'un programme efficace.

Il est expérimental. Il y a induction, à partir des données recueillies de différentes manières, d'une hypothèse de travail qui est formulée avec le sujet et aboutit à définir le problème comportemental et la méthode pour le modifier. Ainsi, ce que thérapeute et patient peuvent attendre l'un de l'autre est clairement spécifié. Il y a donc agrément mutuel sur les buts et les résultats escomptés de la thérapie.

Il y a aussi construction d'une hypothèse qui se vérifiera ou pas après application de la thérapie (variable indépendante) sur un ou plusieurs comportements (variables dépendantes).

La *chaleur*, la *capacité d'écoute*, la *tolérance*, l'*empathie* et 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 (ou extravertis), plus chaleureux, plus loquaces, plus près des problèmes du patient et de la

réalité, plus orientées sur les résultats, mais aussi plus directifs et autoritaires (Sloane et al., 1975).

Le thérapeute cherche activement à faire prendre un 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, en particulier la toute puissance du passé sur le présent et les monologues intérieurs défaitistes (« je n'arriverai 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. On recherchera un épisode de conditionnement initial, une situation répétitivement traumatique, le fonctionnement inadéquat de modèles. Cependant, la fiabilité de telles données est difficile à affirmer. Sur le plan pratique, le travail avec le passé n'a de sens que pour modifier le comportement présent.

L'entretien implique 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 est nécessaire. Il est évident qu'un matériel stable d'enregistrement des données est nécessaire pour conserver les mesures effectuées et leur traitement statistique ultérieur. C'est ce que nous verrons au premier niveau, celui du recueil des données par les méthodes d'évaluation. Enfin, il faut souligner que toute analyse fonctionnelle prend du temps, au moins une heure. Mais il ne s'agit pas de temps perdu. Plus minutieuse aura été l'analyse fonctionnelle, plus précis sera le programme, plus grandes seront les chances d'aboutir à un résultat satisfaisant.

Jeu de rôle

Il peut être utilisé comme moyen d'investigation dans la mesure où il permet de reconstituer la situation problème d'une manière aussi réaliste que possible. Il permet de situer les capacités du patient à supporter et manier une interaction sociale avec un personnage clé. Cette méthode est aussi valable pour l'étude du fonctionnement d'un couple. Le jeu de rôle peut représenter un moyen d'explorer les cognitions : en cours de jeu ayant un effet émotionnel important, il est plus facile d'avoir accès aux monologues intérieurs du patient et à ses systèmes de pensées dysfonctionnelles et de les mettre en relation avec l'action représentée par le jeu de rôle.

Les méthodes de mesures : l'approche quantitative

Le *but des méthodes d'évaluation* est de définir avant tout traitement une ligne de base du (des) comportement(s) problème(s). Pour cela, une durée

suffisamment longue d'étude du comportement et de sa variation est nécessaire.

Par exemple, combien de fois un patient a évité de sortir dans la rue durant quinze jours ? Quelle est l'intensité de l'anxiété au cours de chacun de ces évitements ? Combien de cigarettes fumées par jour et à quels moments de la journée sur une durée d'une semaine ? Combien de mouvements stéréotypés des mains un schizophrène émet en dix minutes ? Il est évident que plus l'enregistrement sera long, plus les chances d'avoir des données valables seront grandes. En général, on admet que, pour les comportements névrotiques, il est bon d'avoir une ligne de base de quinze jours. Mais pour les comportements à haute fréquence comme pour les stéréotypies, ou des comportements auto- ou hétéro-agressifs en institution, les lignes de base seront beaucoup plus courtes ou même limitées à un seul point de mesure très bref avant intervention thérapeutique.

En cours de traitement, il faut évaluer son effet (variable indépendante) sur le comportement (variable dépendante).

Après traitement, il faut évaluer le résultat par rapport à la ligne de base ; par exemple combien de cigarettes fume le sujet qui en fumait vingt avant un traitement par relaxation et sensibilisation interne. Le sujet peut-il aborder les situations qu'il évitait et si oui quel est le niveau d'anxiété atteint (test comportemental d'évitement) ?

Lors du suivi qui est effectué après la fin du traitement, à intervalles de temps prédéterminés (par exemple un mois, trois mois, six mois, un an, etc.), on évaluera le maintien ou la détérioration des modifications comportementales obtenues. En effet, un résultat n'a de valeur que s'il se maintient au moins six mois ou un an. Il a en effet été montré que les modifications comportementales qui restent stables après six mois ont de fortes chances de demeurer par la suite.

Mesure directe des comportements

Mesure par échantillonnage de temps (*time sampling*)

Les patients hospitalisés au long cours posent un problème spécifique qui a donné lieu à de nombreuses études de conditionnement opérant. En effet, le caractère relativement clos et la chronicité des patients font de l'hôpital psychiatrique un lieu d'observation particulier pour les comportements.

Nous pouvons donner comme exemple les méthodes qui ont été mises en œuvre au centre de recherche clinique de l'hôpital de Camarillo et qui ont abouti à la mise au point de l'instrument d'observation comportementale (Alevizos et al., 1978). Il s'agit d'une unité de recherche sur la schizophrénie où les patients recevaient, outre un traitement chimique, une thérapie de groupe par jeu de rôle destinée à accroître leur capacité de contact social et ils participaient à un programme d'économie de jetons où les comportements positifs étaient renforcés par des jetons échangeables contre des produits d'agrément. L'observation comportementale consiste :

- à prélever un « échantillonnage de temps » à heure fixe : deux observateurs parcourent le service selon une vitesse donnée ;
- à observer les patients à une distance fixe et dans un ordre donné par ordinateur, de façon à éviter de les observer en fonction de leurs préférences personnelles ;
- à observer un certain nombre de comportements qui ont été clairement définis et spécifiés dans le protocole : être assis, être couché, courir, marcher, regarder la télévision, parler. Certains comportements sont exclusifs les uns des autres ;
- les infirmiers sont également observés, ainsi que leurs interactions avec le malade.

Un calcul de fidélité inter-juge est effectué pour établir la fiabilité des observations. Les mesures sont répétées plusieurs fois par jour et compilées dans un ordinateur, ce qui permet une analyse statistique du changement au cours des différents temps thérapeutiques. Le but est de voir ce qu'il en est du comportement de chaque membre de l'institution : patients et infirmiers. Lorsqu'un élément du traitement est retiré pour une semaine (le jeu de rôle), cela permet de tester les effets de ce traitement sur le comportement des patients (retrait, interaction, activité, etc.). Un tel programme de mesure est difficile à réaliser du fait de son coût, mais représente un modèle d'observation comportementale en institution. Son but est de fournir un échantillonnage représentatif du comportement des sujets.

Mesure de fréquence de la réponse

Elle requiert simplement de compter le nombre de réponses émises pendant un temps donné. La réponse doit être spécifiée dans son début et sa fin. Elle doit avoir lieu pendant une période de temps relativement constante. Il doit donc y avoir accord entre les deux observateurs sur les caractéristiques à observer. On peut aussi étudier en affirmation de soi le développement de réponses à partir d'enregistrements vidéo telles que la durée du contact visuel avec l'interlocuteur, le ton de la voix, la durée des répliques à un interlocuteur, la durée des sourires, etc. Cela nécessite un accord inter-juge et un calcul secondaire de fidélité inter-juge. Ces mesures de fréquence peuvent être faites à l'hôpital psychiatrique aussi bien qu'en ambulatoire. En pratique, l'utilisation de chronomètres et de compteurs de golf facilite beaucoup ce type de mesure.

Mesure directe de l'évitement (test comportemental d'évitement)

C'est un autre type de mesure qui permet, en plaçant le sujet devant la situation qu'il redoute, de coter s'il peut aborder la situation (0) ou non (1). Et s'il peut l'aborder, quel est le niveau d'anxiété ressenti, sur une échelle de 0 à 8. C'est une mesure initialement développée par Marks que nous avons beaucoup utilisée pour évaluer les phobies et les rituels obsessionnels. Elle implique une bonne coopération entre le patient et

Tableau 6.2
Test comportemental d'évitement

NOM :	Date :	Semaine :	
Pour évaluer ce que vous pouvez faire en ce moment, voulez-vous essayer de réaliser les tâches suivantes ? Si vous ne pouvez y arriver du tout, cochez la case NON. Si vous pouvez y arriver, la case OUI. Marquez ensuite, dans la case située en dessous de la case NON, un chiffre entre 0 et 8 correspondant à votre niveau de malaise vis-à-vis de cette tâche. Utilisez l'échelle ci-dessous.			
Tâche 1 :			
Activité	OUI	☐	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	☐	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	☐		
Tâche 2 :			
Activité	OUI	☐	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	☐	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	☐		
Tâche 3 :			
Activité	OUI	☐	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	☐	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	☐		
Tâche 4 :			
Activité	OUI	☐	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	☐	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	☐		

l'évaluateur pour définir les problèmes cibles. Nous la reproduisons dans le [tableau 6.2](#).

Il est possible également d'enregistrer la performance initiale du patient : temps passé à être enfermé s'il est claustrophobe, distance parcourue seul à l'extérieur s'il est agoraphobe. Cela permet d'avoir une évaluation objective de la ligne de base avant traitement et de comparer cette mesure à ce qui se passera dans le traitement, et après dans le comportement du patient.

Des personnages de l'entourage (conjoint, parent) comme auxiliaires pour mesurer les résultats sont certainement utiles, mais représentent tout autant une démarche thérapeutique que métrique, dans la mesure où l'on risque de modifier par-là un des éléments du problème du patient : il peut être renforcé à être agoraphobe par son conjoint et le fait d'inclure celui-ci dans la mesure peut avoir un effet thérapeutique car il s'intéresse aux progrès du patient.

Utilisation de « comparses » (*confederate test*)

Elle est fréquente aux États-Unis dans les projets de recherche. Elle consiste par exemple à ce que des pseudo-démarcheurs ou pseudo-interviewers effectuent des démarches au téléphone ou directement pour évaluer la capacité des patients traités à résister aux pressions sociales.

Auto-enregistrement (self monitoring)

Le sujet enregistre lui-même ses comportements problèmes ou ses cognitions dysfonctionnelles, au moment où ils ont lieu, en dehors de séances. De nombreuses fiches d'auto-enregistrement existent en fonction du problème considéré. On les retrouvera dans l'ouvrage de Bouvard et Cottraux (2010). Elles permettent d'établir la présence des comportements problèmes, de définir leur topographie, leur périodicité, leur fréquence et leur intensité. Il s'agit cependant de mesures réactives, qui peuvent déjà modifier le comportement à l'étude. Par exemple le tabagisme peut décroître si un sujet prend conscience du nombre exact de cigarettes qu'il fume par jour en les enregistrant une à une sur un compteur de golf. Il importe aussi de bien expliquer au sujet ce qui est attendu en effectuant plusieurs simulations au cours d'une séance de mise en place du programme d'auto-enregistrement.

Méthodes psychophysiologiques et neuropsychologiques

Ce sont surtout des mesures destinées aux programmes de recherche. Elles peuvent être utilisées en laboratoire ou en ambulatoire (télémétrie) pour préciser les relations entre les émotions, les cognitions et les situations déclenchantes. Citons deux exemples. Dans le domaine des attaques de panique, il est maintenant possible d'enregistrer 24 heures sur 24 les différents paramètres du rythme cardiaque avec un Holter et de les mettre en relation avec des événements extérieurs. Des méthodes mesurant la vitesse du traitement de l'information permettent d'établir la présence, de définir et de mesurer les schémas cognitifs dysfonctionnels situés dans la mémoire à long terme de sujets déprimés.

Échelles d'évaluation

Il existe de nombreuses échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapiques. Elles ont reçu une validation qui rend possible l'étude de problèmes psychopathologiques variés : on trouvera la plupart de ces échelles, leurs méthodes de cotation, de dépouillement, ainsi que leurs valeurs normatives dans les ouvrages de Bouvard et Cottraux (2010), Cottraux et al. (1985), Cottraux et Blackburn (2006), Guelfi (1993) et Bouvard (2002). Pratiquement, les travaux de validation couvrent tous les domaines de la psychopathologie, de la médecine comportementale et des comportements normaux. Il faut

les compléter par des questionnaires de personnalité, ou des mesures *ad hoc*, en fonction des hypothèses testées. Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation.

La vidéo ou les enregistrements audio permettent d'évaluer aussi bien les patients que les thérapeutes. Malgré les résistances qu'ils suscitent, ils servent à mettre en évidence aussi bien les processus thérapeutiques que les résultats. En différé, deux juges indépendants et « aveugles » peuvent coter les progrès des patients, le contenu de l'interaction psychothérapique, l'adhérence des thérapeutes aux hypothèses et aux techniques thérapeutiques.

Conclusion

Les buts de l'analyse fonctionnelle sont d'individualiser les traitements et de spécifier les facteurs qui déclenchent et/ou maintiennent les comportements problèmes. Les moyens en sont l'entretien clinique, les grilles d'évaluation, l'auto-enregistrement et les observations directe ou indirecte.

L'analyse fonctionnelle aussi bien que la mesure prennent place dans le déroulement habituel des TCC qui comprend les huit étapes suivantes :

- prise de contact : établissement d'une relation positive de collaboration ; mise à jour des problèmes émotionnels, cognitifs et comportementaux qui motivent la demande du patient ;
- diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV et ses cinq axes ou la CIM-10 ;
- étude des buts et de la motivation au changement. Le thérapeute doit identifier les problèmes pour lesquels vient le patient et ce qu'il souhaite modifier. Le thérapeute doit aussi évaluer sa motivation au changement ;
- analyse fonctionnelle. Il est possible de choisir une des grilles mentionnées ci-dessus. Et il faut en établir une par grand type de problème (obsession, phobie, dépression) ;
- mesures. Il ne faut pas les confondre avec l'analyse fonctionnelle. Elles ne sont qu'une représentation mathématique de la clinique. En clinique, il faut savoir en faire le moins possible et utiliser les mesures les plus simples possibles, et qui couvrent plusieurs niveaux de problème. Ainsi dans les troubles anxieux, il faut associer une mesure de l'anxiété à celle de la dépression. Par exemple, on fera passer successivement le Questionnaire des peurs et l'échelle de dépression de Beck à 21 items (durée de passation moins de dix minutes) ;
- établir des hypothèses avec le patient sur le ou les problèmes et établir des priorités ;
- établir une hiérarchie des niveaux du (des) problème(s) en utilisant des unités subjectives de perturbation. On peut par exemple établir un thermomètre de la peur qui va de 0 à 100, permettant de classer la peur d'un patient d'affronter des situations agoraphobiques. Il faut commencer cette « hiérarchie » ou

Tableau 6.3**Hiérarchie : Trouble panique avec agoraphobie – Thermomètre de la peur**

100.	Tunnels Croix-Rousse et Fourvière : seule
100.	Autoroute embouteillée pour aller au travail : seule
90.	Autoroute pour les vacances : seule
80.	Lyon centre, en voiture
80.	Aller seule à une adresse inconnue dans Lyon
70.	Autoroute un peu embouteillée
50.	Autoroute fluide
50.	Lyon à pied seule : shopping
30.	Métro seule
10.	Grands magasins seule

thermomètre de la peur par le haut en demandant d'identifier la situation la plus pénible subjectivement, comme le montre l'exemple du **tableau 6.3** ;

- proposer une méthode et des techniques et les expliquer clairement au patient pour que celui-ci à la fois les comprenne et les accepte.

Comme on vient de le voir, l'analyse fonctionnelle permet de donner du sens aux comportements, aux émotions et aux cognitions en mettant au jour leur fonction pour un individu donné. De ce fait, elle permettra de personnaliser la thérapie du patient qui sera évaluée par des mesures standardisées.

Bibliographie

- Alevizos, P., Derisi, W., Liberman, R., et al. (1978). The behavior observation instrument: a method of direct observation for program evaluation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 243–257.
- Bouvard, M. (2002). *Questionnaires et échelles d'évaluation de personnalité* (2^e éd.). Paris: Masson.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e édition). Paris: Masson.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Éditions d'application psychotechniques.
- Cottraux, J., Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. (2^e éd.). Collection Médecine et psychothérapie. Paris: Masson.
- Cungi, C. (1996). *Savoir s'affirmer*. Paris: Retz.
- Fontaine, O., Cottraux, J., & Ladouceur, R. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*. Bruxelles: Mardaga.
- Guelfi, J. D. (1993). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie (deux volumes)*. Castres: Éditions médicales Pierre Fabre.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy : appraisal and status* (pp. 2–16). New York: Mc Graw Hill.

II

Techniques et histoires de cas

Les phobies spécifiques sont en général des phobies d'animaux, dont nous présenterons un cas, et des phobies du sang et des blessures. On peut aussi y ajouter les phobies d'environnements naturels telles les phobies de l'orage, des hauteurs (acrophobie) ou de l'eau, et les phobies de situation d'où il est difficile de s'échapper telle la phobie des lieux fermés (claustrophobie isolée) ou la phobie de conduite isolée (*American Psychiatric Association*, 1996).

Toute autre situation peut, de banale, devenir phobogène après une expérience traumatique. Ainsi, j'ai pu voir une fois une phobie des poupées chez un homme adulte et une phobie des explosions de pétards chez un jeune homme que son père avait obligé, étant enfant, à assister de trop près à un feu d'artifice le jour du 14 juillet.

Techniques de base : les méthodes d'exposition aux situations anxiogènes

Mise au point par Wolpe (1975) puis Marks (1981), l'approche comportementale des phobies propose une psychothérapie, structurée, à court terme, destinée à modifier l'angoisse, le comportement phobique d'évitement et les pensées catastrophiques qui y sont rattachées. Plusieurs techniques ont été décrites et différents principes invoqués. Actuellement, les résultats des recherches sont convergents. Le principe d'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes, qui vise à l'habituation des réponses émotionnelles et à l'extinction des comportements d'évitement, est l'élément actif de toutes les techniques décrites dans la littérature. La première en date de toutes ces techniques a été la désensibilisation systématique. Cependant, le consensus actuel est que le traitement des troubles anxieux repose sur l'*exposition in vivo* et ses nombreuses variantes et combinaisons (Barlow, 2002). Le tableau 7.1 rappelle les principales variantes des techniques d'exposition.

Désensibilisation systématique

Bien que cette technique ait été modifiée, car trop longue et inadaptée dans beaucoup de cas, en particulier l'agoraphobie avec attaques de panique, nous décrivons en détail la désensibilisation systématique telle qu'elle a été mise au point par Wolpe (1975). Elle représente en effet une technique de base, qui a une valeur pédagogique et qui est applicable à de nombreux problèmes où intervient l'anxiété, en particulier les dysfonctions sexuelles.

Après la phase d'analyse fonctionnelle, le sujet apprendra la relaxation.

Dans la procédure de Wolpe, c'est la relaxation de Jacobson qui est apprise, mais n'importe quel type de relaxation peut s'avérer efficace dans la

Tableau 7.1
Techniques d'exposition

Exposition : technique 1. Désensibilisation systématique	
1.	Construire une « hiérarchie » = thermomètre de la peur de 0-100 en commençant par le haut
2.	Le sujet relaxé : présentation hiérarchisée de <i>stimuli</i>
3.	Imaginaires de plus en plus intenses mais brefs (10 s)
4.	Le patient peut bloquer une scène trop anxiogène
5.	On repart alors en arrière
6.	Il est invité à affronter dans la réalité les situations désensibilisées : celles qu'il accepte dans la séance
7.	Tâches réévaluées à la séance suivante et reprise de la désensibilisation jusqu'à complétion
Exposition : technique 2. Désensibilisation in vivo (en réalité)	
	Le sujet est relaxé
	Puis il affronte par étapes la situation redoutée en réalité
Exposition : technique 3. Exposition graduée in vivo (en réalité)	
	Le sujet qui n'est pas relaxé affronte par étapes la situation en réalité selon des tâches définies avec le thérapeute
Exposition : technique 4. Modeling de participation	
	Le thérapeute précède le sujet dans la situation réelle, lui sert de modèle, puis le guide et le renforce
	Cette technique est de moins en moins utilisée car elle crée la dépendance (le thérapeute peut devenir un simple objet contraphobique qui freine l'autonomie du patient)
	Elle est à réserver à des cas graves et permet de débiter un traitement difficile
Exposition technique 5. Exposition en imagination : flooding en imagination	
	Confrontation en imagination à la situation anxiogène au niveau maximal d'intensité jusqu'à ce que l'angoisse s'éteigne au moins de 50 % sur l'échelle de 0-8 : trois quarts d'heure environ
	Répéter les séances avec le thérapeute ou à domicile jusqu'à atteindre le zéro ou presque
Exposition : technique 6. Exposition in vivo : flooding in vivo	
	Affrontement en réalité de la situation anxiogène au niveau maximal d'intensité jusqu'à ce que l'angoisse s'éteigne d'au moins 50 % sur l'échelle de 0-8 : trois quarts d'heure environ
	Répéter les tâches jusqu'à atteindre le zéro ou presque

Tableau 7.1 (Suite)

<i>Exposition : technique 7. Exposition graduée et prolongée sous relaxation en imagination puis en réalité (in vivo)</i>	
1.	Construire un thermomètre de la peur : 0-100 en commençant par la situation la plus anxiogène
2.	Relaxation cinq minutes sur un fauteuil
3.	Confrontation graduée et prolongée en imagination
4.	Un item ou plus par séance de trois quarts d'heure selon la rapidité de l'habituation
5.	On n'arrête l'exposition en imagination que si le sujet a perdu au moins 50 % de l'anxiété sur une échelle de 0-8
6.	Tâches prescrites en accord avec le patient au niveau réalisé dans la séance en imagination. Les tâches sont prescrites par écrit : fiche test comportemental d'évitement – quatre situations
7.	Discussion de la réalisation des tâches à chaque séance à partir de la fiche. Stimuler le sentiment d'efficacité personnelle. Renforcer tout progrès accompli
8.	Répéter les séances avec le thérapeute et à domicile jusqu'à atteindre entre zéro ou deux d'anxiété
9.	Répéter les tâches dans la réalité jusqu'à atteindre le zéro ou presque
<i>Quelle que soit la méthode choisie, il existe quatre clés techniques qui permettent de réussir un traitement par exposition</i>	
1.	Savoir décomposer le problème : construire une hiérarchie ou un thermomètre de la peur
2.	Savoir planifier et motiver à accomplir des tâches
3.	Savoir renforcer positivement chaque progrès, même minime
4.	Trouver des comportements agréables et motivants à accomplir en lieu et place de la phobie

mesure où elle obtient une réponse de relaxation au niveau des muscles, de la respiration et du cœur (ralentissement).

Nous nous servons d'une version abrégée de la méthode de Schultz, avec en plus une respiration abdominale issue du yoga. Nous faisons aussi se concentrer le sujet sur une image calme qui représente un endroit dans le passé, le présent ou l'avenir ou bien encore imaginaire. Il doit se sentir dans cet endroit en parfaite sécurité. Il est possible d'utiliser un contrôle de la relaxation par *feedback* musculaire, ou GSR *feedback* (mesure de la résistance cutanée). Cela permet de quantifier la relaxation et ensuite l'impact des images mentales, mais aussi peut aider à accroître la relaxation par un système de *biofeedback* sonore.

En général après trois ou quatre séances, à condition qu'il pratique aussi à domicile, le sujet arrive à un bon niveau de relaxation. Il est possible, s'il a

du mal à se relaxer seul, de lui de lui enregistrer la séance avec le thérapeute. Des enregistrements standardisés peuvent également lui être proposés.

Une **partie des séances initiales** peut être consacrée à l'étude des *stimuli* qui déclenchent l'anxiété du sujet. Il faut se limiter à une ou plusieurs situations clairement définies qui sont des thèmes phobiques correspondant à des situations invalidantes pour le sujet : peur de sortir dans la rue ou bien peur d'être enfermé dans l'ascenseur par exemple.

Thérapeute et patient définissent une hiérarchie des *stimuli* anxiogènes : « une hiérarchie d'anxiété est une liste de *stimuli* centrés sur un même thème et rangés selon la quantité d'anxiété qu'ils provoquent » (Wolpe, 1975).

On utilise pour cette classification une échelle arbitraire de 0 à 100, qui permet de classer l'intensité de perturbation par des situations anxiogènes déterminées. Le sujet affecte 100 à la plus grande intensité d'anxiété qu'il peut attribuer à la situation, et 0 à ce qu'il peut ressentir lorsqu'il est particulièrement calme. Cette échelle de 0 à 100 permet de donner une note à chacun des *stimuli* et les classer par ordre croissant, en maintenant une distance égale entre chacun des *stimuli*. Elle permet par la suite une mesure continue des progrès réalisés en cours de désensibilisation.

La **séance de désensibilisation** a lieu ensuite de la façon suivante : le patient est relaxé allongé ou sur un fauteuil, et le thérapeute lui dit alors qu'il va lui demander d'imaginer de façon aussi claire que possible une série de scènes. Lorsque l'image se présente clairement devant ses yeux, le sujet doit en informer le thérapeute en levant l'index. Le thérapeute suggère tout d'abord une image calme, puis l'image la plus faible dans la hiérarchie. Après 5 secondes d'image claire, le thérapeute demande au patient de cesser d'imaginer la scène et de coter son niveau d'anxiété. Il lui est demandé de se relaxer pendant 20 secondes. Une seconde présentation de l'image est faite pendant 20 secondes. Et ainsi de suite en alternant relaxation et scènes angoissantes, on remonte la hiérarchie. Cependant, si au cours de la passation le patient ressent une anxiété qu'il juge trop forte, le thérapeute lui propose de revenir en arrière. L'item anxiogène est ensuite franchi progressivement. De plus, le patient reçoit des instructions pour généraliser à la vie réelle chacune des étapes qu'il a franchies, dans sa désensibilisation.

Certains problèmes peuvent apparaître au moment de la construction des hiérarchies : en particulier certains sujets n'arrivent pas à construire la véritable hiérarchie avant de débiter la désensibilisation. Et c'est seulement en cours de thérapie que la véritable hiérarchie apparaîtra au fur et à mesure que les problèmes de liaison *stimulus*-réponse seront précisés par la dialectique entre les séances et la vie réelle où se réalisent les premiers affrontements à la situation redoutée.

Cas clinique : phobie des oiseaux

Mlle R. a 19 ans au moment de la consultation (1983). Elle présente une phobie des oiseaux. Cette phobie est très invalidante et la gêne pour se déplacer. En effet, elle ne peut approcher un oiseau à moins de 5 m de

distance. Elle peut passer cependant « rapidement » près d'un pigeon à 2-3 m. Elle situe le début des troubles à l'âge de 3 ans. Dans ses antécédents, on relève que ses parents sont tous deux « dépressifs » mais ne se soignent pas. Ils ont présenté à plusieurs reprises des tentatives de suicide et vivent dans une ambiance conjugale perturbée.

Elle invoque des facteurs déclenchants pour expliquer l'origine de sa phobie : à l'âge de 3 ans, alors que sa mère était en sanatorium pour tuberculose, elle était élevée par une grand-mère qui avait des poules. Ses cousins la poursuivaient avec des plumes d'oiseaux, ou bien excitaient les poules contre elle.

Antécédents médicaux :

- 1981 : embolie grave après appendicectomie ;
- 1982 : traitement de la phobie par relaxation de Schultz pendant quatre mois sans résultat.

Actuellement elle a une liaison stable et un emploi est en vue. Elle prend de la distance vis-à-vis de ses parents qu'elle supporte mal du fait de leur dépression et de leurs conflits. L'analyse fonctionnelle va permettre de décomposer le montage de la phobie (tableau 7.2).

Les situations phobogènes sont classées selon une évaluation subjective de perturbation anxieuse qui va de 0 à 100 : voici le classement selon une « hiérarchie », qui part du *stimulus* le plus perturbant :

100 – Traverser une place avec des pigeons.

100 – Voir *Les Oiseaux* (Hitchcock).

100 – Toucher une plume d'oiseau.

100 – Voir un oiseau à moins de 5 m.

Tableau 7.2

Phobie des oiseaux : analyse fonctionnelle par la grille SECCA

Synchronie	
Situation	Être près d'un oiseau (moins de 3 m)
Émotions	Tremblement Tachycardie Pleurs
Cognitions	Monologues intérieurs de danger et d'échec vis-à-vis de la situation de rencontre avec un oiseau Signification personnelle : événements infantiles (trauma par oiseau, séparation des parents)
Comportement	Évitement, détours en ville
Renforcement par l'entourage	Son ami l'aide à affronter les situations
Anticipation	Attente anxieuse de la rencontre possible d'un oiseau Toute la vie tourne autour de cette anticipation et des stratégies d'évitement qui en découlent

- 80 – Voir un oiseau empaillé.
- 70 – Lire une description ornithologique.
- 70 – Voir un oiseau en cage.
- 50 – Regarder une photo d'oiseau.
- 50 – Voir une plume d'oiseau à 15-20 cm.
- 40 – Voir un oiseau s'envoler.
- 30 – Voir un oiseau loin dans le ciel.
- 20 – Voir un oiseau en plastique.
- 10 – Entendre le mot « oiseau ».

La thérapie se déroule sur dix séances dont les deux premières surtout ont de l'importance.

1^{re} séance

Lors de la 1^{re} séance sera effectuée d'emblée une exposition en imagination, puis *in vivo*.

- *Exposition graduée en imagination*. Après cinq minutes de relaxation, la patiente participe à quinze minutes d'exposition en imagination ; deux scènes successives sont présentées :
 - imaginer une plume noire à 50 cm sans la toucher ;
 - imaginer prendre la plume et la toucher.
- *Exposition in vivo* : elle suit immédiatement. En accord avec la patiente, une plume est placée à 1,5 m sur le bureau du thérapeute. Au début, l'anxiété subjective est de 5 (échelle subjective allant de 0 à 8). Après cinq minutes d'exposition l'anxiété est de 2.
- *En fin de séance*, le thérapeute et la patiente se mettent d'accord sur une tâche à domicile : reproduire la séance en imagination, chaque jour jusqu'à décroissance de l'anxiété d'au moins 50 %.

2^e séance

La 2^e séance est la séance clé du traitement. Elle est effectuée elle aussi en deux temps.

- *Exposition en imagination* :
 - prendre et toucher une plume ;
 - la mettre dans son sac ;
 - anxiété initiale : 5, anxiété après dix minutes : 2.
- *Exposition in vivo* (durée vingt minutes) : le thème est de toucher une plume ; la plume est placée tout d'abord à 2 m de la patiente puis elle est rapprochée progressivement. Elle doit ensuite la mettre dans son sac. L'anxiété est très élevée (niveau 6). La patiente extériorise un sentiment violent de répulsion, elle pleure et crie. C'est alors qu'elle rapporte un épisode infantile où ses cousins la poursuivaient avec des plumes pour la faire pleurer. Elle avait peur que le thérapeute lui jette des plumes, lui aussi.
- *Tâche à domicile* : reproduire la séance en imagination spécifiquement.

3^e séance

La patiente se dit déprimée et anxieuse mais elle se trouve aussi soulagée d'avoir pu approcher la situation. Elle est passée à 2 m d'un perroquet en ville. À nouveau, la séance consiste en une exposition en imagination suivie d'une exposition *in vivo* à une plume qu'elle doit toucher.

Tâche à domicile : emporter la plume dans son sac.

4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e séances

- *Expositions in vivo* consistant à toucher un oiseau en cage.
- *Tâches de généralisation* : porter une plume dans son sac ; traverser les places publiques ; avoir un pigeon en cage à domicile et le toucher.

Postcure

La patiente est revue une première fois, un mois après la fin du traitement. Son pigeon est mort. Elle porte toujours une plume dans son sac. Elle sort normalement et n'évite plus les oiseaux.

Elle est revue une deuxième fois, huit mois après la fin du traitement. Elle sort maintenant normalement, élève deux faisans dans son jardin, va au poulailler. Elle a vu *Les Oiseaux* de Hitchcock, mais déteste les films d'épouvante qu'apprécie tant son mari.

Le [tableau 7.3](#) résume les données psychométriques à chaque point de mesure.

Tableau 7.3
Phobie des oiseaux : données psychométriques

	Prétest	Post-test	Postcure 8 mois
Phobie principale (0-8)	8	0	0
Panique	0	0	0
Anxiété généralisée	2	0	0
<i>Questionnaire des peurs</i>			
Phobie (total)	26	2	0
Anxiété-Dépression	2	0	0
MMPI : inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (minimult : version abrégée du MMPI)	Normal	Normal	Normal

La réalité virtuelle : applications dans le domaine des phobies spécifiques

La réalité virtuelle est une manière d'effectuer à la fois une exposition et une restructuration cognitive en apprenant aux patients à résoudre des conflits sensoriels. Le sujet est équipé d'un visiocasque comportant deux

mini-écrans et d'un capteur de position de la tête ; il peut interagir avec l'environnement qu'il visualise. Un logiciel informatique le place dans un environnement correspondant aux situations phobobogènes qu'il redoute. Au moyen des informations sur les mouvements de sa tête envoyées à la station graphique, celle-ci va générer des images en fonction des déplacements réels du sujet. Il visualise donc un environnement dont les mouvements sont couplés avec les siens avec un décalage de l'ordre de 50 à 150 milli-secondes. L'équipement peut comporter des capteurs, permettant de coupler l'environnement virtuel aux mouvements du sujet qui porte alors des gants spéciaux. De même, on peut reconstruire un environnement tactile, sonore, ou encore représenter le sujet lui-même filmé de dos comme faisant partie de l'environnement virtuel. Pour que la thérapie virtuelle soit efficace, il faut que le sujet ait l'illusion de présence lors de son immersion dans le monde virtuel, c'est-à-dire qu'il participe à l'expérience comme si elle était vraie.

On a pu observer que la thérapie par la réalité virtuelle ne faisait que reprendre une faculté de l'esprit humain de reconstruire la réalité en remplissant lui-même les blancs de sa perception : en ce sens la lecture ou le cinéma sont des expériences virtuelles. Ce qui est nouveau dans la réalité virtuelle est la synchronisation des actions du sujet avec les changements dans l'univers qu'il perçoit dans le casque. Il faut que ce dernier ait un angle de vision suffisamment important pour que l'illusion soit créée. Des casques encore très coûteux permettent de donner une vision à 180 degrés ou même à 360 degrés en suivant les mouvements de la tête. Les personnes anxieuses ont en général une plus forte illusion de présence dans le monde virtuel que les personnes qui ne souffrent pas d'anxiété, ce qui facilite l'immersion.

La réalité virtuelle intéresse beaucoup les militaires, les sportifs, les cosmonautes, la réhabilitation et la publicité, mais des applications ont également été réalisées dans les problèmes psychopathologiques. Des études de cas ont aussi été réalisées dans les troubles obsessionnels-compulsifs, les phobies sociales, les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires.

Mais la réalité virtuelle a été développée jusqu'à présent surtout dans les phobies spécifiques où des études contrôlées sont venues démontrer son efficacité. La première application thérapeutique, dans un essai contrôlé, a été publiée par Rothbaum (1995). D'autres essais contrôlés sur le traitement en réalité virtuelle ont été réalisés également dans la phobie des araignées, la phobie des hauteurs, la phobie de l'avion ou la claustrophobie (Muhlberger et al., 2001 ; Garcia-Palacios et al., 2002 ; Maltby et al., 2002 ; Wiederhold et al., 2002 ; Bouchard et al., 2003). L'avantage d'une telle méthode réside dans le fait que pour les cas peu complexes, elle permettrait des traitements qui pourraient être mis en place par des thérapeutes faciles à former et à superviser pour cette activité spécifique. On peut même envisager que le patient, après quelques séances et en se servant d'un manuel bien fait, puisse s'administrer le traitement lui-même, autant de fois qu'il le souhaite, avec la supervision d'un thérapeute.

Conclusion

On doit reconnaître que les patients qui présentent ces phobies, considérées souvent comme des peurs banales ou normales, consultent très peu si l'on considère leur fréquence qui est de 7 %, au moins, dans la population générale. De ce fait, ce sont surtout les formes graves et handicapantes qui justifient une prise en charge par la TCC classique ou la TCC par la réalité virtuelle.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition) DSM-IV*. Washington, DC., American Psychiatric Association, 1994. Traduction de J.D. Guelfi : *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: The Guilford Press. p. 409.
- Bouchard, S., St Jacques, J., Côté, S., et al. (2003). Exemples de l'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des phobies. *Revue Francophone de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 8, 5–12.
- Garcia Palacios, A., Hoffman, H. G., Carlin, A., et al. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983–993.
- Maltby, N., Kirsch, J., Mayers, M., & Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying : a controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112–1118.
- Marks, I. (1981). *Cure and care of neuroses. Theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley.
- Muhlberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G. C., et al. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1033–1050.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Kooper, R., et al. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 626–628.
- Wiederhold, B. K., Jang, D. P., Gevirtz, R. G., et al. (2002). The treatment of fear of flying : a controlled study of imaginal and virtual reality graded exposure therapy. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 218–223.
- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale* (traduction de J. Rognant). Paris: Masson.

8 Agoraphobie et attaques de panique

Les travaux récents ont souligné l'importance des phénomènes respiratoires (hyperventilation) et des schémas cognitifs de danger centrés sur la mort imminente par un infarctus du myocarde ou bien un accident vasculaire cérébral, ou encore la peur de devenir fou.

Le traitement commence par une analyse fonctionnelle des troubles en utilisant des grilles comme la grille SECCA que nous avons déjà vue.

On la complétera par une échelle que nous avons mise au point à partir de travaux de Marks (1977) et du DSM-III-R (1988), l'échelle phobie, panique et anxiété diffuse.

Nous présentons ci-dessous cette échelle qui permet d'évaluer les trois principaux types d'anxiété : phobique, panique et généralisée (tableau 8.1).

Nous présentons également l'échelle de Chambless et al. (1984) qui permet de mesurer les cognitions des sujets agoraphobes (tableau 8.2).

Les programmes associent en général trois types de techniques : relaxation, modification des attaques de panique et exposition aux situations anxiogènes.

Relaxation : réduction de l'anxiété

On utilise la relaxation générale de Schultz ou celle de Jacobson selon une méthode accélérée, avec des cassettes enregistrées pour chaque patient, qui permettent une pratique à domicile, comme nous l'avons vu pour la désensibilisation. Cependant, il apparaît dans un certain nombre d'études que la relaxation n'est pas sans danger car elle peut parfois provoquer des attaques de panique chez ces sujets qui sont perpétuellement en état de tension et d'hypercontrôle. De toute manière la relaxation n'est pas l'élément capital du traitement.

Modification des attaques de panique

Régulation respiratoire

L'hyperventilation chronique et aiguë est l'une des manifestations cliniques de l'agoraphobie et des états de panique. Il existe un recoupement entre les syndromes d'hyperventilation et l'agoraphobie. De même, la spasmodophilie pourrait facilement être rattachée aux attaques de panique avec ou sans agoraphobie. Ces dernières années sont apparues des méthodes thérapeutiques visant à modifier à la fois les composantes cognitives et les phénomènes hyperventilatoires qui accompagnent les attaques de panique (Hawton et al., 1989).

Tableau 8.1**Évaluation : phobies, panique et anxiété diffuse**

Nom :	Prénom :	Âge :
Sexe :	Date :	
Phobies		
Définir avec le sujet les deux principales situations phobogènes. Leur guérison changerait considérablement la vie du sujet. Phobie I : Phobie II :		
Évaluez l'intensité de votre angoisse et votre degré d'évitement pour la phobie I et la phobie II en cochant la case correspondante. Utilisez l'échelle centrale qui va de 0 à 8. Ne cochez qu'un seul barreau de l'échelle pour chacune des deux phobies.		
<i>Phobie I</i>		<i>Phobie II</i>
	0 – Pas de malaise dans cette situation	
	1 –	
	2 – Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation	
	3 –	
	4 – J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation.	
	5 –	
	6 – J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible.	
	7 –	
	8 – J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours.	
Attaques de panique spontanées		
I. Avez-vous ressenti la semaine passée des attaques de panique spontanées dans lesquelles vous vous sentiez soudain terrorisé(e) sans raison apparente ? Ces attaques surviennent en dehors des situations que vous évitez habituellement. Elles sont de courte durée : une minute à deux heures au maximum. Le maximum d'intensité est atteint en moins de dix minutes. Cochez ci-dessous :		
0 – Jamais		
1 –		
2 – Au moins une fois		
3 –		
4 – Quelquefois		
5 –		

Tableau 8.1 (Suite)

6 – Une fois par jour			
7 –			
8 – Plusieurs fois par jour			
II. Au cours de ces attaques de panique avez-vous ressenti les phénomènes suivants :			
	<table border="1"> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </table>	Oui	Non
Oui	Non		
1 – Souffle coupé, étouffement			
2 – Étourdissement, instabilité, évanouissement			
3 – Palpitations, cœur accéléré			
4 – Tremblements ou secousses musculaires			
5 – Transpiration			
6 – Sensation d'être étranglé(e)			
7 – Nausée ou gêne abdominale			
8 – Étrangeté, irréalité de vous-même ou du monde extérieur			
9 – Engourdissement, picotements			
10 – Chaleur, frissons, chaud, froid			
11 – Douleur, gêne thoracique			
12 – Peur de mourir			
13 – Peur de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé			
Total			
III. Avez-vous ressenti de telles attaques de panique spontanées au moins quatre fois durant les quatre dernières semaines ?			
Cochez la case choisie :			
OUI	NON		
IV. Une au moins de ces attaques a été suivie par une période d'au moins un mois de la peur persistante d'avoir une autre attaque. Cochez la case choisie :			
OUI	NON		
Anxiété généralisée			
À quel point avez-vous ressenti constamment une angoisse, une tension, une insomnie, un manque de concentration ou de l'agitation au cours de la semaine dernière ? Ne pas coter ici les phobies, les rituels et les paniques, mais l'anxiété constamment présente : le bruit de fond de l'anxiété. Cochez ci-dessous :			

Tableau 8.1 (suite)

0 – Pas de problème	
1 –	
2 – Léger problème	
3 –	
4 – Problème modéré	
5 –	
6 – Problème sévère	
7 –	
8 – Handicap sévère	

Tableau 8.2**Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984)**

« Chaque fois que je ressens de l'angoisse ou de l'anxiété, il m'arrive de penser que... »					
	1	2	3	4	5
	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Tout le temps
1 – Je vais vomir					
2 – Je vais m'évanouir					
3 – Je dois avoir une tumeur cérébrale					
4 – Je vais faire une crise cardiaque					
5 – Je vais mourir d'étouffement					
6 – Je vais agir de manière ridicule.					
7 – Je vais devenir aveugle					
8 – Je vais perdre le contrôle de moi					
9 – Je vais faire du mal à quelqu'un					
10 – Je vais faire une attaque cérébrale					
11 – Je vais devenir fou (folle)					
12 – Je vais me mettre à hurler					
13 – Je vais me mettre à bafouiller ou parler bizarrement					
14 – Je serai paralysé(e) par la peur					
	SCORE				

Modèle de l'hyperventilation

Des *stimuli* internes – pensées, images – et/ou des *stimuli* externes comme des situations stressantes provoquent une hyperventilation. Celle-ci entraîne ensuite une alcalose et des phénomènes périphériques d'anxiété (tachycardie, sudation). Ces phénomènes sont alors appréhendés par le sujet comme étant des signes d'une maladie physique grave, par exemple un infarctus, ce qui provoque une remontée de l'anxiété. Une spirale ascendante d'anxiété se met en place et provoque l'attaque de panique, dont le retour sera ensuite anticipé avec angoisse. Penser au mot panique peut dans certains cas provoquer la crise aiguë d'angoisse. Les méthodes thérapeutiques cherchent à rétablir le contrôle respiratoire et également visent une modification des attentes catastrophiques du patient. Le traitement a deux buts :

- réattribuer l'origine de leurs attaques de panique à l'hyperventilation induite par des *stimuli* stressants, plutôt qu'aux catastrophes qu'ils imaginent ;
- éviter l'hyperventilation quand les patients sont « sous stress » et ainsi leur permettre de contrôler les attaques de panique. Il a été montré que l'hyperventilation était plus liée à la profondeur de la respiration qu'à l'accélération de sa fréquence.

Chaque séance comporte quatre phases :

- hyperventilation volontaire dont le thérapeute montre la similitude avec les attaques de panique. Il peut s'aider d'une fiche mise au point par Salkovskis (tableau 8.3) ;
- explication de l'induction des attaques de panique par l'hyperventilation ;
- apprentissage du ralentissement respiratoire en faisant descendre le sujet à huit ou dix cycles respiratoires par minute : respiration régulée au métronome. Cette respiration doit être superficielle pour ne pas accentuer l'alcalose qui risque d'aggraver les troubles ;
- épreuve d'hyperventilation volontaire suivie d'un contrôle rapide par la remise en place du ralentissement respiratoire. Deux à dix séances selon les auteurs sont nécessaires.

Techniques vagues

La méthode la plus simple est de solliciter le réflexe baro-sinusal de Valsalva : on demande au patient de réaliser durant trois à cinq secondes une hyperpression abdominale en gonflant le ventre, ce qui a pour effet de réduire rapidement la fréquence cardiaque. On peut répéter une dizaine de fois cette manœuvre. Cette technique peut être facilement utilisée en combinaison avec l'exposition en imagination et l'exposition *in vivo*. Elle facilite l'exposition *in vivo*, car son action est beaucoup plus rapide que celle d'une relaxation. En outre, elle peut être combinée avec la régulation respiratoire. Dans notre expérience cette méthode simple est appréciée des patients, qui découvrent un moyen rapide d'influencer favorablement des troubles cardiaques qu'ils croient au-dessus de tout autocontrôle.

Tableau 8.3
Attaques de panique (fiche de Salkovskis)

Nom :	Prénom :		Date :		
Cochez la colonne qui correspond à un accroissement ou à l'adaptation de sensations dont vous trouverez la liste ci-dessous.					
	Pas du tout	Un peu	Modéré	Intense	Très
	0	1	2	3	4
1 – Douleur musculaire					
2 – Faiblesse					
3 – Sueurs					
4 – Écoulement nasal					
5 – Tremblement					
6 – Somnolence					
7 – Extrémités engourdis					
8 – Bouche sèche					
9 – Impression d'irréalité					
10 – Cœur accéléré					
11 – Nausée					
12 – Piqûre					
13 – Appréhension					
14 – Malheur					
15 – Secouement					
16 – Oreille douloureuse					
17 – Anxiété					
18 – Étouffement					
19 – Maux de tête					
20 – Tension					
21 – Évanouissement					
22 – Tension					
23 – Picotement					
24 – Aiguilles					
25 – Extrémités froides					
26 – Vertiges					
27 – Muscles contractés					
28 – Souffle coupé					
Autres (à préciser)					

Techniques cognitives

La thérapie cognitive met en question, au cours des séances, les pensées automatiques et les postulats concernant le danger. Nous présenterons un cas clinique bref pour illustrer son utilisation pratique.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 38 ans qui présente une agoraphobie avec attaques de panique. Un programme classique et progressif d'exposition en imagination puis in vivo est mis en place, mais la patiente a des difficultés à affronter les situations anxiogènes. Après cinq séances, il est décidé d'essayer de mettre à jour les pensées automatiques et les postulats de danger qui peuvent être à l'origine de ces difficultés.

On utilise la technique de flèche descendante qui consiste à partir du monologue intérieur (pensée automatique) habituel de la patiente lorsqu'elle va prendre un autobus : « Je vais perdre le contrôle de moi-même », et à lui demander ensuite quelle est la pire conséquence si cette perte de contrôle arrive et ce que cela représente pour elle. Une fois cette conséquence verbalisée, on lui demande la pire conséquence de cette première conséquence, etc., jusqu'à ce que l'on arrive au noyau central de pensée phobogène et que l'on ait assez de matériel verbal pour reconstituer le postulat commun à toutes les verbalisations agoraphobiques (la figure 8.1 représente cette technique).

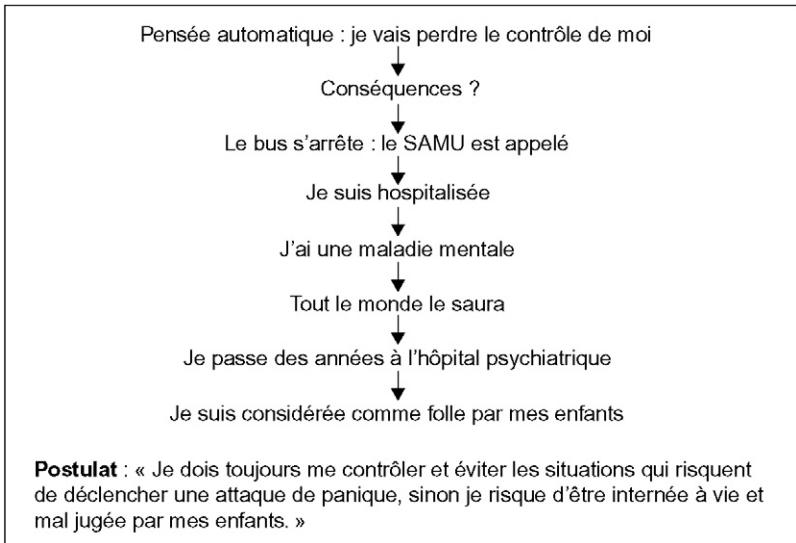


Figure 8.1

Agoraphobie avec attaques de panique. Technique cognitive, flèche descendante : des pensées automatiques aux postulats cognitifs.

Tableau 8.4
Questionnement du postulat

Pour la folie	Contre la folie
1 – Je me sens quelqu'un d'autre	1 – Je mène une vie normale à la maison
2 – Les personnes normales contrôlent même leurs paroles	2 – J'ai un problème limité
3 – Je suis en dehors de la situation et j'assiste à quelque chose qui me dépasse	3 – Je peux travailler
	4 – Les psychiatres ne m'ont jamais hospitalisée

On demande à la patiente son degré de croyance dans le postulat : il est de 50 %. Ensuite, on va questionner le postulat en appliquant une méthode de résolution de problème : quels sont les arguments pour et contre le fait que l'exposition risque de conduire à la folie (tableau 8.4).

Après examen contradictoire, la croyance en la validité du postulat n'est plus que de 25 %. On poursuit la séance par une exposition en imagination.

Séance :

5' : relaxation ;

5' : exposition en imagination (scène : prendre le bus) ;

5' : épreuve d'hyperventilation (2') et réattribution ;

15' : contrôle respiratoire par respiration lente et superficielle ;

10' : discussion.

Les symptômes sont réattribués à l'angoisse et non à la folie. Tâche : prendre un bus. Lors de la séance suivante, la patiente rapporte qu'elle a pu enfin prendre un bus et qu'elle a commencé à se sentir moins anxieuse après vingt minutes.

Exposition aux situations anxiogènes : modification de l'évitement

Exposition graduée en imagination

On commence en général par une relaxation de cinq minutes pour faciliter l'abord d'une scène anxiogène et la concentration. On présente ensuite celle-ci verbalement : par exemple, « vous êtes dans un cinéma en milieu de rangée et vous commencez à ressentir de l'angoisse ». Il importe, en effet, de présenter à la fois les *stimuli* (cinéma) et les réponses (angoisse). On prolonge l'exposition aussi longtemps que le patient n'est pas redescendu de 50 % par rapport à l'angoisse initiale suscitée par l'image.

Exposition graduée in vivo

C'est la voie finale commune de toutes les techniques. L'on incitera, à chaque séance, le patient à affronter progressivement les situations qu'il

évite (exposition *in vivo*) pendant une durée d'au moins une heure à chaque fois. Il faut se mettre d'accord avec lui sur le niveau d'anxiété qu'il pense affronter à chaque fois. Les progrès et les difficultés sont rediscutés à chaque séance. La thérapie n'est arrêtée que si le patient atteint pratiquement tous les buts fixés en début de thérapie. Dix à vingt-cinq séances d'une à deux heures d'exposition *in vivo* sont, en général, nécessaires. Elles peuvent être organisées en dix à quinze séances thérapeutiques d'une demi-heure à trois quarts d'heure, dans la mesure où le thérapeute est entraîné et utilise la fiche du test comportemental d'évitement (voir p. 119) pour mettre au point et rediscuter les tâches d'exposition *in vivo*. Après la fin de la thérapie, on reverra le patient au bout d'un mois, trois mois, six mois et un an, pour maintenir les résultats ou effectuer des rappels s'ils sont nécessaires. La période post-thérapeutique peut être utilisée pour arrêter les traitements chimiques éventuels de façon très progressive.

Conclusion : panique et peur de la mort.

Histoire de cas

Les attaques de panique se présentent souvent sous la forme d'un scénario catastrophe déclenché par des événements extérieurs ou des perceptions physiques internes. La mort en est rarement absente et le thérapeute ne doit pas hésiter à aborder le sujet avec le patient et à l'exposer à ces pensées qu'il refuse. Montaigne disait : « Philosophe, c'est apprendre à mourir. » Pour le paniqueur, la philosophie est bien loin. Pris par l'évidence physique de la mort qui s'accompagne souvent d'un sentiment d'étrangeté, le patient a bien souvent la certitude « d'être passé de l'autre côté ». Cette évidence sensorielle dépasse tous les raisonnements. La peur de revivre cet épisode pénible de dépersonnalisation/déréalisation l'empêche souvent d'affronter les situations et, bien souvent, il n'ose pas en parler tout de suite au thérapeute, de peur de passer pour fou. La prise de distance peut se faire avec le thérapeute dans la mesure où celui-ci propose des techniques physiques de contrôle comme le Valsalva et la régulation respiratoire et accompagne le patient dans une répétition du vécu anxigène au cours de séances jusqu'à ce que l'intensité des réponses émotionnelles se soit réduite. Le cas suivant illustrera ce problème.

Histoire de cas

M. S. présentait des attaques de panique lors de la conduite automobile dans les embouteillages, en train ou en entendant à la radio la chanson « *Panne de cœur* ». Il présentait alors des sensations physiques telles que des palpitations et des douleurs thoraciques. Les interprétations se traduisaient par des pensées automatiques dont il prit peu à peu conscience au cours de la thérapie. Ce scénario catastrophe l'obsédait et était relié à des postulats : « Il faut toujours contrôler le temps et la mort. Ne pas vivre dans l'instant. Toujours préparer la minute suivante. » Ces impératifs lui avaient été transmis par des parents anxieux

et perfectionnistes, qui l'avaient poussé à quitter le petit village et l'entreprise familiale. De là venait sans doute le thème catastrophique récurrent « mourir seul dans une banlieue triste ». Il se souvenait encore péniblement de ce déracinement qu'il jugeait pourtant nécessaire vu l'évolution économique de sa région. Il avait commencé par le départ au collège, et se poursuivait par des nominations à des postes de plus en plus importants, assorties de déménagements. Un des moments féconds de la thérapie a été une exposition prolongée à l'image de lui-même, pauvre voyageur, mourant sur un quai de gare anonyme et sinistre : *Mourir à Laroche-Migennes* était le titre du film en noir et blanc qu'il se jouait. Après une exposition de trente minutes à cette image et une chute de l'angoisse qu'elle provoquait d'au moins 50 %, il lui était demandé de faire une critique de ce mélo intime et d'en discuter le scénario. Petit à petit, sur une quinzaine de séances, la prise de conscience et la modification des pensées, l'apprentissage de la respiration contrôlée et l'exposition aux sensations intéroceptives suivie de leur réinterprétation apportèrent un résultat. En dépit de hauts et de bas, il lui fut possible de poursuivre sa carrière qui nécessitait des déplacements fréquents en train et en voiture et de pouvoir se rendre enfin en avion en Afrique et en Amérique.

Bibliographie

- American psychiatric association. (1988). *Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition, Revised version* (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987. Traduction française de P. Pichot et J. D. Guelfi, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris: Masson.
- Chambless, D., Caputo, G., Bright, P., & Gahner, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics : the body sensation questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090–1097.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford University Press.
- Marks, I. M., Hallam, R. S., Connolly, J. & Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioural psychotherapy. An advance of clinical role for nurses*. Royal College of Nursing of the United Kingdom. London and Tonbridge: White Friars Press.

Phobies sociales et perturbations des compétences sociales

Les phobies sociales atteignent environ 2 % de la population générale. Des évaluations récentes ont suggéré que ce taux pourrait être beaucoup plus élevé et se situer vers 13 % (Kessler et al., 1994). Cependant, en appliquant des critères plus stricts, Narrow et al. (2002) aboutissent à une prévalence de 2,1 % dans la population générale.

Lépine (1995) a retrouvé en France un taux voisin de 2,1 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes. Il faut spécifier qu'il s'agit d'un type généralisé si les peurs s'appliquent à la plupart des situations sociales (débuter ou maintenir des conversations, participer à des petits groupes, fixer un rendez-vous, parler à des personnages incarnant l'autorité, assister à une réception). Dans des cas plus rares, la phobie sociale se limite à une seule situation, par exemple parler en public. Les déficits plus limités de la compétence sociale, comme l'anxiété de performance limitée (le trac), sont encore plus fréquents.

Les techniques d'exposition telles que la désensibilisation sont utilisées dans les phobies sociales, mais dans la mesure où le déficit porte sur les compétences relationnelles du patient, des méthodes de jeu de rôle effectuées en individuel ou en groupe sont souvent pratiquées. Plus récemment, les thérapies cognitives se sont développées sur la base de constatations cliniques, psychométriques et neuropsychologiques montrant l'importance des jugements négatifs des patients sur eux-mêmes et leurs performances sociales.

Affirmation de soi

Il s'agit d'un ensemble de techniques à visée à la fois comportementale et cognitive, le développement de réponses d'affirmation amenant le sujet à internaliser ses émotions. Ce sont des méthodes non seulement d'affirmation de soi (*assertive training*), mais aussi de développement de la communication et de la compétence dans les relations sociales (*social skills training*).

Affirmation de soi et concept d'assertivité

Les premiers travaux sur l'affirmation de soi sont dus à Salter, Wolpe et Lazarus qui ont suggéré que l'expression de la colère, du refus et de tout type d'émotion positive ou négative peut inhiber l'anxiété. Par la suite, l'école californienne a surtout cherché à définir ce que peut être un comportement

socialement adapté qui respecte les droits à la fois de celui qui s'affirme et de celui à qui il s'adresse.

Alberti et Emmons (1974) définissent ainsi le comportement assertif : « C'est un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier celui des autres. »

L'émotion joue un rôle central dans les réponses assertives. Les émotions, et d'une façon générale les processus internes, obéissent aux mêmes lois de l'apprentissage que les processus externes. Par conséquent, les sentiments peuvent être appris, réappris ou développés. Il ne s'agit pas de transformer un timide en une personne perpétuellement agressive et revendicative, mais de permettre à quelqu'un dont la maîtrise émotionnelle est défaillante de trouver ou de retrouver un autocontrôle qui lui donnera une facilité plus grande de contacts sociaux.

Le manque d'assertivité peut avoir été appris dans l'enfance du fait des réactions de l'entourage familial ou social qui ont gelé les sentiments et les émotions ou puni leur libre expression. Mais il est possible que les réactions d'affirmation de soi, d'expression de colère ou d'amour, plutôt que d'avoir été réprimées, n'aient jamais été apprises.

Les deux pôles de l'affirmation de soi

Pôle oppositionnel

Beaucoup de sujets sont trop inhibés pour refuser des exigences ou des demandes déraisonnables ou excessives de la part de leur entourage familial ou professionnel. Ils se perçoivent comme nécessairement soumis aux exigences des autres. L'entraînement à l'affirmation utilisera des techniques destinées à leur apprendre à s'opposer aux autres pour faire respecter leurs droits. Il est évident qu'en face de quelqu'un d'abusif, le sujet n'aura pas forcément à se plier automatiquement au désir de l'autre. Il doit parvenir à différencier ce qui n'est pas acceptable de ce qui l'est, compte tenu des circonstances. L'opposition ne doit pas entraîner de sanctions sociales *réelles* et graves pour le sujet.

Pôle expressif

D'autres sujets ne peuvent exprimer des sentiments positifs ou négatifs vis-à-vis des autres, ce qui inhibe leurs conduites sociales. L'expression des sentiments négatifs est bloquée car ceux-ci sont considérés comme dangereux, et l'expression des sentiments positifs est jugée ridicule ou dangereuse car elle peut entraîner critique ou rejet. La thérapie cherchera plutôt à développer des capacités d'expression de sentiments personnels positifs ou négatifs, par exemple accepter d'effectuer ou de recevoir des compliments.

Enfin, beaucoup de sujets auront des déficits au niveau des deux pôles qui devront être systématiquement abordés dans le groupe pour modifier valablement les comportements.

Relativité de l'affirmation de soi

Il faut souligner la relativité de la notion d'assertivité. Elle varie suivant les cultures. Les cultures orientales valorisent la politesse et les stratégies relationnelles qui sauvent la face de chacun. Les cultures occidentales, depuis 1970, valorisent l'égoïsme. On a pu définir la culture des années post-1970 comme : « la culture du narcissisme » (Lasch, 1979). Cette tendance égoïste serait actuellement tempérée par le retour du conformisme social adaptatif et la recherche du consensus. Les cultures « sudistes » valorisent le « machisme » qui est une norme culturelle mal acceptée dans les pays du Nord où il sera perçu comme une forme d'agressivité. À l'intérieur d'une même culture, il existe aussi des différences liées au contexte social. Une insulte ou un coup-de-poing peut être adaptatif dans une banlieue où il faut se faire respecter ou devenir une victime, alors qu'un haussement de sourcil peut être de trop dans un conseil d'administration guindé, où une longue périphrase obséquieuse sera bienvenue pour signifier à autrui ses limites.

Actuellement on considère que trois facteurs doivent être pris en compte pour définir le caractère assertif ou non d'un comportement :

- la description du comportement verbal et non verbal ;
- l'intention du sujet ;
- le contexte social dans lequel le comportement a lieu.

Principes d'affirmation de soi

Développer un système de croyance assertif, qui remplace le système de croyances irrationnelles du patient. Beaucoup de thérapeutes insistent sur la nécessité de promouvoir la croyance que l'affirmation conduit, plutôt que la manipulation, la soumission ou l'hostilité, à des relations interpersonnelles plus satisfaisantes, alors que le système de croyance non assertif est l'inverse. Pour cela il convient de définir concrètement et par un jeu de rôle la différence entre quatre types de comportement : assertif, passif, passif-agressif et agressif.

L'effet « antidépressif » des groupes a été depuis longtemps remarqué et utilisé pour le traitement des états dépressifs. Cet effet résulte sans doute du renforcement provenant des interactions avec les autres participants et les thérapeutes qui sont très actifs. Les travaux psychométriques ont mis en évidence une corrélation inverse entre la dépression et les capacités d'affirmation de soi mesurées par l'échelle de Rathus.

L'effet d'habituation et d'extinction de l'anxiété par exposition aux situations sociales peut, lui aussi, expliquer les résultats.

Indications

L'indication principale de l'affirmation de soi est la phobie sociale avec anxiété, évitement massif du contact social et peur du regard critique de l'autre. Le bégaiement, la « timidité » et la phobie de contact sont de bonnes

indications. Dans les problèmes sexuels, en particulier les dysfonctionnements érectiles, elle est utilisée avec succès pour développer les rencontres, tant redoutées, avec une personne du sexe opposé. Les crises familiales, ou de couple, peuvent être ainsi abordées. En outre, certains comportements agressifs, liés à l'anxiété sociale, et certains comportements de retrait chez des sujets psychotiques peuvent être traités. Les programmes de *social skills training* (entraînement à la communication sociale) ont fait leur preuve dans la réhabilitation de la schizophrénie chronique. L'alcoolisme en relève dans la mesure où il correspond à une difficulté d'expression des sentiments, ou une peur du lien social qui n'est combattue que par l'alcool. La dépression sociale est également une bonne indication. Enfin, les enfants perturbés peuvent aussi en être bénéficiaires.

L'utilisation sociale de l'affirmation de soi dans des populations de sujets ne présentant pas de trouble psychopathologique s'est généralisée. Les divers mouvements de libération des femmes, les femmes divorcées, les minorités ethniques dans leur démarche de libération vis-à-vis du racisme ou bien les chômeurs suivent des groupes d'affirmation de soi. D'autres catégories l'ont utilisée, en particulier les hommes politiques, les cadres et les vendeurs en formation. L'enseignement, en particulier celui des thérapies comportementales et cognitives, en fait un usage fréquent.

Évaluation du comportement assertif

Des techniques de laboratoire utilisant la vidéo ont permis des études précises du développement de l'affirmation de soi, de même que des échelles d'évaluation, telles l'échelle de Rathus qui mesure la dimension de la personnalité qu'est l'assertivité, ou la partie phobie sociale de l'échelle des peurs qui évalue les peurs pathologiques (Cottraux et al., 1985). La meilleure méthode, mais la plus difficile, demeure la mesure directe du comportement dans la vie réelle après traitement. En cours de thérapie, on évalue la réalisation de tâches assignées et la mesure, à l'intérieur du groupe, des changements comportementaux (temps de parole, sourire, etc.). Les recherches ont montré la nécessité d'un apprentissage spécifique à chaque situation et souligné que les premières tentatives d'affirmation du sujet doivent être couronnées du succès pour que la généralisation ait lieu. La généralisation plutôt que d'être attendue doit être mise au programme. C'est dire l'importance des tâches qui sont proposées et mises au point avec les patients.

Technique de base : le jeu de rôle

Description

Bien que l'on puisse apprendre aux sujets à avoir un style écrit « affirmatif », le jeu de rôle est la technique essentielle en affirmation de soi. Il peut avoir lieu soit en individuel, soit en groupe. Certains sujets sont tellement inhibés qu'il est nécessaire de les relaxer, puis de les désensibiliser avant d'aborder le jeu de rôle avec un thérapeute isolé, puis un groupe.

Tout d'abord, la situation qui fait problème au patient est définie. Il y a autant de situations embarrassantes que de patients, mais l'expérience montre que la plupart des patients sont inhibés dans des situations clés, parmi lesquelles :

- fixer un rendez-vous ou en accepter un ;
- accepter ou faire des compliments ;
- demander une augmentation ;
- s'opposer à un membre important de sa famille ;
- contrôler une expression violente de ses sentiments.

Il s'agit donc de bien définir chaque situation et d'appliquer au départ le principe de la réponse minimale efficace, c'est-à-dire celle que le patient peut accomplir avec un minimum d'effort et supporter avec un minimum d'émotion dans une situation donnée. À partir de cette situation simple, des situations de plus en plus complexes seront abordées, ce qui implique l'établissement d'une progression à l'intérieur de chaque séance.

- Le patient joue le comportement tel qu'il serait dans la vie réelle, le thérapeute joue le personnage opposé, devant lequel le patient n'ose pas s'affirmer. Ce renversement de rôle permet au patient de mieux comprendre les effets de son comportement sur autrui et les raisons de ses difficultés relationnelles.

- Le thérapeute commente cette scène en mettant l'accent sur les traits positifs et les progrès accomplis. Les critiques sont constructives et les manques ne sont soulignés que d'une manière non critique (*feedback* et renforcements positifs).

- Le thérapeute donne un modèle du comportement souhaité alors que le patient joue le rôle du personnage opposé qu'il redoute, ou ce rôle est joué par un membre du groupe.

- Il y a répétition par le patient de son propre rôle.

- Le thérapeute souligne les traits positifs et les progrès accomplis. Les séquences 3, 4 et 5 peuvent être répétées jusqu'à ce que le thérapeute et le patient soient d'accord sur la qualité de la performance. Le problème essentiel est de trouver un jeu adapté au niveau de difficulté du patient et de permettre une évolution par étapes qui fractionne la difficulté et ménage l'angoisse.

- Une tâche à réaliser est attribuée au patient après discussion.

Les composantes non verbales de la communication peuvent être analysées et renforcées progressivement. Leurs modifications positives représentent autant d'indices de l'évolution du patient.

Le principal élément de la communication non verbale est le contact visuel : beaucoup de personnes ont des difficultés à garder le contact visuel avec ceux avec qui ils sont en conversation.

De même l'utilisation de la gestualité, en particulier les mains, la mimique, la posture, l'intensité de la voix, la fluidité de la parole ainsi que le temps que le sujet met à réagir à une question ou à une affirmation de son

interlocuteur. Enfin, les sourires et toutes les manifestations émotionnelles peuvent être envisagés séparément et travaillés avec le patient. Puis une réintégration progressive de tous les éléments inclus dans un comportement global sera effectuée.

Processus thérapeutique

Il s'agit pour le patient de se voir tel qu'il est dans le présent en comprenant comment il se situe par rapport à qui, dans quelles circonstances et comment il peut adopter une nouvelle stratégie relationnelle. Cependant, certaines scènes du passé peuvent être rejouées ou revécues en « affirmation de soi ». Cette concentration sur le comment plutôt que sur le pourquoi n'exclut pas une compréhension par le sujet et de la signification de son attitude relationnelle, et de son origine passée. Mais le but est de travailler dans l'« ici et maintenant » : comment changer, comment vivre de nouvelles formes d'émotion, comment établir de nouvelles relations sans sanction de la part de l'entourage. C'est dire que le thérapeute doit fonctionner à la fois comme un bon metteur en scène, un technicien du comportement et un modèle de facilitation des relations sociales. La directivité est nécessaire pour structurer les scènes avec le sujet, et l'amener à s'exprimer et à affronter ses gênes sociales. Il est évident que le fait d'avoir travaillé ses propres problèmes d'affirmation de soi dans des groupes permet au thérapeute de fonctionner beaucoup plus valablement.

Techniques pour les situations sociales de grande fréquence

Le « **disque rayé** » consiste, dans une situation où l'on est en opposition avec quelqu'un – par exemple, situation de vente ou de refus de vente –, à répéter de façon tranquille et opiniâtre son point de vue sans varier le moins du monde (sans donner de justification ou exprimer des sentiments agressifs) comme un disque rayé répète toujours la même chose. Cette technique doit être utilisée avec une certaine prudence : elle est souvent plus proche d'un comportement agressif que d'un comportement assertif.

L'« **écran de brouillard** » est une technique qui enseigne l'acceptation de la critique manipulatoire mais d'une façon particulière, d'une part en reconnaissant qu'il y a certainement du vrai dans la critique, d'autre part que l'on reste le seul juge de ce que l'on fait. Par exemple, « je sais bien que cela vous ennuie que je ne vienne pas au rendez-vous, mais c'est la seule chose que je puisse faire ».

La « **recherche de l'information disponible** » est une technique qui enseigne la reconnaissance d'indices simples donnés par l'autre sur ce qui peut l'intéresser. Cette technique mobilise l'empathie et l'identification pour permettre une meilleure rencontre sociale.

L'« **affirmation négative** » consiste à accepter les fautes et les erreurs commises en se mettant d'accord avec les critiques hostiles ou constructives qui s'adressent aux défauts.

L'« **enquête négative** » enseigne la stimulation active de la critique afin de l'utiliser ou la faire cesser pour pouvoir supporter la critique et la rendre directe et par-là même non manipulatoire.

« **Parler de soi** » consiste à accepter que la discussion s'engage à la fois sur les aspects positifs et négatifs de la personnalité de façon à faciliter l'expression et à accroître les communications sociales.

Les « **techniques de compromis** » consistent à admettre le compromis chaque fois que le respect que se doit le sujet n'est pas atteint.

Techniques pour modifier l'inhibition

Elles mettent en œuvre le doublage (jouer en se mettant derrière le sujet) ou l'utilisation d'un souffleur. Pour certains sujets très inhibés et ne pouvant parler : les faire jouer, comme s'ils étaient acteurs d'un film muet. Il est également possible de mettre à la place d'une personne réelle un oreiller ou une chaise vide, ce qui peut soit angoisser, soit faciliter l'expression.

Assertion couverte ou interne. Avant le jeu de rôle, le patient se représente la situation problème tout en ayant une réponse affirmative, d'où il retire des conséquences positives.

Un face au groupe. Cette technique consiste à placer quelqu'un au centre d'un groupe pour qu'il ait une succession d'interactions verbales ou non verbales. Par exemple, des échanges de compliments ou l'acceptation pure et simple de compliments représentent une technique très intéressante : par sa durée et sa répétition, elle permet au sujet de se déconditionner de l'anxiété au contact social.

Le **jeu en implosion** consiste à exagérer le rôle et à provoquer une certaine angoisse chez le patient, qui perd alors le contrôle de la situation. Ce jeu doit être poursuivi jusqu'à ce que le sujet expérimente une décroissance de l'angoisse. Le principe est le même que pour les autres traitements par exposition prolongée.

Affirmation confrontive. Elle consiste à enseigner au patient lorsqu'il se trouve en face d'une personne qui refuse de voir un élément de la réalité, à confronter cette personne aux faits qu'elle nie. Par exemple, la gêne qu'il crée ou une attitude « de mauvaise foi » plus ou moins délibérée. Il est évident que cette technique peut être utilisée aussi par le thérapeute pour confronter le patient à ce qu'il scotomise de la réalité dans ses relations avec les autres.

Le **travail corporel** en groupe est un des aspects de l'affirmation de soi qui la rapproche des thérapies humanistes. S'affirmer, c'est affirmer son corps et son droit d'être là, à sa place. Beaucoup de patients non assertifs souffrent dans leurs corps : muscles bloqués par zones électives et blocage respiratoire. Un certain nombre de techniques corporelles peut parfois être utilisé pour désinhiber certains sujets : toucher le corps de l'autre, être touché, exercices de contact visuel, frapper sur un coussin pour exprimer sa colère, crier, exercices gestuels.

Cependant, le jeu en implosion, l'affirmation confrontive, la technique de l'oreiller ou de la chaise vide, de même que l'ensemble des techniques corporelles, sont à manier avec discernement par des thérapeutes entraînés, étant donné l'anxiété qu'elles peuvent soulever chez des patients, surtout en début de groupe.

Schéma d'un groupe d'affirmation de soi

1^{re} séance

- Présentation par paire : chacun, après une brève discussion avec un autre membre du groupe, présente ce membre au reste du groupe.
- Énoncé des buts de chaque participant.
- Présentation par les deux animateurs des buts et de la méthode d'affirmation de soi, en y incluant ses aspects éthiques : l'accent est mis sur la personne et son respect.
- Jeu de rôle par les deux animateurs montrant la différenciation des quatre comportements (et leurs composantes verbales et non verbales) : agressif, passif, passif-agressif et assertif.

2^e séance

Les comportements problèmes sont définis par une série de jeux de rôle. Le niveau minimal de réponse efficace est étudié. Chaque sujet s'attribue lui-même une tâche à réaliser : cette attribution se fait avec les animateurs et le reste du groupe.

Les autres séances (3 à 20)

- Évaluation en groupe des tâches et de leur réalisation.
- Relaxation et sensibilisation interne (affirmation de soi « couverte »).
- Travail en groupe ou en paire sur les situations problèmes apportées par chaque participant à sa demande. Le travail par paire permet, en divisant le groupe, un travail plus intensif. La technique principale est le jeu de rôle avec répétition, *feedback* et modèles, mais diverses autres techniques peuvent être utilisées. Après le travail, un tour du groupe est fait pour que chaque sujet s'attribue une tâche avec l'aide des autres et des animateurs.

La formule est celle d'un groupe continu hebdomadaire. Chaque sujet est testé avant d'entrer dans le groupe, et retesté lorsqu'il en sort après un nombre plus ou moins long de séances, mais qui n'excède par vingt en tout. En outre, une évaluation continue des progrès du groupe est faite par une feuille permettant de chiffrer les différents éléments du comportement assertif. La vidéo permet d'effectuer une évaluation de la séance, de donner un *feedback* ou de présenter un modèle.

Thérapies cognitives

Modèle d'Ellis

La thérapie rationnelle émotive d'Ellis (1962) étudie les systèmes de croyances irrationnelles du patient pour les modifier. Ce prédécesseur parfois discutable de la thérapie cognitive de Beck considère, avec Marc Aurèle et Épictète, que les hommes ne sont pas émus par les événements mais par la perception

irrationnelle qu'ils en ont. Son système thérapeutique a beaucoup été utilisé pour développer, chez des sujets socialement inhibés, un système de croyance assertif (Lange et Jakubowski, 1974). Ellis a proposé de traiter les distorsions cognitives, par étapes, selon un système A-B-C-D-E.

Tout d'abord sont isolées les activités ou les situations déclenchantes.

Ensuite sont déterminés les systèmes de croyance irrationnelle.

Ces systèmes de croyance irrationnelle constituent les réponses internes aux événements *stimuli* et donnent lieu à des pensées, des émotions négatives et des comportements défaitistes.

Le thérapeute aide le patient à corriger son système de croyance irrationnelle. Il y aurait dix croyances irrationnelles principales. Ce sont des pseudo-obligations morales fréquemment rencontrées chez les sujets présentant des troubles névrotiques (« *shouldism* » et « *musturbation* »). Elles sont représentées dans le **tableau 9.1**. Les trois premières idées sont les postulats irrationnels les plus fréquents. Les sept autres sont probablement des postulats de second ordre, simples réactions cognitives autour des trois premiers postulats.

Le résultat est la mise en place d'une conception du monde plus rationnelle. Le thérapeute travaille en fait à plusieurs niveaux à travers le jeu de rôle :

- analyse critique avec le patient de l'idée irrationnelle (par exemple : tout le monde ou cette personne doit m'aimer). Le thérapeute discute les systèmes d'obligation du patient, et l'aide à s'en libérer ;

Tableau 9.1

Les dix croyances irrationnelles selon Ellis (1962)

1.	Vous devez être aimé et approuvé en tout et toujours par tout le monde
2.	Vous devez avoir du talent et être capable de vous réaliser dans quelque chose d'important
3.	La vie est une catastrophe si les choses ne vont pas comme vous le voulez
4.	Ceux qui vous font du mal sont mauvais et doivent être blâmés
5.	Si quelque chose est menaçant, vous devez en être préoccupé et bouleversé
6.	Vous devez trouver des solutions pour rendre la vie meilleure
7.	La misère intérieure et émotionnelle vient de pressions extérieures et vous avez peu de possibilités de contrôler vos sentiments et de vous débarrasser de la dépression et de l'hostilité
8.	Il est plus aisé d'éviter d'affronter les difficultés de l'existence que d'entreprendre des activités plus fructueuses de maîtrise de soi
9.	Votre passé a une importance capitale et, parce que quelque chose a influencé autrefois votre vie, il doit continuer à gouverner vos sentiments et votre comportement actuel
10.	Vous pouvez atteindre le bonheur par l'inertie, l'inactivité ou en vous faisant plaisir passivement et sans vous engager personnellement

- il met les idées irrationnelles en compétition avec d'autres plus rationnelles (par exemple : « il ne m'est pas vraiment nécessaire d'être aimé par cette personne et tout le monde ») ;
- le sujet répète en cours de séance et à domicile : à chaque fois que débute l'émotion négative, il rappelle l'idée rationnelle ou positive ; il cherche donc à modifier son monologue intérieur. La « raison » permet de combattre les « émotions » et de valoriser la pensée positive ;
- la modification cognitive va se traduire par la modification des jeux de rôle, puis du comportement dans la vie réelle.

Modèle de Beck

Plus récent et moins simpliste que la thérapie d'Ellis, il apporte de bons résultats dans les études contrôlées effectuées en individuel ou en petits groupes. Nous présenterons ici un programme pour une intervention en individuel se déroulant sur 8 à 15 séances.

Modèle cognitif des phobies sociales

L'hypothèse centrale est que les sujets anxieux présentent des schémas cognitifs de danger, fonctionnant de manière automatique, en dehors de la conscience, et situés dans la mémoire à long terme. Ils filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue et rejettent les aspects positifs (blocage cognitif et tunnelisation de la perception). Les recherches ont montré que les phobiques sociaux ont en général une évaluation négative d'eux-mêmes et sous-estiment leurs comportements sociaux réels. Ils sont plus centrés sur leurs propres pensées négatives que sur les réactions des autres. Enfin, ils sélectionnent et traitent plus facilement des *stimuli* pouvant évoquer une menace sociale que des *stimuli* neutres ou de menace corporelle.

Les schémas se manifestent au niveau clinique par un ensemble de règles implicites, inflexibles : les « postulats » qui sous-tendent les pensées, les émotions et les comportements. Les schémas sont inconscients mais les postulats ou règles de fonctionnement sont conscients ou préconscients. Ils peuvent être mis en évidence par la clinique et mis en question.

Les postulats peuvent se présenter sous une forme *conditionnelle*, par exemple : « Si je rougis je serai forcément rejetée et ma vie deviendra fatalement un échec. »

Ils peuvent se présenter sous une forme *inconditionnelle*, par exemple : « Je dois tout le temps et toujours être aimé par tout le monde. »

Pensées automatiques : ces postulats guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. La perte de l'estime de soi, l'anxiété et l'évitement ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas exprimés au niveau clinique par des pensées automatiques négatives. Des pensées automatiques (« Tu vas être ridicule »), de méditations autodéfaitistes ou des images mentales représentant des sanctions sociales telles que le rejet ou la honte en résultent.

Distorsions cognitives : le passage des schémas (structures profondes) vers les pensées automatiques (structures superficielles) se fait par l'intermédiaire des processus cognitifs dont la distorsion traduit une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique. Plusieurs types d'erreurs logiques, ou distorsions cognitives, ont été décrits : en particulier l'inférence arbitraire, la généralisation, l'abstraction sélective, la magnification ou la minimisation, et la personnalisation. Elles forment un filtre mental qui ne retient de l'expérience que les aspects négatifs qui vont dans le sens du schéma de danger.

La thérapie cognitive repose sur les hypothèses suivantes :

- la mémoire à long terme contient des schémas anxigènes stables, fonctionnant de manière automatique ;
- les schémas sont modifiables par la thérapie cognitive qui apprend aux phobiques sociaux à modifier leurs pensées automatiques puis leurs postulats anxigènes pour ensuite agir de façon plus satisfaisante.

Style relationnel : la collaboration empirique

La relation thérapeutique est fondée sur la « collaboration scientifique » et le dialogue pour permettre au sujet de tester ses pensées irrationnelles. Thérapeutes et patients sont actifs. Il s'agit d'une relation de coopération qui ressemble à celle de deux chercheurs travaillant sur le même projet défini à l'avance. Preuves et contre-preuves sont rassemblées pour mettre en question la validité des croyances du patient. À la fin de chaque séance, des expériences dans la vie de tous les jours sont mises en place pour tester la validité des pensées à travers lesquelles le patient interprète le monde extérieur.

La séance de thérapie cognitive

Agenda de séance

C'est une thérapie structurée au cours de laquelle thérapeute et patient se mettent d'accord sur un « agenda » qui précise en début de séances les thèmes abordés (« sur quoi voulez-vous travailler aujourd'hui ? ») et sur le problème à aborder dans la séance.

Revue des tâches

Si des tâches cognitives ont été données dans la séance précédente, elles sont discutées.

Récapitulations

Le thérapeute résume très fréquemment les points importants qui apparaissent au cours de l'entretien : « si j'ai bien compris, nous avons vu que... ». Ce qui sollicite à la fois l'empathie du thérapeute et une meilleure compréhension mutuelle.

La méthode socratique

Elle consiste à aider le patient à « accoucher » (la « maïeutique » : en grec, accouchement), à l'aider à résoudre son problème sans prêcher ni imposer

une solution. Il faut donc pratiquer le questionnement (l'ironie socratique : ironie en grec=question) plus que les jugements moraux ou donner des conseils directs. La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : « est-il bien toujours vrai que... ? » ; « n'y a-t-il pas d'autres solutions ? » ; « peut-on toujours dire cela ? » ; « est-ce une règle générale sans exception aucune ? » ; « si l'on considère le point de vue opposé, qu'est-ce qu'on pourrait dire ? », etc.

Utilisation de techniques cognitives

Tâches cognitives : patient et thérapeute se mettent d'accord sur des tâches cognitives à pratiquer en dehors des séances.

Résumé de séance : à la fin de chaque séance le thérapeute demande au patient de résumer ce qu'il a compris de la séance et le compare à ce qu'il a retenu lui-même.

Feedback : enfin le thérapeute demande au patient ce qui lui a plu et déplu dans la séance et, en cas de désaccord, étudie ce problème avec lui.

Un **agenda pour la prochaine séance** est fixé si un problème n'a pas été abordé complètement ou si un problème apparaît en fin de séance et qu'on ne dispose plus du temps nécessaire.

Séance 1 : présentation de la thérapie et étude des pensées automatiques

Une série de « messages » doit être clarifiée pour le patient.

Pensées et émotions : la thérapie cognitive considère que les réactions émotionnelles, telles que l'anxiété, la colère, la peur ou la dépression, résultent d'une interprétation inexacte des événements. C'est moins la réalité des faits que l'interprétation subjective de ceux-ci qui est à la base des émotions pénibles

Définition de la thérapie cognitive : « La thérapie cognitive va consister, dans un premier temps, à vous aider à mieux connaître vos pensées. Puis elle cherchera comment ces pensées déclenchent et maintiennent les émotions et les comportements dont vous souffrez et que vous désirez modifier. Enfin elle cherchera à remplacer les interprétations négatives par des interprétations plus réalistes. » Les principes de la thérapie cognitive sont simples :

« Lorsque vous êtes anxieux, déprimé, ou en colère vous pensez d'une manière illogique, systématiquement négative, et sans vous en rendre compte vous agissez à votre propre détriment. »

« Avec l'aide d'un thérapeute vous pouvez apprendre à identifier ces pensées et ces émotions négatives et à les modifier. »

« Lorsque ces sentiments et ces idées pénibles ont été modifiés vous devenez plus productif, vous vous respectez vous-même et de ce fait vous pouvez mener une vie plus heureuse. »

« Ces résultats peuvent être accomplis en une période relativement brève. »

Définition des pensées automatiques

La première séance consiste à repérer les émotions et les sentiments, et à les relier aux pensées et aux comportements. Il faut tout d'abord que soit clarifié ce que l'on entend par pensée automatique. La description suivante est proposée : « Une pensée ou une image mentale dont vous n'êtes peut-être pas conscient à moins de vous concentrer sur elle. Elle fonctionne malgré vous et son contenu est le plus souvent négatif » ; « La meilleure façon de prendre conscience de ce monologue subconscient est de fermer les yeux et de vous concentrer sur les pensées et les images qui viennent » ; « Une des meilleures façons de prendre conscience des pensées automatiques est de chercher les pensées qui accompagnent une forte émotion : colère, angoisse, dégoût, plaisir, etc. ».

Mise au jour des pensées automatiques

Principe : toujours partir de l'émotion pour chercher la cognition qui l'accompagne (l'émotion est la voie royale vers la cognition dit Beck).

Exemples :

- questions directes : « Que pensez-vous lorsque vous êtes en face d'une autre personne ? » ;
- découverte guidée par induction : progressivement le thérapeute aide le patient à suivre ses pensées automatiques en faisant un récit d'un événement qui a entraîné une émotion ;
- imagerie mentale : on peut demander au sujet de se représenter une situation sociale anxiogène et ensuite de se concentrer sur les pensées qui lui viennent à l'esprit ;
- sonde cognitive : lors d'un moment de forte émotion repéré par le thérapeute au cours de l'entretien (« Que vous vient-il à l'esprit ? »). Attention le problème anxiogène peut être avec le thérapeute, il faut être prêt à soutenir le patient dans l'exploration de pensées négatives vis-à-vis du thérapeute ;
- jeu de rôle provoquant une réponse émotionnelle ;
- prendre conscience de la signification des événements : « Qu'est-ce que cet événement représente pour vous ? ».

Isoler les pensées automatiques

On utilise des fiches à trois colonnes (tableau 9.2) où l'on isole les situations provocatrices, les émotions pénibles et les monologues intérieurs qui les accompagnent. D'abord en séance seront faits plusieurs exemples avec l'aide du thérapeute avant de proposer un auto-enregistrement hors des séances, dans la vie quotidienne en fonction des événements perturbateurs. Après plusieurs répétitions il sera possible d'arriver à une parfaite compréhension de ce phénomène.

Utilisation d'enregistrements audio

Le patient a la possibilité, s'il le souhaite, d'enregistrer les séances de thérapie cognitive individuelle. Il pourra également enregistrer les pensées, les situations ou les émotions qu'il désire travailler au cours de la séance suivante.

Tableau 9.2**Fiche d'auto-évaluation des pensées automatiques**

À remplir en cas de forte émotion pénible (angoisse, dépression, colère)		
Jour :	Heure :	
Situation	Émotions	Pensées automatiques
Décrire : 1 – L'événement précis produisant l'émotion déplaisante	1 – Préciser : triste, agressif(ve), anxieux(se), etc.	1 – Écrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion
2 – Le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou la rêverie, qui produisent l'émotion déplaisante	2 – Évaluer l'intensité de l'émotion de 0 à 8	2 – Évaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique de 0 à 8
...	...	...

Modification des pensées automatiques (séances 2 à 5).**Discuter les pensées automatiques**

Une fois les pensées isolées, il sera possible de les discuter en utilisant une technique qui consiste à se poser la question en termes d'alternatives (pour et contre), d'avantages ou de conséquences négatives.

Première étape : arguments pour et contre les pensées négatives (tableau 9.3)**Deuxième étape : avantages et désavantages des pensées négatives**

On discutera les avantages à court, moyen et long termes des pensées automatiques négatives (tableau 9.4).

Troisième étape : remplacer les pensées inhibitrices des conduites par des pensées orientées sur les conduites

À ce stade l'on cherchera :

- à repérer les pensées qui inhibent l'action (pensées inhibitrices des conduites ou PIC) ;

Tableau 9.3**Discussion des pensées automatiques**

Notez ci-dessous l'une de vos pensées automatiques. Évaluez le pourcentage de croyance en cette pensée. Faites ensuite la liste des arguments pour et contre cette pensée. Évaluez en pourcentage la valeur des arguments pour et contre.	
Pensée automatique :	
Pourcentage de croyance en cette pensée : ... %	
Arguments pour :	Arguments contre :
Valeur en % des arguments pour : ...	Valeur en % des arguments contre : ...
Réévaluez le pourcentage de croyance en cette pensée : ... %	

Tableau 9.4**Avantages et désavantages des pensées automatiques**

Écrire l'une de vos pensées automatiques négatives. Faites ici la liste des avantages et des désavantages à court, moyen et long termes, pour vous, d'avoir cette pensée automatique négative. Attribuer un pourcentage aux avantages et aux désavantages.	
Pensée automatique :	
Avantages : Court, moyen et long terme	Désavantages :
Avantages : ...%	Désavantages : ... %

• à isoler les distorsions cognitives qui sont à la base de cette mise en échec de soi (inférence arbitraire, généralisation, abstraction sélective, personnalisation). On les recherchera avec le patient d'une manière inductive :

- l'inférence arbitraire représente l'erreur logique la plus fréquente et la plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans preuves. Il s'agit de conclusions qui sont faites sur la base d'informations inadéquates. Il s'agit de réponses stéréotypées aux situations à partir d'un postulat de base,
- l'abstraction sélective consiste à se centrer sur un détail hors du contexte, de sorte que la forme et la signification globale de la situation ne sont pas perçues,
- la sur-généralisation : à partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée,
- la maximalisation et la minimisation consistent à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses,
- la personnalisation consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité, la dépendance, et l'agressivité et/ou l'indifférence des autres sera ainsi relié automatiquement à la responsabilité personnelle du sujet ;

• à les remplacer par des pensées plus « rationnelles » ou plus « réalistes », mais de toute manière orientées sur l'action (pensées orientées sur les conduites ou POC). Plusieurs exercices sur l'isolement et la confrontation des deux types de pensée seront faits en séance avant de conseiller au patient des tâches cognitives. La fiche du [tableau 9.5](#) sera remplie plusieurs fois avec le patient puis il s'efforcera de la remplir à partir d'expériences de la vie quotidienne pour en rediscuter lors des séances suivantes avec le thérapeute.

Tâches cognitives en situation sociale

Il s'agit de la mise en place d'un plan destiné à tester les pensées dans la réalité. Le thérapeute demandera au sujet de mettre en place une « expérience cognitive » qui comprend trois étapes :

Tableau 9.5
PIC, POC et distorsions cognitives

1.	Repérez les pensées qui inhibent habituellement vos actions, en particulier agir en public ou bien rencontrer d'autres personnes (PIC) : écrivez-les dans la colonne de gauche
2.	Isoler les distorsions cognitives qui sont à la base de ces pensées. Écrivez-les dans la colonne du milieu
	<i>Principales distorsions cognitives :</i>
	– l'inférence arbitraire consiste à tirer des conclusions qui vous sont défavorables sans preuves
	– l'abstraction sélective consiste à se centrer sur un détail qui vous est défavorable hors de son contexte
	<i>Sur-généralisation</i> : à partir d'un seul incident vous généralisez à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée
	Maximalisation et minimisation : elles consistent à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs et à dévaloriser les réussites et les situations heureuses
	Personnalisation : elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et vous-même
3.	Remplacez ces pensées inhibant les conduites par des pensées orientées vers les conduites socialement efficaces

- tout d'abord, avec l'aide du thérapeute, il construira un plan d'action ;
 - après avoir agi, il peut enregistrer le résultat de son action sur la fiche suivante ;
 - il discutera ce résultat avec le thérapeute au cours de la séance suivante.
- La fiche du **tableau 9.6** qui permet ce travail après une expérience dans la vie quotidienne sera rediscutée avec le thérapeute.

Modification des postulats (séances 5 à 15)

Isoler les postulats : recherche des thèmes et des scénarios ; à ce point, il sera possible de se poser plus profondément la question du sens pour le patient de sa peur des autres.

Tableau 9.6
Tâches cognitives

Définissez une action qui vous permet de tester la validité de vos pensées par rapport aux autres : par exemple parler dans un groupe. Après l'avoir réalisée, décrivez les conséquences sur les autres, sur vos propres émotions et sur vos pensées automatiques négatives habituelles.			
Action	Conséquences sur les autres	Conséquences émotionnelles	Conséquences cognitives : pensées automatiques modifiées

Les pensées automatiques seront regroupées en thèmes qui procèdent de postulats très généraux et d'une conception du monde acquise au cours de multiples expériences.

On recherchera les thèmes communs à plusieurs pensées automatiques, on étudiera les scénarios répétitifs de rejet, on cherchera à mettre en évidence les échecs répétitifs au cours de la vie du patient, pour en tirer les caractéristiques communes et un scénario plus général.

On peut aussi se référer à une liste de croyances telles que celles d'Ellis, présentées ci-dessus (tableau 9.1).

Les deux postulats principaux se traduisent par des règles de conduite (« Je dois ») :

- la soumission pour obtenir ou conserver l'affection des autres (« Je dois toujours et partout être aimé sincèrement et approuvé par toutes les personnes que j'estime importantes sinon je ne vauds rien. »). Si être en relation avec les autres risque d'aboutir à la perte d'approbation, le postulat va aboutir à un retrait social et au conformisme ;
- le postulat perfectionniste (« Je dois prouver tout le temps et toujours que je suis compétent, adapté et performant, avoir du talent et réaliser quelque chose d'important dans la vie, sinon je ne vauds rien. »).

Technique de la flèche descendante : le postulat qui résulte d'une « flèche descendante » peut se formuler ainsi : « Je dois toujours être brillant et dire des choses intéressantes pour les autres, sinon ma vie est un échec. » Il s'agit d'un postulat perfectionniste à conséquence autodéfaitiste : le silence et le retrait sont préférables à la prise de risque que représente la prise de parole.

Discuter les postulats en fonction de leurs conséquences : leur mise en question implique une analyse avec les patients de leurs conséquences à court, moyen et long terme. La discussion prolongée par une fiche (tableau 9.7) permet ce questionnement et la mise à jour de solutions plus réalistes et plus positives.

Tableau 9.7
Discussion d'un postulat

Écrivez ici un postulat (obligation, règle de fonctionnement, par exemple : je dois toujours être aimé et apprécié par tout le monde), puis discutez les conséquences positives et négatives pour vous de ce postulat. Essayez ensuite de discuter de manière plus réaliste de ce postulat.		
Postulat		
Conséquences positives	Conséquences négatives	Interprétations réalistes
À court terme :		
À moyen terme :		
À long terme :		
Solutions réalistes :		
Évaluation des résultats après la mise en œuvre d'un plan réaliste :		

Étude de cas : phobie sociale avec éreuthophobie

M. Paul R., 39 ans, est actuellement au chômage depuis six mois. Il est marié et père de deux enfants de 13 et 10 ans. Il s'entend bien avec sa femme et n'a pas de problèmes sexuels. Au cours de la première entrevue, M. R. se plaint de rougir facilement sans pouvoir se contrôler. Cette gêne a débuté dès l'enfance.

Antécédents

On ne note aucun antécédent médical ni chirurgical sérieux ; sa mère est en bonne santé et son père a eu un infarctus du myocarde récemment, ce qui l'inquiète beaucoup ; il a un frère sans antécédents particuliers, et une sœur qui présente également une éreuthophobie.

Analyse fonctionnelle (grille SECCA)

Situation

Il rougit en de nombreuses circonstances : s'il doit parler en public, s'il est ému, s'il se dispute et doit défendre son point de vue, s'il côtoie des personnes qui risquent de lui lancer des plaisanteries, de parler de sa femme ou de sexualité, s'il doit aborder un supérieur hiérarchique ou encore dans des situations plus anodines telles que téléphoner en public. Il dit n'avoir peur de rougir qu'au travail, au contact de ceux qui le contrarient ou le comprennent mal.

Il lui est impossible d'être « spontané, de se laisser aller ». Il n'arrive pas à être décontracté et il « doit se forcer pour chaque chose », ce qui le conduit souvent à subir les événements et à être dépendant des autres parce qu'il ne réussit pas à s'exprimer. De plus, il ne sait pas exprimer ses sentiments à ses enfants, son père et son épouse. Néanmoins, il n'a pas peur de rougir lorsqu'il est dans son milieu familial.

Émotion

Il se reconnaît une « tendance générale » au trac : trac avant d'entrer sur scène à l'époque où il jouait de la guitare électrique, trac également avant une réunion ou avant de partir en voyage. Il se voit dédoublé en décontracté et anxieux, comme s'il n'arrivait pas à se laisser aller à son naturel, s'il était « bloqué », mot qu'il répétera souvent en cours de thérapie.

Cognition

Les monologues intérieurs sont de type : « je vais être ridicule », « on va se moquer de moi ».

Signification personnelle :

- il précise sa peur enfantine, qui a persisté à l'âge adulte, d'affronter un père dominateur ne lui ayant jamais permis d'exprimer ses opinions et ses

sentiments (qu'ils soient positifs ou négatifs), père auquel il n'osait s'opposer et qui, selon lui, avait lui aussi des difficultés à parler de ce qu'il ressentait ;

- il note également qu'il a été transplanté en France très jeune. Il fait remonter ses troubles à son arrivée à L. où, émigré, il était la cible de ses camarades alors qu'il avait 10 ans.

Comportement

Bien que très mal à l'aise dans les situations sociales, il les évite peu. Il a même été délégué syndical dans son entreprise sans avoir eu de problèmes pour s'exprimer.

Anticipation

L'entrée en relation avec quelqu'un entraîne une peur de rougir. Imaginer que l'autre puisse s'en apercevoir et le lui fasse remarquer aggrave ce rougissement.

Contrat

Il a été traité par chimiothérapie (en particulier par du diazépam) et sans succès. Par ailleurs, il n'a jamais présenté d'épisodes dépressifs véritables.

À la fin de la première séance d'entretien, on lui proposera de le traiter par désensibilisation systématique et éventuellement affirmation de soi. On lui demande de coter de 0 à 100 les différentes situations phobogènes, ce qu'il fait de la façon suivante :

100 – Parler à la direction en tant que délégué.

100 – Les copains lui font une farce et lui en reparlent pour le faire rougir.

100 – Exprimer ses sentiments à quelqu'un, à sa femme.

90 – Prendre la parole, comme délégué par exemple.

80 – Discuter avec le directeur.

80 – Discuter de problèmes sexuels en groupe.

70 – Discuter avec un ingénieur.

50 – Discuter avec un employeur éventuel (on se rappelle qu'il est actuellement au chômage).

50 – Discuter de sa femme avec ses collègues, problèmes sexuels exclus.

40 – Avoir à commander les autres.

10 – Téléphoner en public.

Méthodes de mesure

Le patient aura eu six séances de désensibilisation systématique suivies de dix séances de jeu de rôle filmé avec vidéo-confrontation et vidéo-*feedback*, suivie de reprise du jeu. Le traitement durera sept semaines.

Les méthodes utilisées seront la classique désensibilisation et l'affirmation de soi. Les « modèles » sont représentés par deux thérapeutes qui jouent l'interaction. En outre, la vidéo-confrontation et la vidéo-*feedback* permettent d'isoler les éléments positifs du comportement du sujet, qu'il s'efforcera ensuite de répéter et de transférer dans la vie réelle.

Protocole

Nous avons utilisé un protocole dit A-B pendant quinze jours. Le sujet a été laissé sans intervention thérapeutique et simplement mesuré (phase A). Puis des évaluations hebdomadaires ont eu lieu durant la phase de prise en charge thérapeutique (phase B). Enfin, durant la postcure, deux points d'évaluation ont pu être faits, à trois semaines et deux mois de postcure. Ce type de protocole permet d'éliminer l'effet placebo lié aux attentes positives du sujet ; en effet, si la phase A montre une stabilité du comportement, on peut avec vraisemblance conclure que c'est l'introduction de la thérapeutique qui est responsable du changement et non pas les attentes thérapeutiques.

Mesures

Anxiété

Le sujet a rempli à chaque point de mesure (chaque semaine) :

- une échelle évaluant ses deux principales phobies qui sont prises comme comportements cibles (0 à 8) ;
- une échelle évaluant la présence et le degré d'attaques de panique (0 à 8) ;
- une échelle évaluant l'anxiété diffuse et le handicap qu'elle amène (0 à 8).

Personnalité

Avant le traitement, immédiatement après le traitement et à deux mois de postcure, le sujet a rempli l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI ou *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) de façon à évaluer les changements éventuels de profil de personnalité apparaissant après le traitement.

Échelle d'évaluation

Une échelle d'évaluation des capacités d'affirmation de soi (Rathus) a été également remplie avant et après traitement, ainsi qu'à deux mois de postcure. L'échelle de dépression de Hamilton est remplie aux mêmes points de mesure.

Évaluation des données enregistrées en vidéo

Elle a été conduite en utilisant l'échelle de Liberman, qui permet d'évaluer plusieurs dimensions du comportement social observé *in vivo* et sur vidéo (0 à 45). Cette grille était remplie par un des thérapeutes et par un évaluateur indépendant à partir de l'ensemble des séquences filmées. La grille permet d'évaluer trois dimensions : le langage corporel, la verbalisation et ses qualités, ainsi que la réalisation des tâches que le thérapeute conseille aux patients d'exécuter chaque semaine, pour reproduire dans la vie de tous les jours ce qu'il a appris en séance.

Déroulement de la thérapie

Après quatre séances incluant la prise de contact, le diagnostic, l'analyse fonctionnelle et la psychométrie, la thérapie proprement dite débute et se déroulera en onze séances.

Désensibilisation systématique (quatre séances)

Lors de la première séance, l'enregistrement vidéo est suivi d'une séance de relaxation que le patient aura à répéter chez lui, deux fois par jour, aidé par d'un enregistrement. On note des difficultés à relaxer la nuque et le visage.

Cette relaxation est poursuivie au domicile du patient et au cours des deux séances de thérapie suivantes. On débute par les items les moins phobogènes, à savoir téléphoner, avoir à commander et discuter de sa femme. La tâche attribuée consistera en la pratique à domicile d'une désensibilisation systématique et d'une exposition prolongée en réalité. Dans une deuxième séance de désensibilisation systématique, tous les items seront repris jusqu'aux plus phobogènes, cotés à 100, la tâche restant la même. Lors de la troisième séance de désensibilisation systématique, tous les items sont cotés à 0. Il est temps de passer au jeu de rôle.

Affirmation de soi (sept séances)

Travail à polarité affirmative

On débute par la scène non pas la moins phobogène, mais la plus urgente, à savoir une scène d'entretien avec un employeur éventuel ; cette scène sera répétée avec inversion des rôles, modèle, enregistrement vidéo et confrontation.

La séance suivante débute par une vidéo-confrontation avec la scène de jeu précédente ; le patient dit ne pas se reconnaître, il pensait s'exprimer plus mal et être moins sûr de lui. Puis, la même scène est reprise avec « *modeling* », incitation à un discours positif, mettant davantage en valeur la qualification du patient. Il a noté, durant la semaine, une modification certainement engendrée par les séances de relaxation : la peur de rougir déclenche maintenant une relaxation. La scène de l'employeur est répétée à une troisième séance, toujours avec enregistrement vidéo et *feedback*.

À la séance suivante un nouvel item est joué, à savoir une interpellation d'un collègue de bureau, le complimentant d'une façon provocatrice à propos de son épouse. Là aussi, la scène est répétée avec *modeling* et inversion des rôles, lui permettant de ne plus perdre sa contenance du fait de son émotion, mais d'être plus assuré, moins défensif.

L'accent est mis, durant cette séance et la suivante, sur son émotion et son éreutrophobie, ceci par la confrontation à l'enregistrement vidéo effectué pendant la scène du jeu de rôle.

Lors de la sixième séance de jeu de rôle, la tâche demandée, « demander un emploi », n'a pas été effectuée, le patient n'en ayant pas eu l'occasion. Il se dit plus à l'aise, supportant mieux de rougir, évitant moins les situations phobogènes, mais il reste anxieux de façon diffuse.

Travail à polarité expressive

Son problème essentiel, à ce stade de la thérapie, reste le manque de spontanéité dans l'expression de ses sentiments, ce qu'il explique être une séquelle des relations avec son père. On lui propose alors de chercher des situations

réelles, au cours desquelles il éprouve cette gêne, afin de pouvoir les jouer ; il s'agira de :

- faire un compliment ;
- faire un cadeau ;
- exprimer un sentiment de colère ou d'affection ;
- refuser quelque chose et exprimer de l'ennui ;
- exprimer de l'amitié ;
- exprimer de l'amour.

La scène du compliment est jouée : l'anxiété diminue, puis devient nulle ; le patient est « décontracté ». La scène du compliment est répétée avec inversion des rôles. M. R. est aussi gêné pour recevoir un compliment ou une désapprobation que pour les donner. On passe ensuite à une scène de cadeau :

- cadeau bien reçu ;
- cadeau entraînant une désapprobation ;
- cadeau à sa femme ;
- puis à son père.

La gêne ressentie est presque moins importante quand il y a désapprobation, que lorsqu'il reçoit une marque d'affection ou de reconnaissance.

Lors de la séance suivante, le patient rapporte qu'il a réussi à faire un compliment à sa femme, mais il n'a pas eu l'occasion de lui faire de cadeau, ni de voir son père. Après une vidéo-confrontation, on reprend la scène avec son père, scène dans laquelle M. R. doit exprimer son affection et son attachement à son père, dont le rôle est joué par le cothérapeute. Le rendez-vous suivant a été annulé, M. R. ayant trouvé un emploi et étant souvent en déplacement. C'est un point positif important de la thérapie et le patient dira lui-même que le jeu de rôle l'a aidé pour l'entretien d'embauche.

Postcure

Un mois après le traitement, M. R. est revu pour un enregistrement post-thérapeutique. Il se dit amélioré dans l'expression de ses sentiments envers sa femme, ce dont elle s'est également aperçue ; mais il se sent anxieux et « bloqué », il manque de spontanéité et il est obligé de faire un effort sur lui-même, tout en ne s'expliquant pas pourquoi.

Par ailleurs, il lui arrive encore, moins fréquemment qu'auparavant cependant, de rougir dans certaines circonstances mais de façon également moins intense : ce sont des circonstances parfois anodines, dans le cadre familial, sans qu'il se l'explique. Mais ce rougissement ne le gêne plus, ne l'empêche plus d'agir, ne lui fait plus peur et ne le conduit plus à l'évitement.

Trois mois après le traitement, lors de la deuxième séance de postcure, M. R. dit qu'il va bien : il rougit moins et rougir ne lui pose plus de problèmes ; il exprime mieux ses sentiments, mais se plaint toujours d'un manque de spontanéité et de « décontraction ». Par ailleurs, il reconnaît avoir été beaucoup aidé par les jeux de rôle mettant en scène son père ; cependant, il déclare toujours être « bloqué » en face de son père, qui est décrit comme assez « froid ».

Du point de vue professionnel, l'emploi que le patient avait obtenu pendant la thérapie a été abandonné en raison des déplacements fréquents qu'il impliquait ; mais un autre emploi le satisfaisant davantage a été trouvé, ce qui lui a permis de constater que son niveau professionnel était excellent, « supérieur à la moyenne », ce dont il ne s'était jamais aperçu auparavant, puisqu'il avait occupé le même emploi pendant quinze ans. En somme, les points les plus positifs de la thérapie ont été, pour le patient, la confrontation au père qui lui a permis de comprendre les origines de son « blocage », et les techniques vidéo qui lui ont redonné confiance en lui, puisqu'il s'est perçu comme étant moins « emprunté » qu'il ne le croyait.

Analyse des résultats

L'étude du protocole utilisé montre que les deux comportements phobiques pris pour objectifs sont stables durant les deux premières semaines avant que la thérapie soit instaurée. Ils se modifient durant la phase thérapeutique, mais l'éreutophobie décroît rapidement alors que la peur d'exprimer ses sentiments diminue seulement après l'introduction de scènes ayant trait aux difficultés d'expression des sentiments avec l'épouse ou le père du patient. Le profil initial du MMPI (minimult) est un profil névrotique grave. Globalement, le sujet passe à un profil névrotique plus léger après traitement. L'évaluation de la thérapie sur bande vidéo montre aussi une progression et une bonne corrélation entre les deux juges, bien que l'observateur indépendant tende à juger plus sévèrement les progrès du patient.

Conclusion

Les données de la recherche ont montré que, même si le changement cognitif était un processus important, la composante thérapeutique la plus cruciale était sans doute l'exposition. C'est sans doute cette composante d'exposition que véhiculent les techniques d'affirmation de soi qui préparent le sujet à affronter les situations sociales difficiles. Elle s'enracine dans une conception démocratique des relations humaines, mais surtout dans la pratique quotidienne des relations égalitaires et peut se résumer à sept messages principaux :

- 1 – Soyez respecté par les autres.
- 2 – Affirmez vos droits.
- 3 – Ne cherchez pas à être toujours aimé par tous.
- 4 – Ayez une image positive de vous-même.
- 5 – Lutte contre la dépression en agissant.
- 6 – Affrontez les autres.
- 7 – Peu importe l'échec, l'important est de s'affirmer.

Ces principes sont simples, même s'ils sont difficiles à mettre en pratique. Souvent, on doit faire précéder les groupes d'affirmation d'une phase de thérapie cognitive individuelle, car la plupart des patients sont trop fragiles pour aborder le groupe. La phase d'exposition sociale, dans un groupe, puis

dans la vie, s'avère cependant nécessaire pour obtenir un bon résultat (Cottraux et al., 2000).

Cungi (1996) puis Fanget (2003) ont développé un programme de thérapie par un livre qui propose une suite d'exercices pratiques pour les patients peu perturbés. Cependant, les formes graves de phobie sociale qui s'accompagnent souvent de dépression représentent un handicap important qui justifie des prises en charge structurées et parfois longues. La phobie sociale généralisée recoupe la personnalité évitante en bien des points (Heimberg et Becker, 2002). Le traitement dans ce cas peut durer jusqu'à un an et s'avérer difficile (voir chapitre 14 où un cas complexe de trouble de personnalité avec anxiété sociale est présenté).

Enfin, notons l'utilisation efficace par une équipe française de la réalité virtuelle dans les phobies sociales (Légeron et al., 2003) ; les résultats favorables de cette étude pilote demandent confirmation par des études contrôlées.

Bibliographie

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1974). *Your perfect right*. San Luis Obispo: Impact Press.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Éditions d'Applications Psychothéchniques.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., et al. (2000). Cognitive behaviour therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 6, 137-146.
- Cungi, C. (1996). *Savoir s'affirmer*. Paris: Retz.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fanget, F. (2003). *Oser, Thérapie de la confiance en soi*. Paris: Odile Jacob.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1974). *Responsible assertive behavior. Cognitive-behavioral procedure for trainers*. Champaign Illinois: Research Press.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism*. New York: Warner Books.
- Légeron, P., Roy, S., Klinger, E., et al. (2003). Thérapie par la réalité virtuelle dans la phobie sociale : étude préliminaire auprès de 36 patients. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 113-127.
- Lépine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Classification and epidemiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244, 290-296.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the united states. Using a clinical significance criterion to reconcile two estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-130.

10 Trouble obsessionnel-compulsif

On sait maintenant que les obsessions-compulsions représentent une affection fréquente qui touche plus de 2 % de la population générale. La TCC s'est révélée être le traitement le plus efficace mais aussi le courant cognitivo-comportemental qui a fait le plus de recherches aussi bien sur la pratique psychothérapique, que sur la compréhension théorique du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), en particulier au niveau des études d'anatomie fonctionnelle des patients traités ou non (Cottraux, 1998). La TCC a été la première thérapie étudiée avec la caméra à positons qui a montré des changements neurobiologiques concomitants à l'effet psychothérapique de patients traités par exposition et restructuration cognitive (Baxter et al., 1992).

Traitement des rituels

Principes

Meyer (1966) est le premier comportementaliste à avoir proposé une thérapie réellement efficace. Les patients qui étaient hospitalisés devaient rester dans les situations qu'ils évitaient en présence des thérapeutes présents 24 heures sur 24 pour les aider à ne pas émettre des rituels. Après que les rituels compulsifs avaient été éliminés, les patients étaient exposés progressivement aux situations anxiogènes. Cette étude initiale montrait le rôle de l'exposition à la situation anxiogène et de la prévention de la réponse ritualisée. Cette méthode a été ensuite validée par Marks (1987).

Techniques : exposition et prévention de la réponse ritualisée

Aspects relationnels

L'exposition doit avoir lieu dans une atmosphère de collaboration : pas d'improvisation mais des contrats successifs ; le patient doit être prévenu des risques de montée d'anxiété. Une tâche minime *in vivo* lui est demandée d'emblée (par exemple, toucher le sol propre s'il a peur de la saleté) : cette tâche doit correspondre à ce qu'il pourrait faire de lui-même sans la présence d'un thérapeute. Il doit être en confiance avec le thérapeute qui ne fera pas d'exposition surprise, mais le préparera insensiblement à affronter des situations qu'il sait pénibles.

Le thérapeute sera un modèle : il précédera le patient dans ses difficultés d'affrontement en lui montrant ce qu'il faut faire par étapes. La difficulté

doit être fragmentée en autant d'étapes qu'il est nécessaire. Le thérapeute doit être ferme mais aussi posséder des capacités d'improvisation et de jeu pour ne pas remplacer le rituel du patient par une thérapie ritualisée. Le patient, souvent, doute de la thérapie et préfère garder ses illusions de contrôle des dangers potentiels par les rituels. Dans la mesure où il a « toujours » exécuté ses rituels, il pense que « toujours » il a empêché le pire. Or, le thérapeute lui enjoint, comme disait l'une de nos patientes, « de faire et de penser le pire ». Cette patiente avait pour tâche à domicile de toucher les appareillages électroniques et électriques, les revêtements en Téflon® et ses grains de beauté : toutes pratiques qu'elle pensait susceptible de donner le cancer aux autres. Finalement, elle avait résumé ce qu'elle avait à faire dans la thérapie par la formule suivante : « Je dois toujours et tout le temps faire le pire et penser le pire de ce que je fais. » Ce qu'elle fit, car elle nota rapidement que son anxiété et ses rituels diminuèrent rapidement.

Le thérapeute montre que, sans les rituels, il ne se passe rien de grave sinon un état d'anxiété qui atteint rapidement un plateau pour décroître en quelques heures. Il doit être à la fois patient, obstiné et capable d'accepter l'imperfection d'un résultat qui de toute façon est préférable à l'état initial. L'élimination totale des rituels est rare. Ramener le patient au-dessous d'une heure par jour de rituels, ce qui permet une vie normale, apparaît comme une ambition raisonnable.

Aspects techniques

La durée d'un traitement est en général de six mois à raison d'une ou deux séances par semaine. En général, vingt à vingt-cinq séances d'une durée moyenne de deux heures pouvant aller parfois jusqu'à trois heures sont nécessaires. La combinaison d'exposition, qui réduit l'anxiété, de prévention de la réponse, qui modifie la fréquence des rituels, et d'exposition en imagination (*flooding*) qui change les cognitions anxieuses et les anticipations, représente la meilleure combinaison surtout pour modifier les rituels de vérification. Le traitement commence après une analyse fonctionnelle qui consiste à préciser les facteurs de déclenchement et de maintien des problèmes cibles : facteurs environnementaux, émotionnels, cognitifs et interpersonnels.

Exposition *in vivo*

La séance consiste, après un entretien et une revue de la semaine écoulée, en une « immersion progressive » dans la situation redoutée ; par exemple, pour une patiente ayant une peur de la saleté, elle devra toucher d'abord le bureau du thérapeute, puis le sol, puis les poignées de porte, puis les poignées de porte des W.-C., puis les murs, etc. Le thérapeute planifie au départ la séance avec la patiente qui sait jusqu'où, dans cette séance, on ira trop loin. L'exposition doit être prolongée au moins quarante-cinq minutes ; en effet, la présentation brève de la situation anxiogène risque de sensibiliser le patient, alors que le but de l'intervention est lui apprendre qu'il existe un autre moyen que le rituel pour réduire l'angoisse. Le thérapeute doit attendre que la patiente ait amorcé la redescende d'une courbe d'anxiété.

L'anxiété est mesurée toutes les cinq minutes en demandant de chiffrer l'angoisse subjective de 0 (pas d'anxiété) à 8 (anxiété maximale). Ces résultats sont enregistrés sur un graphe ou notés sur un papier. Il convient avant de démarrer l'exposition de noter la valeur de l'anxiété de base indépendante de toute présentation réelle du *stimulus* anxiogène. C'est le retour à cette valeur, à une valeur inférieure ou une valeur proche qui permettra de dire que le sujet a réalisé une habitude. Un autre critère d'arrêt est représenté par une chute d'au moins 50 % par rapport au maximum.

Prévention de la réponse ritualisée

Tout au long de la séance d'exposition le thérapeute aide le patient à résister au besoin de ritualiser. Par exemple, la patiente qui présente un rituel de lavage n'aura le droit de se laver les mains qu'à heure fixe et une seule fois après la séance thérapeutique d'une durée de deux heures pendant laquelle elle se sera « salie ». Cet apprentissage sera prolongé par des tâches de généralisation à réaliser à domicile. Par exemple, porter un objet « sali » dans son sac à main et toucher les poignées de porte à domicile sans se laver les mains ou se les laver une seule fois.

Prescription de tâches à domiciles

Les tâches d'exposition sont rediscutées et évaluées à chaque séance. Des fiches sont souvent utilisées à cet effet, donnant des tâches comportementales et permettant d'évaluer l'anxiété et l'évitement. Des recherches ont montré qu'une supervision 24 heures sur 24 n'est pas nécessaire dans la plupart des cas et que la prescription de tâches d'exposition avec prévention de la réponse autogérée est en général suffisante chez les obsessionnels peu ou pas déprimés.

Flooding (exposition en imagination)

Imaginer les pires catastrophes sans ritualiser si l'on est un vérificateur, ou d'être sali ou contaminé, au moins durant quarante-cinq minutes et jusqu'à ce que le processus d'habitude se mette en place comme dans les séances d'exposition *in vivo*. En général, une dizaine de séances sont nécessaires, avec des tâches quotidiennes faites par le sujet lui-même à domicile pour reproduire les séances en imagination. Cette pratique serait la plus économique dans la mesure où elle reproduit les modalités habituelles d'intervention des psychiatres ou des psychologues.

Il est parfois utile d'inclure l'entourage dans des contrats d'exposition dans la mesure où le patient l'oblige à se plier à sa conception de l'ordre, de la propreté et le force même à accomplir des rituels à sa place. Dans certains cas, il faut intervenir à domicile pour modifier des rituels complexes. C'est le cas en particulier des collectionneurs qui conservent à domicile des objets dont ils ne peuvent se séparer et qui résistent aux pressions de l'entourage.

La prise en charge de groupe pour le traitement ambulatoire des patients obsessionnels traités avec leur conjoint a été utilisée pour mettre en route des traitements par exposition et des prises en charge à domicile. L'hospitalisation

est parfois nécessaire dans les cas graves qui s'accompagnent de dépression, mais la plupart des obsessionnels sont traités en ambulatoire.

Rituels de lavage et rituels de vérification

Rituels de lavage

Proches des phobiques simples, ces patients répondent bien à l'exposition. Le traitement est plus simple et peut se ramener à l'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes avec prévention de la réponse ritualisée.

Rituels de vérification

Le traitement de ces patients est plus difficile car il faut modifier finalement un système d'interprétation de la réalité qui pousse sans cesse le sujet à chercher des réassurances. Des études contrôlées ont montré la nécessité d'associer, à l'exposition aux situations anxiogènes et à la prévention de la réponse, des séances de *flooding* (exposition en imagination) chez les « vérificateurs ». En effet, la situation qui déclenche les compulsions étant imaginaire il n'est guère possible d'y exposer le patient sinon par une méthode cognitive. Les ruminations ne sont pas prédictibles. Elles peuvent survenir n'importe où et n'importe quand, sans les contraintes qui limitent les comportements rituels (nécessité de travailler, critiques des rituels, ridicule). L'exposition *in vivo* agit d'autant mieux que l'on peut prédire que le sujet va répondre à un *stimulus* extérieur qui est facilement reproductible au cours des séances de thérapie. C'est ce qui explique la facilité relative du traitement des rituels de lavage et la plus grande difficulté du traitement des rituels de vérification.

Thérapie cognitive : traitement des rituels et des ruminations

Elle représente une extension de la thérapie comportementale et des techniques d'exposition.

Analyse fonctionnelle des obsessions

On distingue quatre niveaux dans l'analyse fonctionnelle cognitivo-comportementale du déroulement d'une obsession-compulsion (Salkovskis, 1985).

La pensée intrusive

La pensée intrusive est une pensée obsédante étrangère au sujet et répugnante. Il n'y a pas de différence de contenu entre les obsessions de sujets normaux et celles de sujets obsessionnels. Plus de 80 % des sujets normaux présentent de telles pensées qui diffèrent simplement de celles des sujets pathologiques par leur fréquence, leur durée, le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficultés et qu'elles entraînent assez rapidement une réponse d'habituation. L'obsession anormale différerait de l'obsession normale par des mécanismes perturbés d'habituation.

Schémas de danger

Les postulats sont organisés en schémas de dangers qui se présentent sous une forme impérative. Par exemple, l'on doit toujours être vigilant par rapport aux dangers que l'on peut soi-même provoquer, sinon l'on est responsable. Cette responsabilisation excessive pourrait représenter l'intériorisation d'injonctions parentales qui imposent un code social rigide visant le contrôle des actes et de leurs conséquences.

Pensées automatiques

Elles représentent une appréciation négative des pensées intrusives : « C'est épouvantable de penser comme cela, j'ai pensé au chiffre treize, je vais être responsable de la mort de quelqu'un. »

Pensées et comportements de neutralisation (rituels internes et externes)

La pensée automatique est une pensée conformiste, acceptable par le sujet. Elle tente de rétablir l'ordre moral et de neutraliser l'anxiété déclenchée par la pensée intrusive. Par exemple, l'obligation de compter mentalement en évitant le chiffre treize sinon tout est à recommencer. Les rituels externes sont eux aussi destinés à rétablir l'ordre et réduire l'anxiété. Un élément important et quasiment constant dans les rituels est la tentative de transférer sur autrui la responsabilité imaginaire. Ainsi un patient téléphonera inévitablement à son thérapeute pour lui demander s'il ne risque pas de transmettre le cancer en serrant la main des autres. Le rassurer n'aboutira qu'à l'aggraver dans la mesure où ce transfert de responsabilité est un nouveau rituel qui lui sert à réduire momentanément l'anxiété et la culpabilité.

Les compulsions ont pour but de terminer l'exposition aux *stimuli* redoutés et les systèmes de croyances irrationnelles s'en trouvent renforcés. La prévention de la réponse ritualisée permet au sujet de constater que ses craintes ne se réalisent pas, bien que le rituel n'ait pas été émis.

Techniques cognitives

Un certain nombre de techniques peuvent être utilisées en fonction des problèmes particuliers de chaque patient.

Isoler la pensée intrusive et « décatastropher »

La pensée intrusive annonce en général des catastrophes épouvantables, qui s'enchaînent les unes dans les autres. La technique de la flèche descendante permet de mettre en évidence cette cascade de conséquences. La pire conséquence est-elle possible ? Quels sont les arguments pour et contre les conséquences que le patient imagine ?

Réattribution de la culpabilité

Le sujet peut-il être blâmable pour tout ce qui va mal dans le monde ? N'est-il pas grandiose de vouloir éviter tant de catastrophes ?

Isoler et discuter les pensées intrusives et leurs relations avec les rituels

La technique de la flèche descendante (et si le pire arrive, que va-t-il se passer ?) permet d'isoler une cascade de conséquences qui risquent d'apparaître si le sujet n'émet pas de pensées automatiques neutralisantes et/ou des rituels. Ce qui permettra la mise à jour de postulats.

Isoler et discuter les postulats

L'étude des pensées automatiques permet de mettre en évidence des thèmes répétitifs qui s'organisent en postulats. Ceux-ci pourront, une fois mis à jour, être discutés. Il ne faut jamais transformer une discussion concernant les postulats obsessionnels en une lutte de pouvoir. Quand le sujet bloque la discussion il faut acquiescer, résumer les points abordés et recommencer. Le thérapeute aide le sujet à découvrir ses pensées intrusives et à remonter, d'une manière inductive, de ces pensées vers les postulats qui les sous-tendent, sans le confronter d'une manière trop didactique à leur caractère erroné. Il cherche à générer chez le sujet une attitude de mise en question de ses croyances les plus inébranlables. Comme pour la dépression, il s'agit de remplacer une pensée unilatérale par une conception plus relativiste. On peut aussi se servir de fiches en deux colonnes où le sujet écrit dans une colonne ses pensées obsédantes et leur oppose dans une autre colonne des pensées alternatives, plus rationnelles. Ce travail effectué en séance se poursuivra au cours de tâches à domicile et sera ensuite mentalisé et utilisé au cours des séances d'exposition.

Utilisation de cassettes où sont enregistrées les pensées obsédantes

La pensée intrusive énoncée par le sujet lui-même est présentée de façon répétitive sans laisser le temps à la neutralisation d'apparaître (bande en boucle). Cette technique d'habituation peut être réalisée en séance, puis au cours de tâches à domicile programmées avec le patient.

Tâches d'exposition avec prévention de la réponse et responsabilisation

Elles sont souvent précédées d'exposition prolongée en imagination, ce qui prépare le sujet en ménageant son angoisse. Avant de réaliser cette tâche, il faudra souvent utiliser une technique de résolution de problème qui permette au patient de peser les avantages à long terme (la guérison par habituation) et les désavantages à court terme (l'anxiété).

Cinq points sont importants dans les thérapies cognitives des obsessions-compulsions

1. Ne pas rassurer le patient, même une seule fois, si cela est humainement possible. Il faut expliquer au patient les raisons de cette attitude :

rassurer va l'aggraver. Les obsessionnels sont rarement surpris par cette explication ; ils la connaissent même, surtout s'ils établissent une pression culpabilisante sur le thérapeute pour qu'il se montre « humain », « bon » et « rassurant ».

2. Renvoyer le patient à sa propre responsabilité de ne pas ritualiser, et ne pas faire porter seulement sur le thérapeute cette responsabilité.

3. Montrer le caractère normal et banal des pensées obsédantes avec des exemples concrets.

4. Insister sur le point central qu'est l'habituation des pensées obsédantes : habitude brève chez le sujet normal qui a de « mauvaises pensées », et habitude longue chez le patient obsessionnel.

5. Montrer que le trouble obsessionnel est moins dans l'idée intrusive et son contenu immoral que dans la lutte qui s'instaure pour réduire le scandale perçu par le patient. Finalement, il faut habituer le patient à ne pas lutter contre le désordre, celui de la pensée comme celui des objets.

Techniques cognitives pour faciliter l'exposition : histoire de cas

Un de nos patients, âgé d'une quarantaine d'années, vérifiait sans cesse dans la rue la possibilité d'un accident. Il mettait même ses mains en œillère pour ne pas risquer de voir ce qu'il redoutait d'apercevoir : un corps humain écrasé par une voiture.

De ce fait, il eut un accident grave au cours de vérifications et il fut obligé de limiter au strict minimum ses sorties. Il ne présentait pas d'état dépressif caractérisé, mais il était handicapé par ses pensées obsédantes, qui s'accompagnaient d'hésitations quant au choix entre sa femme et une autre partenaire.

Deux thérapies d'orientation analytique n'avaient pu résoudre les problèmes de ritualisation bien qu'elles aient accru les capacités d'introspection du patient, ce dont notre thérapie a sans doute bénéficié. Il n'arrivait pas à mettre en route un programme d'exposition avec prévention de la réponse ritualisée malgré une quinzaine de séances de *flooding* en imagination où il devait imaginer les pires catastrophes. À la vingt-et-unième séance de thérapie, il chiffrait à 20 % les avantages d'une exposition sans rituel de vérification. C'est alors qu'une intervention cognitive fut mise en place. Le patient utilisait, avec l'aide du thérapeute, la technique de flèche descendante pour étudier les obstacles cognitifs à l'exposition. Ce qui se formulait par la question répétitive : « Quelle est la pire conséquence et si cette conséquence arrive, qu'est-ce que cela représente pour vous ? »

Thérapeute : « Imaginez que vous sortez dans la rue sans ritualiser, quelle est la pire conséquence ? Et qu'est-ce que cela représente pour vous ? »

Patient (*utilise la technique de flèche descendante*) : Je dois vérifier que quelqu'un n'est pas mort écrasé (*pensée intrusive*).



Si je ne vérifie pas, je serai forcément angoissé (*pensée intrusive*).



Je serai coupable de non-assistance (*pensée automatique*).



Je deviendrai irascible (*émotion*).



Je ne pourrai plus me maîtriser (*émotion*).



Je deviendrai fou et perdrai tout contrôle (*postulat*).



Je pourrai tuer ma femme et finir en prison (*postulat*).

Thérapeute : « Si vous allez dans les rues sans vérifier, vous risquez de tuer votre femme. Il s'agit d'une conséquence imaginaire dont vous n'aviez jamais parlé : on peut donc se demander si le postulat, qui est sous-jacent à vos pensées et votre comportement, n'est pas la peur de tuer votre femme après avoir perdu tout contrôle sur vous-même. À quel point croyez-vous que vous risquez de tuer votre femme si vous sortez sans vérifier ? »

Patient : « À mon avis il n'y a pas de risque. Je crois surtout que cela retentira sur mon travail. »

Thérapeute : « Vous pouvez peut-être organiser vos séances d'exposition un jour où vous n'avez pas de travail de façon à ne pas être gêné par un résidu d'anxiété ; ce qui représente un risque tout à fait réel. Pouvez-vous maintenant chiffrer les avantages d'une exposition ? »

Patient : « 80 % ; de toute façon si j'ai trop de difficultés avec ma femme je peux les résoudre autrement qu'en la tuant. »

Comme on le voit, cette méthode amène la mise à jour et la modification d'un système de croyance qui n'était pas apparu auparavant. Par la suite, le patient devait résoudre ses problèmes obsessionnels en affrontant systématiquement, sans ritualiser, le fait de sortir dans les rues et de conduire. Il n'avait reçu aucune médication durant la thérapie. Le suivi de trois ans a montré un bon résultat. La [figure 10.1](#) résume les interventions et leurs résultats.

Sa femme a consulté un an après la fin de la thérapie du mari et fait une thérapie dans le service avec succès. Elle présentait des obsessions de vérification voisines de celles de son mari : elle avait peur de renverser

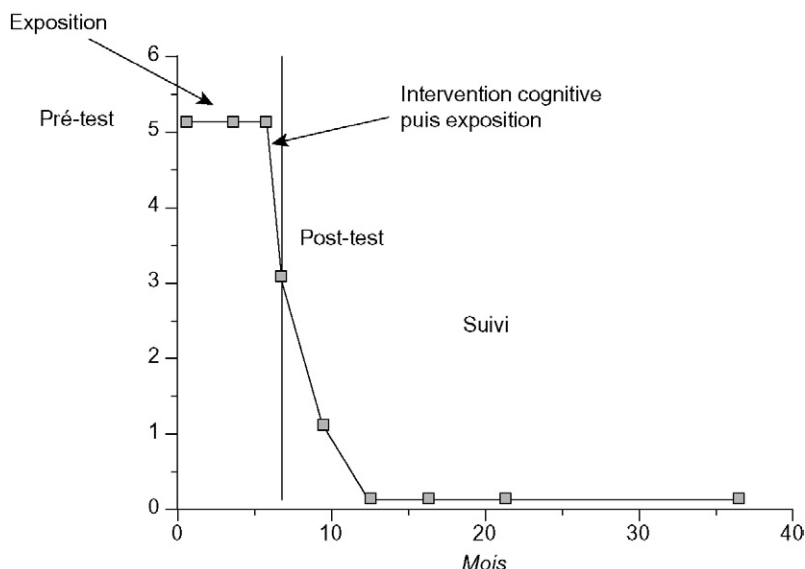


Figure 10.1
Thérapie comportementale puis cognitive. Durée des rituels de vérification par jour.

quelqu'un en voiture et vérifiait sur le rétroviseur. Enseignante, elle comptait et recomptait ses élèves sans cesse. Du fait d'une dépression, elle reçut de la fluvoxamine pendant six mois ; puis, du fait d'anxiété en situation sociale, elle effectua un travail sur des problèmes d'affirmation de soi par rapport à des difficultés de contact qui se déroulent au travail et dans la vie sociale. Elle effectua une thérapie de groupe de quinze séances avec un bon résultat. Cependant, les problèmes du couple sont restés entiers : ni divorce ni solution au problème de la vie extraconjugale. Une thérapie de couple a été effectuée et a finalement abouti au fait que le couple ne se sépare pas.

Cas clinique : trouble obsessionnel-compulsif avec cancérophobie – modifications des systèmes de croyances

D. a 36 ans et vient pour des obsessions et des compulsions qui ont trait au cancer. Alors qu'il avait 8 ans, il a perdu un de ses frères cadets, victimes d'un cancer. Cet événement avait été vécu d'une manière très douloureuse, par lui et sa famille : sa mère était restée déprimée durant un an. Ce deuil n'avait pas laissé de traces apparentes. Entre 8 et 22 ans, il se croyait

invincible. Mais « la vieille blessure s'est rouverte ». Il a commencé à présenter des manifestations anxieuses, qu'il attribue à un effet retardé de la mort de son frère. Il évite les poubelles, les panneaux publicitaires qui font de la publicité pour les associations de lutte contre le cancer, coupe la télévision dès qu'il est question de cancer. Il est obsédé par le mot cancer comme un « disque rayé qui jouerait dans sa tête ». S'il voit ou entend un spot publicitaire sur le cancer, il doit marcher en arrière ou rentrer chez lui pour repartir. Ou bien il est obligé de faire et refaire des comptes à son bureau. D. présente environ deux heures de rituels par jour et une heure et demie de pensées obsédantes. Le déclenchement de ses troubles est dû à la naissance de son fils. Lorsque sa femme était enceinte, il avait peur que son fils ne présente un cancer ; il a été perturbé jusqu'à ce que son fils dépasse l'âge de 4 ans, l'âge auquel était mort son jeune frère. Quand son frère était mort, il n'avait pas réagi, il n'avait pas pleuré : il n'a réalisé le décès de son frère que lors de la grossesse de sa femme. Il s'est alors senti coupable de cette mort. Dès que quelqu'un a le cancer dans son entourage, il a peur d'avoir « pris » le cancer par contact et ensuite de le transmettre à d'autres et d'en être responsable ; il évite donc de serrer les mains. Et ce bien qu'il sache de manière certaine que ce mode de transmission n'est pas possible.

D. a effectué une thérapie analytique de sept ans à raison d'une fois par semaine. Du fait d'un état dépressif, il est ensuite traité par fluoxétine (20 mg), durant plusieurs mois, ce qui a amélioré la dépression et un peu les rituels. Malgré cette amélioration, il présente toujours au moins une à deux heures de rituels de vérification par jour et des pensées obsédantes fréquentes, ce qui le pousse à entreprendre une thérapie comportementale et cognitive.

L'évaluation montre que l'on peut classer l'intensité d'anxiété et d'obsessions provoquées par le cancer sur une échelle de 100 (maximum d'anxiété) à 20 (minimum d'anxiété).

100 – Rendre visite à un cancéreux à l'hôpital.

90 – Écrire le mot cancer.

90 – L'annonce que le président de la République est mort d'un cancer.

80 – Être en relation avec un cancéreux soigné.

60 – Parler du cancer en général.

50 – Un panneau publicitaire de la Ligue contre le cancer ou de l'ARC.

40 – On annonce que quelqu'un de célèbre souffre d'un cancer.

30 – Lire une revue sur le cancer.

20 – Les mots qui tournent autour du cancer : le « tropique du cancer ».

La thérapie débutera par des séances d'exposition progressive en imagination puis en réalité aux diverses situations mentionnées ci-dessus. Le patient s'améliore, mais considère que l'on ne s'est toujours pas attaqué au cœur du problème. À la onzième séance, l'on recentre à ce moment le travail sur la culpabilité et la responsabilité. En particulier la peur de transmettre le cancer aux autres et sur la mort de son frère. Ce qui l'amène à

reprendre son histoire d'une manière un peu différente. Il a en apparence bien supporté la mort de son frère jusqu'à l'âge de 20 ans où il a eu une aventure avec une jeune femme qui est tombée enceinte. Comme ils ne voulaient pas garder cet enfant, ils ont fait effectuer une IVG. Deux ans plus tard, il s'est marié avec une autre femme. Pendant la grossesse de sa femme, il a eu peur que Dieu le punisse à travers son enfant. Il lui est alors conseillé de demander à un prêtre de sa religion ce qu'il pense du problème.

Lorsqu'il revient la séance suivante, il se sent beaucoup mieux, contrôle nettement mieux ses pensées obsédantes de cancer qui, au lieu de durer trente minutes, sont éliminées en cinq minutes. Il s'habitue beaucoup plus vite à leur impact émotionnel lorsqu'elles apparaissent spontanément ou lorsqu'il fait à domicile des séances où il doit affronter la pensée obsédante sans la fuir ou la neutraliser. Il n'a pas vu de prêtre. Pour faciliter cette approche, il lui est demandé de fonctionner comme un prêtre qui aurait devant lui un pécheur tel que lui. Il dit alors qu'un prêtre dirait à cet homme que ses bonnes actions équilibrent ses mauvaises à condition de faire le plus de bien possible pour réparer. Le thérapeute fait alors remarquer le « double standard » qui est à l'origine de sa culpabilité : application des règles habituelles de sa religion pour les autres et application d'une règle particulièrement dure pour lui. Il s'en va rasséréné. Petit à petit, les choses s'améliorent, il peut passer devant le centre anticancéreux. Il est allé voir un prêtre qui a eu l'attitude déculpabilisante escomptée. La fréquence des rituels tombe à une demi-heure par jour. Il peut diminuer la fluoxétine à 10 mg et terminer la thérapie après vingt séances effectuées sur six mois comme prévu. D. présente une brève recrudescence de ses obsessions cinq mois après l'arrêt du traitement. Un rappel de trois séances de thérapie cognitive et la reprise du programme d'exposition – à savoir la lecture d'ouvrages sur le cancer, passer devant les hôpitaux – permettront un retour à un état satisfaisant qui se maintient plus de trois ans après le début de la thérapie.

L'évolution du cas est illustrée par la [figure 10.2](#) représentant le score de l'échelle de Yale-Brown qui est une mesure standardisée de l'obsession-compulsion :

- avant et immédiatement après la thérapie cognitive ;
- trois mois après le traitement ;
- lors de la rechute à cinq mois ;
- lors du rappel de traitement à six mois (M6) ;
- du suivi à plus de trois ans qui montre la stabilité du résultat.

Le patient prend toujours 10 mg de fluoxétine.

Conclusion

Les données actuelles de la recherche suggèrent que les thérapies comportementales et les thérapies cognitives obtiennent des résultats identiques sur

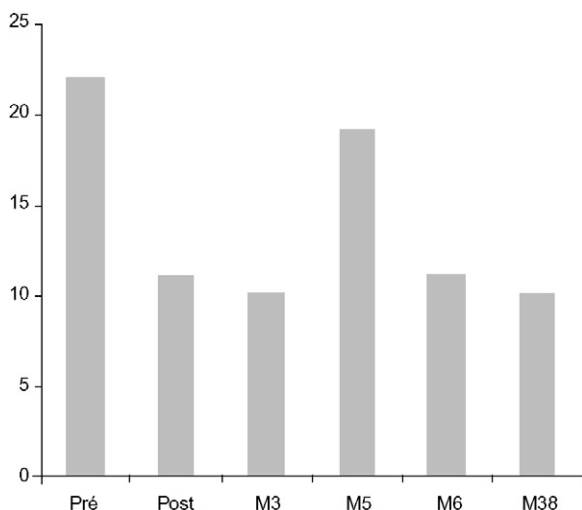


Figure 10.2

TOC avec cancérophobie, suivi de trente-huit mois.

Les seuils de l'échelle de Yale-Brown de Goodman (version française Mollard et al., 1989) sont les suivants : 0-7, infraclinique ; 8-15, léger ; 16-23, modéré ; 24-31, sévère ; 32-40, extrême.

les rituels et les pensées obsédantes (Cottraux et al., 2001). Malgré les progrès accomplis ces dernières années, les résultats des thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles obsessionnels-compulsifs sont encore insatisfaisants et justifient de plus amples recherches à la fois psychologiques et biologiques.

Bibliographie

- Baxter, L., Schwartz, J., Bergman, K., et al. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Cottraux, J. (1998). *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Paris: Odile Jacob.
- Cottraux, J., Ivan Note, I., Yao, S. N., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behaviour therapy in obsessive compulsive disorder subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals : panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Meyer, V. (1966). Modifications of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Traduction et adaptation des échelles d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Y BOCS). *L'Encéphale*, 15, 335-341.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems. A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

11 Trouble anxieux généralisé

La prévalence de l'anxiété généralisée ou TAG (trouble anxieux généralisé) est d'environ 4 % de la population générale sur six mois. Elle est souvent vue par les médecins généralistes et se manifeste par des soucis incoercibles et des manifestations chroniques d'angoisse physique. Ce trouble est souvent comorbide avec la dépression.

Clinique et analyse fonctionnelle

La caractéristique principale de l'anxiété généralisée est l'inquiétude ou souci. Le patient anxieux a peu de contrôle sur des intrusions cognitives consistant à imaginer un futur systématiquement dangereux. Le souci devient un moyen qu'il perçoit comme efficace pour prévenir et éliminer le danger. Il aura l'illusion de contrôler son environnement. Les soucis gravitent habituellement autour des thèmes de l'argent, de la perte de travail, de la maladie, de l'organisation familiale ou d'activités banales telles que la peur systématique de manquer un bus ou d'être en retard à un rendez-vous. Dans les cas graves, on peut même parler de « peur de tout » (Mollard, 2003).

Borkovec et Inz (1990) indiquent que 91 % des patients souffrant d'anxiété généralisée se font des soucis excessifs au sujet d'événements mineurs ou anodins. Ce sont les aspects incontrôlables et excessifs de ces inquiétudes qui les font le plus souffrir. À la différence de l'obsessionnel qui lutte contre des craintes et des images mentales construites sous la forme de scénarios complexes dont l'irréalisme apparaît à tout le monde (peur d'être contaminé ou de provoquer par la pensée ou la négligence des catastrophes), l'anxieux généralisé ressent des craintes réalistes et banales. C'est seulement l'excès d'intensité de ces craintes, la recherche constante de la réassurance en particulier auprès des médecins, des conduites magiques de contrôle et surtout l'association de ces craintes à un syndrome persistant d'anxiété physique, qui alerteront le clinicien. Craske et al. (1992) ont proposé un système d'analyse fonctionnelle des cognitions anxieuses qui part d'un état d'excitation émotionnelle et aboutit à l'incapacité de faire face aux aléas mineurs de l'existence (figure 11.1).

Méthodes d'intervention

Bien que les travaux récents se soient surtout centrés, ces dernières années, sur les processus cognitifs conscients et inconscients (au sens d'automatique) de l'anxiété généralisée, l'un des piliers du traitement reste la relaxation qui vise à réduire l'hyperactivité du système nerveux végétatif. Cependant, actuellement, elle est rarement utilisée comme seule intervention thérapeutique

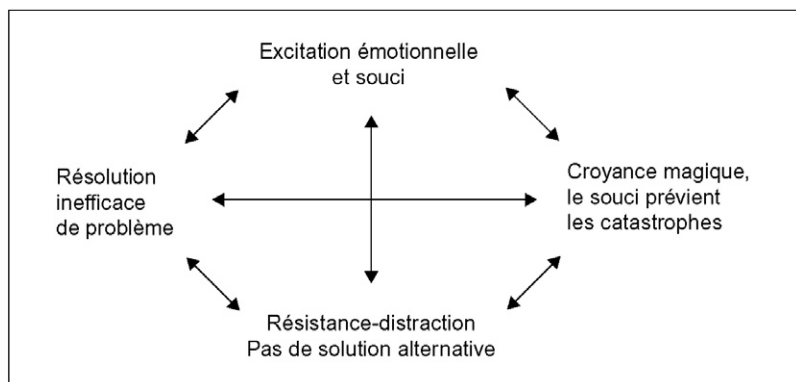


Figure 11.1
Anxiété généralisée.

dans la mesure où les études contrôlées n'ont montré qu'un effet très limité de la relaxation « pure » ou du *biofeedback* « isolé », sans intervention cognitive ou comportementale associée (Barlow et al., 1992).

La relaxation

Les méthodes de relaxation dérivent probablement toutes du yoga ou des pratiques thérapeutiques corporelles utilisées en Chine depuis deux ou trois millénaires sous le nom de qì gong (Yao, 1993). D'une manière moins exotique, la relaxation est présentée sous trois formes principalement : le training autogène de Schultz, la relaxation musculaire progressive de Jacobson ou le *biofeedback* renvoyant une information sur la conductance cutanée ou la contraction musculaire. En pratique, le *biofeedback* consiste, en dix à vingt séances, à entraîner un sujet à contrôler un paramètre physiologique qui est monitoré de façon continue par un appareil qui transmet au sujet une information sur les variations de ce paramètre. L'exemple le plus simple est celui d'un son dont la hauteur est proportionnelle à l'intensité de la contraction musculaire. Mais cette séduisante technique high-tech n'a pas tenu ses promesses. Rappelons simplement qu'aucune forme de relaxation n'apparaît clairement supérieure à une autre, qu'elles ont en commun un certain nombre de caractéristiques et aboutissent toutes, en cas d'efficacité, à une réponse psychophysologique identique (Benson, 1975 ; tableau 11.1).

Les programmes comportementaux

Ils combinent le plus souvent la relaxation à des méthodes de déconditionnement en imagination, de façon à modifier le comportement habituel de l'anxieux. Une technique souvent utilisée est la « désensibilisation avec *coping* » (Borkovec et al., 1988). *Coping* reste intraduisible et signifie

Tableau 11.1
Réponse de relaxation

Conditions	
1.	Environnement calme, silence, tranquillité
2.	Attitude passive : allongé ou assis dans un fauteuil
3.	Concentration sur : – un mot, un son, un <i>feedback</i> visuel ou auditif de l'activité physiologique, un mantra, une prière, une image mentale – durée : une dizaine de minutes
4.	Diminution du tonus musculaire
Résultats	
1.	Relâchement musculaire
2.	Respiration lente
3.	Ralentissement cardiaque
4.	Chaleur et dilatation des vaisseaux

ajustement ou adaptation. Il s'agit donc de préparer le sujet à l'affrontement des pensées anxieuses en vue de modifier son comportement. Le principe est d'établir une liste où sont classées en ordre croissant les situations qui déclenchent le souci. Après avoir appris la relaxation, le sujet est confronté en imagination à une scène qui correspond à l'activation du souci. Il reçoit ensuite le conseil d'associer systématiquement la relaxation au souci dès qu'il apparaît dans la vie quotidienne. Les programmes comportementaux plus globaux de gestion de l'anxiété comprennent en général les éléments suivants :

- relaxation effectuée au cours de séances, et prolongée par des cassettes utilisées par le patient à domicile ;
- manuel d'explication et d'autogestion de l'anxiété ;
- modification des pensées perturbatrices ;
- modification des symptômes somatiques ;
- modification de l'évitement ;
- conseils de réduction des psychotropes.

Les programmes cognitivo-comportementaux

Plus récemment, à la suite des travaux cognitivistes, les thérapies se sont enrichies d'une composante psychologique plus sophistiquée. Le traitement cognitivo-comportemental est maintenant bien codifié et un manuel récent et exhaustif a été proposé par [Craske et al. \(1992\)](#). Selon ce manuel, les méthodes de restructuration cognitive prennent place dans un programme plus global de gestion de l'anxiété. Ce programme cognitivo-comportemental comprend sept étapes :

1. Explication de l'anxiété généralisée.
2. Relaxation contrôlée sur indices.
3. Modification cognitive : surestimation du risque.
4. Exposition en imagination : penser le pire.
5. Contrôle des soucis : développer des stratégies d'adaptation au pire.
6. Prévention des réponses de vérification.
7. Modification des comportements subtils d'évitement.

Il se déroule sur huit à quinze séances et comprend trois composantes.

Relaxation contrôlée sur indices

Le patient associe un indice, par exemple une profonde respiration, à un état de calme. Il développera la capacité de se relaxer en prenant une respiration profonde et appliquera ce moyen dans sa vie quotidienne dès qu'il commencera à devenir anxieux. Cela implique une bonne estimation des signes avant-coureurs d'anxiété. Il est donc nécessaire que le patient suive une période d'auto-observation et d'évaluation sur des fiches appropriées pour mettre en relation les événements de sa vie, les émotions (anxiété, colère, appréhension) et les soucis qui se traduisent par des pensées automatiques négatives et leurs conséquences comportementales.

Exposition en imagination et restructuration cognitive

L'inquiétude se traduit par une appréhension constante d'une conséquence grave que le patient redoute de voir apparaître : il anticipe d'abord le danger, puis refuse de le considérer jusqu'au bout et ne le confronte pas à une analyse réaliste de la situation. Il faut donc l'aider à identifier ses craintes imaginaires ultimes et à s'y exposer de façon prolongée et répétée en imagination.

Le thérapeute doit également mettre en question les distorsions cognitives qui sont à la base des pensées anxieuses. Il est nécessaire souvent de remonter à des expériences précoces de perte de contrôle sur l'environnement : menaces réelles ou expériences réelles de rejet social. Celles-ci ont entraîné une véritable conception anxieuse du monde. Le travail portera alors sur la généralisation à partir d'un événement unique à toutes les situations possibles et, dans certains cas extrêmes, à la croyance magique que l'on peut contrôler le futur par un souci permanent.

La discussion « socratique » aidera le sujet à penser le pire et à trouver les moyens d'y faire face. Dans un premier temps, on isolera les pensées automatiques négatives, puis l'on mettra à jour les postulats qui guident à son insu la vie de l'anxieux. Il s'agit de « décatastropher » en développant les capacités d'adaptation aux pires choses imaginées, et acquérir la capacité d'évaluer leur probabilité d'avoir lieu. En somme, on aide le patient à passer d'une conception catastrophiste à une conception probabiliste des événements négatifs qui se déroulent dans le monde.

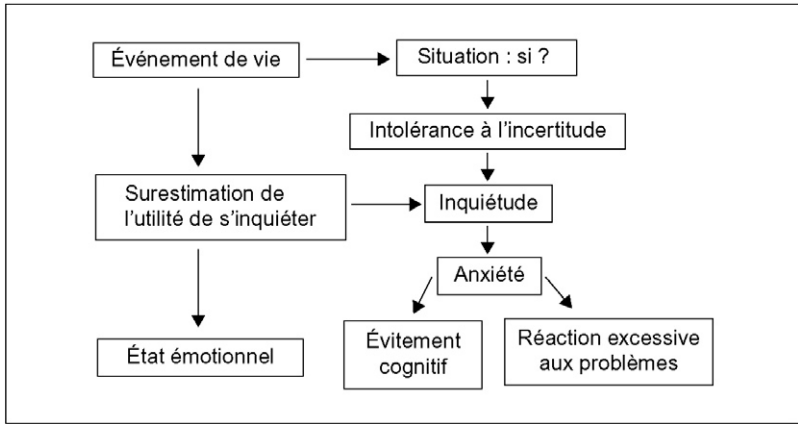


Figure 11.2
Trouble anxieux généralisé, modèle de Ladouceur (1996).

Prévention des réponses de vérification et des comportements d'évitement

Des tâches pratiques mises au point avec le patient et appliquées dans la vie réelle permettront de montrer le caractère irrationnel et l'absence d'efficacité de l'évitement et des vérifications. Par exemple, vérifier de manière répétée auprès des collègues et de ses supérieurs que son travail est bien fait. Ou téléphoner dans les hôpitaux pour vérifier qu'aucun accident n'est arrivé à un enfant qui est sorti avec des amis.

Le modèle cognitif d'intervention de Ladouceur (2003)

Ce modèle, présenté pour la première fois en 1996, se fonde sur une conception cognitive du maintien du souci pathologique de ces patients. La figure 11.2 résume ce modèle qui correspond aux interrogations soucieuses que déclenchent des événements triviaux et inévitables : « Et si ? », se dit le patient en envisageant une série de catastrophes potentielles qui vont le conduire à un état émotionnel particulier et à des réponses d'évitement et d'hyper-contrôle.

Selon Ladouceur (1996), on rencontre en clinique trois types de souci qui correspondent à des indications particulières d'intervention comportementale, émotionnelle et cognitive.

Souci de type 1 : inquiétudes au sujet d'un problème immédiat et modifiable, par exemple un conflit au travail. Le thérapeute proposera une technique de résolution de problème (voir chapitre 18, où la technique de résolution de problème est expliquée en détail). Le thérapeute met l'accent sur l'attitude face au problème. Au cours de cette résolution de problème, il effectuera une mise en question des perceptions erronées : par exemple, l'événement entraîne une attitude défaitiste, plutôt que d'être considéré

comme un défi à relever. L'accent est mis sur l'examen de la situation globale en délaissant les détails mineurs. Le patient est encouragé à prendre une décision malgré l'incertitude. Le but dans ce cas est le changement comportemental.

Souci de type 2 : inquiétudes au sujet d'un problème immédiat mais non modifiable, par exemple la maladie d'un être cher. Le thérapeute effectuera une résolution de problème. On met l'accent sur l'attitude face au problème (comme pour les soucis de type 1). Étant donné que ces patients ont un déficit dans le traitement des informations à caractère émotionnel, le thérapeute suggère au patient de faire face au problème en n'évitant pas les sensations désagréables, ce qui permettra un traitement des émotions habituellement évitées. Le but dans ce cas est le changement dans l'intégration des émotions.

Souci de type 3 : inquiétudes au sujet d'un problème improbable et non modifiable, par exemple faire faillite en l'absence de problèmes financiers graves ou mourir d'une maladie grave en l'absence de signes cliniques ou paracliniques. Dans ce cas, on effectuera une exposition en imagination et prolongée. Le thérapeute peut s'aider d'une cassette à bande sans fin, comme on le fait pour les obsessions. Il prendra pour thème l'image la plus menaçante, qui est aussi celle qui est la plus évitée, car le patient a peur de traiter et de se représenter l'information dans ses conséquences les plus menaçantes. Le but est l'habitude des réponses émotionnelles et/ou la ré-interprétation de l'inquiétude : il y a donc à la fois modification émotionnelle et cognitive. Une autre méthode cognitive est la réévaluation de l'utilité de l'inquiétude. On sait que les patients surévaluent l'utilité de s'inquiéter, telle que prévenir les conséquences négatives, diminuer sa culpabilité, éviter les déceptions, éviter de penser à des catastrophes, aider à trouver une solution ou augmenter leur contrôle. La principale technique utilisée est la constitution de listes des avantages et des désavantages pour chaque inquiétude. Le message est donc : l'inquiétude et le souci empêchent-ils certains événements inéluctables d'arriver ?

Conclusion : anxiété-dépression et anxiété généralisée

La littérature montre clairement que les thérapies cognitivo-comportementales peuvent aider significativement les patients présentant une anxiété généralisée pendant des durées allant de six mois à deux ans après les traitements. La CIM-10 (1992) aussi bien que le DSM-IV (1994) incluent une catégorie sub-syndromique d'anxiété-dépression mixte. Le concept d'anxiété-dépression (Zinbarg et al., 1994) peut rendre compte de patients qui ne sont pas toujours vus par des psychiatres mais par des médecins généralistes. Il peut aussi représenter un état transitoire vers des troubles plus graves. En effet, l'« affect négatif » qui est la principale caractéristique de l'anxiété-dépression pourrait être la manifestation clinique d'une vulnérabilité de base, voire même d'un trait de personnalité qui prédisposerait

à l'anxiété et à la dépression dans leurs formes majeures. L'avenir dira si les méthodes comportementales et cognitives qui ont été mises au point pour traiter l'anxiété généralisée et la dépression pourront s'adapter à ces patients nouveaux.

Quoi qu'il en soit, les TCC apparaissent comme les thérapies les plus efficaces du trouble anxieux généralisé (ANAES, 2002).

Bibliographie

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2002). *Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé. Recommandations pour la pratique clinique*. Paris (résumé publié sur Internet: <http://www.anaes.fr>).
- Barlow, D., Rapee, R., & Brown, T. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551–570.
- Benson, H. R. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon Books.
- Borkovec, T., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorders: a predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153–158.
- Craske, M., Barlow, D. H., & O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany: Graywind Publication.
- Ladouceur, R., Bellanger, L., & Léger, R. (2003). *Arrêtez de vous faire du souci pour rien*. Paris: Odile Jacob.
- Mollard, E. (2003). *La peur de tout*. Paris: Odile Jacob.
- Yao, S. N. (1993). Le Qi Gong en Chine et la relaxation occidentale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 3, 119–125.
- Zinbarg, R., Barlow, D., Liebowitz, M., et al. (1994). The DSM-IV field trial for mixed anxiety depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1153–1162.

12 Stress post-traumatique

Le stress post traumatique est connu depuis l'Antiquité et a connu de nombreuses descriptions littéraires ou scientifiques (Van der Kolk, 1996). [Pierre Janet](#) (1889) est le premier auteur de l'ère moderne à avoir montré les effets des souvenirs traumatiques sur les comportements et proposé un modèle de l'inconscient.

C'est la seule catégorie du DSM-IV ([American Psychiatric Association](#), 1994) où l'étiologie soit spécifiée car il est clairement énoncé qu'il existe un lien entre un événement et une maladie psychiatrique. Mais, petit à petit, la conception de cette maladie, étudiée plus en détail après le conflit du Vietnam et dans les agressions de plus en plus nombreuses dont sont victimes les civils en temps de paix, s'est cognitivisée en tenant compte des réactions émotionnelles individuelles.

Clinique et analyse fonctionnelle

Critères

Le DSM-IV entérine une conception plus subjective qui fait du stress post-traumatique les conséquences émotionnelles de l'interprétation personnelle d'une situation menaçante. Le stress post-traumatique correspond aux critères suivants :

1. Exposition à un événement traumatique ayant deux caractéristiques :
 - a. menace de mort, de blessure ou de l'intégrité physique pour soi ou les autres ;
 - b. la réponse a été une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ; agitation ou désorganisation chez l'enfant.
2. L'événement est sans cesse revécu sous forme de :
 - a. souvenirs intrusifs ;
 - b. rêves récurrents ;
 - c. flash-backs ;
 - d. détresse ;
 - e. réactivité physiologique.

Les items 4 et 5 sont activés par des *stimuli* qui ressemblent à l'événement ou en symbolisent un aspect.

3. Évitement : trois symptômes sur sept doivent être présents :
 - a. certaines pensées, sentiments, conversations sont évités ;
 - b. certaines situations sont évitées ;
 - c. oubli partiel du trauma ;

- d. inactivité ;
 - e. détachement ;
 - f. blocage affectif ;
 - g. impression d'avenir bouché.
4. Deux symptômes d'activation au moins dans la liste suivante :
- a. sommeil perturbé ;
 - b. irritabilité ;
 - c. difficultés de concentration ;
 - d. hypervigilance ;
 - e. « sursaut » exagéré.
5. Durée de plus d'un mois.
6. Détresse et interférence importante avec la vie sociale, professionnelle, etc.
- Spécifier :
- aigu (moins de trois mois) ;
 - chronique (plus de trois mois) ;
 - différé (apparaît six mois après le trauma).
- C'est donc plus la menace subjective que la menace réelle qui est le facteur de maintien du stress post-traumatique.

Épidémiologie

Le stress post-traumatique correspond à 1 % de la population générale (sur la vie). Des chiffres plus élevés ont été retrouvés dans des enquêtes récentes en milieu urbain. À Detroit, 10 % des hommes et 18 % des femmes de la population générale seraient atteints de stress post-traumatique (Breslau, in Yehuda, 1998).

Il atteint deux tiers des femmes pour un tiers des hommes. Quinze pour cent des militaires exposés au théâtre des opérations en souffrent, ainsi que 50 % des prisonniers de guerre et plus de 75 % des victimes de viol. Une comorbidité fréquente a été retrouvée avec les troubles anxieux, la schizophrénie et la dépression.

Étiologie

Les principaux facteurs de risque avant le trauma sont les traumatismes sexuels précoces, l'existence d'un premier trauma ayant mis en jeu la vie du sujet ou d'un proche, les problèmes psychologiques et psychiatriques, la séparation et l'utilisation de drogues.

Les sujets ayant des troubles antérieurs à type de dépression et d'anxiété et des troubles de personnalité sont plus susceptibles de présenter un stress post-traumatique, en particulier les sujets présentant des traits préalables de sensibilité à l'anxiété. Ces sujets vont se blâmer pour avoir subi l'événement stressant, parfois même s'en considérer comme responsables et de toute façon anticiper le retour de l'événement qui les laissera encore impuissants.

Les sujets qui ont une conception rigide d'un monde stable, juste et toujours prévisible sont particulièrement vulnérables. Ainsi, une femme violée souffrira d'autant plus qu'elle considérerait le monde comme juste, avec une sécurité toujours assurée. Le viol ne pouvait jamais lui arriver, car elle ne méritait pas une telle injustice. L'illusion d'un monde juste, confrontée à l'injustice fondamentale du hasard, peut ainsi aboutir à des colères pathologiques qui font souvent partie du syndrome de stress post-traumatique. Elle peut aussi entraîner des réactions de revendication, d'agressivité et des comportements paranoïaques. Mais, en pratique, les conséquences dépressives sont beaucoup plus fréquentes que la paranoïa.

Psychobiologie

Les travaux les plus récents suggèrent que les patients qui ont eu un stress post-traumatique ont un système hypothalamo-hypophyso-surrénalien dont les réponses sont exagérées de manière chronique (Yehuda, 1998). Contrairement à ce que prédirait le modèle du stress de Selye, à l'état basal, le taux de cortisol est faible et les patients qui ont un stress post-traumatique présentent une réponse d'hyper-suppression lors du test à la dexaméthasone. Ces résultats sont compatibles avec un modèle de sensibilisation comportementale selon lequel la présentation répétée d'un stimulus accroît l'intensité des réponses. Cette hypersensibilité pourrait expliquer le fait que la répétition de traumatismes peut rendre le stress post-traumatique chronique et que, dans un nombre important de cas, les symptômes s'aggravent avec le temps.

Complications

L'inhibition aussi bien des rencontres sociales que sexuelles consécutive au viol, accompagnée d'un sentiment de culpabilité et de honte, sera le premier obstacle à la recherche d'aide, qui passera forcément par le récit de l'horreur. Les complications, à terme, sont l'alcoolisme, les toxicomanies, les troubles permanents de la personnalité, la dépression, le suicide, les complications sociales et familiales, le passage du trauma à la génération suivante et la reproduction du trauma sexuel ou violent sur autrui.

Évaluation

Elle établit la relation entre le ou les événements stressants et la réponse de stress post-traumatique. Bien souvent, l'événement qui précipite le stress post-traumatique est un deuxième événement traumatique qui vient entraîner une rupture plus définitive dans le fonctionnement du sujet. On peut s'aider, pour préciser les symptômes actuels, d'une fiche d'évaluation qui suit les critères du DSM-IV la PCLS de Weathers (PCLS : *posttraumatic stress disorder checklist scale*) (Blanchard et al., 1996 ; validation française : Ventureyra et al., 2002 ; Yao et al., 2003) (tableau 12.1).

Tableau 12.1

Fiche d'évaluation PCLS (*PCL-S for DSM-IV*) (Weathers, Litz, Huska & Keane, National Center for PTSD-Behavioral Science Division, 11/1/94 ; traduction de J. Cottraux)

Nom :						
Prénom :						
Date :						
<i>Instructions</i> : veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent. L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) : Date de l'événement :						
		Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très Souvent
1.	Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
2.	Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement	1	2	3	4	5
3.	Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4.	Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5.	Avoir des réactions physiques, par ex. : battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs, lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6.	Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
7.	Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8.	Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9.	Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5

Tableau 12.1 (Suite)

10.	Se sentir distant(e) ou coupé(e) des autres personnes	1	2	3	4	5
11.	Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12.	Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13.	Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
17.	Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15.	Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16.	Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17.	Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5
Score total :						

Méthodes d'intervention

Les programmes comprennent la relaxation, l'exposition aux situations et aux images mentales évocatrices de la situation traumatique, et la thérapie cognitive proprement dite. En général, la thérapie est présentée sous une forme individuelle ou en groupe. Une dizaine de séances de quatre-vingt-dix minutes, une à deux fois par semaine, sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant. Il est évident qu'il faut savoir adapter le rythme, la durée et le nombre des séances à la vitesse d'acquisition de chacun.

Une des variantes des méthodes d'exposition est EMDR : la désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement de l'information. L'exposition peut être, également, conduite en imagination, mais aussi en réalité virtuelle dans les cas qui s'adaptent à cette méthode.

Toutes les méthodes que nous allons décrire, font appel à l'imagination, à la ré actualisation des souvenirs traumatiques et à l'habituation des réponses émotionnelles par exposition prolongée.

La méthode la plus simple d'exposition est de demander d'écrire avec des détails la situation traumatique et elle a été proposée sous la forme de thérapie narrative. Les TCC intègre cette méthode dans la phase dite du « récit ».

Exprimer l'indicible : les difficultés du récit

Une des premières difficultés du traitement est d'obtenir un récit aussi circonstancié que possible du traumatisme. L'évitement est très fréquent : environ 50 % des personnes qui ont subi un traumatisme important évitent d'en parler. Les émotions sont cependant revécues involontairement sous forme de flash-backs. La véritable horreur est souvent incarcérée dans la mémoire et ne réapparaîtra pas, au cours de la thérapie, lors de la réactivation d'émotions gelées. C'est en particulier le cas des incestes à domicile où la victime est forcée de faire un pacte tacite d'« omerta » avec l'agresseur.

Il s'agit d'amener progressivement le sujet à affronter les stressors et à modifier les émotions qui l'ont submergé. Il faut donc favoriser une série d'expériences émotionnelles qui annulent les schémas de danger par de nouvelles informations incompatibles avec la peur. L'étape clé est la reviviscence du trauma abordée progressivement. La lecture d'un ouvrage explicatif peut débiter cette dédramatisation, et atténuer le sentiment du patient que son cas est unique et sans espoir.

Souvent, aussi, l'horreur est indicible, et parfois même oubliée, elle est vécue dans le corps sous forme de sensations (sensations de strangulation, douleurs à l'endroit des coups) et laisse sans voix pour dire l'expérience. Ou bien elle apparaît dans des cauchemars qui représentent d'une manière directe ou symbolique le traumatisme.

Cas clinique : le rideau déchiré

Hélène a subi une agression il y a un an : des gangsters cagoulés sont entrés dans le bureau où elle travaille pour prendre la caisse. Elle a voulu récupérer son sac qu'ils voulaient lui arracher aussi. Elle ne croyait pas à la réalité de l'agression et pensait à une farce. Ils l'ont jetée par terre en lui donnant un coup de crosse sur la nuque. Depuis, elle ne se sent en sécurité que chez elle et en compagnie de son mari et de ses enfants. Elle ne peut sortir dehors seule, aller dans les magasins ou travailler. Hélène souffre de maux de tête et de douleurs dans le cou, là où le coup de crosse a provoqué une légère entorse cervicale. Elle a perdu désir et plaisir sexuels. Elle évite de regarder les films policiers à la télévision. De fréquents flash-backs se manifestent : elle est assillie, à l'état de veille, par des images où elle voit un homme grand dans la pénombre dont les yeux luisent. Elle présente des cauchemars récurrents, vers trois heures du matin, qui la réveillent en sueur. Le thème du cauchemar est toujours le même : elle grimpe le long d'une paroi et monte vers la lumière. Mais la paroi se déchire comme si elle était de papier ; poussée par une force irrésistible et plus forte que la sienne, elle tombe dans un trou et se réveille avec des douleurs sur les mains et dans le cou, comme lorsque les gangsters l'ont jetée à terre. À l'évocation de cette image, Hélène se met à pleurer et à s'agiter. Il est cependant possible de réduire ses réactions émotionnelles en lui demandant d'imaginer de manière prolongée, les yeux clos, qu'elle n'est pas dans l'image mais est l'observatrice de quelqu'un d'autre qui tombe. Cette technique de prise en main du scénario du rêve, ou « *rescripting* », l'aide à sortir d'une confusion entre rêve, réalité passée et réalité présente.

On peut observer que, dans ce cas, le contenu du rêve répète la manière dont l'agression a été perçue. Hélène a cru à une farce, à des masques qui se moquaient d'elle, pour finalement voir cette apparence se déchirer comme un rideau de théâtre et laisser la place à une violence réelle et inattendue.

Relaxation

La relaxation permet d'entrer dans la thérapie et de donner un moyen au patient de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle permet aussi d'avoir plus facilement accès aux souvenirs traumatiques.

Exposition

La méthode la plus ancienne est l'exposition aux images traumatiques par désensibilisation. Celle-ci s'effectue progressivement : la méthode est longue et peu efficace dans le stress post-traumatique. La vidéo peut aussi être un moyen d'approcher la situation en maîtrisant le rythme de sa présentation quand la nature du stresser le permet. L'implosion (*flooding*) est une méthode plus directe : il est important de faire revivre les sensations corporelles qui ont accompagné le traumatisme.

L'événement traumatique est sans cesse revécu. Il peut s'agir de souvenirs qui font intrusion inopinément dans la conscience et qui comprennent des images, des pensées ou des perceptions. Il peut s'agir aussi de rêves récurrents.

Cas clinique : l'impuissance et la haine

Aline est caissière dans un supermarché. Un jour, un gang est entré et a fait se coucher les caissières pour voler le contenu des caisses. Depuis, elle ne peut retourner à son travail, ni sortir seule dans la rue de peur d'une nouvelle agression. Elle a sans cesse l'impression d'être suivie. La nuit, très fréquemment, elle se réveille en pleurs, après un cauchemar. Le rêve est toujours le même : elle est couchée par terre avec ses collègues, impuissante. Elle est prise par le dos et sent encore la main du voyou qui la plaque au sol en hurlant, et elle entend le coup de feu qu'il a tiré en l'air. La patiente est traitée tout d'abord par relaxation, puis par exposition en imagination aux situations anxiogènes. Elle doit imaginer de manière prolongée sous relaxation profonde les scènes suivantes :

- marcher 100 m seule sur le trottoir ;
- parler du hold-up ;
- faire des démarches dans une administration ;
- faire des achats seule dans une pharmacie ;
- marcher seule dans la rue ;
- affronter en imagination la scène du hold-up.

La patiente arrive petit à petit à sortir à nouveau, accompagnée puis seule. Elle revit en imagination avec de moins en moins d'angoisse la scène du hold-up. Au fur et à mesure de la thérapie, le rêve se modifie. Après six mois de traitement (dix-sept séances) apparaissent des images où elle court après les voleurs avec

un couteau pour les tuer. Parallèlement, son état s'améliore : elle commence à sortir seule dans les rues, à pouvoir aller accompagnée dans les marchés et les supermarchés alors qu'elle restait cloîtrée chez elle. Elle peut aussi diminuer considérablement son traitement par antidépresseurs et tranquillisants. Néanmoins, elle rechute partiellement dès que l'on veut augmenter son autonomie, car elle a toujours peur d'être confrontée à un assaillant et elle préfère rester sous médicament et cesser de travailler.

Inoculation du stress

Une technique particulière doit être isolée : l'inoculation du stress (Meichenbaum, 1977). Elle est présentée en deux phases :

- une phase éducative où le sujet est informé des effets du stress : en particulier l'activation du système nerveux autonome, les interprétations qui en résultent, et les émotions qui s'y rattachent (colère, anxiété, dépression). La réaction de stress est expliquée en termes de conditionnement classique. Des explications concernant les caractéristiques cognitives, motrices et végétatives de l'anxiété sont données ;
- une phase de mise en place de stratégies d'ajustement (stratégies de *coping*) : relaxation, régulation respiratoire, affirmation de soi par jeu de rôle, modèles imaginaires, arrêt de la pensée et modification des autoverbalisations anxieuses. Les autoverbalisations irrationnelles sont remplacées par des verbalisations positives destinées à promouvoir l'adaptation et la maîtrise de situations qui rappellent les situations traumatiques initiales. Dans ce programme, il n'y pas de technique d'exposition. Une telle thérapie est d'efficacité analogue à celle des techniques classiques d'exposition en imagination et *in vivo*.

Gestion du stress

Elle permet de combiner la réactivation du stresser avec un dialogue interne guidé, ce qui réduira l'intensité des émotions en changeant les pensées automatiques de danger. Sept étapes sont mises en œuvre successivement :

1. la préparation à l'affrontement par l'information et la discussion ;
2. l'affrontement au cours d'un jeu de rôle ou d'une présentation en imagination qui reproduit la situation redoutée ;
3. la mise en place de pensées automatiques plus réalistes qui annulent les monologues intérieurs en relation avec la peur, de manière à développer la capacité à faire face aux émotions ;
4. l'approbation par le thérapeute des efforts d'affrontement précédera l'affrontement d'un niveau plus élevé de situation stressante ;
5. la discussion des postulats concernant le danger, la personnalisation de la responsabilité et l'autocritique ;
6. la répétition à domicile en imagination de l'affrontement du stresser (sortir, rencontrer les autres, aller dans la foule, rester seule à domicile, voyager) ;
7. l'exposition, en réalité, aux situations génératrices de la peur est conseillée et ses effets sont réévalués à la séance suivante.

Les thérapies cognitives

Les thérapies cognitives ont attiré l'attention sur un certain nombre de problèmes, tels la culpabilité et les postulats dysfonctionnels, et proposé des modalités d'intervention plus souples. Voici un programme tout à fait utilisable en pratique :

- exposition à la scène traumatique refusée (images, pensées, sensations physiques) ;
- représentation de comportements adaptatifs au traumatisme ;
- permission d'images de « vengeance » ;
- représentation en imagination de « *nurturing figures* » (figures parentales ayant pour rôle d'assurer la consolation qui n'a pas eu lieu dans la réalité) ;
- discussion des pensées automatiques et des postulats dysfonctionnels (personnalisation, culpabilité, illusion d'un monde juste, stable et sécurisant et nécessité de la vengeance) ;
- prise de congé par rapport au traumatisme : comment développer un plan constructif d'existence où le traumatisme perd la place centrale ;
- on peut y ajouter, en particulier dans le cas d'un stress post-traumatique associé à une personnalité borderline, des méthodes de rescénarisation (Arntz et Weertman, 1999).

Trois phases du modèle de modification des scénarios liés aux souvenirs traumatiques ont été proposées par ces deux auteurs. Le but général est d'aider le patient ou la patiente à prendre une perspective adulte et à se distancier du traumatisme.

Il est proposé de faire trois phases de la rescénarisation en imagination (ou en jeu de rôle) :

1. Le patient en tant qu'enfant : la *scène originale* est vécue par le patient enfant.
2. Le patient en tant qu'adulte effectue une « *réécriture* » du scénario. La scène est vue par le patient en tant qu'adulte. Le patient intervient dans la scène en tant qu'adulte.
3. Le patient en tant qu'enfant effectue une « *réécriture* » du scénario. Cette intervention par le patient « adulte » est vécue par le patient en tant qu'enfant. Le patient en tant qu'enfant demande et reçoit des interventions du patient « adulte » pour le protéger

Lors des phases 2 et 3 du modèle de modification des scénarios, l'imagerie mentale s'accompagne de questions destinées à focaliser les souvenirs et leur restructuration dans une perspective qui n'est plus celle de l'enfant victime mais celle d'un adulte en sécurité.

- Que se passe-t-il ? Que voyez-vous ?
- Que ressentez-vous ?
- Quelles sont vos pensées à ce sujet ?
- Qu'êtes-vous tenté(e) de faire ?
- D'accord, faites-le...

Thérapeute et patient répètent la séquence jusqu'à ce que le patient se sente bien.

Cas clinique de stress post-traumatique traité par TCC : un flash-back de plus de quarante ans

René vient consulter à l'âge de 63 ans. Depuis trois ans, il souffre d'une phobie des hauteurs et ne peut plus conduire en montagne, ni franchir les viaducs des autoroutes, et les montées de route de collines sont devenues de plus en plus difficiles. Il a peur de perdre le contrôle et de se jeter dans le vide. Aucun événement déclenchant ne semble avoir précédé cet état phobique. Le patient dit qu'il a fait trois ans de parachutisme vers l'âge de 20 ans alors qu'il était engagé volontaire.

Il est traité par thérapie comportementale selon une méthode qui associe relaxation et exposition graduée et prolongée à des scènes imaginaires, dans lesquelles il doit affronter progressivement des routes de montagne de plus en plus difficiles. Une fois l'anxiété réduite, il doit ensuite affronter dans la réalité les difficultés maîtrisées en imagination. La thérapie progresse lentement. Le patient arrive à une séance en rapportant qu'il a eu des cauchemars où il voyait des scènes de torture. Le lendemain, il a présenté une crise d'angoisse en conduisant sur une montée sans difficulté particulière. Je lui suggère de faire le lien entre son passé militaire et sa phobie. Il rapporte alors qu'au cours de la guerre, il a jeté des prisonniers dans le vide pour faire parler les survivants promis à un même sort s'ils se taisaient. Après avoir vu le cadavre d'un de ses amis torturé par l'ennemi, il était devenu ultraviolent, même avec des civils de la population « ennemie » sans défense. À tel point que ses chefs, qui n'étaient pourtant pas des enfants de chœur, l'ont obligé à se reposer quelques jours. Après la guerre, il a eu pendant quatre ans des cauchemars récurrents ayant trait à la torture, sans autres troubles psychiques. Puis, il a repris des études qui l'ont conduit à exercer une profession de soignant sans problème et avec talent.

Il ne sera porté aucun jugement moral ou de valeur sur ses activités passées. La thérapie comportementale de la phobie des hauteurs sera ensuite conduite de la manière suivante : il doit, sous relaxation profonde, imaginer qu'il conduit sur une route de montagne et effectuer ensuite un « fondu enchaîné » où il revit une scène de guerre où il jette un prisonnier dans le vide. Enfin, il lui est conseillé de discuter avec un de ses anciens camarades de combat, pris comme *nurturing figure* de ces expériences pénibles qui correspondaient à l'exécution d'ordres provenant de supérieurs. Mais tout l'appareil hiérarchique n'a pas empêché l'identification aux victimes des deux camps.

Après deux séances, l'angoisse vis-à-vis de ces scènes passées diminue. Une séance sera consacrée à évoquer de manière prolongée l'image de son ami torturé, jusqu'à ce que l'angoisse liée à cette image perde de son impact. Au cours de cette exposition en imagination, il présente un flash-back avec déréalisation : il a brièvement l'impression d'être quarante ans en arrière, que je suis un ennemi et qu'il doit me tuer. En quelques secondes, il rétablit la réalité de lui-même.

Après ce détour par le traumatisme, la thérapie reprend son cours et le patient s'exposera progressivement aux différentes situations de conduite

en montagne et sur viaduc. Il n'est plus assailli de cauchemars et a pris de la distance avec son passé. Les résultats se maintiennent deux ans après la fin de la thérapie.

Désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement de l'information (EMDR)

Cette méthode, qui cherchait à se fonder sur des considérations neuropsychologiques et une déconnexion/reconnexion de différentes parties du cerveau, consiste en l'induction de mouvements oculaires (saccades) associés à des sensations, des images ou des pensées reliées au traumatisme (Shapiro, 1995; Wilson et al., 1995). Son but est la réduction d'anxiété, le changement cognitif, la réduction des flash-backs et l'augmentation de l'estime de soi. Elle a amené des résultats positifs (voir chapitre 21).

Le « tissage cognitif » a été proposé par EMDR pour reconnecter « le réseau cognitif fonctionnel au réseau cognitif dysfonctionnel ». Il consiste à aider le patient à réinterpréter les émotions passées et les souvenirs selon une perspective actuelle, et dépasser les blocages cognitifs dans le présent. Il ne se différencie guère de la TCC sinon par le fait que le patient est mis en contact avec ses émotions, tout en suivant de ses yeux les mouvements du doigt du thérapeute. Cette tâche d'attention double faciliterait le retour de souvenirs traumatiques, qui sont issus de couches de plus en plus profondes de la mémoire autobiographique. Ainsi, progressivement, sont mises à jour les émotions et les associations de pensées dont les « canaux » sont ouverts les uns après les autres pour atteindre des souvenirs traumatiques de plus en plus anciens.

Cette méthode, présentée par son auteur Shapiro (1985) selon un « plan-marketing » quelque peu emphatique et un système pyramidal de formation, a essuyé de nombreuses critiques dans la mesure où les mouvements oculaires ne sont pas nécessaires à son efficacité, comme l'a montré une méta-analyse (Davidson et Parker, 2001) qui reprenait l'ensemble des études contrôlées à ce sujet. Étant donné les points communs entre les méthodes classiques de TCC et celles d'EMDR, on tend actuellement à considérer cette méthode comme une simple variante des TCC plus centrée sur les émotions (Barlow, 2002 ; INSERM, 2004).

La méthode se déroule, en principe, sur trois séances de quatre-vingt-dix minutes. Mais elle peut, dans les cas graves, aller jusqu'à douze séances.

1. Préparation:

- a. discussion de l'événement traumatique ;
- b. recherche d'une image calme.

2. Évaluation. Celle-ci se déroule en trois phases :

- a. décrire à haute voix le trauma, en visualiser une image et penser la cognition négative qui lui est attachée ;
- b. puis penser une cognition positive et en noter la validité sur l'échelle VOC de 1-7 (VOC : *validity of cognition scale* ou échelle d'acceptation de la cognition positive) ;

c. enfin, repenser au trauma, y compris les sensations physiques, les émotions, les images et les pensées. Évaluer le niveau de détresse de 0 à 100.

3. **Désensibilisation.** Le patient a d'abord pour consigne d'avoir à l'esprit l'image, la cognition, les émotions et les sensations physiques liées au traumatisme. On débute alors les mouvements oculaires et la désensibilisation proprement dite. Les mouvements oculaires consistent à suivre le doigt du thérapeute qui se déplace d'un côté à l'autre du champ visuel. Les mouvements sont au nombre de 24 à 60 pour une durée de 12 à 30 secondes. On conseille au patient d'effectuer une respiration après chaque « traversée » et de voir ce qui émerge. Puis on effectue la refocalisation sur l'image, les cognitions et les sensations, avant de recommencer à nouveau les mouvements. On continue durant soixante minutes.

4. **Installation d'une cognition positive.** Quand l'anxiété est basse (0-10) et la VOC (6-7) haute, le thérapeute procède à l'installation de la cognition positive : il demande au patient d'associer la cognition positive avec le souvenir du trauma.

5. **Fin.** Si le patient est perturbé, on conseille la relaxation et les mouvements oculaires jusqu'à ce qu'il soit plus calme.

6. **Suivi.** Le patient reçoit le conseil de tenir un journal pour décrire ce qui émerge de cette séance. On le prévient que le traitement cognitif du trauma va continuer en dehors des séances.

Thérapie du stress post-traumatique par la réalité virtuelle

Le 4 septembre 1998, deux amies françaises, Stella et Mirabelle, se retrouvent à l'aéroport Kennedy pour embarquer sur le vol Swissair 111. Au dernier moment, elles changent d'avis : elles prennent un autre avion qui les conduira plus rapidement à Zurich. Elles l'ont échappé belle : le vol Swissair 111 s'écrase près de Terre-Neuve. Il n'y a aucun survivant. Ayant appris la nouvelle, les deux amies ressentent sur le coup une grande anxiété. Il s'ensuit une semaine d'insomnies, accompagnée de flash-backs où elles revoient des personnes qu'elles ont côtoyées dans la salle d'attente et qui sont certainement mortes dans l'accident. Quinze jours après leur arrivée chez elles, à Lyon, elles me consultent toutes les deux. L'examen révèle une anxiété n'allant toutefois pas jusqu'au syndrome de stress post-traumatique caractérisé. Elles ne souhaitent pas, alors, de prise en charge psychothérapique.

Six ans plus tard, les deux jeunes femmes me consultent à nouveau. Elles ont l'habitude de voyager ensemble. Pendant quelques années après l'accident, elles ont pris l'avion sans problème sur de courtes distances en Europe. Mais cette fois, elles doivent aller aux États-Unis pour voir, à Las Vegas, leur idole Céline Dion : ce qui est aussi utile pour leur métier. Leur angoisse devient insurmontable. Elles partent dans cinq jours et cela fait deux mois qu'elles souffrent d'anxiété et font des insomnies. Elles ont commencé à prendre des tranquillisants. L'échelle de stress

post-traumatique est élevée chez toutes les deux : son niveau dépasse nettement celui qu'il avait atteint juste après le crash de 1998. Comment les aider en si peu de temps ? Les deux jeunes femmes acceptent d'essayer une nouvelle technique, la réalité virtuelle : j'utilise pour cela un programme destiné aux agoraphobes qui comporte un environnement visuel et sonore très réaliste : un voyage en avion, que l'on peut corser en provoquant l'instabilité et en simulant les trous d'air habituels. L'environnement comporte même un sujet anxieux dont la tête bouge. Quatre jours plus tard, elles sont moins anxieuses. Finalement, elles prennent l'avion. À l'aller, le voyage est un peu difficile mais sans excès. Au retour, elles n'éprouvent plus aucune anxiété : leur niveau de stress est redescendu au-dessous de celui atteint juste après le crash. Le suivi confirme le résultat. Avec une tout autre thérapie, il aurait été vraisemblablement beaucoup plus difficile d'avoir un résultat aussi rapidement. La figure 12.1 représente leur évolution.

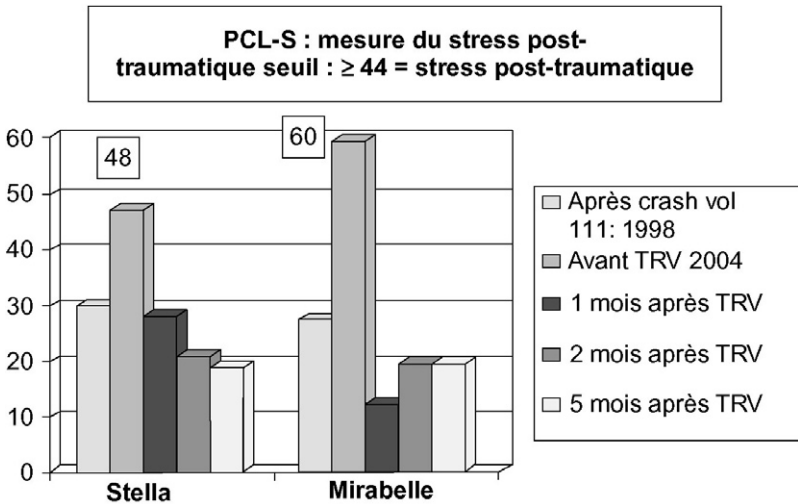


Figure 12.1

Mesure du stress post-traumatique traité par réalité virtuelle chez deux patientes victimes de trauma.

Conclusion : interventions précoces ou à moyen terme ?

La thérapie cognitivo-comportementale et sa variante EMDR représentent des interventions efficaces. Elles sont effectuées à moyen terme, en général, sur dix à vingt séances et permettent, dans beaucoup de cas, d'aller au-delà

des effets du traumatisme (Van Etten et Taylor, 1998). Mais elles ne résoudre pas les problèmes sociaux qui se sont accumulés au cours des années. Ceux-ci relèvent de programmes de réhabilitation psychosociale. En cas d'alcoolisme ou de dépendance aux drogues toxiques, des programmes de sevrage doivent être envisagés. Dans les cas complexes, il faut prolonger la thérapie par un programme de réhabilitation psychosociale utilisant le conseil conjugal et le jeu de rôle, ainsi que des mesures d'assistance. Elle est proposée en général entre un et trois mois après le traumatisme s'il n'y a pas de résolution des symptômes de stress post-traumatique. Enfin, l'association d'une personnalité borderline avec un stress post-traumatique précoce (enfant abusé) est fréquente et nécessite une thérapie plus globale du trouble de la personnalité (voir chapitre 14). Les interventions de TCC ont lieu le plus souvent sur le stress post-traumatique chronique. L'idée d'une prévention par des interventions précoces a été mise en avant.

La première à être étudiée de manière systématique fut le débriefing, mis au point par un pompier de New York, Mitchell (1983). Elle est effectuée dans les premières quarante-huit heures après les traumatismes sous la forme d'une seule séance destinée à faciliter l'expression des émotions en groupe ou en thérapie individuelle. Cette méthode, qui a joui d'une grande popularité, a été insérée dans des politiques officielles avant d'être testée objectivement, et a même été rendue quasi obligatoire dans notre pays. En fait, le bilan des études sur le débriefing qui ont été effectuées ces dix dernières années, en particulier en Angleterre, a montré un échec à prévenir le stress post-traumatique et en a souligné la dangerosité, en particulier pour les personnes qui souffrent d'intrusions cognitives obsédantes. Plusieurs études contrôlées, avec de longs suivis, ont montré que les groupes de patients qui avaient reçu le débriefing souffraient plus de stress post-traumatique que ceux qui ne l'avaient pas reçu. Il est fort possible que le débriefing fixe le traumatisme, dans la mémoire autobiographique, et augmente ainsi la sensibilisation. De plus, cette intervention est beaucoup trop brève pour entraîner une désensibilisation. Une méta-analyse Cochrane a conclu que, du fait de cette absence d'efficacité et d'une dangerosité potentielle, le débriefing ne devait en aucun cas être obligatoire (Wessely et al., 1998). Ces conclusions pessimistes ont été soutenues par les recommandations de la Société internationale d'étude du stress post-traumatique (Foa et al., 2000) et celles effectuées par l'Association psychologique américaine après l'attentat du 11 septembre 2001.

De ce fait, des méthodes de TCC structurées précoces ont été étudiées dans le dessein d'effectuer une prévention plus efficace. Elles sont appliquées entre une et cinq semaines après le trauma, dans des populations variées. Le modèle de Bisson (2004) propose quatre séances, effectuées entre les semaines 5 et 10, et comprend une éducation au phénomène de stress post-traumatique. Le patient est ensuite invité à décrire l'événement dans tous ses détails, associés aux émotions, puis sont mises en place les méthodes habituelles d'exposition en imagination et d'exposition *in vivo* graduée, la restructuration des cognitions de danger étant également effectuée.

Plusieurs études ont apporté des résultats préliminaires significativement positifs (André et al. 1997 ; Bryant et al., 1999) avec des suivis allant jusqu'à treize mois dans une étude (Bisson et al. 2004). Ces travaux demandent confirmation.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic statistical manual of mental disorders (fourth edition) DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994. Traduction de J.D. Guelfi, Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. Paris: Masson.
- André, C., Lelord, F., Légeron, P., et al. (1997). Étude contrôlée de l'efficacité à six mois d'une prise en charge précoce de 132 conducteurs d'autobus victimes d'une agression. *L'Encéphale*, 23, 65–71.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories : theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715–740.
- Barlow D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (second edition). New York: The Guilford Press.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., et al. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63–69.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669–673.
- Bryant, B. A., Sackville, T., Dang, S. T., et al. (1999). Treating acute stress disorder : an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780–1786.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305–316.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress study*. New York: The Guilford Press.
- Inserm. (2004). *Psychothérapie: Trois approches évaluées*. Expertise collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J. M. Thurin), INSERM.
- Janet P. (1989). *L'automatisme psychologique*. Paris, Alcan, 1889, réed Odile Jacob. Paris.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... the critical incidents stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Service*, 8, 36–39.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: The Guilford Press.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–144.
- Ventureyra, V. A. G., Yao, S. N., Cottraux, J., et al. (2002). The validation of the Post-Traumatic Checklist Scale (PCLS) in posttraumatic stress disorder and non-clinical subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 47–53.

- Wessely S., Rose S., & Bisson, A. *Systematic review of brief psychological intervention (debriefing) for the treatment of immediate trauma related symptoms and the post-traumatic stress disorder*. Cochrane library, vol. 4, Update Software. <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928–937.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Note, I., et al. (2003). Évaluation des états de stress post-traumatique: validation d'une échelle la PCLS. *L'Encéphale*, XXIX, 232–238.
- Yehuda, R. (1998). *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press.

13 Dépression

Introduction : les dépressions

La dépression est une affection fréquente dont la prévalence sur une période de six mois est de 6 % dans la population générale. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec deux pics, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans. D'après l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période d'un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente (50 % des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode).

Il est donc important de développer des traitements qui permettent de prévenir les rechutes qui apparaissent même chez les patients correctement traités par une chimiothérapie antidépressive. Deux formes de thérapie ont fait leur preuve dans cette indication : la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle (voir [chapitre 21](#)).

La dépression peut se voir au cours d'états maniaco-dépressifs mineurs ou majeurs (dépression bipolaire) ou bien se traduire seulement par des épisodes dépressifs (dépression unipolaire). La dépression unipolaire correspond à trois grandes catégories :

- la dépression unipolaire majeure qui peut se présenter sous la forme d'un seul épisode dépressif ou de plusieurs épisodes récurrents, avec ou sans symptômes mélancoliques ;
- la dépression dysthymique, qui correspond à deux ans d'évolution d'une symptomatologie incomplète séparée de quelques jours de thymie normale ; certains sujets présentent des épisodes dépressifs majeurs sur un fond dysthymique (double dépression) ;
- enfin, il existe des états dépressifs atypiques uni- ou bipolaires.

La dépressivité, le spleen, la psychasthénie ont décrit diversement un mélange de dépression et d'anxiété qui peut conduire certaines personnes vers une thérapie. Les différents troubles de personnalité peuvent aussi se présenter pour une thérapie cognitive à la suite d'un épisode dépressif.

Clinique de la dépression et cognitions dépressives

À côté de l'humeur triste, de l'anhédonie, de l'inhibition comportementale et des troubles végétatifs, les troubles des fonctions cognitives font partie intégrante du syndrome dépressif et se manifestent dans la pensée dépressive, caractérisée par le pessimisme et le nihilisme. Elles se traduisent par des verbalisations désabusées sur soi-même, dépréciatives sur le monde et

désespérées sur le futur. Comme le disait Septime Sévère, quittant Rome et le pouvoir : « J'ai été tout. Et tout n'est rien. »

L'humeur dépressive s'accompagne en général d'une remémoration douloureuse avec une hypermnésie sélective des fautes passées et une scotomisation des actions positives. Certaines fautes anciennes et depuis longtemps oubliées et pardonnées font surface sous la forme d'obsédants remords. Le pessimisme du dépressif efface les moments heureux du passé pour ne projeter devant lui que le déroulement fautif et répétitif d'un avenir sans intérêt. L'inhibition motrice et l'inaction sont justifiées par des rationalisations selon lesquelles agir ou ne pas agir revient au même, puisque dans le passé l'activité n'a entraîné aucun résultat positif. Ainsi, une sélection du négatif aboutit aussi bien à l'hypermnésie des rencontres décevantes, qu'à l'amnésie du bonheur.

On peut retrouver également un déficit de la mémoire. Ce déficit peut expliquer les mauvaises performances intellectuelles du dépressif. Il est fréquent d'observer une réduction de la capacité de fixation, une diminution de la mémoire à court terme et une diminution de la mémoire d'évocation, surtout en cas d'efforts soutenus. Toutes les étapes du traitement de l'information peuvent être altérées chez le dépressif : attention, codage, stockage à long ou à court terme, consolidation de la trace, profondeur de l'élaboration, rapidité et efficacité de l'accès aux souvenirs et de leur rappel.

Thérapie cognitive

C'est une psychothérapie brève de la dépression qui se déroule sur environ vingt séances. En général, on effectue une ou deux séances par semaine ; ainsi, les thérapies cognitives durent de trois à six mois. Elle utilise à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyance des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective. Le thérapeute a un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels du patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes, aussi bien au cours des séances de thérapie que lors d'« épreuves de réalité » dans la vie de tous les jours. C'est une thérapie structurée où thérapeute et patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les thèmes sur lesquels va porter chaque séance. Le style de la thérapie est directif et l'accent est mis sur une relation de collaboration.

Techniques cognitives

Le thérapeute met à jour progressivement les contenus dépressogènes des monologues intérieurs en questionnant le patient, lors de moments de fortes émotions. Les thérapeutes utilisent des moments de forte émotion ou réinstaurent ces moments pour avoir accès aux schémas cognitifs et aider le patient à modifier la conception négative du monde et de lui-

même qui en résulte. Il peut aussi utiliser le jeu de rôle reproduisant les situations génératrices de sentiments dépressifs. Il peut aussi demander au patient de tenir à jour des fiches qui, en cas de sentiments dépressifs, permettent de noter les circonstances où sont apparues les émotions négatives, et les pensées automatiques qui les ont accompagnées, par exemple « je ne vauds rien, il faut me suicider ». Petit à petit vont apparaître des thèmes récurrents qui s'organisent sous forme de postulats, discutés avec le patient au cours des séances. De nombreuses techniques de modification des postulats existent. Il faut surtout en retenir l'esprit qui est de ne pas confronter le patient à son « erreur », mais par un jeu subtil et progressif de questions et de réponses de lui faire prendre conscience du caractère dysfonctionnel, illogique et déficitaire des principes cachés qui régissent son comportement (« dialogue socratique »). Puis le thérapeute développera la capacité d'effectuer des raisonnements alternatifs par rapport à ces postulats. Le but est de permettre au patient submergé par l'affect dépressif et dominé par des pensées irrationnelles de remplacer ses distorsions logiques par des réponses plus en rapport avec la réalité. Cela sera fait en séance et hors séances avec un système de fiches qui sont réétudiées avec le thérapeute.

Techniques comportementales

Dès le début de la thérapie, le patient reçoit également un programme d'activités destiné à augmenter le nombre de situations où il peut prendre du plaisir ou montrer son efficacité. Des tâches spécifiques destinées à lui permettre de tester, par des « épreuves de réalité », l'inanité de ses postulats défaitistes sont prescrites à la fin de chaque séance. Le jeu de rôle et d'autres techniques comportementales peuvent être utilisés pour préparer le patient à affronter la réalité.

Déroulement de la thérapie cognitive

Nous présenterons ici le plan général du traitement dont le détail se trouve dans l'ouvrage de Blackburn et Cottraux (2008).

Déroulement typique d'une séance

Chaque séance est structurée et commence par l'établissement d'un agenda de séance. Il est important en effet, aussi bien pour le thérapeute que pour le patient, d'organiser le temps.

Le thérapeute résume très fréquemment les points importants qui apparaissent au cours de l'entretien : « Si j'ai bien compris, nous avons vu que... »

À la fin de chaque séance, le thérapeute effectue un *feedback* : il demande au patient de résumer ce qu'il a compris de la séance et le compare à ce qu'il a retenu lui-même. Les deux protagonistes se mettent d'accord sur le contenu de la séance écoulée ; certains points qui n'ont pu être traités sont laissés en agenda pour les séances suivantes. Enfin, le thérapeute demande au patient si quelque chose lui a déplu dans la séance, de façon à mettre à

jour les pensées négatives concernant la thérapie et également de corriger des erreurs éventuelles de sa part.

Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur des tâches concrètes à réaliser dans le but de développer des expériences de plaisir et de maîtrise, et de tester ainsi les pensées dépressives en les confrontant à la réalité.

Déroulement chronologique habituel d'une thérapie

Séances 1 à 4

Les premières séances consistent à repérer les émotions et les affects, en utilisant le jeu de rôle ou lorsque l'émotion apparaît en cours de récit par le patient. Ces sondages cognitifs permettent d'isoler les monologues intérieurs et les images dépressogènes. Le thérapeute met en évidence les liens entre la pensée, l'émotion et les comportements dépressifs. Un bref manuel expliquant les relations entre pensées, émotions et comportements, ainsi que les principes de la thérapie cognitive, peut être remis au patient. Il présente les fiches d'auto-enregistrement (fiche à trois colonnes de Beck : enregistrant situation, émotion, pensée automatique) que le patient va remplir en dehors des séances, selon le modèle représenté dans le tableau suivant.

Le thérapeute fera avec le patient de nombreux exemples en séance avant de proposer cette fiche comme tâche « à domicile ».

Jour :	Heure :	
Situation	Émotions	Pensées automatiques
Décrire : 1 – L'événement précis produisant l'émotion déplaisante	1 – Préciser : triste, agressif(ve), anxieux(se), etc.	1 – Écrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion
2 – Le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou la rêverie, qui produisent l'émotion déplaisante	2 – Évaluer l'intensité de l'émotion de 0 à 8	2 – Évaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique de 0 à 8
...	...	...

Plan d'activité hebdomadaire

Notez dans chacune des cases correspondant à une tranche horaire les activités que vous avez effectuées chaque jour de la semaine. Attribuez leurs une note plaisir (P) ou de maîtrise (M) de 0 à 5 selon l'intensité du plaisir ou de la maîtrise (bien faire les choses) que vous ressentez lors de ces activités.							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							

Plan d'activité hebdomadaire (Suite)

13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-24							

Séances 5 à 10

À partir de la séance 5 et parfois avant, l'on commence à modifier les pensées automatiques en demandant au sujet d'examiner les preuves et de tester les hypothèses sous-jacentes à ses pensées dans la réalité. Il lui faudra produire des alternatives positives à ces pensées négatives. Un travail particulier sur la responsabilité sera à effectuer car le patient souvent se blâme pour des choses dont il n'est pas responsable : l'externalisation de la responsabilité sera donc une méthode à utiliser constamment et surtout en cas de risque suicidaire. En somme, le patient sera progressivement entraîné à se distancier des pensées dévalorisantes qui l'assaillent. On pourra s'aider, en séance et hors séance, d'une fiche de modification des pensées automatiques.

Le thérapeute fera avec le patient de nombreux exemples en séance avant de proposer cette fiche comme tâche « à domicile ».

Fiche de modification des pensées automatiques

À remplir en cas de forte émotion pénible (angoisse, dépression, colère)		
Situation-émotion	Pensées automatiques	Pensées alternatives
1 – Décrire l'événement précis ou le fil qui produit l'émotion pénible	1 – Écrire les pensées automatiques qui précèdent ou accompagnent l'émotion	1 – Écrire les pensées opposées aux pensées automatiques. Ce sont des pensées que vous jugez plus rationnelles

Il est possible aussi d'utiliser une fiche dite « cinq colonnes » ou fiche de modification des pensées automatiques négatives qui est présentée en annexe de ce chapitre.

Séance 11 à 20

À partir de la séance 11, on isolera les processus dysfonctionnels (distorsions cognitives) et les postulats dysfonctionnels.

Les distorsions principales que sont l'inférence arbitraire, la généralisation, la personnalisation, sont des erreurs logiques qui mettent en cause la

forme de la pensée. Il est aisé de mettre en évidence les fautes de logique formelle qu'effectue le patient. Il faudra le faire avec humour, en soulignant que de telles erreurs sont le fait de tout le monde.

Les postulats représentent des contenus de pensées qui sont à la base des distorsions cognitives et des pensées automatiques. Ils sont argumentés avec le patient au cours de séances où l'on va utiliser le dialogue socratique. Il ne s'agit pas de prêcher et d'imposer une nouvelle et « bonne » philosophie au patient, mais bien d'un dialogue socratique où le thérapeute pose des questions sans imposer de réponses. Le sujet est soumis à des règles intérieures rigides et des postulats silencieux qui gouvernent sa vie. Il en souffre, mais la vérité de ces postulats est pour lui une évidence inébranlable. Il faut donc lui apprendre la démarche, longue et difficile, de tester des hypothèses, ce qui lui permettra de passer d'une assimilation de la réalité extérieure à ses schémas, d'une accommodation de ceux-ci au monde.

Le thérapeute qui cherche à mettre en évidence un postulat peut utiliser la technique dite de flèche descendante : si le pire se réalise, quelle en est la conséquence ? Et qu'est-ce que cela représente pour vous ? Cette méthode permet de partir d'une pensée automatique dépressive : « X ne m'a pas téléphoné, c'est épouvantable » pour isoler un postulat dépressogène très général : « Tout le monde doit m'aimer, tout le temps et agir comme je le souhaite. » On cherchera à regrouper les pensées du patient en thèmes communs et à établir les règles personnelles tyranniques. Celles-ci peuvent être conditionnelles : « si..., alors... » (« je ne vaudrais rien si je n'étais pas mon examen »), ou bien inconditionnelle « je devrais toujours être aimé ». Les scénarios répétitifs qui marquent la vie du patient sont aussi isolés : scénarios d'échec, de rejet, etc.

La validité de ces postulats sera progressivement mise en question par le thérapeute sous la forme interrogative : « Est-il toujours vrai que ? », par exemple. On peut ensuite utiliser des techniques de résolution de problèmes pour tester non seulement la vérité, mais aussi l'utilité à court et long terme de maintenir un tel système de croyances. Une fiche que l'on peut utiliser en séance permet également de prolonger la séance dans la vie de tous les jours en testant les postulats chaque fois que le patient parvient à les repérer dans ses relations avec les autres.

Fiche de mise en question des postulats

Arguments	Pour	Contre
À court terme		
À long terme		
À moyen terme		

Finalement, le patient arrivera à intérioriser cette méthode de restructuration de ses pensées automatiques, de ses distorsions cognitives et de ses postulats.

Enfin, des épreuves de réalité permettront de faire en sorte que le patient puisse bénéficier d'expériences de plaisir et de maîtrise dans la réalité. Le jeu de rôle et la présentation d'images mentales sous relaxation permettront

de préparer dans certains cas cet affrontement de la réalité où angoisse et sentiments dépressifs se mêlent.

Résultats : rétablir une balance entre les pensées négatives et positives

Lorsque la thérapie a obtenu un résultat même incomplet, on observe à côté des diminutions de score de l'échelle de dépression une série de modifications cognitives. Elles reflètent une modification du traitement de l'information et une modification des affects : l'information positive et agréable est retenue. En général, chez le sujet normal, on observe environ deux tiers de monologues intérieurs positifs pour un tiers de négatifs. La dépression va inverser cette proportion. La thérapie aurait pour effet de rétablir une balance plus positive comportant environ deux tiers de pensées positives. Son but n'est donc pas l'élimination de la pensée négative qui est nécessaire au bon fonctionnement mental, mais le rétablissement d'une dialectique entre un fonds de pensées positives et une minorité de pensées négatives.

Séance de fin de traitement, prise de congé et programme de maintenance

La thérapie se termine par un programme de maintenance fait de tâches aussi bien cognitives que comportementales. Le patient est revu de mois en mois durant six mois, puis deux fois dans le deuxième semestre après la thérapie. Des séances de rappel peuvent être proposées.

Indications et contre-indications

La thérapie cognitive est surtout efficace dans les dépressions d'intensité légère ou moyenne, qu'il s'agisse de dépressions majeures ou d'états dysthymiques au sens du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le fait qu'il y ait, au premier plan, des perturbations somatiques liées à la dépression (anorexie, perte de poids, insomnie, ralentissement) sans représenter véritablement une contre-indication, incite à préférer des antidépresseurs ou à les associer. Il est nécessaire que le patient présente une mémoire et une concentration suffisantes et qu'il puisse faire le lien entre humeur et événements extérieurs, ainsi qu'entre humeur et pensée. Ce qui implique des capacités d'auto-observation et d'autocontrôle qui ne sont pas toujours liées aux diplômes. La mélancolie représente une contre-indication, de même que la dépression au cours des états psychotiques ou dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive (maladie bipolaire). Le sens du réel doit être conservé pour pouvoir tester les hypothèses dépressives dans la réalité.

Les thérapies cognitives peuvent représenter une alternative aux antidépresseurs dans la mesure où certains patients les refusent, présentent des contre-indications ou encore les tolèrent mal. L'observance de la thérapie cognitive est en général meilleure que l'observance des traitements antidépresseurs. Certains ont suggéré de n'utiliser la thérapie cognitive, vu son coût, qu'en cas d'échec dûment avéré de deux traitements antidépresseurs différents correctement conduits et évalués.

Thérapies socio-comportementales de la dépression

Elles se centrent plus sur l'interaction sujet-milieu social que sur les processus cognitifs internes. Mais leur contenu réel est souvent proche de la thérapie cognitive. Inversement, la thérapie cognitive fait appel à des interventions directes sur les comportements sociaux.

Le modèle de l'apprentissage social de Lewinsohn

Selon Lewinsohn (1978 ; 1982, la dépression résulte soit de la présence d'un trop grand nombre d'événements aversifs dans l'environnement du patient, soit d'une diminution dramatique des événements plaisants. La thérapie de Lewinsohn est fondée sur les principes de l'apprentissage social. Elle cherche à modifier directement l'interaction du dépressif avec l'environnement en augmentant le taux d'événements plaisants et en diminuant le taux d'événements déplaisants. Il s'agit d'une approche très didactique, qui a lieu en groupe, durant douze séances de deux heures. Les patients ont en main un ouvrage, *Vaincre la dépression*, qui résume la progression des différentes phases de la thérapie. Les thérapeutes, eux aussi, suivent un manuel qui les aide à appliquer la thérapie. Le contenu des douze séances de deux heures est le suivant :

- dépression et apprentissage social ;
- méthodes de changement personnel ;
- relaxation et dépression ;
- relaxation et situations quotidiennes ;
- activités plaisantes et dépression ;
- plans d'activités plaisantes ;
- pensée et dépression ;
- plan de pensée constructive ;
- capacités d'affirmation de soi ;
- utiliser les compétences sociales ;
- maintenir les gains de la thérapie ;
- développer un plan constructif d'existence.

La postcure est de six mois et l'on effectue un rappel à un mois et six mois.

Développement de la compétence sociale (*social skills training*)

Des thérapies voisines dans leur esprit ont été proposées. Elles se fondent sur le modèle de la compétence sociale et du développement de la communication : les techniques utilisées sont essentiellement le jeu de rôle, l'auto-évaluation et l'autorenforcement, et les tâches à réaliser dans la réalité. Elles mettent l'accent sur la perception et la dynamique du comportement social. Leur efficacité dépend de la capacité des patients à suivre les jeux de rôle et les programmes d'activités. Elles sont limitées du fait de la faible part des programmes dévolus à la modification des pensées et des affects dépressifs.

Thérapie du deuil

Le deuil pathologique est un état de stress et de dépression qui persiste au-delà d'une année après le décès d'un proche. Proposée par Ramsay (1977), cette thérapie est un moyen héroïque qui permet, dans les cas difficiles, au travail de deuil de se faire. Le sujet en deuil présente un déni de la perte qui maintient sa dépression et son angoisse ; il convient donc de le confronter à cette réalité pénible et définitive. Il s'agit d'un deuil guidé par le thérapeute qui aide le sujet à affronter ce qu'il nie et redoute par-dessus tout. Le deuil pathologique, plus que comme un état dépressif, peut être conceptualisé comme un état de stress post-traumatique, avec évitements externes et internes de tout ce qui peut rappeler la perte. Les techniques proposées sont donc l'implosion cherchant à prévenir l'évitement du travail de deuil, l'amplification de l'expression des sentiments agressifs ou positifs à l'égard de la personne disparue, le jeu de rôle et le travail sur les monologues intérieurs. Des tâches en réalité peuvent être proposées : remplacer les visites quotidiennes au cimetière par des activités plus plaisantes, ranger une chambre au lieu de la laisser en l'état comme si le défunt devait revenir, etc. Six à quinze séances de deux à trois heures sont proposées. Il s'agit d'une thérapie d'exception qui est difficile, aussi bien pour les patients qui ont oublié d'oublier et les thérapeutes qui les accompagnent dans un travail pénible d'intégration de l'affect. Ils aident, en effet, à rompre un lien illusoire que les patients cherchent désespérément à maintenir.

Approche cognitivo-comportementale des troubles bipolaires

Elle a été proposée par Basco et Rush (1996) dans un ouvrage clinique, sans doute annonciateur d'études contrôlées à venir. Il s'agit d'un véritable manuel destiné aux thérapeutes qui voudraient l'essayer en combinaison avec la psychopharmacologie. Il est divisé en douze parties ou modules qui correspondent aux séances de thérapie :

1. Présentation de la thérapie cognitivo-comportementale de la psychose maniaco-dépressive (PMD).
2. Diagnostic et reconnaissance de la PMD.
3. Traitement pharmacologique.
4. Monitoring des symptômes : un système précoce d'alerte.
5. Encourager l'observance thérapeutique.
6. Changements cognitifs dans la dépression.
7. Changements cognitifs dans la manie.
8. Changements comportementaux et problèmes lors des épisodes dépressifs.
9. Changements comportementaux et problèmes lors des épisodes maniaques.
10. Problèmes psychosociaux et PMD.

11. Problèmes interpersonnels et communication.

12. Synthèse.

Les auteurs insistent sur les aspects éducatifs de leur entreprise, qui sont surtout nets dans les quatre premières séances. Par la suite, avec les techniques cognitives qui s'inspirent de l'ouvrage de Beck et al. (1979), le traitement tient compte de la dimension individuelle. Mais il insiste aussi sur les nécessaires interventions comportementales pour rompre le cercle culpabilisant de la passivité dépressive ou de l'irritabilité maniaque. Le chapitre sur la communication est particulièrement intéressant car il explique de manière pratique comment modifier la sensibilité, le pessimisme, la paranoïa, l'irritabilité, l'accélération du débit verbal et les altérations du fonctionnement cognitif. Les techniques de jeu de rôle et de développement des compétences sociales sont très utilisées. La modification des patterns de communication est sans doute cruciale pour maintenir les relations sociales et familiales, dont la rupture obère le pronostic.

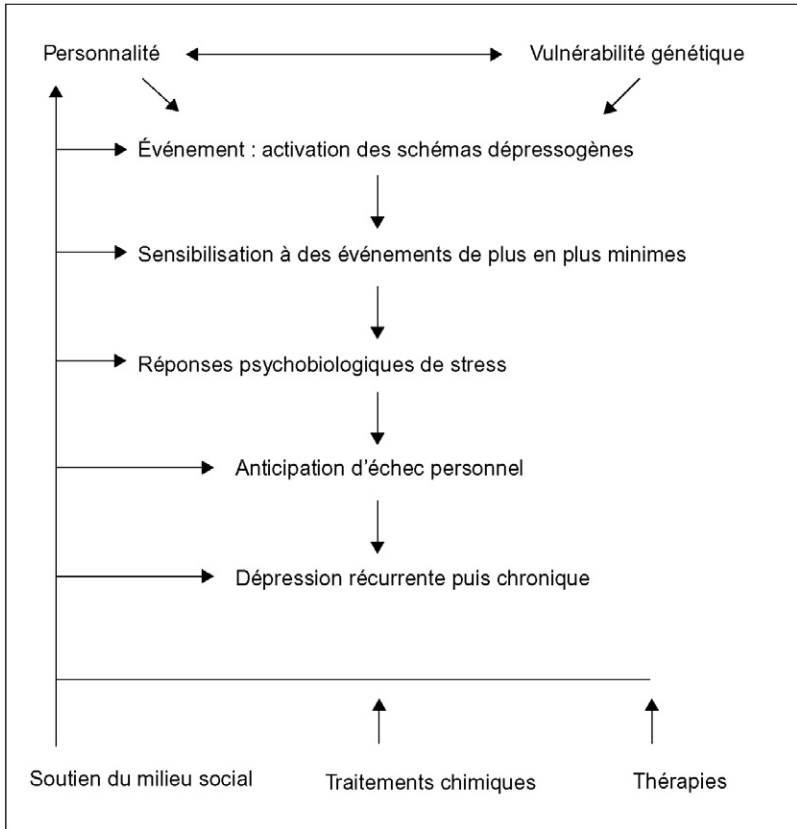
Conclusion : les stratégies d'intervention

Il est vraisemblable que des traits de personnalité et la vulnérabilité génétique, qui sont en interaction, peuvent co-agir sur les schémas dépressogènes activés par un événement et produire une sensibilisation à des événements de plus en plus minimes. Des réponses psychobiologiques de stress plus ou moins marquées suivant que la dépression est de type « endogène » ou « exogène » vont se manifester. Il va s'installer une cognition d'anticipation d'échec personnel, qui entraînera le patient dans le cercle de la dépression récurrente puis chronique. La figure 13.1 résume les facteurs de la dépression et les différentes possibilités d'intervention.

La première intervention serait le soutien du milieu social, dont on parle assez peu, qui irait dans le sens des études épidémiologiques classiques qui ont montré le lien entre dépression et perte de soutien social (Brown et Harris, 1978).

Puis pourraient intervenir les traitements chimiques et/ou les thérapies structurées suivant le degré de la dépression. Les thérapies, qui sont indiquées dans les dépressions d'intensité légère ou modérée, peuvent agir à différents niveaux : sur la personnalité, sur la capacité de faire face aux événements, sur la sensibilisation aux événements, sur les réponses de stress, sur les cognitions d'anticipation d'échec.

Ensuite, on arrive à un niveau tertiaire de dépression récurrente et chronique où l'on peut toujours agir par ces trois modalités ; peut-être que, dans les formes graves, on aurait intérêt à agir à la fois par ces trois modalités et développer des programmes psychologiques et biologiques dans le milieu institutionnel, puis naturel. En termes de coût, le problème est de définir ce qui peut être fait par le spécialiste, par le généraliste et par l'environnement correctement éduqué, et transférer ce qui est du domaine de la recherche psychologique et biologique dans le domaine de la pratique de tous les jours.

**Figure 13.1**

Facteurs de dépression et interventions thérapeutiques.

Seligman (1990), qui a « inventé » l'impuissance apprise, proposait d'ouvrir des cliniques de l'optimisme. L'idée de ce père de la psychologie positive est de combattre la dépression dès qu'elle apparaît et surtout de la prévenir par l'apprentissage de la résilience. Dans ces cliniques, les méthodes cognitives et comportementales, en particulier la résolution de problèmes, sont enseignées dès l'enfance.

Que la thérapie soit d'orientation cognitive ou comportementale, le développement de plan d'actions et la mise en place d'activités de plaisir et de maîtrise apparaissent essentiels pour modifier les pensées et l'humeur négatives. Comme le disait Stendhal : « Entre le chagrin et nous, il faut mettre des faits nouveaux, fût-ce de se casser un bras. » Stendhal partait en voyage en Italie.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual, Fourth Edition* (DSM-IV). Washington D.C.: APA.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blackburn I., Cottiaux J. (1988). *Psychothérapie cognitive de la dépression*. (seconde édition 2008). Paris: Masson.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. Londres: Tavistock Press.
- Lewinsohn, P., Munoz, R., Youngren, M., & Zeiss, A. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P., Sullivan, M., & Grosscup, S. (1982). Behavioral therapy: clinical applications. In J. Rush (Ed.), *Short term psychotherapies for depression*. New York: The Guilford Press.
- Ramsay, R. (1977). Behavioural approaches to bereavement. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 131-135.
- Seligman, M. (1990). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.

Annexe : Fiche pensées automatiques négatives

NOM :	Prénom :	Âge :	Date :	
Situation	Émotion(s)	Pensées automatiques	Réponse relationnelle	Résultat
Décrire :				
1. L'événement précis produisant l'émotion déplaisante, ou 2. Le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou la rêverie, etc., produisant l'émotion déplaisante	1. Spécifier : triste, agressif(ve), anxieux, etc. 2. Évaluer l'intensité de l'émotion	1. Écrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion 2. Évaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique	1. Écrire la pensée relationnelle produite pour répondre à la pensée automatique 2. Évaluer votre niveau de croyance dans cette réponse relationnelle	1. Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique 2. Spécifier et évaluer les émotions qui s'ensuivent
	0-8	0-8	0-8	0-8
Heure :				

14 Troubles de la personnalité

Bien que la personnalité demeure une notion à la fois difficile à définir, à modéliser et à évaluer, des thérapeutiques biologiques et psychologiques ont essayé de modifier les troubles de personnalité. Le travail pionnier de Marsha Linehan dans les années 1990 a montré qu'une TCC pouvait le faire (Linehan, 2000a, 2000b). Beck et Freeman (1990) ont proposé un modèle et un manuel thérapeutique des troubles de la personnalité selon le DSM-III puis DSM-IV (1994).

Un des courants dans l'étude de la personnalité est le courant cognitiviste qui, avec Kelly (1955), a depuis longtemps proposé un modèle, celui des constructions personnelles (*personal constructs*). Selon ce modèle, tout individu est comparable à un savant qui fait des hypothèses sur le monde et cherche à en vérifier l'exactitude. La personnalité est l'ensemble des constructions mentales personnelles que nous établissons pour interpréter le monde. Ces constructions aboutissent à un style cognitif particulier, qui est propre à chacun mais qui peut se regrouper en grands types.

Plus récemment, plusieurs ouvrages, ceux de Beck et Freeman (1990), Young (1990, 2005) et Cottraux et Blackburn (1998, 2006), ont proposé un modèle cognitif du fonctionnement mental dans les troubles de personnalité : le modèle des schémas précoces inadaptés. Comme pour la dépression et les troubles anxieux, la base de la personnalité réside dans le traitement de l'information par des schémas. Ceux-ci représentent des prédictions se réalisant par la sélection des aspects de l'environnement qui les satisfont. Finalement, l'histoire d'une vie ou le scénario de vie résulte des schémas précoces et de la réalisation de leurs prophéties. Les scénarios de vie ont été explorés en détail, car leur étude permet une conceptualisation nouvelle du problème de la répétition d'un échec personnel et relationnel qui amène souvent les patients à rechercher une aide psychothérapique (Cottraux, 2001).

De la personnalité normale au trouble de personnalité

La personnalité est l'ensemble des constructions mentales personnelles que nous établissons pour interpréter le monde, disait le psychologue Georges Kelly (1955), précurseur du mouvement cognitif actuel. Les personnalités pathologiques proviendraient de l'inadaptation des *constructs*, de leur absence ou de leur rigidité (impermeabilité).

Les théories cognitives de la personnalité reposent sur la notion de schéma cognitif (Beck et Freeman, 1990). Les schémas sont des structures cognitives stables, stockées dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement. Acquis au cours d'expériences précoces par interaction entre

les structures neuronales et l'expérience, ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés. Ils peuvent donc être à l'origine de scénarios de vie, du fait de leur action sur les comportements. Les schémas dont le contenu est fait de croyances ou de postulats font partie d'une organisation du traitement de l'information dont ils représentent une des étapes.

Par « croyance » ou système de croyances, on entend non pas une structure mentale hypothétique, mais un ensemble de vues personnelles sur soi, les autres et le monde qui constituent un système d'interprétation, une *Weltanschauung* ou une philosophie de la vie particulière. Les croyances ou les systèmes de croyances correspondent à l'organisation de plusieurs postulats. On oppose en général les systèmes de croyances rationnels, c'est-à-dire adaptés à la culture personnelle du sujet, aux systèmes de croyances irrationnels qui en dévient notablement. C'est dire que le jugement au sujet de la légitimité des croyances doit être relativiste et se fonder sur une compréhension du milieu socioculturel présent et passé du sujet.

Le terme « postulat » fait référence à la clinique. Le thérapeute, à partir de ce que rapporte le patient, découvre progressivement avec lui un certain nombre de règles implicites qui découlent à la fois de l'organisation et du contenu des schémas. On oppose les postulats inconditionnels qui peuvent être positifs chez les sujets normaux et négatifs chez les patients ayant un trouble de personnalité : par exemple « Je suis incompetent » est un postulat inconditionnel négatif. « Si je parle, on va me juger comme incompetent » est un postulat conditionnel en « Si... alors ». Il va aboutir à des règles de conduite et des stratégies d'adaptation : « Tais-toi, évite de fréquenter des gens trop brillants et de parler en public, etc. » : postulats que l'on retrouve souvent chez les personnalités évitantes.

À partir de ces prémisses, des thérapies de type cognitif pour les troubles de la personnalité ont été proposées par Beck et al. (1990), Layden et al. (1993), Young (1990), Young et Lindemann (1992), Young et Klosko (1994), Young et al. (2005), Padesky et Greenberger (1995), et Cottraux et Blackburn (1998 ; 2006). Ces auteurs ont présenté des études détaillées de cas et des manuels thérapeutiques. La recherche est encore à l'état de développement sur cette nouvelle frontière de la psychothérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie cognitive des troubles de personnalité se fonde sur la modification des schémas précoces dysfonctionnels de personnalité, qui ont été construits par l'interaction du tempérament biologique et de l'environnement familial et social. Bien souvent, le patient vient consulter pour un syndrome d'axe 1 (dépression, trouble anxieux, etc.) qui exprime l'échec individuel ou une souffrance plus diffuse et manifeste le trouble de personnalité sous-jacent.

Les schémas que l'on retrouve dans tous les troubles de la personnalité sont en général négatifs et ils ne varient pas énormément de trouble en trouble. Ils sont bipolaires et dichotomiques (jugement en noir et blanc, sur soi, les autres et le monde). Mais ce qui définit les différents troubles, ce

sont les stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales adoptées par le patient pour faire face à son schéma. Ils sont difficiles à modifier à cause de leur globalité, de leur rigidité et de leur renforcement constant dans la vie de tous les jours. Ils représentent en général un système rigide de prédictions sur le monde qui s'autoréalisent : ainsi, l'agressivité du trouble de personnalité paranoïaque se justifiera des rétorsions qu'elle a elle-même provoquées.

Beck et Freeman (1990) définissent les troubles de la personnalité en termes de stratégies interpersonnelles qui sont dysfonctionnelles puisqu'elles créent des problèmes qui font souffrir le patient (par exemple, la personnalité dépendante) et/ou des difficultés dans les relations avec les autres, ou dans la société (par exemple, la personnalité antisociale). Ces stratégies interpersonnelles représentent des comportements surdéveloppés et sous-développés. Par exemple, dans une personnalité narcissique, les valeurs de partage et d'empathie sont sous-développées, tandis que l'égoïsme, la manipulation et le mépris sont des stratégies comportementales quasi-constantes.

Mise au jour des postulats de base de chaque type de personnalité

Le tableau 14.1 inspiré de Beck et Freeman (1990) et de Cottraux (2001) présente une vue synthétique des différents troubles de personnalité, de

Tableau 14.1
Croyances fondamentales et troubles de la personnalité

Personnalité	Croyance centrale	Comportement
<i>Personnalités excentriques et bizarres</i>		
Paranoïaque	Les autres sont des ennemis potentiels	État de guerre
Schizoïde	J'ai besoin d'espace, sinon : confusion	Isolement
Schizotypique	Le monde et les autres sont étranges	Méfiance
<i>Personnalités dramatiques, émotionnelles et désorganisées</i>		
Antisociale	Les autres sont des proies	Attaque
Histrionique	Je dois impressionner les autres	Dramatisation
Limite (borderline)	Personne n'est assez fort pour m'aider	Fuite Attaque
Narcissique	Je suis quelqu'un de spécial	Inflation de soi
<i>Personnalités anxieuses et peureuses</i>		
Évitante	Je peux être « blessé(e) »	Évitement
Dépendante	Je suis faible et sans protection	Attachement
Obsessive-compulsive	Je ne dois jamais faire aucune erreur	Perfectionnisme
Passive-agressive	On pourrait « me marcher dessus »	Résistance

leurs postulats et des conséquences comportementales et émotionnelles de ces postulats. Cette grille peut être utilisée comme guide pour l'analyse fonctionnelle des troubles de personnalité.

Les schémas précoces de personnalité

Le sens que Young donne au terme « schéma » est proche de celui auquel se réfère Beck : il s'agit des éléments organisés à partir des expériences et des réactions du passé, qui forment un ensemble de connaissances relativement cohérent et durable, capable de guider les perceptions et les évaluations ultérieures.

Le clinicien retrouve principalement des schémas de dépendance, manque d'individuation, déprivation émotionnelle, abandon, méfiance, impossibilité d'être aimé et incompétence (Young, 1990 ; Young et Klosko, 1994). Ces schémas ont été étudiés sur le plan psychométrique par Schmidt et al. (1995) dans un large échantillon d'étudiants normaux et présentant des troubles de personnalité. L'analyse factorielle a extrait trois grandes dimensions de personnalité : surconnexion (dépendance), déconnexion (abandon et infériorité) et perfectionnisme. Ces trois dimensions étant associées au déficit de l'autocontrôle (figure 14.1).

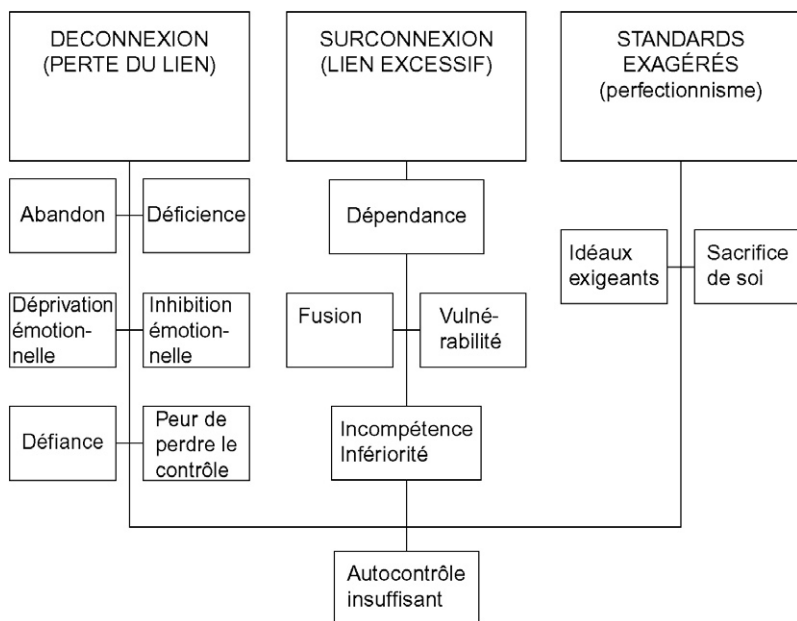


Figure 14.1

Étude psychométrique de Schmidt et al. (1995) sur les schémas de personnalité.

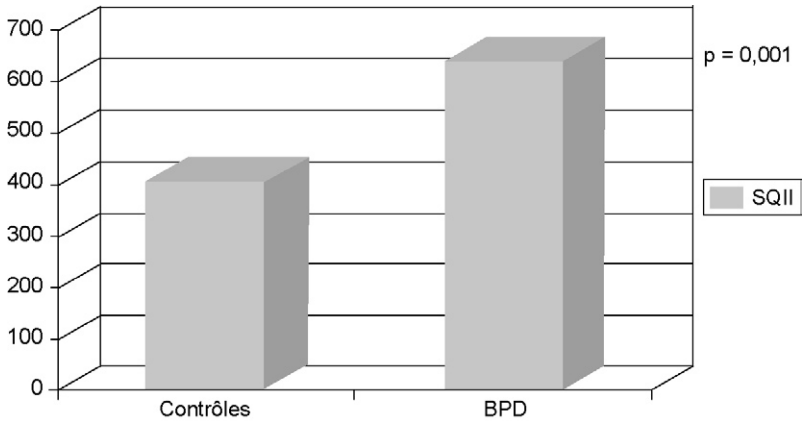


Figure 14.2

Questionnaire des schémas de Young (YSQ-2), version française : scores totaux (moyennes).

Un score de 500 et plus à l'échelle de Young permet d'identifier 97 % des troubles de personnalité borderline de notre échantillon (BPD : trouble de personnalité borderline).

Cette étude utilisait le questionnaire de Young (YSQ-2) dont une version plus ancienne (YSQ-1) a été validée en français (Mihahescu et al., 1997). La version de l'échelle de Young (205 items) a été revalidée (partiellement) en français (figure 14.2). Les regroupements étaient voisins dans les versions anglaises et françaises de l'échelle. L'analyse statistique de la version française de l'échelle montre que les personnes qui ont un trouble de personnalité borderline, caractérisé par la dépression, l'impulsivité et des difficultés relationnelles importantes, ont des scores significativement plus élevés que les sujets contrôles : des étudiants de différentes universités et d'âge varié (Lachenal-Chevallet, 2002).

Une version abrégée, ne comportant que 75 items, a été validée dans sa version française : le lecteur la trouvera en annexe avec son mode de dépouillement (Lachenal-Chevallet et al., 2006). Avec des scores globaux supérieurs à 180, 15,59 % des sujets contrôles sont superposables à 94,59 % des sujets borderline. Pour le YSQ-S-2, le seuil à partir duquel le sujet commence à être considéré comme pathologique se situe donc à 181.

Plus récemment, Young (Young et al., 2005) a proposé une échelle plus longue, comportant 18 schémas répartis sur 5 domaines, mais qui n'est pas encore validée : le lecteur trouvera la version française de cette échelle in Cottraux et Blackburn (2006). Voici la liste de ces 18 schémas.

Domaine I : séparation et rejet (déconnexion)

1. Schéma d'abandon/instabilité
2. Schéma de méfiance/abus
3. Schéma de manque affectif

4. Schéma d'imperfection/honte
5. Schéma d'isolement social

Domaine II : manque d'autonomie et performance (sur connexion)

6. Dépendance/incompétence
7. Peur du danger ou de la maladie
8. Fusion/personnalité atrophiée
9. Échec

Domaine III : manque de limites

10. Droits personnels exagérés : « Tout m'est dû » ; grandeur
11. Contrôle de soi/autodiscipline insuffisants

Domaine IV : orientation vers les autres

12. Assujettissement
13. Abnégation
14. Recherche d'approbation et de reconnaissance

Domaine V : sur-vigilance et inhibition

15. Négativité/pessimisme
16. Sur-contrôle émotionnel
17. Idéaux exigeants/critique excessive
18. Punition, le sujet a tendance à se montrer intolérant, très critique et impatient, et à « punir » les autres et lui-même s'ils n'atteignent pas le niveau de perfection qu'il exige

Les processus qui maintiennent les schémas

Pour expliquer le passage de la personnalité normale à la personnalité pathologique, il faut faire appel au concept de processus de maintien des schémas précoces dysfonctionnels.

Maintien des schémas par distorsion de l'information et soumission au schéma

Au niveau cognitif, une distorsion de l'information est effectuée pour maintenir le schéma intact : l'information qui confirme le schéma est retenue ; elle est magnifiée, sur-généralisée et personnalisée. L'information qui va à l'encontre du schéma est modifiée ou rejetée. Lorsque la validité du schéma est mise en doute par le thérapeute, la résistance du patient est donc considérable.

Maintien des schémas par évitement

L'intensité des émotions négatives qui sont associées au déclenchement du schéma précoce a amené le patient à développer des procédés, conscients ou automatiques, pour bloquer toute connaissance du schéma. L'étiquette de « manœuvre » ou de « stratégie » permet au thérapeute de développer des méthodes actives qui aident le patient à mettre en question le schéma qui détermine son comportement.

La manœuvre d'évitement peut être cognitive, affective et/ou comportementale. Cette dernière, qui est plus évidente, peut être mise en question par le thérapeute et modifiée par des tests comportementaux progressifs, comme dans les thérapies comportementales classiques.

Maintien des schémas par compensation

Le troisième processus de maintien ou compensation s'apparente au concept de formation réactionnelle dans la psychanalyse. Par exemple, la personne « dépendante » se protégera en faisant montre d'une autonomie exagérée, refusant l'aide ou les conseils d'autrui. La personne qui se sous-estime et dont le schéma est dû à un manque affectif dans l'enfance peut avoir développé un comportement narcissique. Le patient qui se croit incompetent peut développer des traits de perfectionnisme.

Maintien par renforcement

On peut ajouter le maintien des schémas par le fait qu'ils sont constamment renforcés par l'environnement. Ainsi, un schéma de méfiance sera renforcé par un environnement peu fiable, objectivement.

Maintien par modèles

On peut encore ajouter, aux données classiques sur le maintien des schémas, le rôle diffus des modèles issus de l'environnement : modèles réels issus de la famille ou de l'environnement social (la bande de délinquants ou, inversement, de jeunes scouts), mais aussi symboliques issus de la télévision ou des médias en général.

Thérapie cognitive des troubles de la personnalité

Les thérapies cognitives se déroulent sur un an et comportent entre trente et quarante séances d'une heure effectuées par un seul thérapeute. Elles utilisent des techniques cognitives, émotionnelles, comportementales, interpersonnelles et des stratégies de maintien pour modifier les schémas cognitifs précoces perturbés.

Le programme que je vais présenter a été testé par une étude contrôlée qui a montré sa supériorité sur un programme de thérapie de soutien d'inspiration rogerienne, et ce à un suivi de deux ans (Cottraux et al., 2009).

Établir une relation thérapeutique positive et utiliser les fluctuations relationnelles

Changer certains aspects de personnalité est comparable à s'en aller sur une terre étrangère, et abandonner une image familière de soi. La reconnaissance par le thérapeute de la difficulté du changement pour le patient est nécessaire au succès de la thérapie. Tout au long de la thérapie, les fluctuations

relationnelles seront utilisées pour mettre à jour les schémas et effectuer des expériences émotionnelles correctrices.

Format des séances

Il est structuré. Le patient et le thérapeute fonctionnent selon une « collaboration empirique », comme deux chercheurs travaillant sur des hypothèses communes ; le thérapeute ne confronte pas brutalement le patient à ce qu'il ne voit pas de son schéma, mais cherche à l'amener à évaluer celui-ci progressivement, pour ensuite le remettre en question. Pour réguler les problèmes relationnels de part et d'autre, on adopte une structure formalisée à la séance qui se déroulera selon les étapes suivantes.

- évaluation des tâches cognitives et des expériences comportementales prévues lors de la dernière séance ;
- agenda de séance : choix d'un thème par le patient ;
- récapitulations fréquentes par le thérapeute ;
- techniques cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et comportementales pour modifier les schémas ;
- résumé de séance effectué par le patient ;
- *feedback* du patient sur ce qui lui a plu et déplu dans les interventions du thérapeute. Élaboration commune des problèmes relationnels ;
- discussion des programmes des tâches cognitives et des expériences comportementales ;
- agenda de la prochaine séance fixé en fonction des résultats de cette séance : thème à aborder en priorité.

Conceptualisation du cas

Une méthode facile à mettre en œuvre consiste à se servir d'un pentagramme qui représente les différents niveaux de cognitions, les émotions et les comportements en fonction des événements et des fluctuations relationnelles. En cas de difficulté dans la thérapie, il faut refaire ce pentagramme. L'exemple de la [figure 14.3](#) a été obtenu au cours d'une superstition et a permis de reconceptualiser un cas difficile.

Technique générale

Résolution de problème

Une des constantes des troubles de personnalité est la difficulté à résoudre les problèmes à tel point qu'on a pu dire qu'il s'agissait de personnes intelligentes mettant en œuvre des solutions stupides, c'est-à-dire totalement inadaptées du fait d'une mauvaise gestion de la réalité et d'une absence de pensée logique ou opérationnelle : la résolution de problèmes concrets sera effectuée en séance et prolongée dans la vie quotidienne. La méthode de résolution de problème est à appliquer face aux décisions que les patients n'arrivent pas à prendre, ce qui les bloque dans une impasse existentielle où

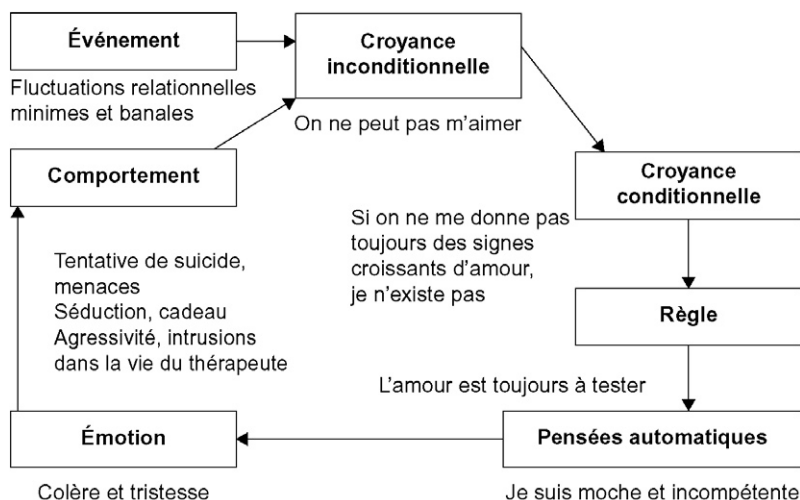


Figure 14.3

Exemple de conceptualisation synchronique (actuelle) d'un cas d'une personnalité borderline.

ils répètent les mêmes comportements qui les conduisent dans les mêmes impasses : par exemple mariages ou liaisons qui échouent de manière répétée. La résolution de problème en sept points va permettre, sur plusieurs séances, de sortir de cet enlissement. On pourra s'aider de la fiche du [tableau 14.2](#).

Modification des communications pathologiques

Les communications agressives, négatives, aversives ou persécutrices avec les autres seront modifiées par le jeu de rôle avec *feedback*, jeu renversé et

Tableau 14.2

Les sept étapes de la résolution de problème

1.	Définir le problème
2.	Inventorier toutes les solutions possibles
3.	Évaluer les solutions : – les avantages et les désavantages – les conséquences à court, moyen et long termes, pour soi, pour les autres – les implications concrètes (argent, temps) – etc.
4.	Prendre une décision
5.	Exécution de la décision
6.	Évaluer les résultats
7.	Si les résultats obtenus sont insatisfaisants, recommencer le processus à l'étape 1 en redéfinissant et reformulant le problème non résolu

modèle comportemental à reproduire, suivis de tâches pratiques à réaliser dans la vie de tous les jours.

Modifications des pensées négatives dépressogènes

Elles seront mises à jour et modifiées par la discussion socratique des pensées automatiques irrationnelles qui sera prolongée par une fiche permettant de les discuter lorsqu'elles apparaissent (voir fiche pensées automatiques négatives p. 216). S'y ajouteront des tâches progressives de plaisir et de maîtrise à effectuer dans la vie quotidienne, qui seront évaluées sur une fiche.

Thérapie cognitive centrée sur les schémas cognitifs précoces

Le thérapeute utilisera des méthodes cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et comportementales pour mettre à jour et modifier les schémas. Il maintiendra ses résultats avec des techniques spécifiques pour le suivi.

Méthodes cognitives

Mise au jour des scénarios de vie

L'étude des scénarios de vie est un élément fondamental. Il faut les préciser à travers l'histoire personnelle du patient, les relations avec la famille, les amis, les partenaires sexuels, les collègues, l'éducation et le travail, et éventuellement les mettre en relation avec des événements traumatiques. Le thérapeute cherchera à préciser comment les expériences personnelles du patient ont façonné ses convictions vis-à-vis de lui-même, des autres et de son avenir. Il peut aussi lui demander d'écrire l'histoire de sa vie comme une brève nouvelle ou un scénario de film, en se référant à des films ou des personnages de roman emblématiques de son problème (Cottraux et Blackburn, 1998, 2006 ; Cottraux, 2001).

Mise au jour et modification des pensées automatiques

Le thérapeute commencera, dans l'analyse fonctionnelle, par établir les liens entre cognitions, émotions, actions et événements. Le patient sera entraîné à utiliser une émotion négative comme un signal pour prendre conscience des pensées automatiques ou de son comportement dysfonctionnel. Les souvenirs, les images mentales, les jeux de rôle, l'auto-enregistrement des expériences émotionnelles de tous les jours, les rêves ou d'autres situations qui provoquent les émotions pénibles, permettent d'atteindre les schémas inadaptes précoces. On pourra aussi utiliser la fiche donnée en annexe.

Mise au jour et modification des distorsions cognitives

Le thérapeute attirera ensuite l'attention sur les distorsions cognitives, par exemple la sur-généralisation et le fait de penser en « blanc et noir » (ou pensée dichotomique). Il faut identifier les règles personnelles, d'une façon concrète, en les ajustant aux relations avec le thérapeute et avec les autres. Une fois le système de croyance central établi, il faut en chercher le caractère abusif. En général, le patient obéit toujours à un ensemble de règles

inflexibles. « Dans une règle apparemment rationnelle et logique, cherchez l'abus » est le meilleur conseil que l'on puisse donner.

Modification des schémas précoces inadaptés

Attitude

Une des façons de ne pas blesser le patient est de comparer l'utilité passée des postulats à leur nuisance actuelle. Le thérapeute doit s'abstenir de tout commentaire sur la véracité des schémas et poser de prudentes questions inductives ou employer un dialogue socratique. Par exemple, les schémas du patient peuvent être : « Je suis mauvais, je suis un incapable, je n'ai aucune valeur » ou « On ne peut pas m'aimer ».

Techniques

Les techniques habituelles de la thérapie cognitive : questionnement, jeu de rôle, discussion des postulats, modification des postulats par résolution de problème, tâches concrètes à réaliser dans la réalité pour modifier les comportements autodéfaitistes, peuvent alors être mises en œuvre. Comme les schémas inadaptés précoces sont de longue durée, il faut être prêt à répéter ces méthodes pendant un an pour obtenir un résultat. La discussion socratique consiste à évaluer les avantages et les désavantages de maintenir les modes de comportement actuels, proposer des alternatives et examiner « le pour et le contre actuel » du maintien de ces stratégies.

1. Définir l'extrémité négative du schéma

On essaie de mettre à jour le concept global d'incapacité, de manque d'estime de soi, de dépendance ou d'absence de contrôle. On souligne aussi la pensée dichotomique aboutissant à des jugements négatifs sur soi « en noir et blanc ».

Cas clinique : idéaux exigeants et pensée dichotomique

Par exemple, une patiente borderline que sa mère jugeait comme une surdouée s'attend à une réussite exemplaire dans tous les domaines ou un échec total et se juge comme ayant échoué si sa réussite n'est que partielle. Ou bien elle se fixe des buts si élevés ou si vagues qu'ils ne peuvent pas être atteints : ce qui automatiquement va la rejeter dans l'échec et lui faire vivre une impasse existentielle dont la solution est le suicide, l'automutilation ou la boulimie.

Après avoir obtenu des définitions détaillées, il est plus facile, en considérant les preuves pour et contre, de montrer comment les schémas filtrent les perceptions reçues.

2. Établir les arguments pour et contre

Le thérapeute et le patient passent en revue tous les faits, accumulés au cours des années, soutenant cette vue de soi-même qui n'a jamais été remise en question. Les patients présentent parfois une longue liste de faits mais le plus souvent il devient évident que la croyance repose seulement sur quelques incidents ou situations. La conception de soi-même se cristallise très tôt et ces expériences précoces doivent être examinées.

Chaque séance peut être décomposée en une série d'interventions :

- définir un thème ;
- choisir un problème concret, récent, typique, fréquent et constant ;
- définir les déclencheurs : *stimuli* ;
- pensées automatiques et émotions ;
- croyances inconditionnelles, conditionnelles et règles de fonctionnement ;
- définir les conséquences : renforcement par des événements quotidiens ;
- renforcement du schéma (*feedback*) ;
- visualiser le problème sur une première fiche (adaptée de Layden et al., 1993) qui, remplie avec le patient, permet de mettre en relation les schémas précoces inconditionnels et les schémas conditionnels (en « Si... alors ») avec les événements et leurs résultantes émotionnelles et comportementales actuelles (figure 14.4).

3. Montrer que l'argumentation contraire n'a pas été prise en compte

La discussion socratique consiste à évaluer le schéma et à envisager les arguments pour et contre celui-ci. Lorsque l'argumentation « pour » le schéma a été recueillie, on passe à la recherche des preuves qui vont à l'encontre du schéma. La discussion qui aide à déterminer les preuves contraires au

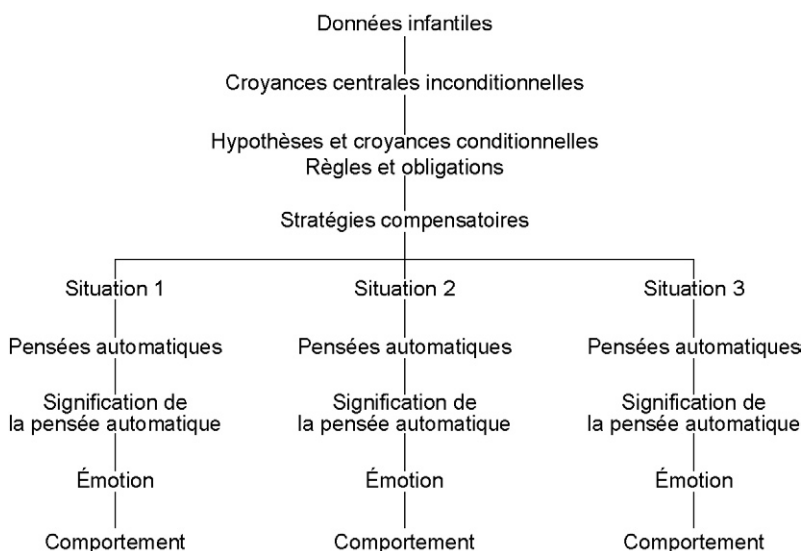


Figure 14.4

Trouble de la personnalité : conceptualisation cognitive diachronique (historique) (adaptée de Layden et al., 1993).

schéma aboutit à la démonstration que cette évidence n'a jamais été prise en considération ou qu'elle a été filtrée, selon un « préjugé » ou « biais cognitif ».

4. *Méthode du continuum*

C'est la méthode la plus efficace dans la thérapie cognitive pour modifier les schémas. Après avoir défini, par exemple, ce qu'est une personne impulsive, dépendante ou qui « vaut » quelque chose ou une personne « sans valeur », on établit un continuum de 0 à 100, dont les deux pôles sont définis. Et on demande au patient de s'évaluer sur le continuum et de remettre en question une vue en « noir et blanc » de lui-même.

5. *Ré-interprétation des expériences de l'enfance*

On a pu faire jouer à l'enfant un rôle qui n'était pas forcément dans son intérêt, mais qui remplissait une fonction pour ses parents à cette époque. Avec l'aide du patient, le thérapeute considère chaque membre de la famille, essayant d'arriver à une vue plus réaliste de la vie familiale de l'enfant. Il ne faut pas invalider la perception que le sujet a de sa famille, reconnaître avec empathie les traumatismes, mais aussi l'aider à se dégager de l'emprise du trauma sur la vie présente.

6. *Test de mise à l'épreuve de l'historique du schéma*

C'est une technique efficace, concernant les preuves pour et contre le schéma en examinant toute la vie du patient, étape par étape.

7. *Développer des « mémo-flash »*

Il s'agit simplement de phrases, construites par le patient, qui évoquent les preuves contraires au schéma. Elles sont utiles lorsque tout va mal et qu'une vue équilibrée semble impossible.

8. *Proposer des tâches cognitives effectuées avec une fiche adaptée de J.S. Beck (1995)*

Modification de la croyance centrale inconditionnelle (traduit et modifié de J.S. Beck, 1995)

Nom :	Date
Ancienne croyance centrale inconditionnelle :	
Anciennes règles (stratégies) de fonctionnement :	
À quel degré y croyez-vous maintenant ?	(0-100)
Quel est le plus bas degré de croyance cette semaine ?	(0-100)
Quel est le plus haut degré de croyance cette semaine ?	(0-100)
Nouvelle croyance :	
Nouvelles règles (stratégies) de fonctionnement :	

Modification de la croyance centrale inconditionnelle (traduit et modifié de J.S. Beck, 1995) (*Suite*)

À quel point adoptez-vous cette nouvelle croyance ?	(0-100)
Preuves qui soutiennent la nouvelle croyance centrale	Preuves qui soutiennent l'ancienne croyance centrale
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Méthodes affectives

Jeux de rôle sur le passé

Le thérapeute joue d'abord le rôle de l'un des parents et le patient est, lui-même, enfant. Ces rôles doivent souvent être inversés car le patient n'est pas encore capable d'adopter le rôle enfant/adulte avec assez de conviction ou d'assurance. Cette interversion de rôle continue jusqu'à ce que le patient soit satisfait de ce qu'il a présenté de son propre point de vue et qu'il a été compris. L'exercice doit toujours finir par le thérapeute dans le rôle de l'un des parents et le patient « jouant » lui-même.

Discussion de la responsabilité personnelle

À partir de ces données, on peut procéder à une ré-attribution de responsabilité pour toutes les difficultés rencontrées. On peut demander au patient d'établir des pourcentages représentés sous la forme d'un « camembert » statistique. Des jeux de rôle sont également employés dans lesquels, après plusieurs interversions de rôle, le sujet modifie ses rôles négatifs de sur-responsabilité.

Jeu de rôle : l'avocat du schéma (point et contrepoint)

Après avoir utilisé d'autres méthodes pour mettre à jour et modifier le schéma, on peut employer une méthode émotionnelle pour vérifier si un changement a eu lieu. Le thérapeute joue l'avocat du diable, prenant le rôle du schéma, et le patient doit défendre ses nouvelles vues, plus équilibrées et plus saines.

Méthodes interpersonnelles

Elles sont liées à la relation thérapeutique elle-même. Pendant les séances, le thérapeute doit constamment observer les signes qui peuvent révéler le déclenchement d'un schéma. Des manifestations de fortes émotions peuvent indiquer des pensées automatiques ayant trait à la thérapie : c'est le moment opportun pour examiner et mettre en question le schéma.

Empathie

L'attitude empathique du thérapeute est essentielle, mais il est important d'établir des limites professionnelles. Souvent le thérapeute aura des sentiments d'exaspération, de colère ou d'agressivité en fonction de l'interaction de sa propre personnalité avec celle du patient. La relation peut et même doit éveiller des cognitions négatives. Le thérapeute doit alors être capable de se décadrer et de communiquer sur la relation.

Limites

Il faut également poser clairement des limites des interventions et de la disponibilité du thérapeute, et expliquer les interventions thérapeutiques d'une manière éducative.

Contre-attitudes du thérapeute activées par le patient

Suivant la nature des schémas cognitifs, le thérapeute doit être capable de repérer la zone de conflit que le patient mobilise chez lui, comme il le fait avec d'autres dans la vie quotidienne : à cet égard, le patient distribue souvent le thérapeute dans un rôle qui lui est familier de retrouver chez l'autre : le persécuteur, le sauveur, le séducteur, la marâtre, le père absent, etc. Il est important de comprendre quel scénario relationnel répétitif est mis en place pour piéger aussi bien le thérapeute que le patient dans la répétition. Le thérapeute doit alors méta-communiquer sur ce qui se passe pour aller au-delà de cette impasse relationnelle (Cottraux, 2001).

Méthodes comportementales

Il est essentiel d'agir sur les comportements soit pour recueillir des données qui invalident le schéma, soit pour modifier les stratégies comportementales qui le maintiennent.

Tâches graduées et épreuves de réalité pour tester les schémas

Le patient qui évite de se faire des amis par peur qu'ils ne l'abandonnent essaiera d'adopter une attitude plus sociable, acceptant de passer une soirée avec des collègues, ou les invitant chez lui, pour commencer à examiner comment les autres réagissent envers lui. Le patient dépendant, qui a peur de dire « non » et fait tout ce qu'on lui demande, apprendra peu à peu à refuser son aide dans certaines circonstances et à tester de cette manière si, dans ce cas, les autres le rejettent totalement.

Tâches et renforcement dans le milieu naturel et thérapeutique

Le thérapeute renforcera les progrès, même limités, réalisés par le patient, mais il est parfois difficile de prévoir les conséquences positives ou non des réactions de l'entourage au changement. Le patient peut aussi décider de changer de milieu pour renforcer le nouveau schéma qui n'est plus en phase avec l'ancien environnement.

Méthodes de consolidation

Une fois que l'ancien schéma a été remis en question et jugé inadapté par le patient, le thérapeute doit s'efforcer de consolider les nouveaux schémas.

La *méthode du continuum* décrite plus haut doit être utilisée pendant toute la thérapie.

Le patient pourra écrire un *journal des expériences positives* qui soutiennent le nouveau schéma (par exemple : « je suis normal » ; « je suis comme tout le monde » ; « certaines personnes m'aiment bien »). Le journal des données positives est examiné pendant plusieurs séances de thérapie pour s'assurer que le patient ne rejette pas certaines expériences positives. Des questions détaillées servent alors à révéler le moindre fait positif qui invalide le schéma.

Écrire une liste de prédictions qui peuvent être mises à l'épreuve (« Si..., alors »). Autant de prédictions que possibles sont établies et plusieurs expériences sont discutées et prévues pendant la séance. Après dix ou quinze prédictions liées au schéma négatif et qui ne sont pas réalisées, le patient note ses émotions, ses pensées automatiques et le degré de croyance qu'il accorde à l'ancien schéma et au nouveau.

Cas clinique

Madame X est une patiente difficile suivie pour un trouble de personnalité qui mélange des traits narcissiques, évitants et perfectionnistes. Elle exerce une profession commerciale mais se reconvertit dans des études de psychologie par correspondance.

Cette patiente consulte pour des troubles relationnels importants. Ses antécédents sont chargés par une violence paternelle (non sexuelle semble-t-il) et un divorce des parents alors qu'elle avait 17 ans. Elle tenait tête à son père qui la battait. Elle a suivi une thérapie analytique de cinq ans qui l'a aidée, mais peu modifié ses relations. Ses plaintes sont les suivantes :

- difficulté à rester proche d'un partenaire stable ;
- oscille entre la colère et le retrait social ;
- mal à l'aise avec les autres et met les autres mal à l'aise ;
- juge les autres avec sévérité ;
- égocentrique : obtenir ce qu'elle veut par la violence verbale ;
- hypercontrôle de ses réactions et des autres ;
- rigide et exigeante avec les partenaires ;
- séparation récente d'un partenaire plus âgé de dix ans qui voulait l'emmener voyager autour du monde alors qu'elle voulait faire des études. Elle l'a quitté et il est parti avec une autre ;
- anorgasmie ;
- critiques des thérapeutes sans aménité et entre facilement en conflit avec eux.

La [figure 14.5](#) représente le pentagramme qui permet de conceptualiser le cas de Madame X d'une manière synchronique (actuelle).

Thérapie

La patiente fut traitée sur quatorze mois, successivement en TCC individuelle (neuf séances) centrée sur les aspects compulsifs ; en TCC de groupe

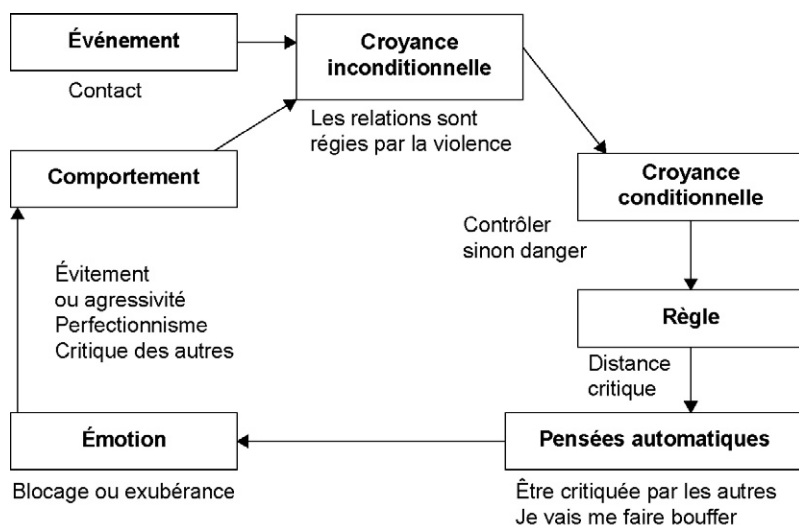


Figure 14.5

Schéma de danger : stratégies perfectionnistes et évitement social, agressivité et standards exagérés (cas clinique).

d'affirmation de soi (seize séances) plus ou moins suivies ; puis en TCC individuelle (douze séances) centrée sur l'anxiété sociale et les schémas précoces. Cette dernière phase a consisté à modifier les relations de la patiente au travail en combinant des jeux de rôles et en effectuant une discussion socratique de son schéma inconditionnel au cours de séances et en s'aidant de la fiche de modification de la croyance centrale inconditionnelle (voir ci-après).

Modification de la croyance centrale inconditionnelle (cas clinique)

Nom :		Date :
<i>Ancienne croyance centrale inconditionnelle</i> : les relations humaines sont régies par la violence		
<i>Anciennes stratégies</i> : critique, agressivité et contrôle		
À quel degré y croyez-vous maintenant ?	(0-100)	50 %
Quel est le plus haut degré de croyance cette semaine ?	(0-100)	60 %
Quel est le plus bas degré de croyance cette semaine ?	(0-100)	40 %
<i>Nouvelle croyance</i> : on peut vivre en paix avec les autres		
<i>Nouvelles stratégies</i> : L'ACHER PRISE, être capable de négocier et faire preuve d'empathie		
À quel point adoptez-vous cette nouvelle croyance ?	(0-100)	50 %

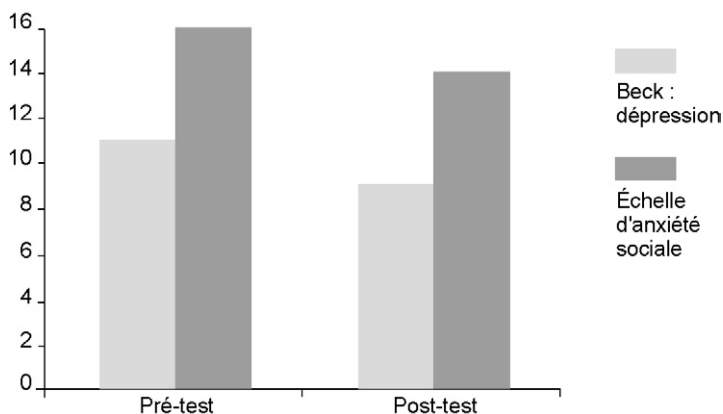
Modification de la croyance centrale inconditionnelle (cas clinique) (Suite)

Preuves contre l'ancienne croyance centrale et en faveur de la nouvelle	Preuves pour l'ancienne croyance centrale avec recadrage
1. Améliorer la relation	1. On se fait bouffer
2. Acceptée par les autres	2. On obtient rapidement ce que l'on veut
3. Savoir renoncer	

Elle devait également mettre en œuvre des expériences comportementales pour invalider son schéma : avoir du temps disponible pour les autres, chercher de la gentillesse dans le ton de voix, dire des banalités utiles à la relation (*small talk*), ne pas contredire les autres – les renforcer, parler lentement, parler dans le grave de sa voix –, « jouer » avec les autres – ludisme, démarrer les conversations.

Résultat

À la fin de la thérapie, elle se dit améliorée sur le plan des relations de travail, ce qui était son objectif essentiel. Mais elle ne souhaite pas aller plus loin sur un vécu pénible des relations violentes avec son père qu'elle tente pourtant d'aborder en thérapie. Néanmoins, elle reconnaît que la violence de son père a engendré ses comportements opposants et participé à la construction de son schéma cognitif inconditionnel : les rapports humains sont avant tout régis par la violence. Les échelles de dépression (échelle de Beck 21) et d'anxiété sociale (questionnaire des peurs) sont améliorées, mais de manière modeste (figure 14.6).



TCC : trois phases sur 14 mois

Figure 14.6

Personnalité évitante et perfectionniste : résultats de la TCC (cas clinique).

Elle revient seize mois après la fin des traitements. Elle dit qu'elle va mieux et demande au thérapeute de l'aider dans sa carrière par une intervention qui lui facilite un contact professionnel lui permettant de s'occuper de personnes souffrant de stress post-traumatique : cette demande est acceptée.

Thérapie cognitive appliquée à la personnalité borderline

Problèmes spécifiques

La personnalité limite (borderline) se manifeste avant tout par une instabilité de l'humeur et des relations interpersonnelles, ainsi que de l'image de soi, et également par des affects avec impulsivité. De tels patients présentent souvent des troubles comorbidés à type d'anxiété pathologique, de dépression et font de fréquentes demandes dans les services hospitaliers de psychiatrie, les consultations externes ou encore les unités de traitement de l'anxiété ou de thérapie comportementale et cognitive. Se présentant souvent sous la forme de crises suicidaires, de troubles anxieux « classiques », d'états dépressifs « habituels », de troubles des conduites alimentaires « usuels » (boulimie), de la prise de drogues accompagnée de petite délinquance « banale » ou de fonctionnement « caractériel » pénible pour l'entourage, ce trouble de personnalité est souvent masqué par le patient sous une apparente compétence et une adaptation sociale superficielle. De toute manière, il grève le pronostic du traitement d'un syndrome d'axe 1 de type anxieux ou dépressif, du fait de l'instabilité des conduites et de la difficulté à maintenir une alliance thérapeutique stable. Le trouble de personnalité borderline est souvent associé à d'autres troubles de personnalité ; de ce fait, trois sous-types ont été décrits sur un plan clinique (Layden et al., 1993) qui posent des problèmes thérapeutiques différents sur le plan comportemental et cognitif :

- le type antisocial/paranoïaque ;
- le type narcissique/hystérique ;
- le type évitant/dépendant.

Difficile à traiter, il nécessite l'ensemble des techniques habituelles que nous avons décrites plus haut et aussi un ensemble de méthodes spécifiques.

Adaptation de la thérapie cognitive au trouble de personnalité borderline

Il s'agit d'une thérapie fondée sur une hypothèse psychologique. Bien que des facteurs biologiques soient vraisemblablement en cause dans le trouble borderline (Silk, 1998), la modification de schémas cognitifs précoces, souvent liés à des situations infantiles difficiles ou traumatiques (violence, abandon, abus sexuel, milieu familial perturbé), peut améliorer les comportements erratiques, dangereux, impulsifs, auto- et hétéro-agressifs ou contradictoires.

Plusieurs composantes sont à mettre en œuvre à partir des ouvrages de Layden et al. (1993) et Cottraux et Blackburn (1998 ; 2006) :

- établir et utiliser la relation thérapeutique ;
- suivre un format structuré des séances thérapeutiques ;
- thérapie de gestion des émotions et du stress post-traumatique ;
- thérapie cognitive centrée sur les schémas cognitifs précoces ;
- thérapie des situations de crise.

Elle comprend une phase intensive avec une séance hebdomadaire (vingt-quatre séances sur six mois), puis une phase de maintien avec une séance par quinzaine (douze séances sur six mois). En cas d'hospitalisation pour une crise, on s'efforcera de poursuivre la thérapie en cours d'hospitalisation. Les techniques présentées ci-dessous sont à appliquer de manière souple en fonction des individus et de leur évolution.

Le problème du stress post-traumatique

Les problèmes liés au stress post-traumatique sont fréquents chez les patients borderline. En cas de trauma précoce important, le patient sera confronté à des réactions de stress post-traumatique avec des *flash-backs*, des pensées intrusives, des comportements d'évitement et une anxiété diffuse. Si ce problème est au premier plan, le thérapeute aidera le patient à faire le récit de son ou de ses épisodes traumatiques. Il utilisera des techniques d'exposition en imagination prolongée et répétées aux scènes traumatiques jusqu'à habitude de l'angoisse et extinction des comportements d'évitement issus du traumatisme, ou la méthode d'EMDR. Il reliera avec l'aide du patient les circonstances traumatiques anciennes aux schémas actuels de personnalité du patient. Il faut, bien entendu, aider le patient à réinterpréter en termes adultes ses expériences infantiles. Cette resocialisation peut être faite avec des jeux de rôle où le patient adulte réagit à la place de l'enfant qu'il était vis-à-vis de son agresseur (voir chapitre 12).

Résolution de problème et stress social

Le stress social active souvent des réponses émotionnelles chez ces patients submergés par des problèmes qu'ils ne peuvent résoudre, ce qui entraîne le repli ou des crises qui sont apaisées par l'alcool, les drogues ou des accès boulimiques. Les techniques de résolution de problème seront utilisées en face des nombreux problèmes relationnels et professionnels liés à l'impulsivité et au caractère autodéfaitiste des patients, en les aidant à dépasser leur sentiment d'incompétence par résolution de problème selon en sept étapes que nous avons présenté ci-dessus dans ce chapitre page...

Tentatives de suicide et parasuicides

L'attitude générale consiste à reconnaître le plan suicidaire du patient et ne pas invalider les comportements suicidaires comme solution aux problèmes de l'existence, à exprimer de la compréhension de la souffrance et du

désespoir qui mènent au suicide et mettre en place une thérapie de la crise et la prévention des rechutes qui comprend plusieurs composantes.

1. *Analyse fonctionnelle* : clarifier les événements extérieurs, les réponses cognitives et affectives et les actions aboutissant au point critique, leurs conséquences et leurs fonctions psychologiques (l'évitement des émotions en particulier).

2. *Envisager d'autres solutions que le suicide*, par les techniques de résolution de problèmes, et explorer avec le patient toutes les autres solutions, y compris les difficultés liées à l'annulation du projet suicidaire : la tolérance des conséquences et des affects pénibles liés au fait de survivre.

3. *Aider la recherche de soutien environnemental* : ami(e), confident(e), parents, milieu protecteur des agressions sociales ou interpersonnelles, hospitalisation si nécessaire.

4. *Montrer les effets négatifs du comportement suicidaire*. Le thérapeute énumère, ou obtient du patient, tous les effets négatifs, réels ou potentiels, du suicide : conséquences interpersonnelles, conséquences à long terme, effet sur l'estime de soi, effet sur le thérapeute.

5. Renforcer les comportements non-suicidaires et montrer sympathie, chaleur, et attention vis-à-vis de la détresse du patient, et renvoyer à des facteurs extérieurs la responsabilité de faits dont le patient a tendance à se blâmer sans raisons objectives.

6. *Le suicide comme contrôle du thérapeute* : les techniques interpersonnelles cherchent la prise de conscience des similitudes de ce qui se passe dans la thérapie et dans la vie, et de problèmes de dépendance/indépendance qui se traduisent par un contrôle des autres dont le thérapeute cherchera à montrer le caractère peu efficace. Il sera proposé des alternatives cognitives et comportementales.

7. *Comportement actuel et schémas cognitifs* : arriver à une idée d'ensemble des comportements suicidaires passés et présents et à la mise en perspective par rapport aux schémas de personnalité.

Impulsivité et autocontrôle

L'impulsivité peut se définir comme l'incapacité à contrôler ou différer une conduite dans l'intérêt même du sujet ou d'autrui. Les sautes d'humeur sont souvent liées, dans la personnalité borderline, à des conduites impulsives. Par exemple, une déception minime dans le travail va se traduire par des pensées dépressives, suivies de scarification des bras ou d'un accès de boulimie.

L'autocontrôle est un processus cognitif qui apparaît lorsqu'une personne, en l'absence relative de contraintes externes, s'engage dans un comportement dont la probabilité était moindre que celle du comportement inverse ou alternatif :

1. L'auto-observation ;
2. L'auto-évaluation ;
3. la prise de conscience des *stimuli* qui déclenchent les comportements problèmes ;

4. le développement de cognitions alternatives réinterprétant la situation déclenchante ;
5. le développement de comportements alternatifs ;
6. l'autorenforcement.

Violences ou menaces à l'égard du thérapeute

Les lignes directrices sont les suivantes :

- rester calme et empathique ;
- négocier les limites avec le patient ;
- se focaliser plus sur les problèmes qui ont provoqué la crise que sur le comportement lui-même ;
- utiliser la supervision pour prendre de la distance ;
- rester présent au moment des crises et proposer de voir l'investigateur principal pour juger de la conduite à tenir ;
- d'une manière générale, essayer de réintégrer ces incidents dans la thérapie en montrant les schémas à l'œuvre à travers les passages à l'acte et mener la thérapie à son terme.

Fiche : Traitement de l'impulsivité (Cottraux)

Nom :		Prénom :		Date :	
Situation	Pensées	Émotion	Pensée alternative	Action alternative	Action impulsive si échec de l'action alternative : décrire

Thérapie dialectico-comportementale des patients borderline

Elle a été étudiée et démontrée efficace pour les personnalités borderline de sexe féminin (voir [chapitre 21](#)). Il s'agit d'un programme qui associe différentes composantes et qui est très exigeant en termes de temps et d'action d'une équipe, mais il s'est révélé comme étant le programme, à ce jour, le mieux testé pour aider la personnalité borderline. [Linehan \(2000 a et b\)](#) a proposé une théorie et un modèle pratique d'intervention chez les patients borderline (états limites) qui emprunte à la fois aux théories comportementales concernant les compétences et les habiletés sociales, aux théories cognitives, à la psychanalyse, et à la philosophie marxiste et au bouddhisme zen. La thérapie qui découle de ce modèle s'est révélée efficace en ce qui concerne la réduction des états parasuicidaires chez les patients borderline dans une étude contrôlée (Linehan et al., 2000 a et b. Mais il demeure avant tout un modèle clinique plus qu'une théorie scientifique testable. Linehan part d'une constatation clinique : une mauvaise intégration des conflits chez le borderline. Cela aboutit à une « oscillation » entre thèse et antithèse au

lieu d'une synthèse créative qui dépasse les contradictions. Cette « théorie dialectique » se réfère explicitement au marxisme qui l'aurait influencée. Mais la théorie de Linehan apparaît beaucoup plus hégélienne que marxiste car elle souligne le caractère fondamentalement dichotomique et contradictoire de la pensée des patients borderline. Ces derniers sont souvent régis par un postulat contradictoire, par exemple : « Je veux vivre » et « Je veux mourir ». Les recommandations de Linehan vis-à-vis des menaces suicidaires des patients borderline en découlent : « La possibilité que le patient puisse se tuer est reconnue avant d'utiliser une méthode de résolution de problème destinée à mettre en évidence toutes les autres solutions qui existent pour faire face aux difficultés actuelles du patient. » Linehan ne fait pas dériver tous les dysfonctionnements comportementaux et émotionnels des patients borderline de processus cognitifs altérés, comme le font Beck et Young. Elle reconnaît l'importance du « *construct* » cognitif de « désespoir » (*hopelessness*) comme prédicteur du suicide.

Dialectique signifie aussi l'analyse des relations entre le tout et les parties et des transactions entre l'individu et la société. La classe sociale (un faible pouvoir économico-social) et le sexe (féminin) pourraient expliquer les difficultés de tels patients. La société occidentale considère comme adaptatif un « moi autonome » et inadapté une personne qui aurait besoin d'une étroite connexion ou de « fusionner » avec les autres et l'ensemble de la société. La société occidentale valorise les individualistes et rejette des personnalités qui ne fonctionnent bien que dans un « individualisme collectif ». Cette invalidation sociale du borderline expliquerait le maintien de son statut et les difficultés de son traitement.

Mais l'essentiel de la théorie dialectique peut se résumer à l'étude phénoménologique des contradictions et des dilemmes qui sont ceux à la fois du patient et du thérapeute. Car ce dernier peut reproduire le fonctionnement de l'environnement qui a favorisé la formation de la personnalité borderline. Les trois dimensions (dialectiques) sont représentées sur le [tableau 14.3](#).

Linehan (2000a, 2000b) reconnaît que sa théorisation repose sur des options philosophiques qui ne sont guère testables expérimentalement. Malgré cette réserve, son analyse de la pensée dichotomique et sa description

Tableau 14.3

Théorie dialectique biosociale des patients borderline d'après Linehan (1993)

Les dilemmes dialectiques		
Biologie des émotions		Conséquences sociales
Vulnérabilité émotionnelle	↔	Auto-invalidation
Passivité active	↔	Apparence de compétence
Crises sans rémission	↔	Inhibition du travail de deuil

Tableau 14.4**Thérapie dialectico-comportementale des patients borderline**

<i>Principes</i>
Gestion des contingences et environnement
Modification cognitive de la pensée dichotomique
Exposition aux émotions (implosion)
Développement des comportements adaptés
<i>Techniques</i>
Résolution de problème
Gérer le trauma au lieu de le dénier ou d'avoir une crise à la place d'un souvenir
Groupe : jeu de rôles et résolution de problème ; gestion des émotions, relation inter-personnelles, tolérance, acceptation de soi
Ligne téléphonique de type SOS 24 heures sur 24

clinique de la dimension de dépendance sociale de la personnalité borderline la rendent proche du modèle de Beck et Young qui a été testé par l'analyse factorielle. Sa description des facteurs traumatiques précoces de la personnalité est en phase avec les travaux épidémiologiques récents, mais aussi avec le modèle des schémas précoces inadaptés de Young. De plus, Linehan souligne que la personnalité est en interaction avec la société qui l'a façonnée : c'est pourquoi sa pratique est proche de celles des thérapies comportementales visant à modifier les interactions sociales.

Cette thérapie est dite dialectique car elle essaie d'aider le patient à faire la synthèse de comportements et de cognitions contradictoires et oscillatoires et donc à dépasser ses contradictions. Le **tableau 14.4** résume les techniques utilisées par Linehan (version française 2000), particulièrement chez des patientes très désocialisées avec un niveau élevé de passage à l'acte justifiant l'intensité du programme proposé.

Conclusion

Le développement de TCC pour les troubles de personnalité a été la « frontière » de ces vingt dernières années. Malgré les limites qui tiennent au socle biologique tempéramental de la personnalité les résultats sont plus qu'encourageants. La TCC est actuellement la forme de thérapie la mieux validée dans cette indication. Le lecteur trouvera au dernier chapitre de cet ouvrage une revue critique des travaux récents.

Le modèle de Linehan exige une équipe bien structurée. Le modèle proposé par Beck, puis Young sous la forme d'une « Thérapie des schémas » s'adapte mieux à la pratique de ville et aux consultations hospitalière ambulatoires.

Bibliographie

- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive therapy of Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie : demain est une autre histoire*. Paris: Odile Jacob.
- Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (1998). Cognitive therapy of personality disorder. In J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorder*. New York: Press Guilford.
- Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (1995). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris: Masson. seconde édition 2006.
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., et al. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive therapy in borderline personality disorder : a two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.
- Kelly, G. (1955). *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lachenal-Chevallet K. (2002). *Validation du questionnaire des schémas précoces inadaptés de Young et étude exploratoire de l'échelle des croyances LIR de Cottraux. Note de recherche pour le DEA. Dimensions cognitives et modélisation*. Université Lyon-II.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., et al. (2006). Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 217–224.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn & Bacon.
- Linehan M. N. (2000a). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter les troubles de personnalité état limite*. Traduction de Pierre Wehrlé et Dominique Page. Zurich: Médecine et Hygiène.
- Linehan M. N. (2000b). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*. Traduction de Pierre Wehrlé et Dominique Page. Zurich: Médecine et Hygiène.
- Mihaescu, G., Séchaud, M., Cottraux, J., et al. (1997). Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : traduction et validation préliminaire. *L'Encéphale*, 23, 200–208.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire : investigation of psychometric properties and the hierarchical structure and measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295–321.
- Silk, K. R. (1998). *Biology of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders : a schema focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young J. E., & Klosko J. S. (1995). *Reinventing your life*. New York, Penguin Books, 1994. Version française (préface de P. Cousineau ; traduction de M. Perron) : *Je réinvente ma vie*, Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Young J., Klosko J., & Weishaar M. (2005). *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Traduction de B. Pascal, préface de J. Cottraux. Louvain: De Boek Université.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11–23.

Annexe : questionnaire de Young 2 version abrégée à 75 items (YSQ-S2)

Score du YSQ-S2 (75 items)

1. Profil des schémas

- Seules les réponses 5 et 6 sont prises en compte pour l'ensemble des schémas.
- Ensuite, pour chaque schéma, le nombre de réponses 5 et 6 est divisé par le nombre total de questions se rapportant au schéma.
- Une moyenne élevée signifie donc que le schéma est présent chez le sujet.
- L'ensemble des notes donne un profil de l'individu.

2. Il est possible aussi de tenir compte du score global total.

3. Il est possible aussi de tenir compte des quinze scores qui correspondent à chacun de quinze schémas qui ont chacun cinq questions.

Les quinze schémas présents dans le questionnaire sont les suivants :

- items 1 à 5 : carence affective (ed) ;
- items 6 à 10 : abandon (ab) ;
- items 11 à 15 : abus, méfiance (ma) ;
- items 16 à 20 : isolement social, exclusion sociale (si) ;
- items 21 à 25 : imperfection (ds) ;
- items 26 à 30 : échec (fa) ;
- items 31 à 35 : dépendance et incompetence (di) ;
- items 36 à 40 : vulnérabilité (vh) ;
- items 41 à 45 : relation fusionnelle (em) ;
- items 46 à 50 : assujettissement (sb) ;
- items 51 à 55 : sacrifice de soi (ss) ;
- items 56 à 60 : contrôle émotionnel à outrance (ei) ;
- items 61 à 65 : exigences élevées ou idéaux exigeants (us) ;
- items 66 à 70 : tout m'est dû ou droits spéciaux (et) ;
- items 71 à 75 : manque d'autocontrôle (is).

Questionnaire YSQ-S₂ : traduction Jean Cottraux

Vous allez trouver ci-dessous des affirmations qui pourraient être utilisées par une personne pour se décrire elle-même. Nous vous prions de lire chaque affirmation et de décider à quel point elle donne une bonne description de vous-même. Lorsque vous hésitez, basez votre réponse sur ce que vous ressentez *émotionnellement*, et non pas sur ce que vous pensez *rationnellement* être vrai pour vous.

Si vous le désirez, corrigez et réécrivez l'affirmation de telle sorte qu'elle vous corresponde encore mieux. Choisissez ensuite entre 1 et 6 le chiffre le plus élevé qui corresponde à une bonne description de vous-même

(y compris vos corrections), et écrivez ce chiffre dans l'espace libre avant chaque affirmation.

Échelle :

1. Cela ne m'a jamais correspondu tout au long de ma vie.
2. Cela a été vrai pour une période de ma vie, mais non pas la plupart du temps.
3. Cela me concerne en ce moment même, mais généralement cela ne m'a pas concerné durant ma vie.
4. Assez vrai pour moi durant la plupart de ma vie.
5. Assez vrai pour moi durant la majeure partie de ma vie.
6. Me décrit parfaitement tout au long de ma vie.

1.	—	La plupart du temps, je n'ai eu personne pour m'éduquer, avec qui je puisse partager une relation et qui se soucie profondément de tout ce qui m'arrive.
2.	—	En général, les autres n'ont pas été présents pour me donner de la chaleur, du soutien et de l'affection.
3.	—	Pour la plus grande part de ma vie, je n'ai jamais eu le sentiment que je représentais quelqu'un d'important pour quelqu'un d'autre.
4.	—	En grande partie, je n'ai eu personne qui m'écoute réellement, me comprenne et soit en accord avec mes vrais besoins et mes vrais sentiments.
5.	—	J'ai eu rarement une personne forte pour me donner des avis valables ou sur le chemin à suivre quand je n'étais pas sûr(e) de ce qu'il fallait faire.
6.	—	Je suis souvent en train de m'accrocher aux personnes dont je suis proche car j'ai peur qu'ils ne me quittent.
7.	—	Quand je sens que quelqu'un à qui je tiens s'éloigne de moi, je deviens désespéré(e).
8.	—	Parfois, je suis si préoccupé(e) que les autres me quittent que je les rejette.
9.	—	Je m'inquiète beaucoup que les personnes que j'aime ne trouvent quelqu'un d'autre qu'ils préfèrent et qu'ils m'abandonnent.
10.	—	J'ai tellement besoin des autres que je m'inquiète de les perdre.
11.	—	J'ai l'impression que les autres abusent de moi.
12.	—	Je sens que je ne peux pas baisser ma garde devant les autres sinon ils vont faire exprès de me blesser.
13.	—	Être trahi(e) par quelqu'un est uniquement une question de temps.
14.	—	Je trouve tout à fait suspectes les motivations des autres.
15.	—	Habituellement, je cherche les motivations lointaines des autres.
16.	—	Je ne suis pas adapté(e).
17.	—	Je suis fondamentalement différent(e) des autres.
18.	—	Je suis à part ; je suis un(e) solitaire.
19.	—	Je me sens éloigné(e) des autres.

20.	—	Je me sens toujours à l'extérieur des groupes.
21.	—	Aucun homme (ou femme) que je désire ne pourrait m'aimer une fois qu'il (elle) aurait vu mes déficiences.
22.	—	Aucune personne que je désire ne pourrait rester proche de moi si elle connaissait ce que je suis réellement.
23.	—	Je ne mérite pas l'amour, l'attention et le respect des autres.
24.	—	Je sens que je suis quelqu'un que l'on ne peut pas aimer.
25.	—	Je suis trop fondamentalement inacceptable pour me révéler aux autres.
26.	—	Presque rien de ce que je fais au travail (ou à l'école) est aussi bon que ce que les autres font.
27.	—	Je suis incompetent(e) quand il s'agit de réussir.
28.	—	La plupart des gens sont plus capables que moi en ce qui concerne le travail et la réussite.
29.	—	Je n'ai pas autant de talent que les autres au travail.
30.	—	Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).
31.	—	Je ne me sens pas capable de me débrouiller par moi-même dans la vie de tous les jours.
32.	—	Je me considère comme une personne dépendante en ce qui concerne le fonctionnement quotidien.
33.	—	Si je fais confiance à mon propre jugement dans les situations quotidiennes, je prendrai la mauvaise décision.
34.	—	Je manque de bon sens.
35.	—	On ne peut se fier à mon jugement dans les situations quotidiennes.
36.	—	Il ne me semble pas possible d'échapper au sentiment que quelque chose de mauvais va bientôt se passer.
37.	—	J'ai le sentiment qu'un désastre naturel, criminel, financier ou médical pourrait frapper à tout moment.
38.	—	J'ai peur d'être attaqué(e).
39.	—	Je me soucie de perdre tout mon argent et de déchoir.
40.	—	Je me soucie de développer une maladie sérieuse même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.
41.	—	Je n'ai pas été capable de me séparer de mes parents comme les autres personnes de mon âge ont l'air de le faire.
42.	—	Mes parents et moi ont tendance à être sur-impliqués dans les vies et les problèmes des uns et autres.
43.	—	Il est vraiment difficile pour mes parents et moi de garder secrets des détails intimes sans se sentir trahis ou coupables.
44.	—	Je sens souvent que je n'ai pas une identité séparée de mes parents ou de mon partenaire.

45.	—	J'ai souvent l'impression que mes parents vivent à travers moi – je n'ai pas une vie qui me soit propre.
46.	—	Je pense que si je fais ce que je veux, je suis seulement en train de créer des problèmes.
47.	—	Je sens que je n'ai pas d'autre choix que de me soumettre aux souhaits des autres, où autrement ils exerceront des représailles ou me rejeteront d'une façon ou d'une autre.
48.	—	Dans les relations, je laisse l'autre avoir la haute main sur moi.
49.	—	Je laisse toujours les autres faire les choix pour moi, ainsi je ne sais pas vraiment ce que je veux pour moi-même.
50.	—	J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en compte.
51.	—	Je suis celui ou celle qui habituellement fini par prendre soin des gens dont je suis proche.
52.	—	Je suis quelqu'un de bon car je pense aux autres plus qu'à moi-même.
53.	—	Je suis si occupé(e) à faire des choses pour les gens dont je me soucie que j'ai peu de temps pour moi-même.
54.	—	J'ai toujours été celui ou celle qui écoute les problèmes des autres.
55.	—	Les autres me voient comme quelqu'un qui en fait trop pour les autres mais pas assez pour moi-même.
56.	—	Je suis trop préoccupée de moi-même pour montrer les sentiments positifs (affection) aux autres ou pour montrer que je m'en préoccupe.
57.	—	Je trouve embarrassant de montrer mes sentiments aux autres.
58.	—	Il me semble difficile d'être chaud et spontané.
59.	—	Je me contrôle tant que les autres pensent que je suis sans émotion.
60.	—	Les gens me considèrent comme trop contrôlé(e) émotionnellement.
61.	—	Je dois être le (la) meilleur(e) dans tout ce que je fais, je ne peux accepter d'être le (la) second(e).
62.	—	J'essaie de faire de mon mieux ; il ne suffit pas d'être assez bien.
63.	—	Je dois faire face à toutes mes responsabilités.
64.	—	Je sens qu'il y a une pression constante pour que je réussisse et termine les choses.
65.	—	Je ne peux me dégager facilement ou faire des excuses pour mes erreurs.
66.	—	J'ai beaucoup de difficultés à accepter qu'on me réponde non quand je veux quelque chose des autres.
67.	—	Je suis quelqu'un de particulier et je ne devrais pas accepter beaucoup des restrictions auxquelles les autres doivent se soumettre.
68.	—	Je déteste être limité(e) ou empêché(e) de faire ce que je veux.
69.	—	J'ai le sentiment que je n'ai pas à suivre les règles et les conventions comme les autres.

70.	—	Je ressens que ce que j'ai à offrir est de plus grande valeur que les contributions des autres.
71.	—	Il ne me semble pas possible de me discipliner pour terminer des tâches de routine ou ennuyeuses.
72.	—	Si je ne peux atteindre un but, je deviens aisément frustré(e) et abandonne.
73.	—	J'ai un moment tout à fait difficile quand je sacrifie une gratification immédiate pour mener à bien un but à long terme.
74.	—	Je ne peux me forcer à faire les choses qui ne me plaisent pas même quand je sais que c'est pour mon propre bien.
75.	—	Il m'est rarement arrivé d'être capable de me tenir à mes résolutions (décisions).

15 Dysfonctions sexuelles, problèmes de couple et déviations sexuelles

Marcel Proust déclarait au début du siècle : « De nos jours, le phallus s'est fait doctrinaire. » Il ne croyait pas si bien dire. Un siècle marqué par la psychanalyse, la révolution sexuelle, la sexothérapie, la pornographie pour tous à la télévision et sur Internet, les Eros-Centers, le sida, la pédophilie et le retour en force du puritanisme mériterait un autre regard que celui du voyeur sur l'exhibitionniste.

La misère sexuelle existe toujours, elle s'est simplement transformée avec l'évolution des mœurs : elle est de plus en plus solitaire et toujours plus informatisée. Elle est aussi déniée si l'on considère à la fois le succès et le torrent de critiques qu'a suscité le seul romancier à aborder de front le problème, Michel Houellebecq, dans « *L'Extension du domaine de la lutte* » et « *Les particules élémentaires* ».

L'évolution de la sexothérapie ces dernières années se caractérise par la diminution de la demande pour dysfonctions « mécaniques ». Cette diminution est sans doute liée à l'évolution des mœurs et à la diffusion de la sexothérapie dans la population générale. Pour dire les choses plus crûment, la plupart des dysfonctions sexuelles sont modifiées favorablement par des rencontres avec des partenaires de plus en plus compétents.

Bon nombre de problèmes sexuels sont probablement résolus par le changement de partenaire. D'autres problèmes, alors, sont apparus au premier plan : la mésentente et l'instabilité du couple, le divorce, la solitude, la violence dans le couple, les problèmes liés au sida et la perte du désir. L'en-nui, aussi, est sous-jacent à beaucoup de consultations. Comme le chante le Chérubin qui représente le Secret dans *The Fairy Queen* de Purcell : « *A charming night brings more delight than a hundred lucky days.* »

Ce qui manqua le plus au barbare et technocratique ^{xx}e siècle fut sans doute la légèreté et le ^{xx}e siècle est celui de l'éternel retour de Tartuffe. Néanmoins, la quête du bonheur sexuel sous-tend beaucoup de thérapies et il faut savoir répondre à cette demande.

Thérapie des dysfonctions sexuelles

Les programmes de Masters et Johnson (1971) représentent la base du traitement comportemental, mais il est souvent nécessaire d'y ajouter des techniques spécifiques, d'effectuer des variantes qui diminuent le coût du traitement classique par un couple de thérapeutes au cours d'une période intensive de traitement sur quinze jours. Les perturbations de la phase de

désir ont été abordées par les sexologues et la demande dans ce domaine est devenue de plus en plus importante.

Les programmes de Masters et Johnson

Le schéma de prise en charge suivant se déroule sur dix à quinze séances. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait toujours un couple de thérapeutes de sexe différent dans la plupart des cas. En revanche, sur indication, il peut être utile d'effectuer une thérapie du couple par un couple.

Schéma de prise en charge

Évaluation du problème

On demande aux sujets de venir en couple. Cela représente souvent un test de motivation. Du fait que certains sujets, par leur trouble même, n'ont pas de partenaire, on est amené à voir certains patient(e)s seul(e)s. Il importe de préciser si le trouble est primaire, ou secondaire après une période de sexualité satisfaisante.

Perturbation généralisée ou situationnelle

Il faut aussi préciser si le trouble est généralisé, ou situationnel : il survient avec certain(e)s partenaires. Il convient d'éliminer une cause ou un facteur organique qui se révèle finalement plus fréquent qu'on le pensait (environ 30 %).

Éliminer un trouble physique

Il faut éliminer un trouble physique, même s'il est associé à des troubles psychologiques ou des perturbations relationnelles qui peuvent ne représenter qu'une conséquence, ou s'associer à un problème physique qu'ils amplifient. L'examen physique doit être complété par un bilan. Le dosage de prolactine, de testostérone et de cortisol, une glycémie, une glycosurie et des radiographies du crâne sont effectués pour éliminer une cause endocrinienne. La recherche de prise de médicaments psychotropes, en particulier de neuroleptiques (impuissance) et d'antidépresseurs (éjaculation retardée, anorgasmie féminine), doit être systématique.

Un critère d'impuissance organique est la perte d'érection nocturne et matinale ; dans certains cas, il peut être nécessaire pour l'affirmer d'effectuer des enregistrements par pléthysmographie nocturne. L'exploration du système veineux et artériel peut s'avérer en ce cas nécessaire. La dépression et les réactions de stress professionnel sont pourvoyeuses de dysfonctions sexuelles et de perte de désir. Il faut donc étudier attentivement les affects du sujet et analyser avec lui son style de vie. Il peut à lui seul expliquer, sans que le patient en ait forcément conscience au début de la consultation, ses difficultés sexuelles.

Situer la dysfonction par rapport aux réponses sexuelles

Comme on le sait, les réponses sexuelles sont précédées par une phase de désir et évoluent en quatre phases : excitation, plateau, orgasme, résolution

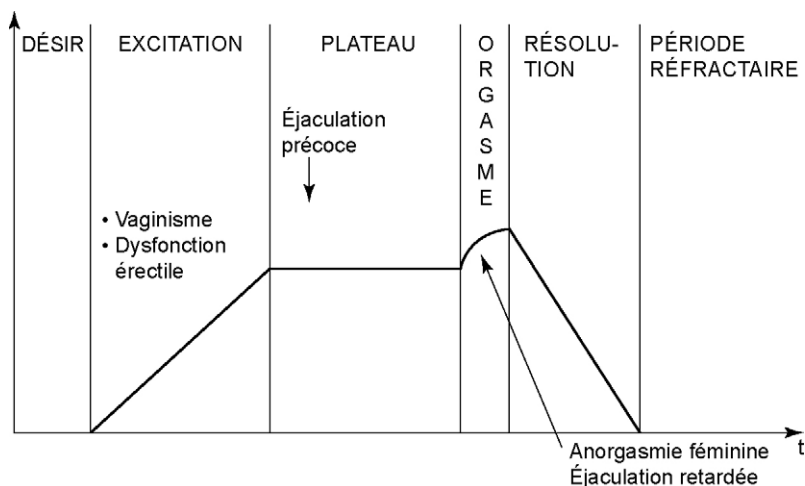


Figure 15.1

Les phases de la réponse sexuelle.

et période réfractaire avant la reprise du désir. Ces cinq périodes peuvent donner lieu à des dysfonctions sexuelles ; les principales sont représentées dans la figure 15.1.

Recueillir l'histoire personnelle

Au cours de ces séances initiales, un entretien structuré permet de recueillir une histoire personnelle et sexuelle aussi précise que possible. Le fonctionnement du couple est alors analysé et l'on peut s'aider des techniques de jeux de rôle, particulièrement en inversant les rôles pour préciser les interactions.

Échelles d'évaluation

Il n'existe malheureusement que peu d'instruments d'évaluation des problèmes sexuels en langue française et aucun, à notre connaissance, n'a pour l'instant reçu de validation. Nous avons empiriquement construit un instrument d'évaluation simple qui permet d'évaluer et de chiffrer les difficultés sexuelles et relationnelles, le désir, l'angoisse de performance et la satisfaction sexuelle d'un individu et/ou d'un couple. Cette fiche permet également d'évaluer l'évolution après traitement, et peut donner lieu à un traitement statistique et informatique pour étudier et comparer un sujet à lui-même, ou des groupes de sujets. Ce questionnaire présente deux versions, l'une destinée au sexe féminin, l'autre au sexe masculin (Bouvard et Cottiaux, 2010) a été validé.

Relation du couple

Deux cas se présentent :

- le couple a un fonctionnement adéquat et désire réellement une modification du problème sexuel ; on peut alors se centrer uniquement sur la cure du dysfonctionnement, en appliquant un programme ou une technique de réentraînement sexuel ;
- le couple a un fonctionnement particulièrement perturbé : couple sado-masochiste, fonctionnement paradoxal de la communication, comportement phobique ou obsessionnel d'un ou des deux conjoints. Dans ces cas, il apparaît nécessaire de se centrer sur l'interaction du couple et d'en effectuer une thérapie avant la cure du dysfonctionnement.

Dans tous les cas, il est utile d'effectuer une relaxation et de donner une information sur la sexualité, ce qui peut se faire par des lectures et surtout une déculpabilisation de l'intérêt pour ce genre de problèmes. Cette phase peut quelquefois suffire et amener la solution du problème par certains patients qui viennent simplement chercher une permissivité.

Rapprochement du couple

Le rapprochement du couple est un rapprochement corporel. Bien des gens ont une phobie du corps et il est classique maintenant de considérer en sexothérapie qu'un couple qui n'a pas de plaisir à se toucher représente une mauvaise indication de sexothérapie. En outre, les méthodes de rapprochement centrent essentiellement les sujets sur la peau et s'accompagnent d'une interdiction temporaire des rapports sexuels, ce qui peut avoir pour effets de désangoisser les sujets ou de les pousser à la transgression. C'est un temps d'éveil des sens (Masters et Johnson, 1971). Il y a deux niveaux dans l'éveil des sens : un niveau où les jeux sexuels sont purement non génitaux et un où ils sont génitaux.

L'apprentissage à partir d'imitation de modèles est un appoint intéressant ; il peut se réaliser de différentes manières : à partir de livres de sexothérapie, d'images ou de diapositives présentées par le thérapeute, de films représentant progressivement les étapes d'une sexualité satisfaisante où chacun peut refuser ou accepter ce qui lui convient. Il faut évidemment distinguer soigneusement de tels films de la pornographie et respecter le niveau où se situe le sujet au départ.

Cure des dysfonctionnements

Elle comprend une approche générale et des techniques spécifiques pour chaque problème particulier.

Approche générale

La cure est effectuée après les phases d'éveil des sens (*sensate focus*) I (caresses non génitales) et II (caresses génitales). Au cours de cette phase d'éveil des sens :

- l'accent est mis sur le fait qu'il faut donner du plaisir pour en recevoir ;
- l'abstinence sexuelle est de règle au début du traitement pour mettre au repos l'anxiété résultant de la répétition des essais suivis d'échecs ;

- le rôle du « spectateur » est mis en évidence et modifié. Il a été décrit par Masters et Johnson comme une des clés de l'échec sexuel, surtout dans l'impuissance. À la suite d'une éducation trop rigide, de traumatismes psychologiques ou sexuels, d'une absence de modèles adéquats ou d'une liaison homosexuelle, le sujet va devenir le spectateur de sa propre sexualité : il se regarde en action, jauge sa performance, mais n'arrive pas à s'abandonner aux sensations. L'anxiété à ce stade est importante et inhibe les performances, ce qui replace encore plus le sujet dans son rôle de spectateur. L'attente anxieuse du coït va par la suite renforcer ce mécanisme que l'on peut retrouver aussi chez la femme anorgasmique. La thérapie, en réduisant l'anxiété et en transformant le sujet de spectateur en acteur exprimant des sensations et des sentiments, lui permettra enfin des glissements progressifs vers le plaisir.

Techniques spécifiques pour les principales dysfonctions sexuelles

On trouvera une description plus détaillée dans l'ouvrage de Poudat et Jarrousse (1992). Nous présentons ici une série de « recettes » faciles à appliquer par un généraliste ou un spécialiste.

Éjaculation précoce

Selon Masters et Johnson, est dit éjaculateur précoce tout homme qui se retire dans 50 % des cas sans avoir satisfait sa partenaire. Dans le rapport Simon, consacré aux comportements sexuels des Français, le temps moyen d'un coït serait douze minutes. En fait, la meilleure définition est celle d'Hélène Singer-Kaplan (1974) qui considère que l'éjaculation précoce est une perte de contrôle du réflexe éjaculateur, en général liée à l'anxiété qui diminue l'érection et accélère l'éjaculation par excitation du système nerveux végétatif. Elle peut aboutir à une véritable phobie des rapports sexuels.

Les étapes suivantes sont recommandées pour éduquer ou rééduquer le réflexe éjaculatoire. Elles nécessitent une excellente coopération entre les deux partenaires. Il n'est pas rare d'observer des « sabotages » de ces traitements du fait d'une mésentente conjugale chronique ou aiguë.

Apprentissage d'une position de contrôle éjaculatoire

Technique du Squeeze. Au cours d'une masturbation par sa partenaire, le sujet la prévient qu'il est à une phase d'excitation où il sent que l'éjaculation est encore évitable. Celle-ci comprime alors le pénis à la base du gland, jusqu'à ce que le besoin d'éjaculer disparaisse. La même procédure est mise en place au cours d'un rapport sexuel : l'on apprend à l'homme à se retirer et à la femme à bloquer l'éjaculation en serrant le pénis entre ses doigts.

Une technique plus aisée est sans doute celle de l'« arrêt-repartir » (*stop-start*) où l'on enseigne à l'homme à percevoir les prémices de l'éjaculation et à stopper ses mouvements (et de même la femme), ce qui permet de gagner du temps et progressivement de récupérer un contrôle sur le réflexe éjaculatoire.

Par la suite, on utilise la méthode de la « position supérieure de la femme » pour les premiers rapports sexuels puis la position classique.

L'éjaculation précoce du sujet sans partenaire ou présentant des « *fiascos ante portas* » (éjaculation avant pénétration) peut être traitée par désensibilisation systématique, dont c'est une excellente indication.

Dysfonctions érectiles ou impuissance

Primaire ou secondaire, après élimination d'une cause organique, elle est traitée par un programme progressif. Après les jeux sexuels, le sujet est désensibilisé au fait de perdre ou de regagner son érection, ceci sous l'effet de stimulation manuelle ou orale-génitale. Les rapports sexuels sont interdits pendant une longue phase. Puis prescrits en position supérieure de la femme ou en position latérale : une érection importante n'est pas nécessaire dans cette position. On insiste surtout sur le fait qu'il n'y a pas obligation à avoir un coït et qu'il y aura toujours « une autre fois », ce qui peut déculpabiliser et désangoisser considérablement le patient.

Les techniques d'imagerie mentale et la désensibilisation systématique en imagination peuvent également être recommandées, surtout s'il n'y a pas de partenaire dans l'immédiat. On peut également se servir de l'arrêt de la pensée chez un sujet présentant des ruminations obsédantes qui lui faisaient perdre son érection.

Anorgasmie chez la femme

Il s'agit dans le cas d'anorgasmie primaire d'une femme qui n'a jamais pu se masturber et pour qui l'image de sa mère est celle d'une femme rigide et froide. La thérapie consiste en général en un éveil progressif des sens qui peut avoir lieu tout d'abord par la lecture de livres, la vue d'images et la pratique d'exercices sensoriels visant à donner une sensibilité plaisante à la peau. Les jeux sexuels non génitaux, puis génitaux, seront abordés ensuite. Une étape essentielle est la découverte du clitoris et des possibilités de jouissance que réserve la masturbation. Celle-ci est en effet souvent complètement inhibée chez les femmes anorgasmiques. Dans une position confortable pour la stimulation du clitoris, la stimulation sans obligation d'orgasme est appliquée par le partenaire. Puis l'orgasme est recherché. La stimulation clitoridienne doit être très progressive et peut être orale. Les premiers rapports sexuels ont lieu en position supérieure de la femme et au rythme propre de la femme qui peut alors contrôler le pénis et obtenir un orgasme. Outre ce schéma de couple, la possibilité de traiter les femmes anorgasmiques en groupe, avec un programme éducatif et des tâches sexuelles à réaliser au domicile, a été également démontrée.

Le groupe d'affirmation de soi et de discussion permet de mieux intégrer la féminité, d'augmenter l'acceptation du corps et de désinhiber le comportement sexuel. L'utilisation de matériel audiovisuel permet de structurer des programmes de masturbation progressifs à domicile. En effet, la masturbation permet d'obtenir plus probablement, plus rapidement et plus intensément un orgasme que le coït. Après ce réapprentissage du corps et du plaisir,

les rapports sexuels peuvent être abordés. L'utilisation d'imagerie mentale en cours de traitement et pendant le coït est également recommandée.

Vaginisme

Il représente certainement le dysfonctionnement sexuel féminin le plus aisé à guérir. Il consiste en la contraction du tiers inférieur du vagin qui rend impossible toute pénétration. Le traitement comprend :

- une prise de conscience et une observation du vagin par la femme (schémas, observation directe, images, etc.) ;
- une désensibilisation systématique en imagination ;
- une désensibilisation systématique en réalité suivant la phase précédente.

Elle est présentée au couple sous la forme de tâches à réaliser à domicile ; ces tâches sont rediscutées lors de chaque séance. Elles consistent en l'insertion d'un doigt puis de deux dans le vagin, puis, si nécessaire, de dilateurs de plus en plus gros, qui peuvent être laissés en place. Le but est de lever le spasme pour permettre le coït. La relaxation et les fantaisies éveillées s'avèrent efficaces également comme appoint. En cas d'échec de ces procédures, l'utilisation de vibrateurs a pu être préconisée.

Cas clinique : un vaginisme de plus de trente ans

Il s'agit d'un cas de vaginisme remontant à plus de trente ans qui a pu être guéri en une seule séance : la patiente fut relaxée en présence de son mari. Celui-ci, le soir même, relaxa sa femme et put avoir un coït, chose impossible jusque-là. Le résultat fut ensuite consolidé par une désensibilisation systématique. Le vaginisme résultait d'une éducation rigide, avec conflit important avec la mère, et d'une circonstance traumatique gynécologique particulière (polype sortant par le vagin). En outre, les différents médecins consultés avaient entretenu le problème en refusant de répondre à ses questions. Un tel cas illustre assez bien l'étiologie des dysfonctionnements sexuels : une éducation rigide, un mauvais modèle identificatoire, un apprentissage traumatique de la sexualité, un renforcement par les « conseillers » qui sont mal à l'aise avec les problèmes sexuels, un évitement du problème jusqu'à ce qu'une circonstance particulière amène à le réenvisager.

Cas clinique : un mariage non consommé

Madame B., 23 ans, souffre de vaginisme primaire. Elle vient, avec son mari, car elle ne peut consommer son mariage. Sa sœur avait le même problème au moment de son mariage et avait été guérie auparavant par moi, ce qui a entraîné sa démarche thérapeutique et des attentes *a priori* positives. Sa mère avait le même problème, mais dans le contexte n'avait pas eu de soins. Elle semble s'être améliorée partiellement car elle a eu des enfants mais, d'après ses filles, pas ou très peu de satisfactions sexuelles.

Les mêmes facteurs historiques de maintien que pour sa sœur sont invoqués, à savoir un blocage total de la masturbation et l'absence d'acceptation de toute

caresse sexuelle. Les facteurs déclenchants invoqués sont les conflits familiaux entre parents. Le père est présenté comme un homme assez violent, jaloux, contrôlant la sexualité de sa femme et de ses filles. Celles-ci soulignent que son origine sicilienne pourrait être responsable de son attitude traditionaliste vis-à-vis de la sexualité.

Bien qu'attirée par son mari et vivant avec lui en bonne entente, elle anticipait le premier rapport comme un échec et ne supportait pas d'être touchée même sur la cuisse. La contraction du vagin empêchait toute pénétration et toute tentative de rapport sexuel s'accompagnait de monologues intérieurs négatifs du type : « encore une fois ça va louper ». Son mari, très amoureux et compréhensif, cherche à l'apprivoiser et à la relaxer sans succès.

La thérapie aura lieu selon dix séances réparties sur trois mois. Elle sera effectuée par le couple qui viendra à chaque séance. La méthode utilisée comprendra successivement la relaxation de Schultz, des explications, des lectures et la projection de diapositives sur le sujet du vaginisme. Puis sera mise en œuvre une désensibilisation systématique en imagination, sous relaxation, dont la progression est reproduite dans le [tableau 15.1](#). Les chiffres de 0 à 100 correspondent au niveau subjectif de malaise et d'anxiété vis-à-vis de chaque situation.

Puis seront proposées des tâches progressives effectuées à domicile avec son mari. Tout d'abord, des exercices dits de Kegel, qui consistent en la contraction et décontraction volontaire du vagin pour en prendre conscience. Ensuite, elle pourra réaliser l'exploration de son sexe avec un miroir, puis avec les doigts. Cette étape est suivie par la dilatation progressive du vagin, tout d'abord par

Tableau 15.1

Désensibilisation d'un cas de vaginisme primaire : progression des scènes en imagination

100	Pénétration génitale
90	Stimulation vaginale
90	Stimulation clitoridienne
90	Un doigt ou deux dans le vagin
90	Masturbation clitoridienne
70	Caresses sur les seins
60	Caresses sur les fesses
50	Caresses sur le ventre
30	Caresses sur les cuisses et proches du sexe
10	Sexualité orale-génitale (sans avaler le sperme)
0	Caresses sur la jambe
<i>Conseils généraux :</i> – auto-instructions de relaxation – imaginer sexe dilaté	

elle-même, puis par son mari (un doigt, puis deux). Enfin, ils aboutiront à des rapports sexuels avec une bonne communication. Après dix séances, les premiers rapports sexuels complets peuvent avoir lieu, avec plus ou moins de difficultés, puis plus facilement, avec un orgasme mutuel.

Résultats

La patiente et son mari sont revenus deux mois après la fin du traitement. Elle peut accepter les préliminaires sexuels et les rapports qui lui permettent d'avoir ainsi que son mari des orgasmes. Elle doit encore respecter un temps d'habitation au toucher. Cependant, auto- et hétéro-masturbation sont maintenant possibles. La patiente est satisfaite du traitement et des résultats.

Anéjaculation

Le principe est de partir de la capacité d'éjaculer existante (masturbation par exemple) et de désensibiliser progressivement le sujet, en lui montrant le caractère irraisonné de sa peur d'éjaculer qui est en général liée à une circonstance traumatique. L'imagerie mentale est utilisée pour combattre cette peur. Petit à petit, des tâches progressives permettent une éjaculation par stimulation manuelle, orale puis génitale en position supérieure de la femme. L'obtention de l'éjaculation par la partenaire qui à la fin « l'exige », représente un temps important du traitement.

La figure 15.2 résume l'ensemble des traitements proposés pour les dysfonctions sexuelles.

Les troubles du désir : modèle cognitif

Désir du trouble ? Ou bien trouble du désir ?

Le désir représente une phase qui précède l'excitation sexuelle et qui correspond à des représentations imagées et une anticipation d'activité sexuelle. La thérapie cognitive a été préconisée dans les troubles du désir, dont la parenté avec la « névrose d'échec » a été soulignée par Singer-Kaplan (1979). Elle a en effet montré, chez les patient(e)s ayant des troubles du désir, l'existence, à côté de la peur de la réalisation de l'acte sexuel, d'autres phénomènes cliniques plus discrets, comme la peur de l'intimité, la peur du succès romantique, ainsi que le rôle de la colère et de l'agressivité à l'égard du ou de la partenaire.

Ainsi comme dans le domaine de la dépression, et celui de l'anxiété, un modèle cognitivo-comportemental des difficultés sexuelles peut être proposé. Ces « cognitions » ne représentent pas une cause en soi de problème sexuel, mais un processus de traitement de l'information dont les perturbations du fonctionnement peuvent résulter de l'interaction d'une vulnérabilité biologique innée, de l'histoire individuelle et de l'action de *stimuli* actuels susceptibles de déclencher une réaction de stress.

Dans une perspective cognitive, il est intéressant d'étudier et de modifier les monologues autodévaluateurs et les images mentales qui éteignent le désir. Elles sont reliées à des postulats dysfonctionnels. Nous avons

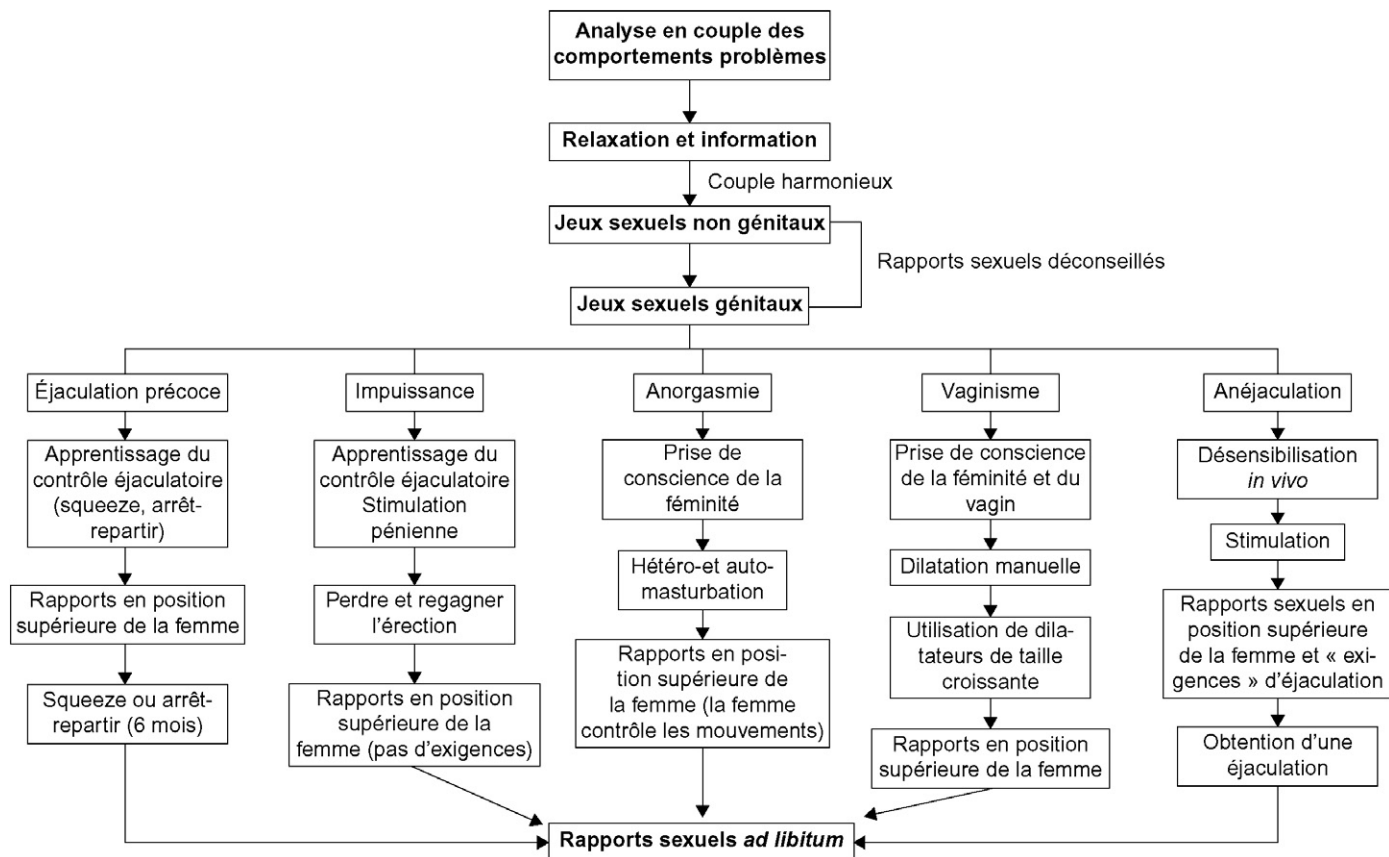


Figure 15.2

Schéma de traitement des dysfonctions sexuelles (d'après Masters et Johnson).

Tableau 15.2
Postulats dysfonctionnels concernant la sexualité

1.	L'orgasme vaginal est le seul orgasme valable
2.	L'orgasme doit toujours être simultané à celui du ou de la partenaire
3.	L'attitude sexuelle féminine doit être passive ; l'attitude sexuelle masculine doit être active
4.	La sexualité est entièrement innée : les relations sexuelles doivent donc être spontanées et ne nécessitent pas d'apprentissage
5.	Les fantasmes sexuels sont interdits, surtout s'ils mettent en scène un(e) partenaire différent(e)
6.	Les difficultés sexuelles sont innées et représentent une fatalité biologique incontournable
7.	Les difficultés sexuelles ont des causes psychologiques tellement profondes qu'elles ne peuvent être résolues que par une psychothérapie de très longue durée
8.	La masturbation est une pratique honteuse et dangereuse
9.	La vie sexuelle s'arrange forcément si la vie relationnelle du couple ou la vie professionnelle s'améliorent
10.	Le corps ne doit pas être montré car il a des aspects repoussants ou choquants

rassemblé ceux que nous avons le plus souvent rencontrés en clinique dans le [tableau 15.2](#).

La plupart des monologues intérieurs et des pensées automatiques reflètent l'éveil de sensations désagréables à l'approche du ou de la partenaire. Ils peuvent aussi concerner le sujet lui-même et dévaloriser ses caractéristiques physiques, ses capacités amoureuses ou ses possibilités d'être aimé(e). Ils peuvent aussi concerner le corps et la sexualité en général, dont le caractère animal est opposé à l'amour éthéré. Cliniquement ces sujets sont souvent très proches des dépressions mineures et chroniques. D'autres, chez qui l'anxiété domine, sont plus proches des phobiques sociaux. Mais l'élément commun aux uns et aux autres est représenté par les postulats ayant trait à l'échec sexuel, même si assez souvent les réponses sexuelles fonctionnent normalement. Il est donc intéressant, en dehors de toute préoccupation nosographique, de se centrer sur cette structure cognitive négative en thérapie.

Dans les troubles du désir sans dysfonction, l'anxiété n'est pas au premier plan le plus souvent. Et on retrouve plutôt des problèmes d'inhibition correspondant à des postulats vis-à-vis de la sexualité. Le sujet, à côté de l'évitement du contact avec l'autre sexe, présente aussi un évitement cognitif : certaines pensées ou images sont évitées. Certains monologues intérieurs obsédants interfèrent avec la vie sexuelle.

Désir et vie de couple : problèmes spécifiques

Il s'agit de certains problèmes qui semblent difficilement négociables au cours des thérapies. Tout d'abord, l'existence d'un conformisme et la bonne

performance sexuelle, ou la nécessité de l'orgasme absolument synchronisé entre l'homme et la femme peuvent créer une nouvelle forme d'obligation morale. Elle fabrique une demande « sexothérapique » en fonction de nouveaux standards qui peuvent freiner autant le plaisir que les anciens tabous.

Du côté des thérapeutes, il apparaît que la définition des buts de la thérapie avec les patients doit être faite avec circonspection et sur plusieurs séances d'analyse fonctionnelle. En particulier, il est, dans certains cas, illusoire de vouloir à tout prix concilier les réponses sexuelles, l'amour et le mariage, ces trois dimensions étant le plus souvent régies par des contingences individuelles et sociales différentes. Certain(e)s patient(e)s, lassé(e)s de la sirupeuse mélodie du bonheur, tirent même du plaisir des dissonances qu'ils créent eux-mêmes entre ces trois aspects de leur vie affective. L'élément du couple qui souffre le plus plaide pour une thérapie, que l'autre feint d'accepter, et qui de toute façon n'aura pas lieu ou s'arrêtera sans explication.

Nous devons aussi constater qu'une des dimensions essentielles de la vie sexuelle de nos patients est l'ennui. Les affres de la passion protègent sans doute de la rencontre avec le sexothérapeute. Et si nous voyons souvent Monsieur et Madame Bovary, seuls ou ensemble, jamais Tristan et Isolde ne viennent nous consulter. Même si le roi Mark au creux de la dépression vient parfois nous demander conseil.

Enfin, l'accent mis en thérapie sur la communication dans le couple peut avoir ses limites et ses dangers. Une trop grande transparence peut aggraver ou rendre insipide la relation du couple, si l'on considère que le mystère est un des éléments essentiels de la séduction. Comme le faisait dire Oscar Wilde à l'aristocratique Lady Windermere : « La base adéquate pour un mariage est l'incompréhension mutuelle. »

Ces problèmes cliniques n'apparaissent pas toujours lors de l'analyse fonctionnelle et sont parfois découverts par les patient(e)s et les thérapeutes en cours de thérapie. À côté d'une relation négative avec le thérapeute, ils représentent peut-être une explication de certains échecs et de certains perdus de vue en cours de traitement. Ils justifieraient de plus amples investigations.

La sexualité du troisième âge

Il faut souligner qu'elle est possible contrairement à un préjugé répandu. Un certain nombre de phénomènes physiologiques comme la diminution de l'érection, la perte du besoin d'éjaculer ou le ralentissement de l'éjaculation n'empêchent pas les rapports sexuels. De même, l'involution du système génital féminin peut être traitée par hormonothérapie. Il s'agit donc dans ce cas d'informer et de déculpabiliser.

Thérapie de couple

La thérapie de couple a connu successivement deux modèles : tout d'abord, la thérapie comportementale fondée sur les principes d'apprentissage opérant et l'apprentissage social par observation de modèles, puis le modèle

cognitif. La thérapie comportementale de couple a été mise au point par Jacobson et Margolin (1979) qui se sont fondés essentiellement sur le développement des compétences sociales, de la communication positive et des capacités de résolution de problème. La thérapie cognitive de couple développée par Beck (1988) puis Dattilio et Padesky (1990) se fonde sur le modèle du traitement de l'information et cherche à accroître la perception des relations et des distorsions cognitives, à modifier les pensées automatiques négatives et les schémas cognitifs dysfonctionnels, et utilise beaucoup des tâches cognitives. Le recouplement des deux méthodes est important et la plupart des cliniciens les combinent.

Thérapie comportementale de couple

Le modèle qui sera présenté est celui de Bornstein et Bornstein (1986). Il se fonde tout d'abord sur l'étude des facteurs qui influencent la mésentente et le divorce.

Les *facteurs sociaux et économiques*, en particulier l'élévation du niveau de vie, la culture ambiante, qui valorise le narcissisme, et les aléas économiques, sont des facteurs bien connus de divorce.

Les *facteurs personnels* résultent des attentes individuelles et des idéaux romantiques. Ainsi, Bornstein et Bornstein (1986) définissent douze illusions romantiques sur le couple fréquemment rencontrées en clinique (tableau 15.3). On peut résumer ces illusions par la conclusion du célèbre mélo *Love Story* : « Aimer, c'est n'avoir jamais à dire qu'on est désolé. »

Les *facteurs relationnels* correspondent à la transformation de la relation positive en relation négative par des mécanismes souvent subtils de punition et de non-communication :

Tableau 15.3
Douze illusions romantiques sur le couple

1.	L'amour continuera sans faiblir
2.	Elle (il) anticipera mes pensées et désirs
3.	Elle (il) ne sera jamais en colère avec moi
4.	Elle (il) cherchera toujours à me faire plaisir
5.	L'amour signifie n'avoir jamais à être en colère au sujet du (de la) partenaire
6.	L'amour signifie vouloir toujours être ensemble
7.	Nos intérêts, buts et valeurs resteront les mêmes
8.	Le (la) partenaire sera toujours sincère, direct(e) et ouvert(e)
9.	Je serai toujours respecté(e), compris(e) quoi que je fasse
10.	Ce serait terrible s'il (elle) devait me critiquer, m'embarrasser ou me déconsidérer
11.	Sexualité et affection ne déclineront jamais
12.	Nous devons toujours être d'accord sur les choses importantes

- certains comportements deviennent déplaisants ;
- certains comportements sont punis ;
- la réciprocité positive a fait place à une réciprocité négative ;
- communication négative : l'intention positive peut être interprétée négativement.

Les *facteurs cognitifs* correspondent aussi à certains postulats fréquents concernant la vie de couple, par exemple :

- le désaccord est toujours destructeur ;
- on doit être deviné(e) par l'autre ;
- le (la) partenaire ne peut changer ;
- la perfection sexuelle doit être atteinte ;
- le stéréotype du rôle sexuel est au premier plan : la femme et l'homme ont des besoins relationnels différents.

Le thérapeute doit avoir confiance en lui et développer une attitude humaine et compréhensive. Il doit être capable de révélation sur lui-même (ou elle-même), ce qui permet l'identification en utilisant la solution de ses propres difficultés comme modèle. Il doit contrôler et structurer la thérapie. Il est actif, intervient souvent, avec un langage clair et sans ambiguïté. Il établit des ponts entre affects et comportements. La relation thérapeutique positive est à égale distance des deux membres du couple. Il utilisera souvent l'humour comme technique de décentrement.

Principes

Tout d'abord sera envisagée l'histoire du couple puis présenté le modèle d'intervention. On peut se servir du plan suivant :

- histoire du couple ;
- historique du « roman » du couple ;
- qu'aimez-vous en elle, lui ?
- décadrer et recadrer les accusations mutuelles ;
- comportements et renforcement ;
- changer l'autre en changeant soi ;
- chercher le compromis ;
- les bases : respect, compréhension, sensibilité à l'autre.

Après cette introduction effectuée sur une ou deux séances, on passera aux techniques de communication.

Techniques de communication

Le jeu de rôle est la méthode la plus fréquemment mise en place. Il est plus facile à deux thérapeutes de sexe différent.

Le but est de spécifier les comportements problèmes et d'en faire l'analyse fonctionnelle, puis de les modifier. La spécification comportementale s'effectuera à travers des questions directes après le jeu de rôle.

1. « Qu'avez-vous senti ? »
2. « Quel comportement de votre partenaire a provoqué ce sentiment ? »

Tableau 15.4
Comportements « moléculaires »

Positifs		Négatifs
1.	Positif	Hargneux
2.	Souple	Interrompt
3.	Bref	Catastrophisme
4.	Affirmé	Querelleur
5.	Non défensif	Généralise
6.	Personnel (« je »)	« Toujours, jamais »
7.	Approbateur	Hors sujet
8.	Voix appréciative	Exigeant, blessant
9.	Exprime affection	Insultant
10.	Sincérité plus mesurée que brutale	Sarcasme, critique blessante

3. « Dans quelles conditions le comportement de votre partenaire a eu lieu ? »

- Lecture de la pensée : « Je sais ce qu'il ou elle pense. »
- Comportements non verbaux.
- Comportements « moléculaires » verbaux et non verbaux, positifs ou négatifs.

Il est alors utile de s'aider de grille permettant l'analyse fonctionnelle des comportements « moléculaires » en interaction (tableau 15.4).

Le thérapeute aidera les patients à développer l'expression des sentiments qui peuvent être inhibés par une éducation rigide. On modifiera progressivement les comportements par des jeux de rôle, *feedback*, modèles présentés par le ou les thérapeutes, répétition, instructions, doublage, supervision, etc. (voir chapitre 9). Enfin, des tâches comportementales et des contrats seront établis.

Les thérapies de couple par contrats

Les contrats de couple servent pour la désescalade des situations agressives dans le couple, en précisant quels comportements chacun changera en fonction de quel changement chez l'autre.

Règles de base des contrats de couple

- Les contrats décrivent qui doit faire quoi pour qui et dans quelles circonstances.
- La négociation d'un contrat doit être ouverte et franche, libre de coercition explicite ou subtile.

Contrats de contingences de renforcement

- Le contrat a pour dessein d'utiliser une compréhension de l'ici et maintenant des modalités de couple, pour projeter une meilleure vie future ensemble.

2. L'approche ne s'intéresse pas à ce que le couple a pu faire dans le passé. Pas d'incrimination de fautes, ni d'accusations, ni de récriminations.
3. Il n'y aura à aucun moment de coercition d'aucune sorte, vous négociez ensemble un agrément.
4. Le consultant s'intéresse seulement à faciliter le processus de négociation.

L'arrangement spécifiera ce que vous voulez l'un de l'autre et ce que vous voulez donner en retour.

Caractéristiques des contrats de couple

1. Les termes doivent en être exprimés dans des mots simples, explicites et clairs à comprendre.
2. Pour qu'un contrat soit efficace, il doit susciter une occasion pour chaque participant d'obtenir un niveau maximal de renforcement et de diminuer ses coûts et ses pertes dans la partie de sa vie couverte par le contrat.
3. Les comportements inclus dans le contrat doivent appartenir au répertoire de la personne qui est d'accord pour les effectuer.
4. Le couple doit être éclairé sur les règles de base.
5. Une alliance thérapeutique doit s'instaurer.

La thérapie comportementale de couple

Techniques spécifiques

Le rapprochement corporel du couple a pour but de vaincre la phobie du corps en centrant les sujets sur la peau. On établit une interdiction temporaire des rapports sexuels dans le but de diminuer l'angoisse anticipatoire vis-à-vis des relations sexuelles, qui sont reprises à deux niveaux : un niveau où les jeux sexuels sont purement non génitaux et un niveau où ils sont génitaux. On suggère aux patients d'avoir du plaisir et d'en donner sans recherche de la performance.

La méthode du « symbole nucléaire du couple » peut être mise en place au cours de la thérapie, puis suivie de tâches à domicile. Il correspond à un souvenir commun (musique, endroit, situation) qui a marqué la cristallisation du couple et sa formation. On demande au couple de se le remémorer ensemble et de se rapprocher ensuite physiquement.

Résolution de problème

Cette technique consiste à considérer le conflit de couple comme un problème commun à résoudre. Le thérapeute aide le couple à parcourir les sept phases de la résolution de problème après avoir identifié le problème et fait le choix d'un moment et d'un lieu pour le résoudre :

1. Définir le problème avec précision.
2. Accepter le problème et rechercher une solution.
3. Spécifier des buts.
4. Envisager toutes les solutions possibles (*brain storming*).
5. Choisir une solution, en général un compromis.

6. Appliquer la solution et évaluer le résultat.
7. Améliorer, réviser, renégocier.

Le maintien du couple n'est pas toujours la meilleure résolution du problème et, dans certains cas, la séparation constructive du couple sera la meilleure solution.

Maintenance et prévention

Elle est assurée par des tâches dont le but est d'accroître les comportements naturellement renforcés dans l'environnement. Le renforcement thérapeutique est progressivement diminué. On établit un système de « contrôle par le stimulus » : lieux, moments et personnes associés avec les interactions positives du couple – on retrouve là le symbole nucléaire du couple. On suggère le développement de l'autocontrôle et la résolution de problèmes sans thérapeute. Finalement, dans les cas favorables, une thérapie mutuelle dans le couple se met en place.

La thérapie cognitive de couple

Elle se différencie de la thérapie comportementale par l'accent mis sur les schémas et le rôle de leur modification dans le processus thérapeutique. De même, il est important de souligner que la conceptualisation de l'interaction du couple selon le modèle cognitif apporte un éclairage supplémentaire à l'analyse fonctionnelle strictement comportementale. Le modèle proposé par Dattilio, qui est reproduit dans la figure 15.3, montre les étapes de cette conceptualisation.

La thérapie cognitive de couple se sert des techniques suivantes :

1. Techniques de recadrage : repositionner par écrit les traits négatifs.
2. Modification des distorsions cognitives.
 - Apprendre au couple le modèle cognitif.
 - Rechercher les pensées automatiques.
 - Déterminer les distorsions et schémas.
 - Modifier les pensées automatiques.
 - Rassembler des données pour et contre le schéma dans le passé.
 - Alternatives aux schémas de l'un et de l'autre.
 - Tester le schéma par des expériences comportementales.
 - Avantages et désavantages du schéma.
 - Mise en question de prédictions du schéma.
3. Communication.
 - Écouter :
 - ne pas interrompre ;
 - clarifier ;
 - réfléchir à ce qu'on a entendu.
 - Parler :
 - parler attentivement ;
 - questions ouvertes ;

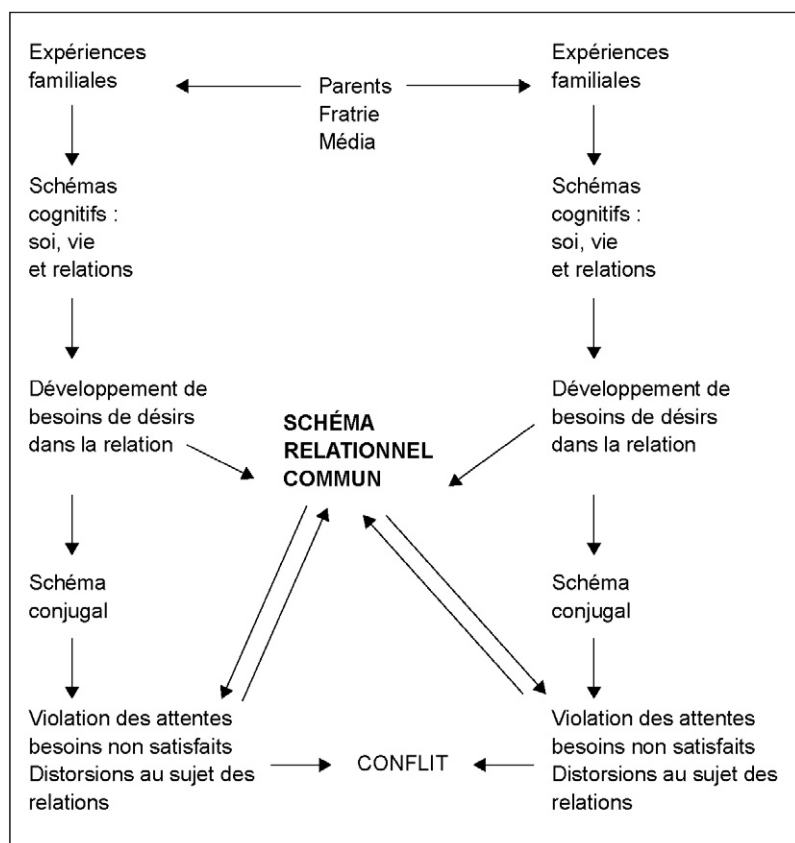


Figure 15.3

La thérapie cognitive de couple : modèle de Dattilio. Développement des schémas dysfonctionnels communs (d'après Dattilio et Padesky, 1990).

- accepter le silence ;
- *ne pas interroger de manière intrusive.*
- Résumer
- 4. Résolution de problème (voir plus haut).

Thérapies des déviations sexuelles

L'apport des thérapies cognitives et comportementales s'avère assez limité. Le traitement de tels patients dans un cadre coercitif rend difficile l'établissement d'une réelle motivation au changement. Seuls les sujets qui souffrent de leur état et qui ont une organisation de leur sexualité qui ne soit pas purement déviante peuvent bénéficier d'une thérapie. Il faut se méfier des pseudo-

demandes dictées par l'opportunité d'une bonne présentation au tribunal. Elles n'aboutiront à rien une fois le verdict rendu. S'il existe des conditions minimales de liberté et de motivation, certains sujets peuvent être traités. Les techniques que nous allons décrire n'ont été présentées que sous la forme d'études de cas ou de statistiques non contrôlées, mais elles peuvent aider certains cas individuels et doivent donc rester dans l'arsenal thérapeutique.

Désensibilisation systématique

Il est possible, chez certains exhibitionnistes, de réduire leurs angoisses vis-à-vis de l'autre sexe par désensibilisation systématique (Rognant, 1970) : le développement d'une hétérosexualité satisfaisante peut alors rendre caduc le comportement déviant défensif. Mais il s'agit là de sujets véritablement marginaux par rapport à l'ensemble des exhibitionnistes.

Reconditionnement orgasmique

Il a été proposé pour traiter les pédophiles et les exhibitionnistes. Le sujet se masturbe avec des fantaisies déviantes, mais il a pour tâche de modifier ses fantaisies déviantes en fantaisies hétérosexuelles au moment de l'orgasme pour que celui-ci soit associé à l'hétérosexualité.

Sensibilisation interne ou couverte

Mise au point par Cautela (1975), elle se sert de l'imagerie mentale selon les principes du conditionnement opérant. Diverses procédures sont utilisables. Il s'agit d'une technique très maniable, bien que de faible efficacité.

Renforcement positif par sensibilisation interne

On fait imaginer au sujet la scène redoutée (par exemple, être sur une place publique). Après avoir imaginé cette scène, le sujet se renforce par une scène agréable pour lui (être tranquille à la maison en écoutant de la musique). Nous avons pu ainsi améliorer considérablement un sujet agoraphobe avec dépersonnalisation.

Renforcement négatif par sensibilisation interne

Par exemple, un sujet impuissant peut imaginer qu'il a une dispute violente avec son patron. Immédiatement après, il doit imaginer qu'il est au lit avec une femme et détendu.

Extinction par sensibilisation interne

Elle consiste à faire imaginer par exemple à un sujet éreuthophobe qu'il rougit en public, que personne ne le remarque et qu'il n'y a aucune conséquence négative pour lui.

Imitation de modèles par sensibilisation interne

Il peut s'agir d'un modèle positif. Il est demandé au sujet d'imaginer une personne qui accomplit l'action qu'il n'ose accomplir et qui en retire des

conséquences positives. En général, nous utilisons la procédure suivante : tout d'abord mis en position d'observateur d'un scénario qu'il élabore, à l'instigation du thérapeute, le sujet prend ensuite un rôle actif en imagination. Puis il reçoit la tâche de réaliser en réalité ce qui a été imaginé. Pour les sujets inhibés, phobiques, phobiques sociaux ou ayant des problèmes sexuels, cette méthode peut précéder un jeu de rôle qu'un sujet trop inhibé ne peut aborder.

Il peut s'agir d'un modèle négatif. On demande au patient d'observer, en imagination, un modèle qui retire des conséquences négatives de son comportement. Par exemple, boire de l'alcool donne la nausée fumer entraîne l'impuissance, ou avoir une activité délinquante se traduit par une peine de prison.

Autocontrôle par sensibilisation interne

1. Il consiste à imaginer des conséquences déplaisantes à un comportement (par exemple, boire et ensuite vomir ou perdre de l'argent).
2. Corrélativement imaginer des conséquences plaisantes à l'échappement, ou l'évitement du comportement jugé nuisible par le patient. Par exemple, au lieu de boire, d'aller se promener et acheter une robe. Il y a donc élimination d'un comportement, mais aussi construction d'un autre.

La séquence (2) peut être utilisée seule ; d'ailleurs, nous donnerons ci-dessous un exemple de ce type d'autocontrôle.

Il est utilisé surtout chez les alcooliques, les usagers de drogues, les tabagiques, les obèses, dans les problèmes d'orientation sexuelle (déviations sexuelles). L'avantage de la sensibilisation interne est sa maniabilité, son faible coût, et le fait que ce soit le sujet qui en contrôle toute la procédure. Même si l'on utilise dans certaines scènes des *stimuli* désagréables (aversifs), ils sont produits par le sujet. Il est nécessaire que l'image ait des effets assez intenses sur le plan psychologique. Un accord préalable entre thérapeute et patient est fait sur la nature des *stimuli* utilisés. Il existe même des échelles à nombreux items permettant de coter les renforçateurs positifs. Cependant, un nombre assez important de séances et de répétitions (dix à vingt-cinq séances) est nécessaire. Cette méthode est une méthode d'appoint dans le traitement des diverses addictions.

Cas clinique : traitement d'un comportement de viol par sensibilisation interne

Demande de traitement

Le patient avait été inculpé pour tentative de vol de sac à main. En fait, il s'agissait d'une tentative de viol que le sujet avait réussi à faire passer auprès de la police en tentative de vol. Il consultait en vue de trouver un traitement qui le débarrasserait de ces compulsions qui aboutissaient parfois à des tentatives de viol. Il n'était pas contraint de se soigner par décision de justice et il fut traité dans un cadre libéral.

Histoire personnelle

Âgé de 22 ans, le patient était l'enfant de parents divorcés. Son père avait quitté sa mère alors qu'il avait 9 ans. Il avait été ensuite jusqu'à l'âge de 16 ans élevé par sa mère qui ne s'était pas remariée. Par la suite, instable, présentant des troubles caractériels, il avait été renvoyé de plusieurs écoles et collèges. Depuis l'âge de 16 ans, il logeait en collectivité et avait des emplois irréguliers. Les bagarres de « blousons noirs », une errance qui l'amena à accompagner des hippies dans leurs voyages, quelques expériences psychédéliques – dont l'une au LSD, suivie d'une bouffée hallucinatoire transitoire – marquent son existence. Sa vie sexuelle est par ailleurs normale. Il a des rapports sexuels satisfaisants avec diverses compagnes. Il a eu une seule fois des attouchements homosexuels qui l'ont dégoûté. Il effectue son service militaire dans les conditions normales. À cette époque, il attrape la gale à la suite de rapports sexuels, ce qui représente un souvenir particulièrement déplaisant pour lui. Au moment du traitement, il vit chez son père et très loin de sa mère. Il a depuis six mois un emploi régulier. Il supporte mal l'ambiance de la maison paternelle et ira dans un foyer.

Le comportement cible : le comportement sexuel

Sa première tentative de viol a eu lieu alors qu'il avait 16 ans, sur la personne de sa mère (il ne vivait plus chez elle à ce moment-là). Celle-ci l'avait conduit chez un psychiatre qui avait fait un électroencéphalogramme et donné un traitement banal. L'électroencéphalogramme était négatif. La patiente ne dit pas au psychiatre qu'il avait voulu la violer. Il ne prit pas le traitement que ce dernier lui avait prescrit. Pendant cinq ans, le sujet n'avait pas effectué de nouvelle tentative mais, depuis six mois, était apparue une compulsion à violer se déroulant de la manière suivante :

- il se promène en ville, en mobylette, la nuit, avec des fantasmes de viol, il a l'impression d'être contraint par une force extérieure à commettre un viol ;
- il cherche des femmes court-vêtues dans des voitures qu'il repère au feu rouge... Alors, dit-il, « il voit rouge », et prend l'une d'elles en chasse. Certains *stimuli* déclenchent particulièrement son attraction : le fait que la femme soit peu vêtue, porte une minijupe, soit très parfumée (en particulier B. de F.), le fait qu'elle porte un pull blanc. Il faut remarquer que le pull que portait sa mère au moment de sa première tentative était blanc ;
- il cherche à bloquer cette femme dans une rue déserte et à la violer au moment où elle descend de voiture. C'est ce qu'il a fait récemment et qui a motivé son arrestation ;
- du fait de la gêne que lui procurent ses compulsions, il utilise parfois une forme d'arrêt de pensée de façon à les bloquer. Au moment où il part en chasse, il s'arrête dans un café, boit une consommation, « change ses idées », rentre chez lui au lieu de poursuivre sa chasse et, en général, se masturbe.

Il souffre de ces troubles depuis six mois mais, depuis deux mois, ce scénario se déroule tous les soirs et aboutit à la tentative qui l'amène au traitement. Au total, il a effectué quatre tentatives entre avril et octobre. Dans trois cas, les victimes ont réussi à s'échapper. Dans un cas, il avait réussi à déshabiller sa victime, mais il a eu alors une perte d'érection et la victime s'est enfuie.

Le déclenchement : deux points méritent d'être soulignés

- Il a eu une aventure avec une femme un peu plus âgée que lui. Cette aventure s'est interrompue trop prématurément à son gré et il s'est senti rejeté, il y a environ six mois, ce qui a déclenché les compulsions dont la fréquence et l'intensité ont ensuite augmenté. Il n'a jamais pu revoir cette femme et l'a longtemps cherchée.
- Depuis cette date, il est impuissant, ce qu'il a vérifié auprès d'une prostituée. Il n'ose pas sortir avec des filles, se contente d'être voyeuriste dans les W.-C. Il considère d'ailleurs le viol comme la recherche d'une excitation supplémentaire. À ce moment, il s'est séparé d'une jeune fille de son âge dont il ne pouvait supporter la présence.

Programme de traitement

Le patient réclamait un traitement qui « le remettrait en place ». Après un long entretien initial fut établi un programme qui aboutit à la mise en œuvre de sept séances de conditionnement par sensibilisation interne. Le programme avait pour but à la fois d'éliminer le comportement de viol et de renforcer la sexualité normale. Il comprenait :

- des scènes d'autocontrôle ;
- des scènes de renforcement positif de la sexualité normale ;
- dans les deux dernières séances, il fut ajouté deux autres scènes utilisant l'autocontrôle par l'intermédiaire d'un modèle imaginaire.

Les scènes d'autocontrôle

Elles reproduisent sous relaxation légère et en imagination les *stimuli* déclenchant le comportement que nous avons décrit ci-dessus. Cependant, au moment d'attaquer sa victime, il devait imaginer qu'elle se retournait, qu'elle avait la gale et qu'elle était défigurée, que la rue était surveillée par la police, qu'il se retrouvait en prison où ses codétenus se moquaient de lui car il était incarcéré pour un motif vraiment peu glorieux : violer une femme laide. Ces scènes avaient été suggérées par le patient au thérapeute comme seules susceptibles d'assurer l'autocontrôle.

Les scènes de renforcement de la sexualité normale (sept séances)

Elles correspondaient au renoncement à la poursuite et à son remplacement par une sortie avec une femme agréable avec qui, en fin de soirée, il avait des rapports sexuels avec une puissance sexuelle normale. Les femmes *stimuli* furent présentées de la manière suivante : en partant de son ancienne maîtresse qui l'avait abandonné et à qui il restait attaché pour aller vers

d'autres filles plus jeunes, connues et inconnues, en lui demandant d'affaiblir progressivement la première image et de la remplacer par d'autres.

Des scènes utilisant le modèle imaginaire ou couvert (*covert modeling*)

Elles furent ajoutées à la passation du programme précédent pour les deux dernières séances. Cela a paru utile car le sujet présentait une série de cauchemars ayant trait au meurtre et à la violence, ce qui l'inquiétait. Les buts étaient de renforcer la discrimination entre le fantasme et la réalité et d'apprendre au sujet à se contenter d'imaginer ou de voir plutôt que de passer à l'acte. Il était pris lui-même comme modèle.

Il lui était demandé de s'imaginer qu'il prenait en chasse une femme pour la violer et qu'au lieu de poursuivre son entreprise, il allait au cinéma pour assister à un film de violence comportant un viol. Mais tout au long de cette présentation, il devait sans cesse se dire qu'il était au cinéma et se présenter non seulement l'image, mais aussi l'écran et l'ambiance de la salle de cinéma. Nous utilisons donc l'autocontrôle à partir d'un modèle imaginaire.

Chaque ensemble de scènes était suggéré dix fois par le thérapeute et répété ensuite dix fois, sans incitation verbale par le patient lui-même au cours de chaque séance, avec de légères variantes pour éviter la monotonie. Le patient avait pour tâche assignée de répéter les scènes de dix répétitions, ce qu'il fit de façon plus ou moins régulière. Les huit séances auront lieu en deux mois.

Résultats de la postcure

Au bout de six séances, le sujet au départ sceptique bien que très coopérant commença à dire qu'il était dégoûté du viol. Après un total de huit séances, le sujet décida d'arrêter le traitement car il estimait que les buts étaient atteints, tout au moins en ce qui concernait les tentatives de viol.

Les résultats sont évalués par le thérapeute, le père du sujet et deux médecins qui le suivaient par ailleurs.

Après un an, les tentatives de viol ont complètement disparu. Le sujet dit ne plus avoir de désir de violer. Cependant, lorsqu'il voit une femme court-vêtue à un feu rouge, il a parfois des désirs sexuels qui auparavant l'auraient conduit à effectuer une tentative de viol. Mais ses pensées et ses images mentales ne vont pas si loin et il transforme celles-ci en un désir d'avoir des rapports sexuels normalement avec cette personne.

Deux mois après la fin du traitement, le sujet s'était mis en ménage avec une jeune fille. Dans un premier temps, ils présentaient tous deux une certaine inhibition sexuelle. Finalement, le couple a résolu tout seul le problème en ayant progressivement des rapports sexuels. Il a d'abord au début de leur liaison parlé de ses tentatives de viol et du traitement suivi. Son amie, d'abord choquée, a accepté ce passé. Par ailleurs, tous deux se déclarent satisfaits des relations sexuelles qu'ils ont et le jeune homme trouve qu'il a acquis dans ce domaine un certain raffinement qui contraste avec son agressivité antérieure.

L'intégration sociale est bonne, il travaille régulièrement et vit indépendamment de sa famille avec qui les relations se sont améliorées.

Le sujet considère que la thérapie a eu un rôle important dans son changement de comportement, mais que l'attitude de son amie vis-à-vis de son trouble a eu un rôle tout aussi important. On peut remarquer que le changement de comportement acquis au cours de la thérapie lui a permis de vivre avec une femme, d'une manière différente, et en révélant les difficultés qu'il avait eues, ce qui a certainement entraîné un meilleur fonctionnement du couple.

Rappel quinze mois après la fin du traitement : le patient appelle au téléphone le thérapeute. Il a à nouveau des compulsions mais il n'est pas passé à l'acte. Il a réussi à se contrôler en utilisant des scènes aversives (être pris par la police, avoir un flic derrière lui). L'électroencéphalogramme effectué à sa demande est normal. On effectue un rappel en utilisant une méthode d'autocontrôle cognitif, d'où l'aversion est éliminée. Il attribue au printemps la reprise de ses compulsions. La procédure combine l'arrêt de la pensée et la sensibilisation couverte :

- le patient imagine la scène, où il va violer une femme qu'il a suivie ;
- il signale au thérapeute en levant le doigt qu'il est en train de visionner la scène ;
- le thérapeute lui dit « stop » d'une voix forte ;
- le sujet se dit à lui-même (à haute voix puis intérieurement) : « il faut changer de pensée » ;
- il choisit une scène agréable, soit le loto où il gagne, soit une scène sexuelle non violente, soit une scène sexuelle énergique plus que violente avec une partenaire consentante.

Trois séances correspondant chacune à vingt présentations de l'image sont effectuées. Les compulsions disparaissent dès après le coup de téléphone au thérapeute (renforcement partiel).

En outre, le patient effectuera pendant trois semaines des séances à domicile.

Il pourra voir avec son amie le film *Viol et châtiment* (*Lipstick*) sans être spécialement excité. Il s'endormira même en cours de projection.

Vingt-deux mois après le traitement initial : revu avec son amie, le résultat apparaît stable. Il présente simplement quelques difficultés professionnelles (ne supporte pas les cadences de travail).

Dans les dix ans qui ont suivi, le patient n'a pas repris contact, ni le tribunal ou un expert judiciaire.

Conclusion : limites des sexothérapies

On ne voit en clinique qu'une minorité de problèmes sexuels, qu'il s'agisse de dysfonctions ou de déviations. La plupart soit demeurent une misère cachée, soit sont bien supportés, soit sont très mobiles, soit encore, et plus vraisemblablement, sont améliorés par le hasard des rencontres qui rendent

un service thérapeutique spontané. Cependant, on manque de statistiques récentes et surtout fiables à ce sujet.

Les dysfonctions sexuelles stables au-delà d'une année représentent une excellente indication de thérapie comportementale, de même que les problèmes de couple qui ne sont pas forcément associés à une dysfonction sexuelle. Les modèles cognitifs et les thérapies cognitives s'appliquent à la compréhension et au traitement des troubles du désir et des problèmes de couple dont ils ont renouvelé la conceptualisation et l'approche thérapeutique. Les TCC répondent aux attentes de la majorité des patients. Soixante à quatre-vingt-dix pour cent des cas sont significativement améliorés selon les statistiques, les thérapeutes et le type de dysfonction.

La thérapie des déviations sexuelles, telle que nous l'avons présentée, doit se limiter aux patients ambulatoires, volontaires et non institutionnalisés. Des recherches sont à mener aussi bien sur le plan biologique que psychologique pour mieux comprendre des problèmes comme celui de la pédophilie. La création d'unités de traitement et de recherche spécialisées permettrait sans doute une avancée sur une problématique jusque-là immergée.

Bibliographie

- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. Londres: Penguin Books.
- Bornstein, P. H., & Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy. A behavioral-communication approach*. New York: Pergamon Press.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e ed.). Paris: Masson.
- Cautela J.R. (1975). Processus de conditionnement par provocation d'image (traduction de L. Goguen et L. Granger). In : Y. Lamontagne, G. Trudel (Eds.), *Modification du comportement en milieu clinique et éducation*. Montréal.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner & Mazel.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Laffont.
- Poudat, F. X., & Jarrrousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris: Masson.
- Rognant, J. (1970). *La thérapeutique de déconditionnement dans les névroses*. Paris: Masson.
- Singer-Kaplan, H. S. K. (1979). *Disorders of sexual desire*. Londres: Brunner & Mazel.
- Singer-Kaplan, H. S. K. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner & Mazel.

16 Réhabilitation et thérapie cognitive des états psychotiques chroniques et aigus

La schizophrénie présente une prévalence d'un peu moins de 1 % dans la population générale. Et le modèle biochimique et génétique des psychoses se dégage progressivement. Il s'agit d'un modèle génotypo-environnemental, où la potentialité schizophrénique se révèle dans des conditions sociales particulières : milieu familial et social ou institutionnel réalisant un ensemble de facteurs de stress qui provoquent la décompensation d'une diathèse jusque-là latente.

Les neuroleptiques, depuis leur introduction par Deniker en 1952, ont considérablement amélioré le pronostic de cette maladie, dont les formes majeures signifiaient, autrefois, un internement à vie. La baisse du taux d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques est contemporaine de l'apparition des neuroleptiques. Cependant, de nouveaux problèmes sont apparus, liés cette fois à l'observance médicamenteuse, à la chronicité intermittente, aux limitations intrinsèques des neuroleptiques et aux réactions du milieu où vivent les sujets psychotiques. En deux ans de vie dans la communauté, 50 % des patients qui quittent l'hôpital psychiatrique vont rechuter. Ce syndrome dit « de la porte tournante » a conduit à développer une psychothérapie fondée sur les principes de l'apprentissage social et cognitif. Ces interventions psychothérapeutiques sont combinées aux neuroleptiques et cherchent à en optimiser la prise et les effets. Elles cherchent aussi à instaurer des comportements prosociaux qui n'ont jamais été appris par le patient du fait des altérations neurobiologiques qu'il présente et de l'interaction de ces altérations avec un milieu social et familial plus ou moins rejetant, anxieux, hostile ou acceptant.

Économies de jetons

Les systèmes intégrés de renforcement sont représentés essentiellement par des « économies de jetons » (Ayllon et Azrin, 1973) et les « systèmes de crédit motivationnel » (Lieberman, 1991). Ces techniques se justifient à notre sens essentiellement chez des sujets très régressés. Le principe en est simple : il consiste à établir une liste de comportements que contractuellement l'institution et le patient désirent voir modifier et, en parallèle, une liste de renforçateurs que le sujet désire obtenir en échange de l'émission de comportements. Le sujet reçoit en échange de l'émission du comportement, dans des conditions qui sont spécifiées par un programme, des jetons

ou des points positifs de crédit. Le renforcement doit avoir lieu aussitôt après l'émission du comportement. Il peut ensuite convertir ce jeton, ou des points de crédit, en renforçateurs. Les renforçateurs sont des objets de « luxe », des privilèges ou encore du temps passé avec des thérapeutes, etc. L'essentiel est donc d'établir un système monétaire et une balance de l'offre et de la demande. Cela ne peut se faire sans la motivation du patient et sans son accord. Il doit être informé sur les buts et les moyens de l'opération. L'ensemble des principes du conditionnement opérant, de même que l'apprentissage par imitation, s'appliquent à ce type de programme. L'avantage des jetons sur d'autres formes de renforçateurs est qu'ils permettent un renforcement immédiat du comportement dont il a été décidé avec le patient d'accroître la fréquence. Les comportements peuvent être renforcés à n'importe quel moment. Enfin, les comportements peuvent se maintenir pendant de longues périodes, même s'il n'est pas possible d'échanger les jetons contre des renforçateurs tangibles.

Si le sujet améliore son comportement, il faut pouvoir substituer, aux renforçateurs matériels, des renforçateurs sociaux que sont l'attention, l'approbation, le contact verbal et visuel, etc. Il est nécessaire de revoir très fréquemment les programmes en équipe et de les réajuster selon l'évolution du malade. En outre, la thésaurisation ou la perversion de l'économie par de la « fausse monnaie » sont des phénomènes qu'il faut surveiller et contrôler. Le patient doit évoluer progressivement du renforcement matériel vers le renforcement social qui maintiendra les comportements adaptés à une vie sociale dans la communauté.

De plus, les économies de jetons peuvent servir non seulement à développer les comportements prosociaux, mais aussi à éliminer ou freiner les comportements non adaptés. Le coût de la réponse, tout comme une banale amende, définira la relation entre un comportement inadapté (violences, etc.) et un retrait de jetons. Une approche plus intéressante à cette pratique un peu simpliste est le « renforcement différentiel des autres comportements », en particulier des comportements incompatibles avec le comportement que l'on veut éliminer. Ainsi, un patient agressif sera renforcé s'il fait la queue patiemment au moment de la distribution des repas, ou s'il parle d'une manière amicale par exemple. Le renforcement différentiel des comportements incompatibles doit étudier et spécifier clairement le renforcement des réponses qui interfèrent avec la réalisation du comportement indésirable.

Enfin, il faut souligner que le jeton ou le crédit obtenu par le patient mesure autant l'activité de celui-ci que celle de l'institution et des équipes psychiatriques, de même que le bon fonctionnement du groupe. Car la programmation et l'instauration de buts à court terme renforcent autant les équipes que les malades. De ce point de vue, l'économie de jetons est un instrument excellent de déchronicisation et de traitement de la dépression asilaire, aussi bien celle des patients que des soignants, que connaissent bien tous ceux qui ont travaillé en hôpital psychiatrique.

Les systèmes intégrés de renforcement peuvent d'ailleurs être mis en œuvre dans d'autres indications, en particulier dans les foyers pour patients

Tableau 16.1
Buts et moyens des économies de jetons

Buts	
1.	Développer un environnement motivant
2.	Développer les comportements fonctionnels positifs pour une réinsertion
3.	Implication de la personne entière et non des comportements isolés
Moyens	
1.	Procédures de quantification Implication des soignants dans l'évaluation et la relation avec les patients à travers les procédures de renforcement
2.	Spécifier en termes simples et descriptifs les comportements cibles
3.	Proposer des renforçateurs symboliques immédiats échangeables contre des biens matériels que l'on peut obtenir à terme
4.	Utilisation du renforcement positif ou de sa suspension
5.	Absence de coercition : les renforçateurs matériels sont des objets de luxe par rapport aux besoins vitaux habituels qui sont assurés par l'institution
6.	Ne pas fixer la nature des renforçateurs <i>a priori</i> , mais les induire à partir de l'observation directe du comportement des patients
7.	Passer des renforçateurs matériels aux renforçateurs sociaux, puis à l'autorenforcement

sortis de l'hôpital. Dans les arriérations mentales, l'autisme infantile, à l'hôpital psychiatrique ou en hôpital de jour, ils ont également donné des résultats intéressants. Le [tableau 16.1](#) résume les buts et les moyens des économies de jetons et des programmes apparentés.

Programmes de développement des compétences (ou « habiletés ») sociales (*social skills training*)

Ils se fondent sur le fait que, chez le schizophrène, existent un déficit cognitif et une altération de la communication verbale et non verbale qui l'empêchent de mener une vie sociale satisfaisante pour lui et les autres et aboutissent au retrait et à l'institutionnalisation. Les techniques du jeu de rôle, du *feedback* positif, de la répétition du jeu et de l'apprentissage par imitation de modèle sont complétées par la modification des capacités à recevoir, traiter et envoyer des messages, ainsi que par des techniques cognitives de développement des autoverbalisations allant à l'encontre de la pensée délirante. Il apparaît nécessaire que les sujets puissent entre chaque séance réaliser les tâches qui leur sont contractuellement assignées. Liberman (1991) résume les principes de base de la pratique actuelle de la communication sociale.

Tout d'abord la compétence sociale est montrée en vidéo ou présentée par des modèles réels, puis elle jouée et répétée en jeu de rôle. Les principes sont identiques à ceux utilisés en affirmation de soi pour les phobiques sociaux. Il faut décomposer les attitudes visées en éléments spécifiques qui sont enseignés un par un au patient. Il faut chez des patients psychotiques respecter pendant longtemps un bas niveau de performance et encourager le moindre pas positif dans la bonne direction étant donné que l'estime de soi leur est fragile. Les résultats doivent être ensuite transférés dans le milieu naturel sous la forme de tâches pratiques qui sont réévaluées à chaque séance.

La thérapie familiale comportementale

Les études épidémiologiques ont montré que l'émotionnalité exprimée des familles de psychotiques – anxiété, sur-implication et commentaires critiques – est un facteur de rechute (Lieberman, 1991). Cela ne veut pas dire, une fois de plus, que la famille cause la schizophrénie, mais qu'avoir un enfant schizophrène entraîne des difficultés familiales et une boucle d'interaction parfois pathogène, qu'il faut aider les familles à modifier. La première étape de cette modification est l'information. La thérapie familiale comportementale se sert de trois méthodes fondamentales pour modifier ce facteur de risque :

- l'éducation par des brochures explicatives sur les problèmes que peut soulever la vie avec un psychotique ou des discussions à ce sujet avec des thérapeutes. Il ne s'agit pas, une fois de plus, de culpabiliser les familles, mais de reconnaître que la pathologie schizophrénique est un tel fardeau financier et émotionnel que certaines familles peuvent être perturbées. Il s'agit d'une pathologie de la relation où le patient autant que la famille sont impliqués à la fois comme cause et effet ;
- le développement par le jeu de rôle de communications non pathogènes. Des contrats familiaux de contingences de renforcement peuvent également être mis en place. Le thérapeute observe de quelle manière les membres de la famille se gratifient et se punissent les uns les autres. Il doit construire l'empathie familiale en utilisant le jeu de rôle. Ainsi seront définis des buts, c'est-à-dire les comportements que les différents membres de la famille veulent voir changer et en échange de quelle modification chez eux. L'établissement de contrats libres de toute coercition, même dissimulée, et l'action du thérapeute comme renforçateur social permettront de modifier le système familial et d'aménager la place du sujet psychotique ;
- les techniques de résolution de problème.

Une fois les capacités de communication accrues, il est possible de travailler sur la résolution de problèmes pratiques. Un schéma de solution de problème est proposé au patient et à sa famille et des exemples sont travaillés avec les thérapeutes.

Les modules de réhabilitation

Ils ont été mis au point principalement par le groupe de l'UCLA (Lieberman, 1991) et couvrent tous les domaines de la réhabilitation, de l'hôpital psychiatrique à la vie indépendante, en passant par les structures intermédiaires.

Les traitements sont présentés sous forme de modules qui couvrent un aspect de la vie sociale ; le thérapeute fonctionne comme un enseignant, et un groupe de cinq à six patients comme des élèves. Thérapeute et patients ont chacun un manuel qui couvre la zone particulière de la vie sociale qui est à modifier. La vidéo et le jeu de rôle sont systématiquement utilisés pour mettre en place la compétence sociale à l'étude, ainsi la capacité à converser, préparer la nourriture, trouver un logement, trouver un emploi, l'argent et sa gestion, la prise de médicaments, les programmes de vie sociale indépendante, la gestion des crises à domicile, etc. Un exemple peut être donné dans le module de gestion des médicaments, module qui couvre les domaines de compétence suivants :

- obtenir de l'information sur les neuroleptiques ;
- savoir prendre correctement les médicaments et en évaluer les effets ;
- savoir reconnaître les effets secondaires des médicaments ;
- savoir discuter des problèmes des médicaments de santé avec les professionnels. En particulier : « Comment retenir l'attention du docteur pressé ? »

Un programme tel que celui préconisé par Wallace et Liberman (1985) implique plus de cent heures par patient sur neuf semaines :

- Développement des habiletés sociales : jeu de rôle, vidéo pour augmenter les capacités de réception, de traitement et d'émission de l'information. Traitement par groupes de trois patients pour deux thérapeutes

5 séances × 2 heures × 9 semaines → 90 heures

- Thérapie familiale : accent mis sur la communication et la résolution de problème :

1 séance × 2 heures × 9 semaines → 18 heures

Actuellement, ces méthodes sont bien codifiées et se présentent sous forme de manuels pour les patients et les thérapeutes, qui ont été édités en français. Différents modules de développement des compétences sociales existent et commencent à être appliqués couramment au Québec, en France, en Suisse et en Belgique, dans des centres spécialisés. Il existe des modules pratiques en français couvrant les domaines suivants : gestion des symptômes, éducation au traitement neuroleptique, travail et recherche d'emploi, loisirs (Lieberman, 1992a, 1992b).

Thérapies cognitives

Trois méthodes ont été proposées à ce jour. Il s'agit de thérapies brèves d'une durée d'une heure et qui se déroulent sur dix à vingt-cinq séances.

Thérapie cognitive centrée sur la modification des croyances

Il s'agit de thérapies qui transposent dans la thérapie des schizophrènes le modèle cognitif utilisé par Beck dans le traitement des états dépressifs et des troubles anxieux. Le but est de modifier progressivement les systèmes de croyances qui sont à la base de l'expérience délirante. Leurs principes sont décrits ci-après (Perris, 1989 ; Chambon et Marie-Cardine, 1993 ; Kingdon et Turkington, 1994 ; Chadwick et al., 1996 ; Favrod et Sheder, 2003).

- La méthode « socratique » de discussion et de questionnement est utilisée plutôt qu'une confrontation au caractère déréel des croyances. Le thérapeute ne contredit pas les croyances du sujet, il demande seulement de considérer les faits et d'envisager les autres interprétations possibles. Il commencera par les croyances les moins fortement ancrées et encouragera le patient à exprimer lui-même les autres interprétations possibles.
- Aider le patient à prendre conscience de son « attitude référentielle ». Elle consiste à modifier les processus qui prennent place juste avant que les idées délirantes n'aient acquis leur pleine force. Le patient est alors à la recherche des moindres indices qui puissent confirmer son point de vue. Il faut l'aider à découvrir les pensées précédant l'éclosion du délire afin de pouvoir les modifier. Le patient doit se rendre compte que lorsqu'il adopte son « attitude référentielle », son vécu délirant s'intensifie.
- Rechercher les distorsions cognitives (centration sur soi, attitude référentielle) qui ont précédé l'acceptation des croyances délirantes et sont principalement représentées par la « personnalisation » (prendre les choses personnellement), l'« abstraction sélective » (prendre les choses en dehors de leur contexte) et l'« inférence arbitraire » (tirer des conclusions sans preuves).
- La contradiction des hypothèses sous-jacentes à la croyance consiste à demander au patient à quel point un fait hypothétique, qui entrerait en contradiction avec sa croyance, modifierait cette dernière.
- Patient et thérapeute peuvent mettre au point un test simple de la croyance dans la réalité : si la croyance est vraie, elle doit aboutir à telle conséquence ou permettre telle ou telle prédiction dans la réalité, sinon elle est fausse. Le patient doit d'abord être d'accord pour dire que la tâche choisie constitue un test réel de la croyance.
- Revenir à l'expérience émotionnelle initiale, au moment où le système délirant est venu expliquer un état de confusion et voir les croyances comme une tentative de donner un sens à des expériences vécues dans le passé.

Résolution de problème : développement de plans cognitifs

Le but est d'améliorer le fonctionnement cognitif du patient en lui enseignant un plan cognitif pour la résolution de problèmes et en encourageant son application. Cette méthode se fonde sur l'idée qu'une des conséquences

de la schizophrénie est l'altération de la capacité de résoudre les problèmes quotidiens du fait de la difficulté de penser d'une manière organisée. Dans un premier temps, il établit la liste des situations problèmes. Le thérapeute enseigne ensuite les étapes de la résolution de problème (voir également chapitre 18) :

1. définir le problème ;
2. élaborer les solutions ;
3. évaluer les solutions en termes d'arguments pour et contre ;
4. prendre une décision ;
5. exécution de la décision ;
6. évaluer les résultats ;
7. à cette étape, si les résultats obtenus sont insatisfaisants, recommencer le processus à l'étape 1 en redéfinissant et reformulant le problème non résolu.

La résolution de problème est appliquée d'abord à une situation abstraite pour réaliser une simulation. Elle est ensuite appliquée à des situations concrètes telles que chercher du travail, rencontrer des amis ou chercher un logement.

Développement des stratégies d'ajustement

Il est bien connu que les patients psychotiques développent spontanément des stratégies d'ajustement aux phénomènes hallucinatoires ou interprétatifs (Romme et Escher, 1989). Le but du traitement est de définir quels sont les facteurs environnementaux qui déclenchent et maintiennent les symptômes psychotiques. Une collaboration s'établit pour diminuer et les symptômes et leurs conséquences par des techniques appropriées. Des stratégies d'ajustement sont alors développées, en particulier des stratégies cognitives (modifier l'attention, autoverbalisations), des stratégies comportementales (augmenter ou diminuer l'interaction sociale par exemple) et des changements physiologiques (relaxation, exercices respiratoires).

Application à la schizophrénie en phase aiguë

Le traitement du premier épisode de schizophrénie est dominé par la prescription de neuroleptiques dont l'action sur les symptômes positifs est nécessaire. Actuellement, des études contrôlées avec des suivis allant jusqu'à dix-huit mois suggèrent que quinze à vingt heures de TCC, associées au traitement habituel, dans les cinq semaines qui suivent l'admission, ont un effet supérieur au traitement habituel seul (Tarrier et al., 2004).

La remédiation cognitive

Chez les sujets psychotiques, les symptômes déficitaires peuvent rendre compte du pronostic social. En effet, les répercussions fonctionnelles des déficits observés en mémoire verbale, en mémoire de travail, en attention

soutenue, en fluence verbale ou encore pour des tâches de classement présentent des conséquences néfastes sur la vie quotidienne. En effet, elles interfèrent avec l'acquisition de compétences psychosociales, la résolution de problèmes interpersonnels ou encore l'acquisition de compétences dans les activités quotidiennes. Pascal Vianin (Vianin et al., 2009) et ses collaborateurs, à la suite d'autres auteurs, ont mis au point un *programme de REmédiation COgnitive pour patients présentant une Schizophrénie ou un trouble associé* (RECOS). Du fait de la très grande hétérogénéité du profil cognitif des patients schizophrènes, ils soulignent qu'un programme de remédiation cognitive doit être adapté à la nature des déficits de chaque patient, comme lors de toute démarche psycho-éducative. Les cibles du traitement sont les fonctions exécutives perturbées : mémoire, attention, raisonnement. Au cours du programme, les patients sont amenés à verbaliser, catégoriser, organiser et planifier. Les stratégies de résolution de problèmes sont également utilisées car elles permettent de modifier la tendance des patients les plus déficitaires à persévérer dans leur fonctionnement. Ce programme aborde aussi la rééducation métacognitive qui concerne trois niveaux :

1. l'auto-évaluation : degré d'*insight* et conscience du trouble ;
2. le comportement délirant ralenti et désorganisé, en particulier les processus de la modification des symptômes positifs en cherchant une réattribution plus objective de la source des souvenirs ;
3. le processus de résolution de problèmes, d'apprentissage sans erreur et la verbalisation.

Les résultats préliminaires apparaissent prometteurs.

Cas clinique : patient psychotique chronique – autisme infantile institutionnalisé et traité à l'âge adulte

Il s'agit d'un patient d'origine nord-africaine, de père algérien et de mère française, actuellement âgé de 42 ans, qui fut hospitalisé pour la première fois en France en hôpital psychiatrique à l'âge de 31 ans, à la suite d'un épisode psychotique. Son comportement se traduisait alors par un mutisme à peu près total, des postures catatoniques (membres figés, signe de l'oreiller psychique), des stéréotypies au niveau des mains, et un balancement du corps d'avant en arrière. Il fuyait le contact visuel et ne répondait aux questions que par signes ou monosyllabes. Le contact qu'il pouvait avoir avec les autres (famille, autres malades) ne se manifestait que d'une manière agressive.

Troisième d'une fratrie de six, ses troubles commencèrent très tôt aux dires de sa mère, avant l'âge de 2 ans. Il a présenté un retard important dans l'apprentissage de la marche, de la propreté et, la nuit, il se mettait à rire sans raison identifiable. Longtemps considéré comme sourd et muet du fait de son manque de contact, puis comme enfant débile, le cours de sa scolarité fut perturbé, mais il parvint cependant à apprendre la menuiserie.

Aussi, rétrospectivement, pouvons-nous considérer ce cas comme l'état résiduel d'un autisme infantile, selon les critères du DSM-III (1980).

En 1959, alors que le patient avait 17 ans, son père mourut assassiné durant la guerre d'Algérie, ce qui entraîna une aggravation de son état.

Après son admission à l'hôpital psychiatrique, le patient fut traité pendant deux ans avec une chimiothérapie neuroleptique, sans résultat : l'état de régression ne s'améliorait pas. Il restait à l'hôpital psychiatrique la plupart du temps, sa mère ne le prenant chez elle que pour de courtes permissions, craignant son agressivité et sa violence. Aussi, en 1975, une thérapie comportementale fut-elle proposée avec l'accord de toute l'équipe soignante.

Analyse fonctionnelle

Définition d'une ligne de base

Cette évaluation a été réalisée pendant un mois, quotidiennement, par l'équipe infirmière qui établit comme suit la liste des comportements problèmes :

- le patient reste couché dans son lit 22 heures sur 24 ;
- il refuse de se laver ;
- il refuse de se lever ;
- il n'a aucun intérêt ni pour la lecture, ni pour la télévision, ni pour les activités proposées par l'équipe (peinture, etc.) ;
- il est agressif lorsqu'il est à table (blesse les autres avec sa fourchette) ;
- il frappe sa mère lorsqu'il est chez elle ;
- il parle seulement par signes ou par murmures.

Par ailleurs, on ne note pas d'énurésie. Le patient n'a aucune activité sexuelle (hétéro- ou homosexuelle, pas de masturbation).

Définition des buts visés par le traitement

Dans un premier temps, le but du traitement était d'améliorer la vie institutionnelle du patient, et par-là sa relation avec l'équipe infirmière ; aussi les buts à atteindre étaient-ils définis contractuellement de la manière suivante :

- se lever plusieurs heures par jour ;
- être propre (soins corporels : se laver, se raser, etc.) ;
- participer à la vie de l'hôpital (tâches ménagères, etc.) ;
- participer aux activités proposées par l'équipe infirmière (peinture, etc.) ;
- s'exprimer lors des réunions de service et communiquer davantage avec les autres malades.

Des buts à plus long terme sont également envisagés pour ce patient et visent notamment la sortie de l'hôpital psychiatrique : travailler dans un CAT et vivre en foyer.

Stratégie thérapeutique

Afin d'atteindre ces deux buts, deux types de traitement ont été proposés successivement :

- un programme de renforcement par des jetons échangeables ;
- un programme d'affirmation de soi et de développement de la communication sociale.

Programme de renforcement

Une liste d'activités et de comportements était précisée comme buts thérapeutiques à atteindre. Parallèlement une liste de récompenses établie par le patient était mise en place. Des jetons ou des points fonctionnaient comme des intermédiaires entre la réalisation par le patient des conduites définies et l'obtention en retour des récompenses. L'équipe dispensait les jetons d'une manière cohérente et contingente à toute réalisation d'un élément du contrat thérapeutique, et montrait son approbation en faisant des compliments d'une manière verbale ou non verbale (sourires, signe amical, etc.). Le but de cette approche est d'aider le patient à s'intégrer et à participer davantage à la vie hospitalière et de sortir progressivement de son retrait social. Pendant cette phase de traitement, le patient était vu régulièrement, une fois par semaine, par le thérapeute et renforcé quotidiennement par l'équipe infirmière.

Affirmation de soi et développement de la communication

Le but de ce traitement est d'aider le patient à augmenter ses capacités de communication et à maîtriser ainsi une grande variété de situations interpersonnelles. Les composantes verbales/non verbales de la communication sont travaillées avec lui.

Traitement

Phase I : d'octobre 1976 à avril 1977 (six mois)

Une séance par semaine avec un thérapeute (homme) est effectuée. Chaque séance comporte :

- un contrôle des stéréotypies par *feedback* : la stéréotypie est signalée au patient chaque fois qu'elle est émise. La stéréotypie dominante est : se regarder l'extrémité des doigts de la main ;
- un travail sur l'arrangement et la connexion des mots dans une phrase, à partir, par exemple, d'un film vu à la télévision.

Progressivement le patient souhaite le bonjour, transmet le bonjour d'une personne à une autre, peut faire et recevoir des compliments et finalement participe à l'ergothérapie.

Phase II : de mai 1977 à septembre 1977 (six mois)

Une séance par semaine avec deux thérapeutes (homme et femme). Le jeu de rôle permet de travailler et de mettre en place les comportements

suivants : contrôler des stéréotypies, augmenter le volume de la voix, se servir de l'expression gestuelle, accroître la longueur des phrases, utiliser les propositions subordonnées, utiliser le futur, se servir du pronom « je », exprimer des sentiments, demander, refuser, réclamer quelque chose, donner son opinion lors des réunions de pavillon, participer aux tâches ménagères à l'hôpital, se rendre à l'atelier de peinture du centre social de l'hôpital.

Phase III : d'octobre 1977 à novembre 1978

Il bénéficie de trois séances par semaine où le travail suivant est mis en place :

- contrôle des stéréotypies ;
- travail au niveau de la voix, de la gestualité et du contact visuel ;
- travail sur questions ouvertes et questions fermées.

L'amélioration se poursuit. Il peut, à ce moment, entamer et maintenir une conversation (sur le sport, la politique, les actualités) et établir des contacts individuels verbaux limités avec les infirmières et les secrétaires. Il devient capable de défendre ses droits : il demande le respect de sa religion musulmane en refusant du porc au moment des repas et en demandant autre chose à la place. Il invite des patientes à la cafétéria de l'hôpital.

Résultats

Le comportement social s'améliore. Progressivement, le patient va pouvoir sortir de l'hôpital psychiatrique. En janvier 1979, il travaille dans un CAT tout en continuant à être hébergé à l'hôpital. En 1981, il continue à travailler dans un CAT mais quitte l'hôpital pour vivre dans un foyer protégé. À cette phase du traitement, où sa famille est intégrée davantage dans le travail thérapeutique, sa mère le prend à la maison une fois tous les quinze jours, d'abord le dimanche puis tout le week-end.

Postcure

De novembre 1978 à avril 1985, il a encore une séance par mois avec un thérapeute.

En 1983, il travaille dans un CAT et participe davantage à la vie communautaire du foyer : il présente ses toiles lors d'expositions de peinture et se rend aux bals organisés par le foyer.

En 1984, à sa demande, une orientation est envisagée sur un CAT de menuiserie. Le patient et sa mère sont vus une fois par mois, afin de renforcer les nouveaux apprentissages maintenant permis par le relais du travail de l'équipe du foyer où il vit. Sa mère continue de l'aider dans son réapprentissage social. Les buts sont alors de lui apprendre à téléphoner d'une cabine téléphonique et à prendre, sans erreur, les transports en commun. Il s'intègre activement à la vie communautaire du foyer en aidant aux travaux ménagers et en participant aux activités proposées (camps de vacances, activité de peinture, fêtes dominicales).

Il a été revu régulièrement jusqu'à ce jour (1994) et son état est resté sensiblement le même, mis à part un épisode agressif transitoire de violences mineures, en 1989, qui n'a pas entraîné d'hospitalisation.

Chimiothérapie

La chimiothérapie qui fut donnée pendant les trois ans précédant le traitement comportemental resta inchangée pendant tout le traitement (Terflu-zine®). Cette chimiothérapie est actuellement réduite d'un tiers.

Rôle de l'équipe et de la famille

Ce programme thérapeutique multidimensionnel n'a pu être réalisé que grâce à la bonne collaboration de l'équipe infirmière des Terrasses-D à l'hôpital du Vinatier, de l'équipe comportementaliste, de l'équipe éducatrice du foyer et du CAT. La famille n'accepta de participer au programme thérapeutique que lorsque l'état du patient fut modifié d'une manière tangible, en particulier au moment de la reprise de la parole. Les séances de traitement incluant la mère du patient permirent un nouveau dialogue et un changement dans leurs interactions. Il est vrai, par ailleurs, que le temps thérapeutique accordé à ce patient a été très important, mais c'est sans doute à ce prix que l'on peut espérer un résultat chez des patients très régressés. De toute façon, le traitement a certainement coûté moins cher que six ans d'hospitalisation.

Mesures

Pour plus de détails, consulter [Mollard et Cottraux \(1985\)](#).

Échelle Nosie

C'est l'échelle d'observation par les infirmiers du comportement du malade en salle. Les scores donnés par cette échelle au fur et à mesure du déroulement d'économie de jetons et du programme d'affirmation de soi montrent une évolution positive de l'attitude du patient dans l'institution et une perception différente de son état au sein de l'équipe infirmière. En effet, le malade est le plus souvent perçu comme « modérément malade » à la fin du traitement et l'amélioration obtenue considérée comme « importante ». Les comparaisons statistiques confirment l'impression clinique si l'on compare le début et la fin du traitement en ce qui concerne le degré de maladie et le changement survenu par une analyse de séries temporelles. De même, le comportement du patient dans l'institution évolue d'une manière significativement positive entre le début et la fin du traitement.

Quotient intellectuel

L'évaluation du quotient intellectuel par les cubes de Kohs et la WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) montre une amélioration certaine du niveau intellectuel de notre patient, au fur et à mesure que son champ social s'accroît ([tableau 16.2](#)). Cette évaluation du niveau intellectuel se maintient en postcure.

Tableau 16.2
Autisme infantile évolué à l'âge adulte

I – Évaluation du quotient intellectuel par les cubes de Kohs				
Années		Points obtenus	Âge mental	
1973 : début hospitalisation en hôpital psychiatrique		21	8 ans et 6 mois	
1977 : fin du programme de renforcement		61	12 ans	
1978 : un an après le début du programme d'affirmation de soi		60	12 ans	
1979 : fin du programme d'affirmation de soi		84	15 ans	
1980 : un an après début travail en CAT		88	15 ans	
1981 : installation en foyer		86	15 ans	
1984		83	15 ans	
II – Évaluation du quotient intellectuel : échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (WAIS)				
Années		Échelle verbale	Échelle de performance	Échelle totale
1978 : un an après le début du programme d'affirmation de soi		QI=69	QI=71	QI=68, « débile »
1979 : fin du programme d'affirmation de soi		QI=69	QI=71	QI=68
Début travail en CAT				
1981 : installation en foyer		QI=78	QI=79	QI=77, « niveau limité »
1982 : postcure		QI=78	QI=87	QI=81, « normal faible »
1984 : postcure		QI=78	QI=86	QI=81

La WAIS n'a pu être passée qu'à partir de 1978, après que le patient a retrouvé la capacité de s'exprimer verbalement. Depuis 1984, le patient vit en foyer au lieu d'être à l'hôpital psychiatrique. Le programme de renforcement et d'affirmation de soi lui a très certainement permis de sortir de son état de régression et une insertion sociale plus satisfaisante, sans modifier pour autant l'ensemble de l'organisation psychotique. Par ailleurs, étant donné la durée de l'évolution antérieure, la prise en charge effectuée en thérapie comportementale est vraisemblablement à l'origine du changement.

Bibliographie

- Ayllon, T. & Azrin, N. (1993). *Traitement comportemental en institution psychiatrique* (traduction de M. Graulich). Bruxelles: Dessart.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley and Sons.

- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1993). *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*. Paris: Masson (35-83).
- Favrod, J., & Sheder, D. (2003). *Faire face aux hallucinations auditives, de l'intrusion à l'autonomie*. Marchienne-au-Pont: Socrate Rehabilitation.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive behavioral therapy for schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Liberman, R. P. (1992a). *Module Éducation au traitement neuroleptique : carnet du participant*. Adaptation Française effectuée par l'unité de recherche en santé mentale du centre hospitalier de l'université Laval à Québec, diffusion en Europe par Socrate-Réhabilitation.
- Liberman, R. P. (1992b). *Module Éducation au traitement neuroleptique : manuel du thérapeute*. Adaptation française effectuée par l'unité de recherche en santé mentale du centre hospitalier de l'université Laval à Québec, diffusion en Europe par Socrate-Réhabilitation.
- Liberman, R. P. (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques* (traduction française de F. Lelord). Paris: Masson.
- Mollard, E., & Cottraux, J. (1985). Thérapie comportementale chez un patient présentant un autisme infantile évolué à l'âge adulte. *Synapse*, 12, 44-50.
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Guilford Press.
- Romme, M. A., & Escher, A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first episode and early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Vianin, P., Favrod, J., & Giuliani, F. (2009). Pourquoi et comment traiter les troubles cognitifs de la schizophrénie ? Le programme Recos et ses développements. In J. Cottraux (coordonnateur). *TCC et neurosciences* (pp. 77-101). Paris: Masson.
- Wallace, C., & Liberman, R. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia : a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.
- Adresse utile pour les documents et les modules en français : Socrate-Réhabilitation, 55bis, rue de l'Hôpital, B-6030 Marchienne-au-Pont, Belgique.*

17 Psychopathologie et éducation de l'enfant et de l'adolescent

La méthodologie et les techniques que nous venons de décrire s'appliquent à la psychopathologie et à l'éducation de l'enfant et de l'adolescent, avec évidemment des problèmes éthiques particuliers, qui sont dus au fait que la demande de traitement provient des parents. Un autre problème spécifique est lié au stade du développement auquel est vu un enfant. Ce chapitre sera bref car nous n'avons pas la possibilité de développer ce champ spécialisé de la pathologie qui est envisagé en détail dans l'ouvrage de *Véra et Leveau (1990)* et dans celui de *Gisèle George (2000)*. Les applications des TCC se sont établies dans des indications aussi variées que la dépression de l'enfant, l'autisme infantile, les enfants hyperactifs ou les troubles des conduites. Bien des techniques cognitivo-comportementales développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées à l'enfant et/ou l'adolescent. Souvent, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge, et ont abouti à des manuels destinés aux enfants ou adolescents. Malheureusement, la TCC chez l'enfant reste encore un parent pauvre, quand on la compare à celle de l'adulte.

Les systèmes de renforcement

Issus de principes du conditionnement opérant, les systèmes de renforcement ont été utilisés avec succès chez les enfants autistiques, les psychoses infantiles et les arriérations mentales. Les déficits neurologiques ont également été traités par ce type de programme qui vise à développer l'apprentissage du langage et des capacités de socialisation. On pourra se reporter au chapitre précédent pour la description de ces systèmes chez l'adulte. Ici, les comportements cibles doivent être définis en présence des parents et de l'enfant en termes objectifs et compréhensibles de tous. Il faut également définir avec les parents et l'enfant les comportements désirables, les renforçateurs, les critères de succès, comment le programme sera évalué, et définir les règles pour les récompenses, les amendes (coût de la réponse) et la théaurisation. On se sert, comme renforçateurs symboliques, de points et de jetons et, comme renforçateur social, de la louange. Pour les enfants en bas âge et agressifs, on utilise le coût de la réponse, le renforcement différentiel des comportements incompatibles avec l'agressivité, et le retrait des situations qui renforcent l'agressivité (isolement temporaire ou *time-out*).

La thérapie familiale

Elle présente un autre axe de traitement des enfants en dehors de situations de dépendance institutionnelle. La notion essentielle est que le thérapeute fonctionne à la fois comme un renforçateur social et un médiateur dans les conflits familiaux. Il doit aider à clarifier les problèmes, en analysant les réseaux de communication, et à définir des contrats familiaux.

Ces contrats ont pour but de remédier aux situations punitives qui se développent dans les familles et également de modifier les systèmes de communication. Les techniques de jeu de rôle précisent les problèmes et augmentent l'empathie des membres de la famille les uns par rapport aux autres. Les contrats décrivent qui doit faire quoi pour qui et dans quelles circonstances :

- la négociation d'un contrat doit être ouverte et franche, libre de coercition explicite ou subtile ;
- les termes doivent en être exprimés dans des mots simples, explicites et clairs à comprendre ;
- pour qu'un contrat soit efficace, il doit susciter une occasion pour chaque participant d'obtenir un niveau maximal de renforcement et de diminuer ses coûts et ses pertes dans la partie de sa vie couverte par le contrat ;
- les comportements inclus dans le contrat doivent appartenir au répertoire de la personne qui est d'accord pour les effectuer. La famille doit être éclairée sur les deux règles de base et une alliance thérapeutique doit s'instaurer.

Règles de base des contrats

Le contrat de contingences de renforcement a pour dessein d'utiliser une compréhension de l'ici et maintenant des modalités familiales, pour projeter une meilleure vie future ensemble. L'approche ne s'intéresse pas à ce que la famille a pu faire dans le passé. Il n'y aura pas d'incrimination de fautes, ni d'accusations, ni de récriminations. Il n'y aura à aucun moment de coercition d'aucune sorte, l'on négociera ensemble un agrément. Le consultant s'intéresse seulement à faciliter le processus de négociation. L'arrangement spécifiera ce que l'on veut l'un de l'autre et ce que l'autre veut donner en retour.

L'analyse des procédures de communication en « double lien » (*double bind*) : double impasse où le sujet est lié par la communication paradoxale d'un personnage en position « haute » par rapport à lui, est également importante.

C'est un type de communication que l'on peut retrouver dans les familles où il y a un schizophrène, mais également dans des familles plus « normales ». La communication manifeste est disqualifiée par l'émetteur qui contrôle ainsi l'autre membre de la famille : « sois spontané », « domine-moi », « tu es libre, mais... ». L'analyse des paradoxes est intéressante en clinique, pour modifier les comportements des couples ou des familles, car il s'agit là d'un système punitif qui repose sur des menaces implicites. La prise

de conscience du paradoxe et sa modification par un contrat sont alors une des solutions thérapeutiques.

Formation des parents

Elle a lieu essentiellement en groupe pour les parents qui ont des problèmes d'éducation vis-à-vis des enfants. Le but est de permettre à des parents « débordés » d'avoir un comportement plus adéquat face à leurs enfants. L'efficacité de cette procédure a été démontrée pour les familles où un enfant présente un comportement déviant, en particulier l'agressivité, qui est incontrôlable par les moyens habituels. Le programme de formation des parents comprend le travail en groupe sur les sujets suivants :

- les notions de base de l'apprentissage social ;
- apprendre à différencier, à évaluer et enregistrer les comportements ;
- maniement des contingences de renforcement à la maison ;
- soutien des parents dans la mise en œuvre des programmes.

Le jeu de rôle et la discussion en groupe peuvent apprendre en particulier aux parents à renforcer les comportements positifs des enfants. Les comportements positifs sont en général ignorés, alors que toute l'attention se concentre sur le comportement agressif qui est puni hors de proportion et se trouve ainsi renforcé. Bien souvent, il suffit d'apprendre aux parents à accorder de l'attention aux comportements positifs, et eux seuls, pour voir décliner les comportements déviants, seuls moyens jusque-là d'attirer l'attention et donc l'affection des parents.

Traitement des troubles anxieux

Les troubles névrotiques peuvent être traités par les mêmes méthodes que chez l'adulte, en particulier les obsessions, les phobies scolaires et l'angoisse de séparation. Les phobies scolaires sont curables par désensibilisation systématique, exposition en imagination, exposition avec renforcement par des récompenses et exposition graduée *in vivo* selon des tâches progressives. Les parents peuvent fonctionner au début comme modèles d'exposition. Le jeu de rôle permet de résoudre les phobies concernant les relations sociales à l'école. Lazarus et Abramowitz (1962) ont décrit une technique particulière : l'imagerie émotive. Elle consiste à inhiber l'anxiété que peut ressentir l'enfant, vis-à-vis de certaines scènes imaginaires, en lui faisant imaginer les aventures de son « héros favori ». Il est supposé que l'évocation de ces aventures entraîne des réponses inhibitrices de l'anxiété. L'enfant imagine la scène anxiogène. S'il est trop angoissé, il lève le doigt, et une scène représentant le héros favori lui est alors suggérée. On peut ainsi remonter toutes les étapes d'une hiérarchie d'anxiété phobique.

L'affirmation de soi et le jeu de rôle sont utilisés pour les enfants socialement inhibés.

Les techniques d'exposition avec prévention de la réponse s'appliquent aux enfants dans les obsessions-compulsions.

Traitement de la dépression de l'enfant et de l'adolescent

L'ouvrage de [Baron \(1993\)](#), qui présente avant tout les modèles, les corrélats, les aspects cognitifs théoriques et les aspects épidémiologiques des dépressions de l'adolescent, a souligné l'importance de quatre thèmes principaux chez les adolescents : le premier thème a trait à l'apparence physique. Le deuxième est l'identité sexuelle. Le troisième est la compétence par rapport aux autres, en particulier les adultes. Le quatrième a trait à l'autonomie et au contrôle. C'est probablement l'enfant présentant cette organisation cognitive qui va se heurter au plus grand nombre d'obstacles sur la route du développement. La thérapie cognitive a été appliquée aux enfants dépressifs dans des études contrôlées qui ont été revalidées par des méta-analyses. De plus, l'origine infantile de la vulnérabilité à la dépression a été explorée pour essayer de déterminer l'origine des schémas cognitifs. [Garber et Robinson \(1997\)](#) ont comparé deux groupes d'enfants : un premier groupe ($n = 144$) dont les mères présentaient un trouble dépressif non bipolaire dans leur histoire a été comparé à un autre groupe ($n = 55$) dont les parents n'avaient jamais présenté une telle pathologie. Les résultats ont montré que les enfants à haut risque avaient un style cognitif nettement plus négatif que les enfants à bas risque. Cette différence persistait même si le fait que les enfants à haut risque soient déprimés était pris en compte. Trois explications qui ne sont pas mutuellement exclusives peuvent être proposées :

- l'interaction avec une mère dépressive et de ce fait caractérisée, comme l'ont montré plusieurs études, par la critique, le rejet, l'hostilité et l'excès de contrôle, peut diminuer l'estime de soi et établir une vue négative de soi permanente ;
- le style cognitif négatif de la mère et de l'enfant pourrait être l'expression phénotypique d'une vulnérabilité génétique ;
- la mère et l'enfant sont soumis aux mêmes événements de vie négatifs qui les conduisent tous deux vers la dépression et l'établissement d'un style cognitif dépressif stable.

À terme, ces études pourraient déboucher sur une prévention.

Traitement comportemental de l'énurésie

Son traitement par la méthode mise au point par Mowrer en 1938 est bien connu et a donné lieu à la construction d'appareils faciles à se procurer. La méthode consiste à réveiller l'enfant au moment où il commence à uriner, de façon à associer la réponse de réveil au *stimulus* que représente la tension vésicale. Une sonnerie qui se déclenche dès que l'enfant commence à mouiller son lit va rétablir la chaîne :

Tension vésicale → éveil → soulagement de la vessie

La sonnerie est un *stimulus* inconditionnel qui suscite deux réponses en même temps : le réveil et l'inhibition de la miction. Deux à trois mois sont

nécessaires pour obtenir un résultat ; le taux de réussite se situe entre 80 et 100 %. L'encoprésie de même que l'énurésie ont été traitées par des systèmes de renforcement positif (récompenses) d'une défécation ou d'une miction appropriées.

Programme de prévention et de traitement dans la communauté

Troubles des conduites : enfants impulsifs et coléreux

Voici comme exemple la conduite d'un programme d'auto-instruction pour les enfants impulsifs mis au point par Meichenbaum. Il s'agit d'un programme d'internalisation du discours comparable à ce qui se passe pour un enfant au cours du développement normal :

- un adulte présente un modèle en se parlant à lui-même à haute voix (modèle cognitif) ;
- l'enfant réalise la même chose en étant guidé par le modèle (guidage externe) ;
- l'enfant réalise la même tâche en se donnant à lui-même des instructions à haute voix (autoguidage externe) ;
- l'enfant se murmure les instructions à lui-même durant la tâche (guidage externe effacé progressivement) ;
- l'enfant réalise la tâche en guidant sa performance par un monologue intérieur (auto-instruction couverte).

Dans la première phase, le modèle décrit la tâche et la divise en différentes parties, structurant un plan d'action dont chacun des éléments est auto-renforcé (« c'est bien », etc.).

Dans les cas graves, une prise en charge sous forme de relaxation et de thérapie familiale est nécessaire, ainsi que l'utilisation de techniques de désescalades et de contrôle de la colère au cours de jeu de rôle. De même, les méthodes de gestion de contingences de renforcement apparaissent utiles (George, 2000).

Enfants battus

Les programmes de modification comportementale pour les familles où se trouve un enfant battu ou victime de sévices sexuels se sont développés depuis plus de quinze ans aux États-Unis. On y a été conscient de l'importance de ce problème plus tôt qu'en France où il était, jusqu'à une date récente, caché par une sorte d'« omerta », que les pédopsychiatres, les pouvoirs publics et les médias se sont efforcés de briser. Ces programmes combinent pour le milieu de la victime le jeu de rôle, la thérapie familiale, la formation des parents et les techniques cognitives d'autocontrôle, à des mesures d'assistance et de contrôle judiciaire. La victime est prise en charge pour prévenir de futurs et très probables troubles psychologiques. Ces programmes

sont voisins de ceux utilisés chez l'adulte pour les troubles anxieux en général et les réactions de stress post-traumatique en particulier.

Délinquance juvénile

On trouvera, dans l'ouvrage de Goldstein et al. (1989), la description de programmes dans la communauté destinés à prévenir les facteurs de rechute de la délinquance. Ils combinent trois interventions parallèles :

- un programme de remplacement des comportements agressifs fondé sur le développement de la compétence sociale et le contrôle cognitif de la colère du type de celui que nous avons présenté ci-dessus ;
- un programme de conseils pour les jeunes : ils se servent fréquemment des méthodes de résolution de problèmes où les enfants et les adolescents ne se voient pas imposer de solution, mais apprennent les étapes d'un raisonnement réaliste et qui se traduit par des résultats concrets ;
- un programme de thérapie familiale.

Il a toujours été tentant d'appliquer les modèles issus de psychologie individuelle au fonctionnement global de la société. Les processus de la montée de la haine entre groupes et idéologies rivales ont été décrits dans un ouvrage d'A.T. Beck (2002), *Les Prisonniers de la haine*, qui retranscrit en termes cognitifs les phénomènes communautaristes. L'appartenance à une communauté peut donner aux individus une telle sensation de pouvoir qu'elle neutralise leurs sentiments d'infériorité et étouffe la compassion pour leurs victimes. À cette croyance « groupiste », Beck oppose l'universalisme qui pourrait établir une barrière aux violences religieuses, raciales ou ethniques. Une autre thèse centrale de Beck est que la prévention de la délinquance et de la violence pourrait résider dans la modification des prédispositions cognitives chez des enfants d'âge préscolaire. Les résultats d'un projet de l'université de Pennsylvanie, la « voie rapide » (*fast track*), suggèrent que les déficits précoces de la cognition sociale pourraient être améliorés chez l'enfant et ainsi prévenir la violence.

Bibliographie

- Baron, P. (1993). *La dépression chez l'adolescent*. Québec: Edisem Maloïne.
- Beck A. T. (2002). *Prisoners of hat* (traduction française de J. Cottraux, H. Dupont et M. Millierey : *Prisonniers de la haine*). Paris: Masson.
- Garber, J., & Robinson, N. S. (1997). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 619–635.
- Lazarus, A. A., & Abramowitz, A. (1962). The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191–195.
- George, G. (2000). *Mon enfant s'oppose. Que dire que faire ?* Paris: Odile Jacob.
- Goldstein, A., Glick, B., Pask-Mac Cartney, C., & Rubama, I. (1989). *Reducing delinquency. Intervention in the community*. New York: Pergamon Press.
- Vera, L., & Leveau, J. (1990). *Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infant-juvéniles*. Paris: Masson.

18 Gestion du stress

La notion de stress devient de moins en moins claire au fur et à mesure qu'elle perd de ses racines biologiques pour se trivialiser dans une *pop-psychology* de l'adaptation. Elle est cependant utile pour étudier les relations entre la maladie physique, les événements et les mécanismes cognitifs d'appréciation du stress (Monat et Lazarus, 1991). Des échelles permettent de mesurer le stress et l'adaptation au stress (Bruchon et al., 1994). De même, le stress psychologique au travail et le harcèlement moral sont devenus des thèmes récurrents dans la société au point que de nombreux ouvrages pratiques leur ont été consacrés. De nombreux ouvrages destinés au grand public présentent maintenant des méthodes d'autogestion du stress (Cungi, 2003).

Ce chapitre a pour objectif de faire brièvement le point sur un concept controversé et surtout de présenter en détail un programme de gestion du stress qui peut s'appliquer à beaucoup de problèmes cliniques, tels que les conflits au travail, les colères pathologiques, la préparation sportive ou universitaire, l'hypertension artérielle bénigne, le schème comportemental de type A, l'anxiété de performance (le « trac »), le stress post-traumatique, certaines somatisations comme les crampes de l'écrivain, l'anxiété et la dépression qui précèdent, accompagnent ou suivent une maladie physique. Nous avons testé ce programme avec des patients cardiaques (Chevalier et al., 2006).

Dans ces problèmes cliniques, on retrouve un conflit avec l'environnement, associé à des phénomènes physiques et un certain degré d'anxiété et de dépression. C'est là qu'apparaît l'utilité sociale du concept de stress qui permet, parfois, un dialogue plus facile entre les thérapeutes et les patients qui n'osent parler d'anxiété, de dépression ou de conflits avec les autres, ou de leurs sentiments d'impuissance et d'hostilité vis-à-vis d'un environnement social de plus en plus contraignant avec l'évolution de la crise économique.

Stress et ajustement au stress

Selon Hans Selye (*in* Monat et Lazarus, 1991), le stress est une réponse non spécifique de l'organisme aux exigences de l'environnement. Il représente aussi l'état d'un organisme dont le bien-être est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate pour la réduction de cette menace. Il s'agit donc d'une réaction défensive d'alarme qui évolue en trois phases :

- une réaction d'alarme avec une sécrétion d'ACTH par l'hypophyse antérieure, stimulant la sécrétion d'hormones corticosurrénales. De plus, on pense actuellement que l'endorphine serait libérée sous l'effet du stress et exercerait une action locale en contrôlant les influx nociceptifs et une action centrale sur les structures sans barrière hémato-encéphalique, en modulant le fonctionnement des neurotransmetteurs ;

- un état de résistance, si le *stimulus* stressant continue. Il s'agit donc d'un syndrome général d'adaptation au stress ;
- un stade d'épuisement où l'hypophyse antérieure et le cortex surrénal perdent leurs capacités de sécrétion adaptative.

En étudiant le syndrome du sujet « malade, sans maladie précise », puis en effectuant dès 1936 une série d'expérimentations animales, Selye avait montré en particulier la création d'ulcères par mécanisme sympathique et également sécrétion de corticoïdes.

Il s'agit d'un syndrome non spécifique qui pourrait apparaître dans n'importe quel type de maladie ou de stimulation physique et auquel le sujet s'adapte ou non (syndrome général d'adaptation).

Stresseurs et réponse de stress

Certains facteurs produisent le stress et sont appelés stresseurs. On peut y inclure des situations comme celle d'un pilote d'avion ayant la responsabilité de deux cents passagers, celle d'une personne dans l'attente de la mort d'un parent, ou celle du sportif de haut niveau qui s'apprête à un championnat décisif.

Les stresseurs qui sont des « *stimuli* » sont à distinguer du « stress » qui est une réponse, toujours la même, qui consiste en une adaptation de l'organisme aux exigences environnementales. Le stress n'est pas une simple tension nerveuse, car on le retrouve chez des animaux et les plantes. Ce n'est pas non plus une réponse spécifique à un dommage tissulaire : il peut apparaître après une émotion comme la joie. Le stress est lié à la vie elle-même et ne peut être évité. Le syndrome général d'adaptation évolue en trois phases : le « stade d'alarme », le « stade de résistance » et le « stade d'épuisement ».

Pour maintenir l'homéostasie au niveau intérieur, deux types de réponse biochimique vont avoir lieu : une réponse qui adapte l'organisme à l'« hôte » étranger (syntoxique), et une réponse qui lutte contre celui-ci (catatoxique). Les hormones adaptatives sont essentiellement les corticoïdes. Le système immunitaire avec son rejet des greffes est un modèle de réponses de lutte. Ces réponses d'adaptation ou d'attaque peuvent se reproduire dans les comportements. Les sujets cherchent à tout prix à contrôler l'environnement en attaquant, au lieu de s'adapter aux circonstances.

Trois mécanismes principaux sont en œuvre dans le syndrome général d'adaptation :

- le premier mécanisme, nerveux, inclut des réactions de défenses innées ou conditionnées et des réponses automatiques liées aux neurohormones ;
- le deuxième est immunitaire : il aboutit à l'activation du système réticulo-endothélial et à la formation d'anticorps ;
- le troisième est hormonal : il travaille par des hormones syntoxiques qui accroissent la tolérance (certains corticoïdes) ; d'autres stéroïdes sont catatoxiques et accélèrent la biodégradation des agents toxiques sans réaction tissulaire.

Psychologie du stress

Les développements récents se sont centrés sur les aspects psychologiques du stress. Chez l'homme les situations sont plus complexes et les phénomènes psychologiques apparaissent importants dans les réponses de stress. En effet, phylogénétiquement, le syndrome d'alarme ou de la réponse de fuite ou de combat (*flight or fight*) avait une valeur de survie, car il préparait à l'action. Ce « *pattern* » de réponse a lieu encore chez l'homme, en présence de situations stressantes qui sont plus subtilement coercitives, mais interdisent le passage au combat ou à la fuite. La culture, ainsi, oblige l'individu à adopter d'autres stratégies que ces réactions primitives, d'où une souffrance psychologique et physique. **Monat et Lazarus (1991)** distinguent trois types de stress :

- le *stress systémique ou physiologique* qui correspond aux phénomènes neurohormonaux ou neurohumoraux et tissulaires ;
- le *stress psychologique*, qui est l'appréciation subjective d'une situation comme stressante qui va entraîner les réponses physiologiques. Le stress est appréhendé et apprécié comme une menace en fonction de la signification de la situation pour l'individu à un moment donné et également en fonction de caractéristiques émotionnelles propres à l'individu. Les capacités individuelles d'adaptation et de maîtrise de l'individu sont essentielles dans cette réponse et permettent d'aboutir au « *coping* » ou ajustement ;
- le *stress social* qui correspond à la rupture d'une unité sociale (couple, famille) ou d'un système social.

L'ajustement, ou l'adaptation au stress (*coping*), peut se faire par une action directe sur la menace, en l'évitant, en l'attaquant ou en l'affrontant. L'alcool et les tranquillisants peuvent être utilisés pour atténuer les effets psychologiques et physiques du stress. Enfin, des mécanismes cognitifs comme la dénégation ou l'intellectualisation de la menace peuvent être mis en place pour gérer le stress.

Stress et maladie

Maladies physiques et stress

Si l'on examine les facteurs de risque d'une maladie comme l'insuffisance coronarienne, on s'aperçoit qu'ils sont liés à des comportements qui peuvent tous s'interpréter en termes d'apprentissage social, de perte de l'auto-contrôle ou de distorsions cognitives : l'ingestion des graisses animales en trop grande quantité, le tabagisme, l'absence d'activité physique, l'ingestion de trop de calories, le schème comportemental de type A. Ce dernier est un *pattern* stable de comportement qui consiste en un sens de l'urgence du temps et la volonté d'obtenir le maximum de choses mal définies dans le minimum de temps. Et ce quels que soient les obstacles. Ce qui entraîne des conflits avec les autres : l'hostilité que manifeste alors le type A est typique de son fonctionnement. C'est aussi le trait psychologique le plus corrélé avec la maladie coronarienne.

Cardiologie et stress : un exemple le traitement des patients sous défibrillateur

Un des domaines les plus investigués est celui des relations entre le stress, l'anxiété et les maladies cardiaques. Par exemple, trois études épidémiologiques prospectives ont suggéré que l'anxiété est non seulement associée à un risque accru de maladie coronarienne, mais aussi de morts subites d'origine cardiaque. Les personnes avec les plus hauts niveaux d'anxiété ont quatre à six fois plus de risque de mort subite que les patients sans symptomatologie anxieuse. La conséquence d'une diminution du tonus vagal sur le système cardiovasculaire, à savoir une anomalie de la variabilité du rythme sinusal, a récemment été mise en évidence chez les personnes anxieuses. Ainsi, des personnes ayant des troubles anxieux qui peuvent résulter de stressseurs voient diminuer la variabilité du rythme cardiaque et sont à risque de mort subite (Kawachi et al., 1994, 1995). Dans un travail résultant de la collaboration de mon équipe et d'une équipe de cardiologie, nous avons étudié des patients auxquels on avait implanté un défibrillateur après un infarctus du myocarde suivi de troubles du rythme. En cas de fibrillation ventriculaire, le défibrillateur, qui est implanté dans l'abdomen, délivre un choc électrique qui remet le cœur en rythme sinusal. Des chocs répétés ont souvent un effet anxiogène comparable au stress post-traumatique. Dans un protocole randomisé, nous avons ajouté six sessions de gestion du stress au traitement habituel qui ont entraîné une diminution significative des chocs générés par le défibrillateur, ainsi qu'une réduction de l'anxiété et une augmentation de la variabilité cardiaque. Ce qui signifiait que les troubles du rythme étaient moins fréquents dans le groupe qui avait reçu la gestion du stress. Ces résultats ne se maintenaient pas au suivi ; cependant, l'augmentation de la variabilité du rythme cardiaque (qui est de bon pronostic) se maintenait au suivi (Chevalier et al., 2004).

Somatisation et maladie physique

Ce modèle permet aussi de conceptualiser les maladies et les interventions comportementales comme les crampes de l'écrivain (Cottraux et al., 1983). Celles-ci ressortent classiquement du domaine de l'hystérie de conversion. La crampe de l'écrivain peut être comprise comme une réponse opérante qui devant une situation de stress au travail va être renforcée par l'évitement de la situation déclenchante.

Stress, dépression et maladie physique

On a pu mettre en évidence, depuis longtemps, que les troubles immunitaires résultent du conditionnement classique. Les relations entre le stress, la dépression, l'immunité et la carcinogenèse ont été particulièrement étudiées ces dernières années. Calabrese et al. (1987) ont montré les relations entre la dépression, l'hypercortisolémie, la perte de l'immunité cellulaire et la genèse du cancer. La psycho-immunologie pourrait ainsi trouver une application psychothérapique dans les diverses méthodes de gestion ou d'inoculation du stress.

Critique de la notion de stress

En appliquant la notion de stress à tout le monde, on risque d'aboutir à une psychobiologie de l'adaptation émotionnelle aux événements de vie, qui ne représente rien de plus qu'une bannière commode pour rallier patients et thérapeutes. En ne l'appliquant à personne, on pourrait avantageusement faire l'économie d'un concept flou et se limiter à étudier les conséquences psychobiologiques des situations anxiogènes et dépressogènes sur les émotions et leurs conséquences biologiques sur les axes corticotropes et végétatifs, ainsi que l'immunité. Ainsi s'expliquerait leur effet sur certains organes. Par exemple, dans les dépressions graves, on a mis en évidence les effets négatifs de l'hypercortisolisme sur les fonctions du lobe temporal. De même ont été étudiés les effets des attaques de panique sur les troubles coronariens, les deux maladies correspondant peut-être à une diathèse commune. Pour sauver le concept scientifique de stress, il faudra en maintenir une conception à la fois très biologique et très spécifique quant aux effets sur un système organique particulier.

Smith et Lazarus (1990) ont proposé de remplacer la notion trop floue et peu pertinente de stress par celle d'adaptation émotionnelle dont la valeur fonctionnelle varie en fonction de l'effet des émotions sur l'environnement.

Ainsi, la colère supprime la menace ou l'annule, la culpabilité répare les menaces vis-à-vis des autres et favorise un comportement socialement responsable, l'anxiété évite un danger potentiel, la tristesse permet d'obtenir du soutien et de se dégager d'une situation surinvestie, l'espoir permet des activités soutenues d'ajustement et d'adaptation.

La gestion du stress

Nous présenterons ici une synthèse de différents programmes de gestion du stress disponibles sur le marché, en particulier un programme développé par Jacqueline Avaré à l'université de Montréal qui a été complexifié à partir des données issues des thérapies cognitives. Après une explication didactique de ce qu'est le stress, un programme de gestion de stress comprend en général cinq composantes : la relaxation, les stratégies cognitives, les compétences de communication, la résolution de problème et le développement des capacités d'ajustement aux situations stressantes. Ces composantes peuvent être enseignées en groupe sur une période de cinq semaines à raison de deux heures par semaine. Elles peuvent être aussi enseignées en thérapie individuelle. Elles mettent plus l'accent sur la résolution des problèmes que sur la gestion des émotions.

Explication didactique

Le thérapeute doit véhiculer dans un langage simple les messages suivants. Le phénomène de stress peut être divisé en cinq étapes, dans une perspective thérapeutique :

- *État d'alarme* : un événement potentiellement stressant est identifié par le sujet et inhibe ses activités en cours.

- *Évaluation-interprétation* : en fonction de ses caractéristiques, l'individu interprète l'événement et sa gravité pour lui. L'événement peut être exagéré ou minimisé. Il n'existe donc pas de relation linéaire entre l'événement et l'émotion suscitée, ce qui correspond aussi aux réflexions actuelles sur le stress post-traumatique (DSM-IV, 1994).
- *Recherche d'un ajustement au stress* : les stratégies adaptatives peuvent être des stratégies d'approche caractérisées par la vigilance, la recherche d'informations et de moyens pour agir sur le stresser et contrôler les émotions qu'il suscite ; ou bien stratégies d'évitement : l'individu se soustrait à la confrontation avec le stresser et peut aller jusqu'à nier les réponses de stress qu'il émet. Le déni, l'évitement et l'intellectualisation sont des façons de gérer le stress, de même que l'attaque des stressers, et ils doivent parfois être respectés, surtout dans certaines professions (pilotes, médecins, etc.) où ils sont utiles. De toute manière, ils ne doivent pas être critiqués ou culpabilisés, mais expliqués et remplacés par des stratégies d'ajustement meilleures si cela est possible.
- *Les réponses de stress* se manifestent aux niveaux physiologique (tachycardie, sudation, hyperventilation, hypersécrétion gastrique), moteur (hyperactivité, agitation, ou inhibition) et verbal (plaintes concernant des sentiments de détresse et d'impuissance, agressivité, négation des problèmes). La tonalité de ces réponses peut être anxieuse, dépressive ou coléreuse. Elles sont sous-tendues par des cognitions négatives et aboutissent souvent à des difficultés dans la vie professionnelle et familiale.
- *Retentissement physique et psychologique de la réponse de stress chronique sur la santé* : le stress chronique constitue un facteur de risque pour les maladies cardiaques ou gastro-intestinales par exemple. Il peut aussi contribuer à déclencher des manifestations anxieuses et dépressives.

Programme de gestion du stress

Nous le présentons sous une forme simplifiée qui peut en faire, telle quelle, un manuel pour le patient et le thérapeute.

Composante 1 : relaxation – méthodes de Jacobson et de Schultz

La relaxation musculaire progressive de Jacobson (1980) est une technique qui permet à une personne de devenir consciente des niveaux de tension dans différents groupes de muscles de son corps. Une fois la tension perçue, on utilise la relaxation pour réduire la tension dans la région affectée. Bien utilisé, l'entraînement à la relaxation peut amener une réduction des réactions physiologiques liées à certains troubles provoqués par le stress. Une fois acquise, la relaxation peut être utilisée sous forme d'autocontrôle dans une multiplicité de situations provoquant de la tension. La capacité de détecter les états de « tension » par rapport à ceux de « relaxation » est acquise par la tension et relaxation alternative de chacun des groupes musculaires.

Le programme de relaxation progressive de Jacobson s'effectue en position couchée et porte sur seize groupes musculaires. Il s'accompagne d'une relaxation mentale. L'essentiel de la méthode est de contracter d'abord les muscles avant de les relaxer complètement.

L'ordre de relaxation est le suivant : (1) la main droite, (2) l'avant-bras, (3) le bras droit, (4) le bras gauche, (5) la jambe droite, (6) la jambe gauche, (7) le tronc (le ventre, le thorax, le dos), (8) le cou, (9) le front, (10) les sourcils, (11) les paupières, (12) les yeux, (13) les images mentales, (14) les joues, (15) les mâchoires, (16) les lèvres. On y ajoutera (17) la langue, (18) les muscles phonateurs, et (19) le discours intérieur.

Chaque exercice doit se faire selon la séquence suivante :

- localiser l'attention sur un groupe musculaire ;
- contracter ce groupe musculaire ;
- se concentrer sur la sensation de tension dans ce groupe musculaire ;
- relaxer ce groupe musculaire ;
- se concentrer sur les sensations agréables de relaxation.

Alternativement, on peut utiliser la relaxation de **Schultz (1965)**. Dans un environnement calme, on recommande une attitude passive (yeux fermés, assis dans un fauteuil), le sujet se concentre mentalement sur les images inductrices de sensations qui sont évoquées par le thérapeute : successivement calme, concentration sur une scène calme, sur des sensations de pesanteur dans les diverses parties du corps, sensation de chaleur interne, ralentissement respiratoire et cardiaque et front frais. On peut y ajouter une respiration abdominale lente et ample dérivée du yoga. De nombreux programmes sur cassette existent. En particulier, j'ai réalisé et édité un programme sur cassette (édition DIU de thérapie cognitive, université de Lyon). Trois formes de relaxation seront utilisées :

- exercice complet (vingt minutes) pratiqué au cours de la séance, avec discussion des sensations. Certains sujets ont du mal à se laisser aller, d'autant plus qu'ils sont stressés. D'autres peuvent déclencher des attaques de panique sous relaxation. Il faut donc que le thérapeute discute avec le patient et puisse faire face aux difficultés de relaxation ou aux effets secondaires ;
- versions abrégées (dix minutes) utilisées ultérieurement dans le programme à domicile avec une cassette préenregistrée, ou enregistrée spécialement pour le patient au cours d'une séance, en fonction de ses besoins ;
- relaxation sur indice verbal, un mot ou un son sera utilisé pour être associé mentalement à la relaxation et utilisé dans des situations de la vie quotidienne.

Le suivi des tâches à domicile ou en situation de relaxation sera assuré par un système de fiches remplies par le patient et réévaluées avec le thérapeute. Ainsi la fiche suivante :

Relaxation à domicile : évaluation

Date, heure	Durée	Zones faciles à relaxer	Zones tendues	Tension avant-après (0-100) relaxation

Composantes 2 : stratégies cognitives

Certains sentiments tels que l'anxiété, la dépression, la colère et l'hostilité sont considérés comme la source de l'inefficacité personnelle et perturbent la capacité de quelqu'un à se concentrer, à prendre des décisions ou à avoir des relations positives avec les autres. Se sentir anxieux, déprimé ou en colère correspond à un état de vulnérabilité. La plupart des gens croient que certaines situations engendrent des sentiments inadaptés et des comportements indésirables. Mais, en fait, ce ne sont pas les événements qui provoquent des conséquences indésirables tant sur le plan émotionnel que comportemental, mais bien l'interprétation que nous faisons de ces événements.

Le modèle EPC présenté ci-dessous considère que, souvent, nous interprétons ce qui nous arrive (E) selon des croyances et des postulats irrationnels (P), ce qui entraîne des conséquences émotionnelles, comportementales et physiques néfastes (C). Car l'angoisse, la colère et les sentiments de frustration ont des conséquences aussi bien physiques que mentales.

E	P	C
Événement →	Postulat irrationnel →	Conséquences : – émotionnelles – comportementales – physiques

Notre perception des événements dépend de notre système de croyances. Souvent, nous avons tendance à penser de « manière irréaliste » par rapport à nous-mêmes, aux autres ou à notre environnement :

- au sujet de l'environnement : « Les autres devraient toujours être honnêtes et justes » ; « Le travail assidu doit toujours apporter des récompenses » ;
- au sujet des autres : « Les gens devraient toujours apprécier et accepter tout ce que je fais » ;
- au sujet de soi-même : « Je devrais toujours être parfait dans tout ce que je fais » ; « Je devrais faire en sorte de toujours être aimé par tout le monde » ; « Je n'ai droit à aucun échec ».

Examinons une situation concrète en essayant de l'interpréter selon le modèle EPC.

Événement (E)	Conséquences émotionnelles (C)
Un chômeur se présente pour un emploi et apprend quelques jours plus tard qu'il n'a pas obtenu l'emploi	Il se sent déprimé, en colère, dévalorisé et refuse de se présenter pour d'autres entrevues de sélection

Les croyances irrationnelles organisées en postulat (P) qui sont provoquées par cette situation déclenchent la perturbation émotionnelle (C) (dépression, colère, etc.), des conséquences comportementales : éviter de

retourner au Pôle-Emploi, et des conséquences physiques : tensions musculaires, céphalées, hypersécrétion gastrique, gastralgies. Les pensées automatiques, les distorsions cognitives et les postulats sont les suivants :

- « Je ne peux pas accepter d'être rejeté. » - « J'aurais dû mieux me présenter. » - « Je suis un perdant. »	(pensées automatiques négatives)
--	----------------------------------

- « Je ne réussirai jamais dans les entrevues d'embauche » (distorsion cognitive : généralisation à partir d'une situation, à toutes les situations possibles) ;
- « En dépit des circonstances, je dois toujours réussir un entretien d'embauche du premier coup » (postulats : règle générale de fonctionnement).

En devenant « conscients » de nos croyances irrationnelles, nous sommes prêts à intervenir de manière à pouvoir éventuellement penser autrement. La procédure suivante permet en effet d'acquérir la capacité de changer de registre émotionnel afin d'éviter d'être perturbé :

- 1^{re} étape : identifier C la conséquence émotionnelle indésirable, par exemple colère, hostilité ou dépression ;
- 2^e étape : identifier E l'événement qui a précédé la perturbation émotionnelle ;
- 3^e étape : imaginer E et C, c'est-à-dire se représenter le plus clairement possible l'événement (E) et par la suite ressentir la perturbation émotionnelle (C) ;
- 4^e étape : après avoir bien ressenti par exemple la colère ou l'hostilité, essayer de changer de registre émotionnel, c'est-à-dire de ressentir du désappointement, de l'irritation, de l'ennui ou du regret. Ces nouveaux sentiments correspondent à des croyances plus réalistes. Si l'on reprend l'exemple de l'individu qui n'obtient pas l'emploi désiré, ses croyances irrationnelles (P) seraient reformulées sous forme de sentiments, au lieu de se blâmer, d'accuser les autres et de devenir inactif ou de somatiser :
 - « Je n'aime pas être rejeté ; je suis vraiment très ennuyé et malheureux ; c'est dommage de n'avoir pu être embauché. » ;
 - « Cela n'implique pas que je ne réussirai jamais. » ;
 - « Malgré ces sentiments pénibles, il faut continuer les visites d'embauche ; c'est ma seule chance. » ;
 - « Il faut imaginer d'autres solutions, par exemple utiliser mes relations. »

Lorsque l'on change la nature des réactions émotionnelles, l'efficacité pour gérer la réalité est plus grande, en particulier le sentiment d'impuissance devant les événements se modifie.

Composante 3 : compétences de communication

Elles seront travaillées au cours de jeux de rôle. Le but, en favorisant l'apprentissage d'une meilleure communication, est de faciliter l'expression adéquate de sentiments positifs, aussi bien que de sentiments négatifs. Trop souvent nous n'exprimons pas nos émotions. Ce qui aboutit à des tensions

interpersonnelles et un état de malaise physique et mental. À certains moments, lorsqu'ils atteignent un niveau critique, les sentiments négatifs sont alors exprimés d'une façon inadaptée : l'émotion sera exagérée ou encore dirigée vers la mauvaise personne.

Un autre aspect du déficit dans la communication est l'imprécision des messages. Fréquemment, l'on dit involontairement des choses aux gens de manière tellement vague que sont favorisées les erreurs d'interprétation de nos paroles. Cela amène évidemment des tensions entre les individus qui ne sont pas nécessaires. Considérons d'abord un modèle d'après lequel la communication des sentiments négatifs peut s'effectuer à trois niveaux :

- au niveau du problème (1^{er} degré) ;
- au niveau de la personne (2^e degré) ;
- au niveau de la relation (3^e degré).

Par exemple, votre secrétaire ne vous a pas tapé le courrier dont vous avez besoin pour une présentation à une réunion, immédiatement :

- si vous vous sentez en colère vis-à-vis d'elle, vous pouvez dire : « ... Vous êtes paresseuse et négligente... » ;
- si vous êtes hors de vous, vous pouvez dire : « Je ne crois pas que nous pourrions travailler longtemps ensemble si vous continuez ainsi. »

La première affirmation ne touche pas le problème mais attaque plutôt la personne (2^e degré).

La deuxième expression remet en cause la relation (3^e degré) entre vous et votre secrétaire plutôt que de rester au niveau du problème.

Cependant, en cas de perturbation liée au stress, il est difficile de se centrer sur le problème en fournissant à votre secrétaire l'information nécessaire pour améliorer la situation. Ceci, naturellement, représente le meilleur mode de communication et peut s'exprimer ainsi : « J'ai besoin immédiatement du courrier tapé, voici une liste avec l'ordre de priorité. »

La plupart des gens communiquent leurs sentiments négatifs aux 2^e et 3^e niveaux, ce qui a pour effet d'entraîner une certaine détérioration dans les relations interpersonnelles.

Pour augmenter les capacités de communication, il est préférable de rester au niveau du problème (1^{er} niveau) lorsque l'on veut communiquer un sentiment, une émotion négative. Cette étape maîtrisée, la tâche consiste par la suite à :

- formuler le message en termes positifs ;
- utiliser, dans certains cas, la résolution de problème.

Au lieu de dire : « Vous êtes encore en retard aujourd'hui... », on pourrait formuler le même message en termes positifs de la façon suivante : « J'apprécierais que vous arriviez à l'heure à partir d'aujourd'hui... ». Naturellement, il serait encore plus constructif de discuter avec la personne des raisons de son retard et des moyens d'y remédier (résolution de problème). En plus de communiquer des messages précis et formulés en termes positifs, il faut parfois s'assurer que vous et votre interlocuteur avez compris le message échangé. À cet effet, on peut utiliser la technique de « reformulation » qui consiste à exprimer dans ses propres termes le contenu du message reçu.

En résumé, le fait de communiquer au niveau du problème (1^{er} degré), de fournir une information précise et positive dans vos messages aux autres personnes, ainsi que de reformuler occasionnellement les messages imprécis devrait contribuer à augmenter votre efficacité dans la communication interpersonnelle.

Composante 4 : résolution de problème

Nous avons chaque jour à faire face à des difficultés, à des problèmes que nous essayons de résoudre en vue de maintenir un niveau satisfaisant d'efficacité. Lorsque ces situations sont résolues de façon insatisfaisante, les conséquences négatives possibles peuvent être nulles ou graves, mais elles peuvent contribuer toutes au stress ressenti par l'individu.

Malheureusement, nous ne sommes pas très efficaces dans la résolution de nos problèmes quotidiens. Car les problèmes sont envisagés d'une manière peu systématique, les solutions choisies sont irréalistes ou bien réalistes, mais mal ou pas appliquées. Les méthodes de « résolution de problème » apparaissent simplistes. Mais cette trivialité provient du fait que nous savons rarement résoudre d'une manière réaliste ou imaginative des problèmes élémentaires, car nous sommes perturbés par nos émotions.

La méthode de « résolution de problème » est fondée sur un modèle circulaire comprenant sept étapes ramenant à l'étape 1, parce que souvent nous devons refaire le cycle un certain nombre de fois, la première solution à un problème étant en effet rarement la plus adaptée.

Cette approche n'est pas nouvelle mais son application est rarement rigoureuse. L'emploi de la résolution de problème exige une certaine discipline mais cette approche systématique accroît les chances de résoudre une grande variété de situations problèmes. Elle se fait en sept étapes :

1. *Définir le problème* : expliciter, approfondir le problème et en voir les causes et les conséquences ; formuler le problème en des termes précis et concrets. À cette étape, faire attention à l'intégration du problème dans son contexte global.
2. *Élaborer les solutions* : inventorier toutes les solutions possibles, sans les évaluer et sans les censurer (*brain storming*). À cette étape, être le plus créatif possible. Ne pas hésiter à inscrire sur la liste une alternative imaginative et non conventionnelle.
3. *Évaluer les solutions* : évaluer chacune des solutions en faisant ressortir les avantages et les désavantages, les conséquences à court terme, à long terme, pour soi, pour les autres, les implications concrètes (argent, temps), etc. À cette étape, faire l'évaluation par écrit, prendre le temps de se documenter si certaines informations pertinentes manquent et finalement ne pas décider mais bien évaluer.
4. *Prendre une décision* : compte tenu du bilan de la comparaison des solutions entre elles, opter pour une solution ou un ensemble de solutions. À cette étape, chercher davantage un compromis plutôt que la solution « parfaite ». Éviter de remettre au lendemain (procrastination).

5. *Exécution de la décision* : préciser les tâches reliées à l'implantation de la décision et se fixer un échéancier. À cette étape, avoir des attentes réalistes en rapport avec le temps requis pour exécuter la décision et en voir les effets.

6. *Évaluer les résultats* : évaluer les résultats de l'action en fonction des objectifs visés et du problème défini au préalable.

7. *Reprise de la résolution de problème* : à cette étape, si les résultats obtenus sont insatisfaisants, recommencer le processus à la première étape en redéfinissant et reformulant le problème non résolu. Dans ce modèle, des résultats insatisfaisants ne sont pas perçus comme un échec mais plutôt comme l'indice que l'on doit reformuler le problème, chercher une meilleure solution et trouver une stratégie de réalisation, et donc recommencer un cycle de résolution de problème.

Composante 5 : ajustement au stress (techniques de coping)

L'entraînement à faire face au stress est une approche centrée sur le développement des capacités d'adaptation par lequel une personne apprend à se préparer et à faire face efficacement à des situations stressantes fréquentes.

La « réaction de stress » implique une activation physiologique des pensées et sentiments. L'incapacité à faire face au stress est caractérisée par une haute activation physiologique et par la production d'énoncés négatifs. Par opposition, la réponse efficace est caractérisée par une réduction de l'activation physiologique et la production d'énoncés positifs. Nous avons toujours suivi une double démarche : l'identification du problème et l'application des techniques d'intervention appropriées.

Prise de conscience

Le but est de comprendre ce qui se passe durant la réaction de stress. La réaction à une situation stressante implique une activation émotionnelle élevée (et donc une activation du système nerveux végétatif) et un ensemble de monologues intérieurs négatifs. Par exemple, lorsque quelqu'un est perturbé par un travail à rendre dans un temps limité, on peut noter simultanément une hausse de la fréquence cardiaque et de la transpiration accompagnée de monologues intérieurs négatifs tels que « Je n'aurai jamais assez de temps... ». On peut relever de nombreuses situations qui provoquent le stress et chaque situation stressante engendre une réponse comprenant des composantes physiques et cognitives. L'étape présente consiste donc à identifier le facteur de stress et la manière d'y répondre : par exemple, contracter les muscles du dos et des mâchoires, penser des choses négatives. Cette démarche peut s'illustrer ainsi :

<i>Stresseur → Réaction de stress</i>	→ Composante physiologique : tension musculaire dans le dos et les mâchoires, sudation, accélération cardiaque
<i>Travail en temps limité</i>	→ Composante cognitive : « je n'aurai jamais le temps » « je suis un incapable »

Cette prise de conscience du processus nous aidera à utiliser nos capacités d'adaptation.

On peut s'aider de fiches permettant l'auto-enregistrement par le patient des situations des émotions et des cognitions.

Évaluation du stress physique et mental

Date, heure	Situation	Émotions	Pensées automatiques	Réponses physiques
18 heures	Travail urgent	Anxiété, colère	« Je n'y arriverai pas », « Je suis incapable »	Tension, dos, sueur, cœur, accéléré

Intervention

Dans cette phase, il s'agit d'utiliser des capacités d'adaptation pour combattre le stress.

Sur le plan physique

- Capacité d'adaptation physique.
- Relaxation musculaire.
- Respiration profonde.
- Relaxation à l'aide d'indices.

Ces capacités d'adaptation sur le plan physique sont utilisées en même temps que des auto-instructions du genre de « C'est le temps de prendre une respiration profonde, de relaxer, de ralentir... ».

Sur le plan cognitif

L'adaptation cognitive s'effectue par la production de monologues intérieurs positifs. Par exemple : « Cette situation sera difficile, je serai mal à l'aise mais je serai capable d'y faire face », ou bien « le stress que je ressens est un signal pour me rappeler ce que je dois faire : relaxer, penser de manière réaliste, prendre le temps pour faire de la résolution de problème, penser positivement... ». Quelles sont les conséquences réelles de rendre un travail en retard ? Les excuses seront-elles suffisantes ? Peut-on trouver de l'aide ? Et si le pire arrive, par exemple une remarque désagréable, est-ce important ? etc. Il s'agit donc de produire des alternatives à des pensées négatives. On peut s'aider d'une fiche à trois colonnes :

Événement	Pensées négatives	Pensées alternatives

Généralisation aux situations quotidiennes

Pour devenir efficace, ces capacités d'adaptation doivent être pratiquées *in vitro*, puis *in vivo* :

- se préparer à des situations hautement stressantes, en les imaginant avec l'aide du thérapeute et en utilisant ensuite les techniques correspondantes pour réduire l'activation émotionnelle et produire des énoncés positifs ;

• mettre en pratique ces capacités d'adaptation au fur et à mesure que les situations stressantes se présentent dans la vie de tous les jours.

Meichenbaum (1977) a proposé une méthode pratique d'ajustement, l'« inoculation du stress », qui évolue en cinq phases :

- phase d'analyse fonctionnelle et compréhension en termes courants de la réponse du patient aux événements stressants. On demande aux patients de « dérouler le film » de leurs réactions de stress (yeux fermés) et on étudiera les relations entre les situations, les pensées, les réponses émotionnelles et les comportements ;
- phase de relaxation et de modification de cognitions négatives ;
- phase de répétition :
 - préparation à la rencontre avec la situation stressante,
 - affronter le stressor,
 - adaptation active aux sentiments de submersion émotionnelle,
 - autoverbalisations renforçatrices,
 - s'ajuster à la peur et aux autres sentiments négatifs ;
- réfléchir sur sa performance et s'autoreinforcer pour avoir essayé ;
- phase d'application :
 - inoculation du stress,
 - exposition au cours de la séance, en imagination et en réalité selon la nature du stressor,
 - exposition *in vivo* aux stressors,
 - programme de maintenance.

Par exemple, chez certains sujets dont les réactions de stress se traduisent par la colère, le contrôle de la colère peut s'effectuer par la relaxation, le jeu de rôle et la restructuration cognitive qui permet de se préparer aux situations réelles en développant des stratégies cognitives et comportementales alternatives à l'éclat émotionnel.

Conclusion : soutien social, gestion de l'émotion et résolution de problème

Nous avons décrit un programme optimal du stress, mais il faut souligner que la demande des patients peut être diverse. Trois types de gestion du stress peuvent être mis en place selon cette demande.

1. *Soutien social* : c'est souvent ce que recherchent d'abord les patients qui vont vers des proches ou des personnes chargées spécifiquement d'aider les autres (travailleurs sociaux) ou utilisant des médiations (religion) avant de demander une thérapie plus structurée.
2. *Gestion de l'émotion* : c'est ce que font les médicaments, les drogues, l'alcool et la relaxation.
3. *Gestion du problème* : c'est ce que font les techniques de résolution de problème qui cherchent à modifier l'appréciation cognitive du stressor et les mécanismes cognitifs qui sous-tendent une mauvaise gestion du stress.

La gestion du stress, selon la demande et les possibilités pratiques, peut se situer à un des trois niveaux ou les combiner. Le programme que nous avons présenté combine les trois niveaux.

Bibliographie

- Bruchon Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: Presse Universitaires de France.
- Calabrese, J., Kling, M., & Gold, P. (1987). Alterations of immunocompetence during stress, bereavement and depression : focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1123–1134.
- Chevalier, P., Cottraux, J., Mollard, E., et al. (2006). Prevention of implantable-de-fibrillator shocks by cognitive behavioral therapy. A pilot trial. *American Heart Journal*, 151, 191.
- Cottraux, J., Juenet, C., & Collet, L. (1983). The treatment of writer's cramp with multimodal behavior therapy and biofeedback : a study of 15 cases. *British Journal of Psychiatry*, 142, 180–183.
- Cungi, C. (2003). *Savoir gérer son stress*. Paris: Retz.
- Jacobson, E. (1980). *Savoir relaxer*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., et al. (1994). Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992–1997.
- Kawachi, I., & Sparrow, D. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease : the Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225–2229.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S. T. (1995). Decrease heart rate variability in men with phobic anxiety (data from the normative aging study). *American Journal of Cardiology*, 75, 885.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping. An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Schultz, J. H. (1965). *Le training autogène*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Smith, C., & Lazarus, R. (1990). Emotion and adaptation. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality, theory and research* (pp. 609–637). New York: The Guilford Press.

19 Médecine comportementale

La médecine n'est qu'une succession de marchandages avec la mort. Et au fur et à mesure que la médecine et le niveau de vie progressent, il apparaît que la plupart des problèmes physiques graves sont liés à des comportements, des styles de vie ainsi que des attitudes psychologiques devant la vie et la mort.

Ce chapitre ne prétend pas traiter exhaustivement le problème des applications des TCC en médecine, mais simplement indiquer les principales tendances, en mettant plus spécifiquement l'accent sur l'alcoolisme, les toxicomanies et l'hypochondrie.

Le champ de la médecine comportementale

L'information sur les facteurs de santé et de maladie est tellement diffusée que la persistance de certains comportements peut s'expliquer par le déni individuel ou culturel, ou le fait que les conséquences nocives à long terme sont si lointaines que le sujet préfère une satisfaction immédiate. Des actions de promotion de la santé ont été entreprises par les pouvoirs publics avec des succès divers.

Qu'il s'agisse des maladies cardiaques et vasculaires, du cancer du poumon, du sida, des accidents de la route, de l'alcoolisme et de ses conséquences, ou des tentatives de suicide, la prévention passe par le changement des attitudes et des comportements facteurs de risque. En outre, toute maladie présente des composantes psychologiques, antécédents ou conséquences des troubles psychiques.

La médecine comportementale s'est développée vers la fin des années 1970. Elle cherche à intégrer les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques individuels et les facteurs sociaux pour comprendre le déclenchement et le maintien des maladies physiques (Schwartz et Weiss, 1978). Elle propose un modèle biopsychosocial de la santé et de la maladie. Plusieurs domaines peuvent ainsi être abordés à travers un modèle général d'intervention.

Méthodes spécifiques de médecine comportementale

Schème comportemental de type A

Décrit par Osler au début du siècle, et étudié de manière systématique par Friedman et Rosenman (1974), ce type particulier de personnalité a été investigué ces dernières années. Les résultats des travaux de prévention des

rechutes d'accidents coronariens semblent positifs. Ce schème comportemental, caractérisé par la hâte, l'impatience, la compétitivité, l'hostilité et la volonté d'avoir, dans un minimum de temps, un maximum de choses mal définies, peut être modifié. Plusieurs programmes ont été proposés et leur efficacité dans la prévention des rechutes est établie (Friedman et al., 1984). Ils combinent en général la relaxation sur indices corporels après une phase d'auto-observation et la modification du style de vie. La thérapie cognitive est mise en œuvre de façon à modifier les postulats concernant la réussite sociale et ses nécessités, ainsi qu'à promouvoir des choix de buts de vie différents. L'hostilité qui est la variable la mieux corrélée avec les accidents coronariens peut être modifiée par le jeu de rôle et l'apprentissage de la gestion des situations stressantes.

Tabagisme

Les résultats sont souvent faibles et se limitent à 20 % de sujets abstinents au-delà d'un an après les traitements, dans les études de suivi (Cottraux et al., 1983). Néanmoins, certaines études semblent apporter de meilleurs résultats, en particulier un programme proposé par Tongas (1978). Il s'agit d'une combinaison de trois techniques :

- fumerie rapide dans une ambiance enfumée avec une soufflerie d'air chaud. Le sujet tire une bouffée toutes les trois secondes ou inhale la fumée toutes les six secondes. Cinq séances sont faites en cinq jours, puis cinq séances en un mois (dix-neuf séances sur un an) ;
- sensibilisation interne avec six scènes aversives, six scènes d'échappement et trois scènes de renforcement positif pour ne pas fumer. Les scènes sont répétées à domicile ;
- thérapie de groupe. Elle consiste à exprimer ses sentiments vis-à-vis de l'arrêt du tabagisme, à renforcer le succès en groupe, à ignorer les échecs et à avoir un contact téléphonique quotidien avec deux membres du groupe (cinq séances).

Ce programme, qui dure en réalité un an, a un taux de réussite de 62 % deux ans après son début. Il peut être impossible de l'appliquer chez des sujets présentant des conséquences cardiaques ou pulmonaires trop importantes de leur tabagisme.

Alcoolisme

Les cures de dégoût ont représenté une des premières applications des thérapies comportementales. Elles sont fondées sur un conditionnement pavlovien aversif par l'apomorphine ou l'Espéral®. Actuellement, la validité théorique et pratique de l'aversion dans le traitement de l'alcoolisme a été très fortement mise en doute par les comportementalistes eux-mêmes (Wilson, 1987). Le conditionnement opérant peut représenter une explication dans la mesure où il met en évidence que l'alcool réduit l'anxiété sociale dans un premier temps : il y a création d'une expérience satisfaisante, véritable lune de miel avec le toxique. Cet effet anxiolytique

en deux temps serait recherché par 90 % des alcooliques. Dans un deuxième temps, le sujet se trouve renforcé à prendre de l'alcool et à augmenter les doses pour éviter la situation aversive que représente le sevrage et ses symptômes physiques d'angoisse. Une vue plus globale de l'alcoolisme et de son traitement, reposant sur les principes de l'apprentissage social, a permis de montrer l'intérêt de programmes multimodaux. En effet, les alcooliques résistent mal aux frustrations, présentent des angoisses interpersonnelles et un déficit des compétences sociales, ce qui les conduit à résoudre leurs difficultés par l'alcool. Les programmes multimodaux associent la relaxation, la sensibilisation interne, la thérapie conjugale et familiale, le développement des compétences sociales et de l'affirmation de soi pour apprendre à réduire l'anxiété sociale autrement que par l'alcool. L'un des buts est aussi le développement des capacités à résister aux pressions d'un milieu social qui pousse à la boisson. Les méthodes cognitives chercheront à modifier les postulats irrationnels concernant la boisson, sa signification virile ou ses bienfaits. Le but du traitement peut être soit l'abstinence totale et définitive, soit la boisson contrôlée. Ce dernier but, quoique très discuté dans son principe, présente un intérêt chez le buveur excessif social, qui ne présente pas de troubles psychiatriques importants. Un buveur qui présente des troubles psychiatriques importants devra viser une abstinence totale. Enfin, il faut ajouter, aux programmes de sevrage et de traitement des problèmes psychologiques et sociologiques, des programmes de prévention de rechutes, sous forme de groupes thérapeutiques ou d'association d'anciens buveurs.

Programme de développement de la motivation à l'abstinence alcoolique : un guide pratique

Les méthodes d'accroissement de la motivation ont également été étudiées dans la cessation de l'alcoolisme. Ces méthodes se servent du modèle motivationnel de Prochaska et Di Clemente (1986) que nous avons envisagé au chapitre 1 de cet ouvrage ; il a été appliqué par Miller et al. (1999) sous la forme d'un manuel pratique qui a été testé et dont nous donnons les lignes directrices pratiques.

Étapes du changement

La thérapie de développement de la motivation se fonde sur les processus naturels de guérison. Le modèle de Prochaska et Di Clemente identifie six étapes.

1. Les personnes qui n'envisagent pas de changement à leur problème sont décrites comme des *précontemplateurs*.
2. L'étape de *contemplation* commence quand l'individu considère, à la fois qu'il a un problème et qu'il y a à prendre en compte la faisabilité et les coûts du changement pour ce comportement.
3. Au fur et à mesure que les individus progressent, ils vont entrer dans le stade de la *décision* où ils envisagent les actions à promouvoir pour le changement.

4. Une fois que les individus ont commencé à modifier le comportement problème, ils sont dans le stade de l'*action* qui normalement continue durant trois à six mois.
5. Après avoir passé avec succès la phase d'action, les individus vont ensuite prendre l'étape du *maintien*, autrement dit du changement soutenu.
6. Si l'ensemble de ces efforts échoue, on entre, à ce moment, dans un stade de *rechute* et l'individu peut rentrer dans un nouveau cycle.

La relation thérapeutique

La tâche du thérapeute est simplement de créer des conditions qui vont augmenter la motivation et l'adhésion constante au changement du patient. Le thérapeute va chercher à mobiliser les ressources intérieures ainsi que celles qui peuvent se trouver dans les relations naturelles du patient.

Pour ce faire, cinq principes d'accroissement de la motivation vont se retrouver mis en jeu (Miller et al., 1999). Ils ont été étudiés pour les personnes souffrant d'addictions, en particulier d'alcoolisme, mais peuvent s'appliquer à toute tentative d'aide au changement.

Exprimer de l'empathie

Le thérapeute cherche à communiquer avec le patient avec respect, il n'y a pas de relation de supérieur à inférieur. Le thérapeute est à la fois un compagnon qui soutient et un consultant. La liberté de choix et de direction personnelle est respectée. De ce point de vue, seul le patient peut décider de changer. Le thérapeute utilise plutôt les compliments et le renforcement positif que le dénigrement. Une grande partie de cette thérapie consiste à écouter plutôt qu'à dire, la persuasion est souple avec toujours l'hypothèse de base que le changement est la décision du patient.

Développer les dissonances (ou contradictions)

La motivation pour le changement a lieu quand les personnes perçoivent une contradiction entre le point où ils sont et le point où ils voudraient être. La thérapie va, à ce moment-là, focaliser l'attention du patient sur de telles contradictions en ce qui concerne la boisson. Dans beaucoup de cas, il faudra développer la conscience du patient vis-à-vis des conséquences de la boisson. De telles informations présentées de manière adéquate peuvent précipiter une crise, déclenchant par sa masse critique la motivation au changement. Le résultat est que l'individu sera plus capable d'entrer dans une discussion pour réduire cette contradiction et retrouver un équilibre émotionnel.

Éviter la controverse

Une attaque irréaliste, si l'on se place du point de vue du patient, sur un comportement que l'on veut trop vite modifier, tend à accroître les défenses et l'opposition et suggère au patient que le thérapeute ne le comprend pas. Il ne s'agit pas de convaincre par la force ou de prouver. Quand la thérapie est conduite adéquatement, c'est le client et non pas le thérapeute qui va énoncer les arguments du changement.

« Rouler » avec la résistance

L'ambivalence est considérée comme normale, elle est explorée de façon ouverte. Il ne s'agit pas de s'opposer à la résistance ou de l'attaquer, mais d'utiliser son énergie de façon à modifier la perception du patient dans ce processus.

Soutenir le sens personnel de l'efficacité

Le principe dérive de Bandura (1977) qui a décrit l'efficacité personnelle comme une détermination critique des comportements (voir chapitres 3 et 5). L'efficacité personnelle est la croyance que l'on peut réaliser un comportement particulier ou accomplir une tâche particulière. De ce point de vue, le patient doit être persuadé qu'il est possible de changer son comportement et de ce fait, réduire les problèmes qui y sont associés. Dans la langue de tous les jours, c'est l'espoir ou l'optimisme. Il ne s'agit pas d'un optimisme global mais plutôt d'un optimisme tout à fait spécifique qui est la croyance des patients de pouvoir changer le problème pour lequel ils consultent. Si cet élément n'est pas présent, il peut se développer une attitude défensive destinée à faire face à l'inconfort sans changer le comportement.

D'un point de vue pratique, on peut organiser la prise en charge motivationnelle de la manière suivante :

Fiche de plan de changement

Les changements que je vais faire sont :	
La raison la plus importante pour laquelle je veux effectuer ces changements est :	
Les étapes que je considère pour changer sont :	
Les moyens que les autres ont de m'aider sont :	
Quelles sont les personnes ?	Quels sont les possibles moyens de m'aider ?
Je saurai que mon plan a marché si :	
Les choses qui peuvent interférer avec mon plan sont :	

Organisation des séances de développement de la motivation

Préparation de la première séance

1. Les patients reçoivent une batterie d'évaluations psychométriques.
2. La présence d'une personne importante de l'entourage est demandée.
3. Le patient doit arriver sobre à la séance, un test alcoolométrique sera administré et, en cas de prise importante d'alcool, on envisagera un autre rendez-vous.
4. Présenter les limites et les bases du traitement. L'énoncé qui semble le plus adapté est le suivant : « Je vais vous expliquer d'emblée que je ne suis pas là pour vous changer. Je pense que je peux vous aider à penser votre situation présente et considérer que s'il y a un changement, c'est vous qui allez le faire. Personne ne peut vous dire ce qu'il faut faire. Personne ne peut

vous obliger à changer. Je vais vous donner un ensemble d'informations à votre sujet et peut-être certains conseils, mais ce que vous allez faire après nos quatre séances ensemble dépend essentiellement de vous. Je ne pourrais vous changer si je désirais le faire, la seule personne qui peut décider si et comment vous allez changer est vous. Qu'en pensez-vous ? »

5. Après cette introduction, on va mettre en place les énoncés motivationnels, écouter avec empathie, soutenir le patient, faire face à la résistance et recadrer.

Lorsque le thérapeute se rend compte qu'ont été mis à jour les thèmes majeurs et les préoccupations du patient, il va effectuer un résumé et donner une copie du *feedback* personnel qu'on utilisera pour la séance suivante. Le thérapeute demandera à la fin ce qu'il pense de tout ce qui a été élaboré dans cette séance, des idées et des plans pour ce qui pourrait être une première tentative de résolution du problème sont abordés. De même, on peut, à ce stade, aller vers une décision et une adhésion au changement. À ce moment-là, on peut écrire le plan de changement qui est sur la fiche. Il faut toujours terminer la première séance en résumant ce qui a été mis à jour et si possible, reprendre les énoncés motivationnels et recentrer sur les processus de changement. À la fin de cette séance, il faut préparer une note écrite qui sera postée au client.

Plusieurs éléments peuvent être inclus dans cette lettre : un message positif de la part du thérapeute – « J'ai été content de vous voir, je suis content que nous ayons pu parler ensemble » –, affirmer ou soutenir le patient et la personne de l'entourage, reformuler le caractère sérieux du problème, faire un résumé des points principaux de la première séance, en particulier les énoncés motivationnels qui ont pu émerger, effectuer un énoncé d'optimisme et d'espoir et effectuer un rappel de la prochaine séance.

Deuxième séance

Elle est programmée une à deux semaines après la première et, à ce moment-là, le plan et le *feedback* sont rediscutés et récapitulés. Si une décision de changement a été effectuée, il faut la discuter. Il faut remercier la personne ou l'épouse qui est venue avec le (ou la) patient(e). L'engagement de la personne de l'entourage ne doit pas dépasser deux séances.

Séances 3 et 4

Elles sont programmées pour les semaines 6 et 12 respectivement. Ce sont des séances de rappel destinées à renforcer la motivation qui s'est initiée dans les premières séances. Le thérapeute n'offre pas de développement des compétences, ne fait pas de prescription et n'indique pas un cours spécifique à prendre. Les mêmes principes motivationnels sont appliqués tout au long de la thérapie et les stratégies de suivi sont : revoir les progrès, renouveler la motivation et réenvisager une décision d'engagement dans le changement.

Les séances 3 et 4 n'impliquent pas forcément la présence d'une personne de l'entourage, sauf si la personne de l'entourage n'a pas déjà assisté à deux séances. Il faut recommencer chaque séance en récapitulant ce qui est

apparu dans les séances précédentes et revoir ce qui a été accompli pendant leur déroulement. Il faut terminer chaque séance avec un résumé du point où le client se situe à présent et mettre à jour la perception du patient sur les étapes qui devraient être envisagées par la suite.

Le plan de changement peut être revu, révisé et réécrit. Durant ces séances, il faut faire attention aux faits que l'ambivalence a bien été résolue et que la décision et l'engagement sont fermes. Néanmoins, il est plus raisonnable de considérer que le patient est toujours ambivalent et de continuer à utiliser des stratégies qui construisent la motivation. Il faut avoir un sens tout à fait clair de la continuité.

Les quatre séances doivent être présentées comme des consultations progressives destinées à construire la motivation et à renforcer l'adhésion ; les séances suivantes sont des vérifications des progrès.

Dans les séances 3 et 4, deux types de situation doivent être explorés : les situations dans lesquelles le patient boit et celles dans lesquelles il ne boit pas.

Fin

Elle doit être discutée vers la fin de la quatrième séance et le résumé final doit inclure les éléments suivants :

- revoir les facteurs les plus importants de motivation du patient pour le changement et confirmer à nouveau ses thèmes automotivationnels ;
- résumer l'engagement et les changements qui ont été effectués jusqu'à présent, confirmer et renforcer le patient pour ses décisions et les changements qui ont été faits ;
- explorer un certain nombre de zones additionnelles de changement que le patient veut accomplir dans le futur ;
- mettre au jour des énoncés automotivationnels pour le maintien du changement et pour des changements ultérieurs ;
- soutenir le sens de l'efficacité personnelle du patient en soulignant ses capacités au changement ;
- aider à résoudre tous les problèmes qui sont évidents et apportés dans la séance ;
- rappeler au patient les séances de suivi en disant qu'elles sont un point important du programme et peuvent être utiles à maintenir le changement.

L'insatisfaction

En cas d'insatisfaction, plusieurs situations peuvent se rencontrer. Le patient peut être réservé vis-à-vis d'une approche qu'il n'a pas essayée. Typiquement, dans les études contrôlées où il y a des traitements multiples, il est adapté d'assurer au patient que tous les traitements de l'étude vont réussir de manière égale.

Si le patient exprime des réserves après deux ou trois séances, il faut envisager qu'il y ait possiblement d'autres développements. Si de nouveaux problèmes sont apparus, il faut les mettre à jour. Si le problème alcoolique du patient s'est amélioré, mais que de nouveaux problèmes qui n'étaient pas identifiés auparavant sont apparus, ces derniers peuvent être discutés.

Une autre possibilité est que d'autres personnes sont en train de presser le patient à se traiter, et il faut voir en quoi ce problème peut être négatif.

Les rendez-vous manqués

Quand un patient a manqué un rendez-vous, il faut immédiatement répondre. Il faut d'abord essayer d'atteindre le patient par téléphone et envisager les points suivants :

- clarifier les raisons du rendez-vous manqué ;
- soutenir le patient et le renforcer à venir ;
- exprimer votre intérêt à voir le patient à nouveau ;
- mentionner brièvement les préoccupations qui ont émergé et le fait que vous approuvez que le patient les explore ;
- exprimer votre optimisme au sujet des perspectives de changements et redonner un rendez-vous.

Si aucune explication vraisemblable n'est donnée pour le rendez-vous manqué, il faut explorer les points suivants :

- est-il certain qu'un traitement est nécessaire ?
- l'ambivalence vis-à-vis du changement ;
- la frustration et la colère au sujet de participer à un traitement.

Il faut manier de telles préoccupations en phase avec la thérapie, c'est-à-dire écouter, recadrer et aider le patient à exprimer ses propres préoccupations.

Une lettre avec les points essentiels qui ont été envisagés au téléphone doit être envoyée.

La consultation téléphonique : de grande importance

Un certain nombre de patients va contacter par téléphone une personne de leur entourage. Il faut que ces contacts soient brefs plutôt que de donner des séances additionnelles par téléphone ; les consultations téléphoniques doivent être en phase avec les procédures centrales de la thérapie de développement de la motivation, et des techniques spécifiques de changement ne seront pas prescrites. Il faut plutôt souligner l'importance de l'expression et de la réflexion.

Interventions de crise

Si à n'importe quel moment, selon l'opinion du thérapeute, le bien-être et la sécurité du patient ou d'une autre personne sont menacés, il faut intervenir et de manière appropriée pour le protéger, lui ou les autres.

Toxicomanie

La contribution des thérapies comportementales des addictions s'est effectuée dans deux directions principales ces dernières années : le développement de modèles psychobiologiques et d'interventions psychosociales dont les effets ont été testés. On peut aussi y appliquer le modèle motivationnel que nous

venons de voir en détail, mais ce sont les thérapies comportementales et cognitives très structurées qui émergent de la recherche de ces dix dernières années.

Développement des modèles psychobiologiques

Des mécanismes de conditionnement dont la base anatomophysiologique serait le système limbique ont été mis en évidence. Le plaisir et la réduction de tension procurée par les drogues (réponse inconditionnelle) aboutiraient dans un deuxième temps à la dépression liée à l'abstinence et au besoin. La prise de drogue s'autorenforce du fait d'un effet biochimique particulier. Secondairement, les signaux associés à la prise de drogue : seringue, musique, groupe, lieux, etc., deviendraient des *stimuli* conditionnels déclenchant le besoin. Par la suite, un état affectif négatif pourrait aussi représenter, à lui seul, un stimulus conditionnel qui déclencherait la prise de drogue (réponse conditionnelle). Le neuromédiateur impliqué serait principalement, mais non exclusivement, la dopamine, que l'on décrit volontiers comme le neuromédiateur de la recherche de sensations. Les circuits neuronaux qui sous-tendent les conditionnements sont maintenant mieux connus. Une série de travaux effectués chez l'animal, ces dernières années, a proposé un modèle fondé sur les effets conditionnés de la drogue. Une inactivation de la partie basale et latérale du noyau amygdalien interrompt les associations entre les effets de l'environnement et le déclenchement de prise de drogue (Markou et al., 1993).

Développement d'interventions thérapeutiques

Le NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) a lancé depuis 1992 douze programmes de recherche sur les thérapies comportementales ou cognitives, en particulier chez les patients présentant non seulement une addiction mais aussi des troubles psychiatriques reconnus comme la schizophrénie ou le stress post-traumatique.

La thérapie comportementale comprend en général les composantes suivantes :

- soutien par l'entourage ;
- reconnaître les antécédents et les conséquences de la prise de cocaïne par le jeu de rôle ;
- renforcement des comportements abstinents par l'entourage (contrats) ;
- Aide à la recherche travail ;
- prévention du sida.

Comme on le voit, il s'agit d'une prise en charge à « large spectre ».

La thérapie cognitive a été, elle aussi, testée dans l'abus de cocaïne pour réduire la dépendance (Beck et al., 1992). L'analyse fonctionnelle recherche des déclencheurs de la prise : sentiment dépressif, ennui, sentiment de vide qui est suivi de la perception de la dépendance. Le thérapeute recherchera les cognitions à risque qui vont provoquer la reprise de toxique.

En particulier, le patient active un système de croyances selon lequel il aura le dessus sur le toxique et n'en sera pas dépendant. L'activation des pensées et des postulats pourra se faire par l'induction d'images mentales, la présentation de films et l'exposition à la situation dans le bureau du thérapeute – du matériel destiné à l'usage de drogue. Il devra préciser, pour les modifier, quelles pensées précèdent ou accompagnent l'expérience de besoin de toxique. Il utilisera ensuite les techniques, que nous avons décrites plus haut pour la dépression, de façon à modifier les pensées dépressives et à remettre en question des postulats conduisant à la prise de drogue. Les méthodes de résolution de problèmes chercheront à aider le sujet à mentaliser les avantages et désavantages à court et à long termes de la prise ou du refus de prise de toxique. Bien entendu, il s'agit d'une étape dans une stratégie plus globale de prise en charge qui associe les éléments suivants :

1. conceptualisation du problème ;
2. établissement d'une relation de collaboration ;
3. motivation pour réduire la dépendance ;
4. formulation du problème par le patient ;
5. définition de buts ;
6. présentation du modèle cognitivo-comportemental ;
7. interventions comportementales et cognitives ;
8. prévention des rechutes.

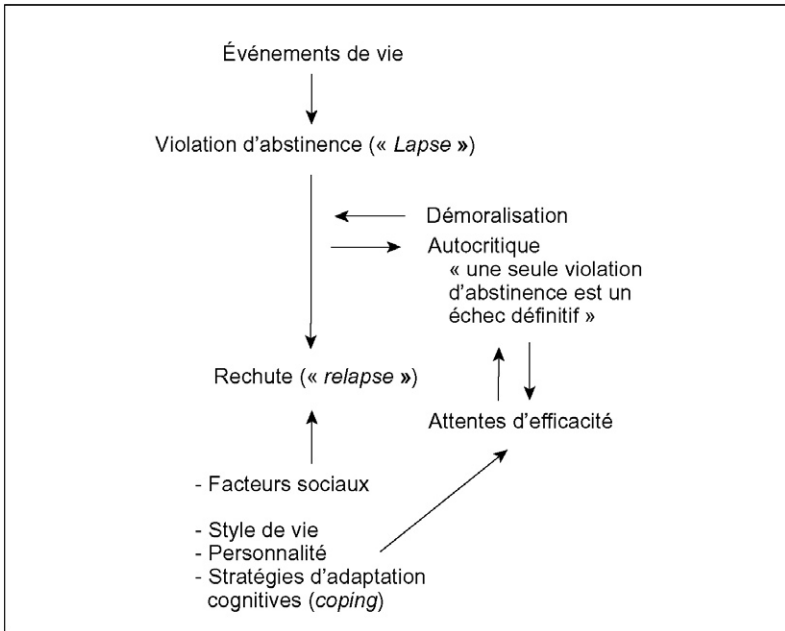
Toutes les méthodes d'intervention psychosociale ou pharmacologique insistent sur la prévention des rechutes. [Marlatt et Gordon \(1985\)](#) ont proposé un modèle global fondé sur la notion de perte du sens de l'efficacité personnelle, qui est un phénomène fréquemment retrouvé dans la dépression. Ce modèle ([figure 19.1](#)) souligne l'importance de ne pas culpabiliser les « manquements » (*lapse*) à l'abstinence pour ne pas précipiter une rechute complète (*relapse*).

Plusieurs revues de l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans les addictions, ainsi que des lignes directrices pour le traitement des toxicomanes ont été publiées ([American Psychiatric Association, 1995, 1996](#) ; [Crits-Christoph et Siqueland, 1996](#)). Elles soulignent que ces interventions sont efficaces, et ont un rapport coût/efficacité favorable, mais que leur efficacité pratique se heurte aux possibilités de dissémination et d'implantation dans la communauté et leur application à grande échelle.

Problèmes sociologiques et économiques

Une prolongation possible des interventions psychosociales est la prévention primaire portant sur les facteurs de risque. Et, dans ce domaine, nous devons faire preuve d'un peu d'imagination prospective.

Un livre correspondant à une enquête ([Zarifian, 1996](#)) a souligné le caractère multi-addictif de la société française : cette dépendance « orale » va des médicaments à l'alcool en passant par la nourriture. Ce livre pose le problème d'une interprétation sociologique de constatations statistiques : vivons-nous dans une société « addictogène » ?

**Figure 19.1**

Addiction : modèle des rechutes (Marlatt et Gordon, 1985).

Une enquête de [Donohew et al. \(1994\)](#), effectuée aux États-Unis, a montré que les jeunes qui présentaient le trait psychologique de recherche des sensations étaient plus vulnérables à la prise de drogue et qu'une publicité antidrogue centrée sur les méfaits de la drogue avait des risques élevés de motiver cette prise, car ce qu'ils cherchaient était l'excitation de la nouveauté et de la prise de risque. Il faut donc proposer à cette population « à risque » de prendre d'autres risques que ceux de la drogue, par exemple faire de l'alpinisme. Une autre étude a montré qu'à exposition au risque égale, la prise de drogue est moindre chez les écoliers éduqués, ayant des liens positifs avec leurs parents, une estime de soi élevée, impliqués dans des activités sociales ou religieuses et dont le milieu met en avant des valeurs traditionnelles (Smith et al., 1995, *in* « NIDA notes »).

Mais l'épidémie de toxicomanie aux drogues dures ne s'explique pas seulement par une psychologie de la recherche de sensations et un milieu social défavorisé. Aujourd'hui, la drogue est un produit circulant, dans un réseau économique de fabrication, de distribution et de consommation très largement bénéficiaire et dont la médiatisation à travers le cinéma et la télévision est gratuite. Ce sont les consommateurs les plus fragiles et les plus pauvres qui paient la facture, ainsi que les États par l'intermédiaire des budgets de santé. La drogue finance d'ailleurs le fonctionnement de certains États dont les citoyens sont pourtant les premiers à en souffrir.

Plus généralement, la toxicomanie pourrait être aussi bien la cause que la conséquence d'une dépression tout autant culturelle qu'économique. Quels sont les buts de la culture occidentale autres que de faire tourner une économie de marché où la drogue est un produit qui permet d'essayer un autre monde ? Retournant et de faisant détournant une formule célèbre de Karl Marx, on peut se demander si l'opium n'est pas devenu le cœur d'un monde sans cœur, l'esprit d'un monde sans esprit, et la religion du peuple. Il est évident que les solutions de tels problèmes dépassent les capacités des psychothérapeutes.

Biofeedback

Le *biofeedback*, ou rétroaction biologique, met en avant la possibilité d'un contrôle volontaire de certaines fonctions physiologiques. C'est une pratique thérapeutique qui a connu une grande vogue à partir de 1970 et qui est actuellement en déclin.

Problèmes expérimentaux

Yates (1980), dans un volumineux ouvrage de compilation, a donné à l'un de ses chapitres le juste titre de : « *Biofeedback*, une promesse jusqu'à présent non tenue ». Ce titre résumait assez bien une impression générale après dix ans de travaux sur la rétroaction biologique.

Le point de départ avait été donné par les travaux de Miller (1969). Miller et Dworkin (1974) devaient reconnaître l'absence de démonstration d'un contrôle volontaire des réponses viscérales par des systèmes de récompenses ou par le biais d'une information continue sur l'état d'une fonction physiologique. Entre-temps, cependant, sous l'impulsion de chercheurs et surtout d'industriels dynamiques, le *biofeedback* était devenu, aux États-Unis, une technique très largement utilisée aussi bien en psychiatrie que pour les problèmes médicaux ou psychosomatiques.

Pratique

En clinique, le *biofeedback* consiste, en dix à vingt séances, à entraîner un sujet à contrôler un paramètre physiologique qui est monitoré de façon continue par un appareil qui lui transmet une information sur les variations de ce paramètre. L'exemple le plus simple est celui d'un son dont la hauteur est proportionnelle à l'intensité de la contraction musculaire. Bien que le *biofeedback* ait été utilisé dans de nombreuses indications, paradoxalement, c'est dans le domaine de la motricité et de la rétroaction électromyographique qu'il devait donner les résultats les plus intéressants, ce qui était contraire aux hypothèses initiales de Miller.

En effet, si l'on excepte le traitement non pharmacologique de l'hypertension essentielle modérée (Jacob et al., 1987), c'est la rééducation psychomotrice qui peut le plus bénéficier de cette approche : torticollis spasmodique, lombalgies, crampes de l'écrivain, incontinence sphinctérienne (Wald et Tunuguntla, 1984), ainsi que les déficits neurologiques après accident vasculaire cérébral (Basmaïjian, 1979). Il convient de souligner que dans ces

indications le *biofeedback* est rarement présenté isolé. Il est souvent utilisé comme une technique d'appoint dans un programme de rééducation, ou comme l'un des éléments d'un traitement comportemental qui prend en compte également les relations du sujet avec son environnement. En effet, l'application d'une technique de laboratoire peut se révéler efficace uniquement lors des séances thérapeutiques, alors que le sujet devra faire face, constamment, à des situations stressantes, auxquelles il va réagir ponctuellement avec son équipement neurobiologique et son histoire personnelle. Ainsi, pour le traitement des maladies reliées au « stress » et à l'anxiété, il peut être associé à d'autres formes de thérapie plus adaptées : relaxation, exposition en imagination et en réalité aux situations anxiogènes, modification des pensées provocatrices d'anxiété, jeu de rôle, etc. L'expérience d'apprentissage de l'autocontrôle, générée par les séances de *biofeedback*, ne sera qu'un élément d'une stratégie globale de traitement. De même, en rééducation, le *biofeedback* doit s'intégrer dans un programme plus complet tel que ceux que peuvent proposer les centres de traitement de la douleur ou les services de rééducation. Il représente également une alternative thérapeutique intéressante pour les sujets rebelles aux médicaments, ou pour ceux qui ont tendance à accroître indûment les doses d'antalgiques ou d'antimigraineux.

Mécanismes d'action

Il n'est pas certain que le *biofeedback* ait des effets spécifiques, clairement en relation avec le monitoring et l'autocontrôle d'une fonction physiologique ou d'un groupe musculaire particulier. Certains ont voulu voir en lui la forme ultime du placebo, et l'on a attribué ses effets positifs aux caractéristiques d'une situation montrée sous un angle fortement « scientifique ». Cependant, plusieurs études dans le domaine des céphalées de tension ont montré clairement que la relaxation et le *biofeedback* musculaire avaient des effets positifs, égaux et significativement différents du placebo sur la fréquence des accès céphalalgiques. En outre, le *pseudo-feedback* est moins efficace que le vrai *feedback* pour réduire la tension musculaire.

Les modèles actuels considèrent que c'est avant tout l'information sur un organe en dysrégulation qui permet un réajustement à partir des informations en général visuelles ou auditives qui sont données de façon continue au cours de la séance. Dans cette perspective, le *biofeedback* informe le sujet des phénomènes inconscients de dysrégulation de certaines fonctions physiologiques, en permettant une prise de conscience et de ce fait une modification favorable des réponses physiologiques. Ce modèle cognitif pose, bien entendu, le problème de la motivation du sujet à assister aux séances, de ses capacités attentives, de ses capacités à traiter l'information, et à la mémoriser, du mode de *feedback* optimal (visuel, auditif), de l'établissement de seuils progressifs d'apprentissage, de la généralisation en dehors des séances et du désir de guérison, car le seul renforçateur est la modification de la dysrégulation. Ainsi, certaines crampes de l'écrivain peuvent n'avoir qu'une motivation faible à guérir, dans la mesure où sont évités des conflits

au travail ou un travail pénible. Sur de tels problèmes, dont il faut faire l'inventaire au départ, le *biofeedback* isolé s'avère de peu d'effet. D'autres techniques comportementales associées sont par contre utiles.

Biofeedback et migraine

Sargent et al. (1973) ont proposé de traiter les migraines par la vasodilatation des vaisseaux de la main obtenue par un *feedback* de la température cutanée locale. Les résultats encourageants initiaux étaient interprétés, de façon hydraulique, comme dus à une redistribution du flux sanguin de la région céphalique vers la périphérie. Une telle interprétation ne serait valable que si le *feedback* survenait dans la deuxième phase de l'accès migraineux (phase de vasodilatation). Une autre interprétation des résultats thérapeutiques a été proposée par Sargent. Selon lui, la vasodilatation aurait une action générale sur le système nerveux sympathique entraînant une régulation de son hyperfonctionnement. Cependant, une évaluation exhaustive de la littérature (Yates, 1980) aboutit à la conclusion qu'aussi bien la qualité méthodologique des études que les résultats obtenus ne permettent pas de conclure à une efficacité du *biofeedback* en tant que tel. De même, ses mécanismes d'action restent obscurs. *Biofeedback* et relaxation sont supérieurs statistiquement à une liste d'attente, mais égaux entre eux. Ainsi donc, même s'il n'est pas un placebo, la spécificité du *biofeedback* thermique dans les migraines demeure non prouvée.

Biofeedback et céphalées de tension musculaire

Les céphalées de tension musculaire, bien que n'étant pas toujours faciles à distinguer des états migraineux avec lesquels elles peuvent s'associer, et dont elles peuvent représenter un premier stade, ont été traitées avec succès par le *feedback* du muscle frontal. L'hypothèse de base était que la tension des muscles du cou et de la tête, résultant de l'anxiété et du stress, était le facteur essentiel de ce type de céphalées. Il n'y a pas, en règle générale, de démonstration d'une efficacité supérieure du *feedback* de la tension des muscles du scalp quand on le compare à la relaxation générale. De plus, une étude a montré qu'un *feedback* de la conductance cutanée, reflet global de l'activation émotionnelle, donnait des résultats supérieurs à la relaxation dans les céphalées de tension (Collet et al., 1986). Les résultats, même s'ils ne reflètent pas d'effet placebo, n'apparaissent pas spécifiques d'un « effet *feedback* » de la tension musculaire.

Récemment, on a envisagé l'intérêt potentiel que pourraient avoir les systèmes rétroactifs sur les accidents de la route en mesurant les indices neurophysiologiques de la distraction, et également dans le domaine de la mort subite du nourrisson et de l'analgésie postopératoire contrôlée par le patient (Rémond, 1994).

Douleur chronique

Elle est considérée comme une réponse opérante dont la modification peut être effectuée dans des cliniques de la douleur qui combinent une approche

cognitivo-comportementale et les traitements pharmacologiques. Les programmes combinent en général quatre composantes mises en œuvre après analyse fonctionnelle des problèmes spécifiques de chaque patient :

- un accroissement de l'activité et une réduction progressive des médicaments ;
- des groupes de discussion et de soutien ;
- une ergothérapie avec des exercices physiques progressifs et des tâches d'activité ;
- des interventions plus spécifiques telles que la relaxation, le *biofeedback*, la gestion du stress, le jeu de rôle pour explorer les jeux que le douloureux pratique avec les autres et les soignants, et enfin des méthodes de restructuration cognitive.

Les cliniques de la douleur sont des structures relativement lourdes et complexes du fait de leur pluridisciplinarité. Cependant, les résultats sont indéniablement intéressants pour des patients parfois très rejetés par leur milieu et les diverses consultations médicales.

Troubles des conduites alimentaires

Ces troubles sont fréquents et peuvent être pour un part liés à des standards sociaux où la physiologie entre en contradiction avec le look universellement valorisé des *top models*. C'est le cas des conduites restrictives comme la boulimie/anorexie avec vomissements (Brownell, 1991).

Anorexie mentale

Le conditionnement opérant a été appliqué depuis longtemps à ces patientes, avec des résultats immédiatement satisfaisants mais qui ne sont pas supérieurs à terme aux autres approches. La technique est simple : elle consiste à rendre les sorties et autres privilèges contingents à la reprise de poids selon un programme, plus ou moins strict suivant les thérapeutes, qui est défini avec la patiente.

Boulimie

Deux approches ont été proposées avec succès. Elles rapprochent toutes deux les boulimiques des sujets obsessionnels et compulsifs.

Exposition et prévention de la réponse

La patiente boulimique sera exposée aux aliments tout en lui apprenant à résister à la compulsion de les avaler (exposition avec prévention de la réponse). Une variante a été proposée pour les patientes boulimiques qui se font vomir : la prévention de la réponse est effectuée sur le vomissement forcé. La patiente mange mais ne se fait pas vomir, ce qui réduirait son anxiété.

Thérapie cognitive

Elle considère plus la boulimie comme faite d'idées obsédantes et d'une personnalité compulsive. Elle se centre sur les attitudes dysfonctionnelles

des boulimiques, vis-à-vis du poids et de la forme du corps, sur leur méconnaissance des problèmes nutritionnels et leur perfectionnisme. On maintiendra durant la thérapie un carnet d'auto-enregistrement des conduites alimentaires. En voici un modèle emprunté à Fontaine (*In* : Ladouceur et al., 1993).

Carnet d'habitudes alimentaires – version quotidienne

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Nombre de crises boulimiques							
Durée totale des crises							
Nombre de vomissements forcés							
Nombre de comprimés ou de gélules de laxatifs pris							
Nombre de comprimés ou de gélules de diurétiques pris							
Temps passé à des exercices physiques							

La modification des pensées automatiques et des postulats concernant l'image du corps, en particulier les stéréotypes sociaux concernant l'obligation d'avoir un corps parfait et androgyne est envisagée dans un premier temps. Le jeu de rôle et les techniques de résolution de problème et d'auto-contrôles font partie de cette approche.

Thérapie cognitivo-comportementale en groupe

Mitchell et al. (1990) ont proposé un traitement en groupe qui se déroule en trois phases :

- la première phase (deux séances de deux heures) est une phase préparatoire, où les sujets reçoivent une information orale et un manuel sur la façon d'organiser les repas et un cours sur la pratique de techniques cognitives et comportementales ;
- la deuxième phase est une phase d'interruption des comportements boulimiques : cinq séances de groupe de trois heures sont effectuées durant une semaine puis quatre, puis deux par semaines durant les trois semaines suivantes. Un autre manuel est donné et le groupe comporte trois composantes thérapeutiques :
 - présentation des techniques cognitivo-comportementales et de leur pratique,
 - dîner en groupe réunissant patients et thérapeutes à la cafétéria de l'hôpital,
 - thérapie de groupe ;

- la troisième phase se déroule sur un mois avec une séance d'une demi-heure par semaine. Elle se centre sur la réintroduction d'aliments à haut risque et l'utilisation d'autres techniques de prévention de la rechute.

Obésité

Les programmes diététiques avec ou sans soutien psychologique et prévention des rechutes sont souvent décevants à long terme. Malgré un amaigrissement initial, le poids de départ est souvent repris. Mais comme les obèses non traités ont tendance à augmenter leur poids, il y a quand même un gain à effectuer un programme diététique.

Consultation-liaison et psychologie du travail hospitalier

C'est sans doute le point qui a été le moins abordé par la recherche. Il a donné lieu à de nombreux travaux cliniques. En effet, il a été démontré qu'une préparation psychologique préopératoire soignée à la chirurgie réduit la détresse et l'anxiété postopératoire et peut même diminuer la longueur et le coût des séjours hospitaliers.

Chaque service de spécialité médicale possède ses propres situations de stress, de souffrance d'angoisse, d'incompréhension soignant-soigné ou de dépression. Qu'il s'agisse de préparer aux interventions chirurgicales, d'aider le patient et sa famille à faire face aux technologies de pointe, de permettre aux infirmières de supporter la mort d'un enfant ou l'absence de contact verbal avec un comateux, ou encore le trop-plein de paroles d'un patient anxieux avant une intervention.

Des approches psycho-éducatives, se servant de la vidéo et du jeu de rôle, peuvent être mises en place, en particulier pour la modification des attitudes face à la douleur, la mort, l'accueil des familles et l'angoisse préopératoire. Les méthodes de gestion du stress et de l'anxiété peuvent ainsi être appliquées plus facilement par les infirmières ou des équipes de psychologie médicale en relation avec les équipes médicales et infirmières.

La psychologie du travail peut aussi être réinterprétée en termes cognitivo-comportementaux. Ainsi [Debray et al. \(1988\)](#) ont montré lors de l'interview de quarante-cinq infirmières de l'Assistance publique de Paris un état dépressif latent avec fatigue, solitude et inclusion (sentiment d'être débordé par le travail, avec un temps insuffisant pour le réaliser). Cette dépression serait en partie compensée par des renforcements provenant des malades ou des autres collègues. L'état dépressif apparaît aux observateurs comme lié au manque de renforcement des tâches, au manque de reconnaissance du travail réalisé et au manque de communication au sein de l'équipe, principalement entre infirmières et médecins. De tels problèmes pourraient être abordés par des groupes utilisant les méthodes de gestion du stress.

Insomnie

Il importe de distinguer l'insomnie primaire de l'insomnie secondaire. Dans le deuxième cas, l'insomnie résulte de la présence d'un autre trouble qu'il faudra d'abord traiter. Les méthodes non pharmacologiques sont au nombre de cinq (Morin et al., 1994).

1. Une méthode comportementale, le *contrôle par le stimulus*, est destinée à associer le lit au sommeil et non à l'insomnie. Le patient est invité à ne pas se coucher avant d'avoir sommeil et à n'utiliser le lit que pour dormir ou avoir des relations sexuelles. Il ne doit pas rester au lit plus de quinze à vingt minutes s'il n'arrive pas à s'endormir et se lever la nuit s'il se réveille pendant plus de dix minutes. Il doit se lever toujours à la même heure, et ne pas faire de sieste durant la journée.

2. La *restriction de sommeil* consiste à limiter le temps passé au lit au nombre d'heures réelles de sommeil. Par exemple, un patient, qui rapporte dormir en moyenne quatre heures par nuit mais consacre neuf heures au lit, devra passer un maximum de quatre heures au lit par nuit. L'enregistrement du niveau de base comme nous l'avons mentionné plus haut déterminera cette première étape. Lorsque le pourcentage du temps passé au lit par rapport au temps de sommeil rapporté par le patient est supérieur à 90 %, le patient ajoutera quinze minutes de plus au lit. Cette méthode se poursuivra jusqu'à ce que l'objectif du patient soit atteint.

3. L'*intention paradoxale* est destinée à diminuer l'anxiété de performance : le patient redoute de rester éveillé et lutte pour s'endormir. Cette lutte accroît son anxiété et, de ce fait, maintient l'insomnie. Il est donc conseillé au patient de s'efforcer sincèrement de rester éveillé. La lutte contre l'insomnie et l'anxiété vont décroître et il pourra ainsi plus facilement s'endormir.

4. La *relaxation* est destinée à diminuer l'activation physique ou cognitive qui empêche le sommeil.

5. L'*hygiène de sommeil* : régimes, exercices, élimination des substances excitantes, contrôle de la lumière, du bruit, de la température ambiante.

Ces méthodes sont souvent combinées entre elles et adaptées aux cas particuliers.

Cancer

Les programmes qui se sont révélés utiles sur la qualité de vie et la survie (Fawzy et al. 1995) comprennent en général les composantes suivantes :

- éducation sur le cancer ;
- thérapie comportementale visant à réduire les effets secondaires de la chimiothérapie par relaxation et désensibilisation ;
- gestion du stress avec résolution de problème ;
- groupe de soutien : ajustement quotidien à la douleur et aux problèmes existentiels en relation avec la mort.

Ces techniques psychologiques devraient s'intégrer précocement dans la prise en charge des cancéreux.

Hypochondrie et somatisation

Salkovskis (1996) a souligné le rôle de l'attention sélective sur le corps et sur l'information médicale chez l'hypochondriaque qui développe un comportement de maladie avec une recherche constante de réassurance et des vérifications multiples par des bilans médicaux inutiles. Il s'agit d'un cercle vicieux où l'anxiété et l'activation émotionnelle agissent sur des schémas cognitifs hypochondriaques et entraînent une perception de maladie qui elle-même accroît les sensations, ce qui va augmenter encore l'anxiété. Un exemple est celui d'un patient anxieux qui, à force de se palper le cou pour y trouver des ganglions, va souffrir d'une légère inflammation et d'une petite tuméfaction de la peau qui va justifier ses craintes et une consultation médicale urgente pour détecter un cancer possible. En relation avec cette anxiété se trouvent des croyances irrationnelles concernant la maladie, par exemple qu'elle a pour conséquence d'être déshumanisée ou blâmée. Il a été proposé un modèle général de l'hypochondrie et des interventions spécifiques concernant les pensées intrusives ayant trait à la maladie. Le modèle proposé par Warwick et al. (1996) est représenté dans la figure 19.2.

Le traitement cognitif proposé par Warwick et al. (1996) et Salkovskis (1996) inclut six composantes qui sont voisines de celles proposées pour les obsessions-compulsions :

1. Développement en collaboration avec le patient d'un modèle cognitif de sa maladie hypochondriaque.
2. Identification et monitoring des pensées intrusives.

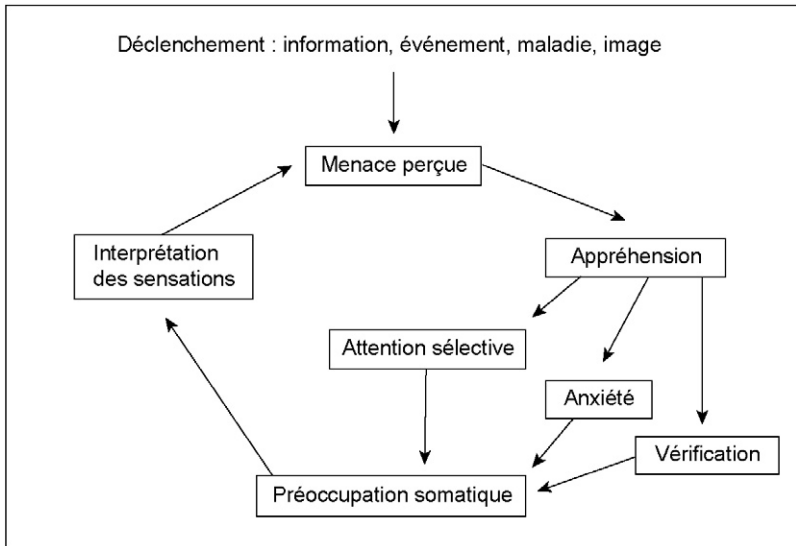


Figure 19.2

Hypochondrie : modèle cognitif (Warwick et al., 1996).

3. Mise en question des schémas cognitifs concernant la santé et la maladie.
4. Expériences comportementales et tâches pour tester les pensées et les schémas cognitifs.
5. Conseil de ne pas chercher la réassurance auprès des médecins. Ou bien ne faire qu'un seul bilan jugé suffisant par un interniste et ne pas le répéter, ce qui exige une excellente collaboration avec l'interniste.
6. Identification et modification des postulats inconditionnels de base, par exemple : « Ne pas se soucier et ne pas consulter à la moindre alerte risque de provoquer une catastrophe physique avec des conséquences épouvantables. »

L'hypochondrie dépasse très nettement le cadre qui lui est assigné par le DSM-IV et peut se retrouver sous une forme aiguë dans les attaques de panique où la peur de la mort subite, la peur de l'infarctus ou la peur de devenir malade font très fréquemment partie du tableau clinique. De même, dans l'anxiété généralisée, la peur des maladies peut être au premier plan. Le syndrome de fatigue chronique, marqué par une fatigue continue ou récurrente s'accompagnant de douleurs musculaires et d'un déficit de la concentration, est un syndrome d'étiologie inconnue mais que certains ont rapproché de l'anxiété-dépression ou de l'hypochondrie. Enfin, dans le trouble obsessionnel-compulsif, la responsabilité de la transmission de maladies aux autres est un thème très fréquent : on peut, dans le [chapitre 10](#) de cet ouvrage, retrouver un cas clinique de TOC où la cancérophobie est au premier plan, modifiée favorablement par la thérapie cognitive.

La thérapie cognitive visant les schémas cognitifs dysfonctionnels concernant la santé et la maladie peut s'appliquer dans toutes ces affections et dans diverses formes de somatisation.

Huit études contrôlées dont une avec un suivi long et un nombre important de patients viennent valider les TCC dans l'hypochondrie ([Barsky et Ahern, 2004](#)). Une TCC brève mais intense a été mise en place et comportait six séances hebdomadaires de quatre-vingt-dix minutes. Elle a porté sur 187 patients : 102 ont suivi la thérapie et les 85 autres, qui constituaient le groupe de contrôle, ont simplement suivi leur traitement habituel — celui qui consiste le plus souvent à aller voir leur médecin de famille pour être rassurés. Près de 57 % des patients qui ont suivi la thérapie jusqu'au bout ont présenté une amélioration de leurs symptômes et de leur qualité de vie, qui durait toujours un an après la fin du traitement, contre 32 % dans le groupe de contrôle qui recevait leur traitement habituel.

Les recommandations cliniques proposées par Warwick et Salkovskis peuvent être synthétisées dans le [tableau 19.1](#).

Conclusion : modèle biopsychosocial des maladies

La médecine comportementale, ou psychologie de la santé, est un domaine d'application des thérapies comportementales et cognitives des plus fertiles.

Tableau 19.1

Principes généraux de traitement cognitivo-comportemental des problèmes somatiques liés à l'anxiété (adapté de Warwick et al., 1990, et Salkovskis, 1996)

1	Aider le patient à se rendre compte de ce qu'est le problème
2	Reconnaître la réalité de la symptomatologie – le traitement a pour but d'en fournir une explication satisfaisante
3	Distinguer les informations pertinentes des informations rassurantes mais inadaptées et répétitives
4	Ne jamais aboutir à un affrontement : il est préférable de pratiquer le dialogue et la collaboration avec le patient, comme dans toute thérapie cognitive
5	Les croyances des patients sont fondées sur des preuves qu'ils estiment convaincantes : plutôt que de ne pas tenir compte de ces croyances, il est préférable de s'intéresser aux preuves de maladie selon le patient, puis de collaborer avec lui pour discuter progressivement ces preuves qui fondent ses convictions
6	Établir un contrat à durée limitée qui réponde aux exigences thérapeutiques tout en respectant les réticences du patient
7	Mettre à profit l'attention sélective et la suggestibilité de nombreux patients pour leur démontrer comment l'anxiété peut naître de circonstances, de symptômes et d'informations anodines
8	Vérifier systématiquement ce que les patients ont compris et retenu de ce qui a été dit durant la séance en leur demandant, à la fin de chaque séance, d'en faire un résumé et d'en expliquer les implications en ce qui les concerne

En effet, en dehors de l'hypochondrie qui, comme on l'a vu, correspond à des structures cognitives et des comportements qui dépassent largement le cadre étroit du DSM-IV, toutes les maladies physiques ont des effets psychologiques qui peuvent être modifiables par les thérapies. De même, toutes les maladies peuvent relever de facteurs psychosociaux de déclenchement et de maintien par l'intermédiaire du stress et de la dépression. Ainsi, une étude contrôlée, portant sur un suivi de deux ans chez des homosexuels séropositifs, a montré que le passage de la séropositivité au sida déclaré était quatre fois plus fréquent chez des sujets séropositifs qui avaient subi le plus d'événements de vie négatifs et présentaient de ce fait une réponse de stress et de dépression dont l'un des effets était la diminution des réponses immunitaires (Leserman et al., 1997). Cette étude confirme des données encore fragmentaires concernant les relations entre événements-stress-dépression et maladie. Pour terminer, il est possible de proposer un modèle général diathèse-stress qui pourrait expliquer les relations entre l'environnement et les maladies physiques (figure 19.3).

C'est la raison pour laquelle un chapitre entier de cet ouvrage (voir chapitre 18) a été consacré à la gestion du stress qui est, en quelque sorte, la méthode passe-partout permettant d'aborder la plupart des problèmes de médecine comportementale.

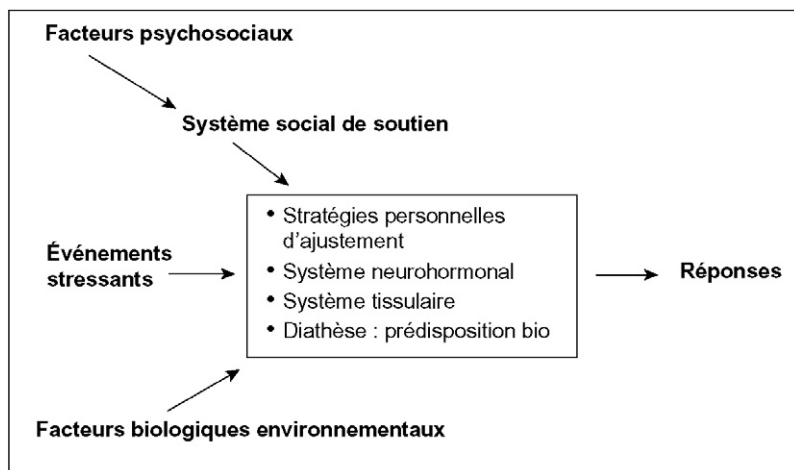


Figure 19.3
Modèle biopsychosocial des maladies.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders : alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 11), 3-59.
- American Psychiatric Association (1996). Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. 10), 3-59, 1-31.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *JAMA*, 291, 1464-1470.
- Basmajian, J. V. (1979). *Biofeedback principles and practice for clinicians*. Boston: William Wilkins.
- Beck, A. T., Wright, F., & Newman, C. (1992). Cocaine abuse. In A. Freeman, & F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Brownell, K. (1991). Dieting and the search for a perfect body : where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Collet, L., Cottraux, J., & Juenet, C. (1986). GSR feedback and Schultz relaxation in tension headache : a controlled study. *Pain*, 25, 205-213.
- Cottraux, J., Harf, R., Boissel, J. P., et al. (1983). Smoking cessation with behavior therapy or acupuncture : a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 417-424.
- Crits-Christoph, P., & Siqueland, L. (1996). Psychosocial treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 749-756.
- Debray, Q., Estryn-Behar, E., Guilibert, E., et al. (1988). Travail féminin en milieu hospitalier : un facteur de dépression ? Une étude pilote. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3, 389-399.

- Donohew, L., Palmgreen, P., & Lorch, E. P. (1994). Attention and need for sensation, and health communication campaigns. *American Behavioral Scientist*, 38, 310–322.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzey, N. W., et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729–735.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Friedman, M., Thoresen, G., Gill, J., et al. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237–248.
- Jacob, R., Wing, R., & Shapiro, A. (1987). The behavioral treatment of hypertension : long term effects. *Behavior Therapy*, 18, 325–352.
- Ladouceur, R., Fontaine, O., Cottraux, J., et al. (1993). *Abrégé de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Masson.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Perkins, D. O., et al. (1997). Severe stress, depressive symptoms and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. A two year follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 279–285.
- Markou, A., Weiss, F., Gold, L. H., et al. (1993). Animal models of drug craving. *Psychopharmacology*, 112, 163–182.
- Marlatt, A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.
- Miller, N. (1969). Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 168, 434–445.
- Miller, N., & Dworkin, B. (1974). Visceral learning : recent difficulties with curarized rats and significant problems for human research. In P. A. Obrist (Ed.), *Cardiovascular psychophysiology* (pp. 312–331). Chicago: Aldine.
- Miller W. R., Zweben A., Diclemente C. C., Richtarik R. G. (1999). *Manuel de thérapie et de développement de la motivation. Un guide de recherche clinique pour les thérapeutes des personnes alcooliques et dépendantes NIH*. Traduction et synthèse de Jean Cottraux, Document non publié.
- Mitchell, J., Pyle, R., Eckert, E., et al. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149–157.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172–1180.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse), notes sur Internet : <http://www.nida.nih.gov/WhatsNew.html>.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–27). New York: Plenum Press.
- Remond, A. (1994). *Biofeedback : principes et application*. Paris: Masson.
- Russel, G., Szmukler, G., Dare, C., & Eisler, M. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047–1056.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Sargent, J., Green, E., & Walters, E. (1973). Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headache. *Psychosomatic Medicine*, 35, 129–135.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited : an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249.
- Tongas, P. (1978). The control of smoking. *The clinics of North America*, 1, 363–376.
- Wald, A., & Tunuguntla, K. (1984). Anorectal sensorimotor dysfunction in fecal incontinence and diabetes mellitus. Modification with biofeedback therapy. *The New England Journal of Medicine*, 310, 1282–1287.

- Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189–195.
- Wilson, T. (1987). Chemical aversion conditioning as treatment for alcoholism : a re-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 503–516.
- Wilson, T., & Brownell, K. (1982). Behaviour therapy of obesity : an evaluation of treatment outcome. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 49–86.
- Yates, A. (1980). *Biofeedback and the modification of behavior*. New York: Plenum Press.
- Zarifian, E. (1996). *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*. Paris: Odile Jacob.

III

Évaluation des thérapies cognitives et comportementales

Problèmes généraux dans l'évaluation des psychothérapies

Even things that are true can be proved.
Oscar Wilde, *Le Portrait de Dorian Gray*

L'évaluation des effets et des résultats des psychothérapies s'est développée ces quarante dernières années. Paul (1969) a présenté d'une façon lapidaire l'ensemble des questions que soulève l'évaluation des effets thérapeutiques et des processus en jeu dans les psychothérapies : « Quel traitement, par quel thérapeute, est le plus efficace, pour quel sujet, dans quel problème, dans quelles circonstances, et comment ? » Cette longue phrase interrogative peut donner lieu à sept grandes directions de recherche.

1. Définir avec précision les traitements.
2. Définir l'efficacité thérapeutique.
3. Définir en termes opérationnels les problèmes psychologiques.
4. Définir en termes opérationnels les sujets.
5. Définir les comportements et les attitudes psychologiques qui sont psychothérapiques.
6. Comment agissent les traitements : quels sont le ou les processus thérapeutiques ?
7. Dans quelles conditions de milieu agissent les traitements ?

Mais cet abord pragmatique de la question pose des problèmes généraux d'ordre épistémologique et méthodologique.

Problèmes épistémologiques

Un premier problème est celui de la pertinence d'une évaluation des phénomènes psychothérapiques qui, par nature, sont subtils, individuels, souvent intersubjectifs et de ce fait se prêtent peu à une quantification sur le modèle des sciences expérimentales, qu'elles soient d'obédience médicale ou psychologique. En effet, on peut se demander si la psychothérapie et ses différents modèles ne peuvent pas être classés dans les sciences idiographiques. Autrement dit, les sciences qui s'occupent de phénomènes uniques, non répétables, et dont on ne peut donner qu'une description individualisée. Les sciences idiographiques sont, par exemple, l'histoire, la géographie et l'archéologie. À l'inverse, les sciences nomothétiques s'efforcent de définir des lois, d'établir des relations répétables, de tester des hypothèses de plus en plus

générales et de proposer des modèles du fonctionnement psychologique et des modèles d'intervention. Le cas individuel, malgré son ipséité, est supposé « porter en lui-même la forme entière de l'humaine condition » que l'on peut dégager par induction, et repérer chez d'autres individus au cours d'études statistiques.

La recherche en psychothérapie oscille en fait entre ces deux pôles nomothétique et idiographique.

Les psychologues, à la suite de Claude Bernard (1865), ont développé des protocoles expérimentaux de cas individuels pour évaluer les effets et les processus des psychothérapies, pour ensuite développer des études contrôlées sur un nombre élevé de cas, afin de valider leur approche en fonction de critères méthodologiques universels (Hersen et Barlow, 1976).

Un second problème est celui de la croyance de chaque psychothérapeute en la valeur du système auquel il adhère, croyance dont le fondement est rarement rationnel. Développer un programme de recherche, autrement dit formuler un système psychothérapique sous la forme d'un ensemble d'hypothèses testables, consiste à prendre le risque de voir ses croyances s'effondrer, et d'être obligé de modifier sa pratique. En effet, comme l'a montré Karl Popper (1963), la recherche scientifique est beaucoup moins la quête de la « vérité » que la mise en place de dispositifs de contrôle susceptibles d'éliminer progressivement les erreurs. Popper, dans un ouvrage sur la logique de la découverte scientifique, a formulé un principe selon lequel toute théorie doit pouvoir être mise en défaut par une expérience qui la contredirait. Une théorie qui n'est pas en position d'être contredite, n'est pas scientifique. Nul ne peut l'infirmar ou la confirmer. Cette notion s'appelle « la falsifiabilité ». En fait, la recherche sur les psychothérapies représente une oscillation entre nos croyances irrationnelles et leur mise à l'épreuve expérimentale. Cette oscillation individuel-général, et croyance-falsifiabilité, va se retrouver constamment dans les problèmes méthodologiques soulevés par l'évaluation des psychothérapies.

Problèmes méthodologiques

Hypothèses de recherche et méthodologie

La formulation d'hypothèses de recherche consiste à se poser des questions et à se donner les moyens d'y répondre. Il est évident que, devant le nombre de facteurs qui peuvent influencer le cours d'une psychothérapie, des événements de vie à l'effet placebo, en passant par la méthode thérapeutique utilisée ou des changements biologiques, tout projet de recherche est forcément réducteur. Il a pour but en effet d'établir les règles logiques qui sont nécessaires à la sélection et l'interprétation objective des données recueillies dans le but de répondre aux questions posées. Nous avons parlé d'objectivité, ce qui revient à dire que la subjectivité est importante. Que ce soit dans le choix des questions posées ou dans l'évaluation, qui est fonction de l'observateur et de la méthode

d'observation choisie. Ainsi, la méthodologie consiste, de la manière la plus objective possible, à poser les questions et à élaborer un protocole qui permette de répondre à celles-ci, tout en sélectionnant des mesures fiables et adaptées à la question.

Stratégies de recherche

Études de cas individuels

L'histoire de la psychothérapie a débuté par des études de cas individuels rapportés par Charcot, Janet ou Freud. Les statistiques sur des groupes de cas peuvent évaluer les résultats d'un thérapeute ou d'une institution. Mais ces statistiques globales, si elles étudient certains aspects du processus thérapeutique au cours de recherches corrélationnelles, ne permettent pas de conclure à l'efficacité d'un traitement par rapport à l'évolution spontanée ou à un autre traitement.

Protocoles de cas individuels

Une autre méthode d'évaluation que le protocole de groupe randomisé a été proposée par Hersen et Barlow (1976) : les protocoles de cas individuels. Ils consistent à prendre le sujet comme son propre témoin.

L'un des protocoles les plus fiables fait succéder, par exemple, une phase de liste d'attente, une phase d'intervention, suivie d'une phase de non-intervention (ligne de base ou *baseline* ou ligne de référence), puis d'une nouvelle phase d'intervention (protocole A-B-A-B dans lequel A = intervention, B = non-intervention). Des mesures répétées des variables à l'étude permettent de voir si le sujet a des changements importants durant les phases d'intervention ou s'il s'améliore spontanément, durant les phases sans thérapie. Le protocole le plus utilisé en clinique est le protocole A-B, considéré comme quasi expérimental, qui compare une ligne de base sans intervention à une intervention psychothérapique. Ces protocoles A-B peuvent être effectués sur cinq sujets au moins en décalant dans le temps le moment de l'intervention, ce qui permet avec une statistique adaptée de montrer que les sujets changent après l'intervention. Une autre forme de protocole A-B est le protocole A-B à ligne de base multiple à travers les comportements. Il consiste à agir successivement sur plusieurs comportements en montrant que les changements sont consécutifs à la mise en place de l'intervention, ce qui peut être mis en évidence par simple inspection (figure 20.1). Il s'agit d'un patient qui présente des obsessions-compulsions de trois types : penser compulsivement à des mots qu'il peut avoir oubliés, des vérifications excessives de son travail, et des retours compulsifs sur le passé. Il est suivi en thérapie cognitive durant quinze séances tout en continuant à prendre un comprimé de fluoxétine, traitement établi six mois avant le début de la thérapie. Le schéma montre que les comportements problématiques changent après l'introduction d'une thérapie cognitive spécifique à chacun d'eux et qu'il est possible, sur un suivi de treize mois,

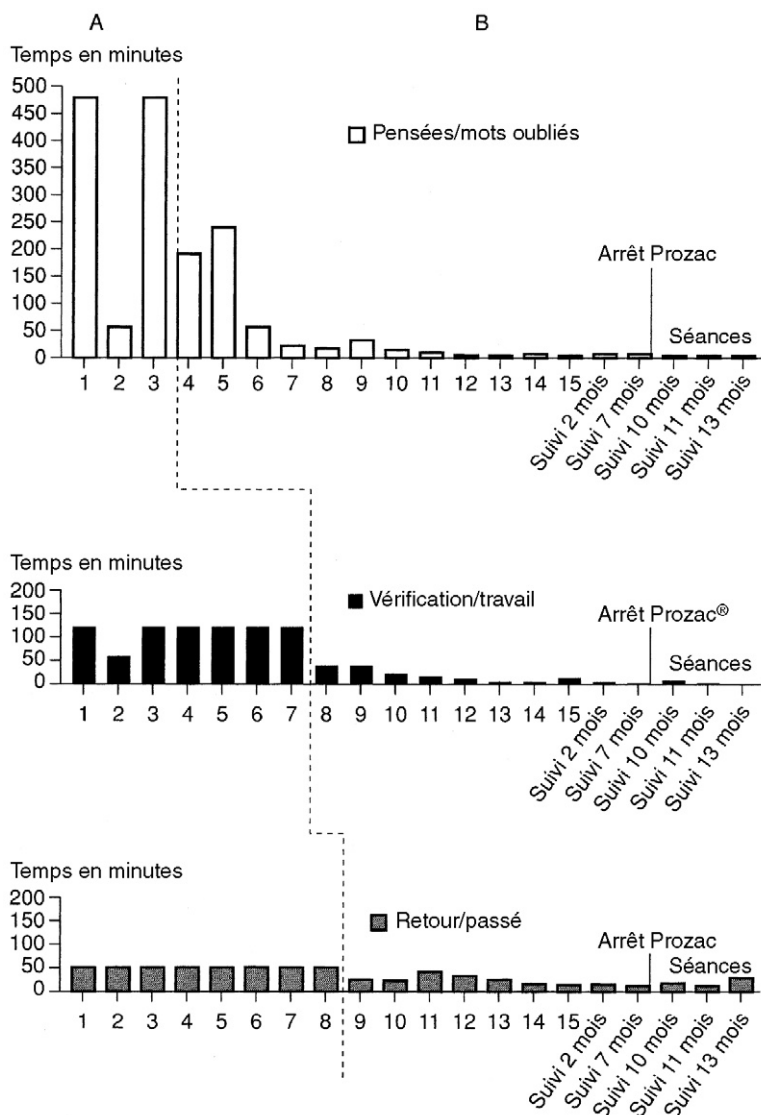


Figure 20.1

Protocole à ligne de bases multiple à travers les comportements : obsessions-compulsions.

d'arrêter la fluoxétine au septième mois. Ce protocole suggère que la thérapie cognitive a eu un effet spécifique sur les obsessions-compulsions du patient alors que le traitement pharmacologique était de peu d'efficacité. Cependant, du fait qu'il existe une seule phase A et non pas une succession A-B-A-B, on ne peut totalement l'affirmer.

À condition d'avoir un grand nombre de points de mesure, une analyse statistique comparative des différentes phases est possible (Hersen et Barlow, 1976 ; Bouvard et Cottraux, 2010). Ces protocoles, beaucoup plus sophistiqués que l'exemple simple que nous avons donné, permettent l'étude individuelle du processus psychothérapique. Ils peuvent être appliqués sur des groupes de sujets en prenant chaque sujet comme son propre témoin. Ils permettent également de résoudre le problème de la comparabilité des sujets, souvent difficile à établir. Leur limitation réside dans la difficulté à généraliser les résultats à partir de cas individuels même effectués en série. Ils représentent surtout un moyen rapide et commode de tester une hypothèse sans engager les frais d'une étude contrôlée ; celle-ci pourra être effectuée secondairement au vu de résultats intéressants.

Protocoles randomisés

Le noyau dur de la recherche est donc représenté par les études comparatives, contrôlées. Cependant, constituer un groupe contrôle pour évaluer une méthode de psychothérapie ne va pas sans problème. En effet, il est pratiquement impossible de comparer après randomisation une psychothérapie active à un « placebo » inerte de psychothérapie sur le modèle des études pharmacologiques. Les phénomènes relationnels et situationnels, et les attentes des thérapeutes et des patients sont des ingrédients actifs de tout système psychothérapique. Plusieurs solutions ont été proposées pour résoudre le problème du placebo de psychothérapie. Le groupe « attention-placebo », avec un contact minimal avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie que l'on veut tester, permet d'éliminer les effets simples de prise en charge. La liste d'attente durant plusieurs mois avec simple contact téléphonique pose des problèmes éthiques et risque d'aboutir à des sorties d'essai vers une autre thérapie. Le contrôle par une pseudo-thérapie ou une antithérapie pose aussi des problèmes éthiques et pratiques. La comparaison d'une thérapie de référence à la thérapie testée pose des problèmes d'interprétation, dans la mesure où la nouvelle thérapie risque d'avoir les bénéfices de la nouveauté et une prime au changement (le « *band-wagon effect* » des auteurs américains). De même, la comparaison d'une chimiothérapie à la psychothérapie risque d'être biaisée en faveur de la psychothérapie dans la mesure où les patients ont presque tous eu des chimiothérapies inefficaces, sinon ils ne viendraient pas chercher un autre traitement. Le double aveugle est impossible sauf en cas de comparaison d'une thérapie à elle-même, associée à un médicament actif ou un placebo. C'est dire l'importance d'une évaluation indépendante et aveugle aux hypothèses testées. Il n'y a pas de solution idéale, sinon d'évaluer en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort et d'étudier la corrélation de ces mesures avec les résultats.

Méthodes de mesure

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapiques qui actuellement ont reçu une validation et rendent possible l'étude de problèmes psychopathologiques

variés (Bouvard et Cottraux, 2010). Il faut les compléter par des questionnaires de personnalité ou des mesures *ad hoc*, en fonction des hypothèses testées. Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation. La vidéo ou les enregistrements audio permettent d'évaluer aussi bien les patients que les thérapeutes. Malgré les résistances qu'ils suscitent, ils servent à mettre en évidence aussi bien les processus thérapeutiques que les résultats. En différé, deux juges indépendants et « aveugles » peuvent coter les progrès des patients, le contenu de l'interaction psychothérapique, l'adhérence des thérapeutes aux hypothèses et aux techniques thérapeutiques. Sur le plan des résultats et de leur analyse, deux points sont essentiels :

- une évaluation bien conduite doit avoir des critères et des mesures multiples, de façon à ne pas trop limiter la portée des conclusions ;
- à côté de la variation des scores d'échelles continues, l'évaluation doit utiliser des critères généraux discontinus de bons résultats. En effet, des changements statistiquement significatifs d'une échelle sur un groupe peuvent ne refléter que des résultats cliniques médiocres dont la moyenne suffit à rendre significatifs les tests statistiques. Inversement, l'absence de changement moyen des scores d'échelles peut, plus rarement, s'accompagner de changements cliniques intéressants pour certains patients ou un sous-groupe de patients.

Sélection des sujets

Quelles que soient les méthodes utilisées pour le recrutement des patients : annonces, médias, recrutement dans une consultation hospitalière, étudiants ou volontaires payés comme aux États-Unis, elles sélectionnent un échantillon. L'établissement de critères comme ceux du DSM-III puis DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et leur compatibilité avec les critères du CIM-10 (OMS, 1992) ont été vivement critiqués dans notre pays. Pourtant, ils représentent la meilleure approximation provisoire qui permette la sélection relativement homogène de sujets pour une étude. Cependant, ils risquent de masquer la spécificité des problèmes individuels et la motivation des patients.

Comparaisons globales des résultats des psychothérapies

Premiers travaux

Les premiers à avoir posé le problème de l'évaluation des psychothérapies sont les psychanalystes qui dès 1920, à Berlin, sous l'impulsion d'Otto Fennichel, avaient entrepris, malgré le scepticisme de Freud (1917), des travaux systématiques, destinés à préciser la technique psychanalytique. Knight (1941)

effectua une étude rétrospective chez 592 patients traités par psychanalyse aux instituts de Berlin, Londres et Chicago, ayant eu au moins six mois d'analyse, les perdus de vue avant six mois ayant été exclus de l'étude. Il proposa les critères d'évaluation suivants :

- amélioration symptomatique ;
- productivité accrue ;
- adaptation meilleure et meilleur plaisir sexuel ;
- capacité de faire face aux conflits psychologiques ordinaires et de les résoudre ;
- amélioration des relations interpersonnelles.

Knight aboutit à la conclusion que 55,9 % des sujets ainsi traités avaient été guéris ou grandement améliorés. Cependant, en incluant les perdus de vue au cours des six premiers mois, il aboutissait à un taux de résultats positifs de 30 %.

Mais le véritable début des recherches contrôlées est le fait d'Eysenck (1952). Dans un travail provocant, véritable pavé dans la mare du narcissisme des écoles de psychothérapie, il regroupa dix-neuf études publiées. Eysenck aboutit à la conclusion que 44 % des patients en analyse s'améliorent, alors que le taux d'amélioration spontanée des problèmes névrotiques est de 66 % sur deux ans. En outre, la psychothérapie dite éclectique n'améliorait que 64 % des patients, tandis que 72 % des patients névrotiques hospitalisés ou traités par des généralistes étaient améliorés. Il y avait donc, selon cette statistique, une relation inverse entre la psychothérapie et la guérison.

La méthodologie d'Eysenck, qui consistait en un regroupement d'études ayant trait à des problèmes disparates et une comparaison à un groupe contrôle arbitraire, a été critiquée par Garfield et Bergin (1978). Il serait plus juste de dire que le taux d'améliorations spontanées selon les problèmes considérés est inconnu, en l'absence d'études épidémiologiques assez poussées. Ce qui implique le recours au tirage au sort d'un groupe contrôle en liste d'attente pour évaluer les rémissions spontanées et d'utiliser des instruments d'évaluation standardisés et étalonnés sur des groupes normaux et pathologiques.

Méta-analyse des résultats des psychothérapies

Devant la nécessité de rendre compte des effets des psychothérapies aux instances officielles et aux compagnies d'assurances, plusieurs travaux nord-américains ont essayé d'évaluer globalement les résultats de la littérature.

Luborsky et al. (1975), après une analyse statistique de quarante études, aboutirent à la conclusion rassurante de l'efficacité de la psychothérapie en général et de l'équivalence des différents types de psychothérapie : toutes les écoles de psychothérapie « avaient gagné et méritaient un prix ». Cependant, le travail le plus important est celui de Smith et Glass.

Étude de Smith et Glass (1977, 1980)

Ces auteurs ont développé une méthode d'analyse de la littérature concernant les études contrôlées. Elle consiste à regrouper les études, à coder les résultats et à calculer l'ampleur de l'effet thérapeutique (*effect size*). Celle-ci est étudiée pour un critère donné que l'on étudie en fin de traitement. Il s'agit en général du score d'une échelle d'évaluation. La taille d'effet correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe de contrôle, divisée par l'écart type du groupe contrôle. Toutes les valeurs qui entrent dans l'équation sont celles de la fin du traitement. La taille d'effet reflète la différence entre les deux groupes en fin de traitement et le gain éventuel du groupe traité par rapport au groupe contrôle.

Après avoir regroupé 475 études portant sur 25 000 sujets, ils calculèrent l'ampleur d'effet et aboutirent à la conclusion que 80 % des personnes qui ont eu une psychothérapie s'améliorent significativement plus que le groupe témoin. De plus, ils regroupèrent les différents types de thérapie en deux grandes sous-classes :

- désensibilisation systématique, implosion, modification du comportement et Gestalt-thérapie ;
- thérapie psychanalytique, thérapie non directive de Rogers, psychothérapie d'Adler, thérapie cognitive, analyse transactionnelle et thérapie éclectique.

Smith et Glass aboutirent à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre ces deux sous-classes.

Critique de la raison méta-analytique

Bien entendu, de nombreuses critiques furent adressées à Smith et Glass (Rachman et Wilson, 1980). Ils avaient regroupé des études disparates, mettant sur le même plan des travaux effectués avec des étudiants volontaires et de véritables patients ; et leurs conclusions de ce fait ne reflétaient pas la réalité de la pratique clinique courante. Certaines études importantes avaient été négligées. Smith et Glass avaient propagé, par un regroupement fallacieux des écoles de thérapie, le mythe de l'uniformité des patients, des thérapeutes, des problèmes traités et des effets thérapeutiques. En particulier, le regroupement des thérapies cognitives avec les thérapies psychanalytiques plutôt qu'avec la thérapie comportementale apparaissait comme une erreur importante. En fait, si l'on représente les tailles d'effet (*effect size*) par méthode thérapeutique, comme l'avaient d'ailleurs fait Smith et Glass dans un passage souvent négligé par les lecteurs de leur article, l'on s'aperçoit qu'il y a des différences, comme le montre le [tableau 20.1](#) où trois méthodes cognitivo-comportementales arrivent en tête.

Pringle et al. (1983), reprenant trente-deux études contre placebo, tout en obtenant la même taille d'effet que Smith et Glass, ont abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre psychothérapie analytique et placebo. De plus, il n'y avait dans la revue de Smith et Glass que 22 % de « vrais » patients.

Tableau 20.1**Taille d'effet par méthode : analyse de Smith et Glass (1997)**

Méthodes	Taille d'effet
1. Désensibilisation systématique (TCC)	0,91
2. Thérapie cognitive (TCC)	0,77
3. Modification du comportement (TCC)	0,76
4. Thérapie adlérienne	0,71
5. Exposition en imagination : implosion (TCC)	0,64
6. Thérapie rogérienne (TH)	0,63
7. Thérapie psychanalytique	0,59
8. Analyse transactionnelle (TH)	0,58
9. Éclectique	0,48
10. Gestalt-thérapie (TH)	0,26

TCC : thérapie comportementale et cognitive ; TH : thérapie humaniste.

Aussi, **Andrews et Harvey (1981)** ont repris quatre-vingt-une études ayant trait aux problèmes névrotiques de 2 202 vrais patients et ont classé les thérapies en trois catégories : comportementale, psychanalytique et humaniste. Ils ont abouti à la conclusion qu'il y avait des différences entre les trois classes. La thérapie comportementale, avec une taille d'effet de 0,97, était supérieure à la thérapie analytique brève (0,74), elle-même supérieure à la thérapie humaniste (0,35). Thérapie analytique et thérapie comportementale étaient supérieures au placebo, alors que la thérapie humaniste était égale au placebo.

La principale pierre d'achoppement des études méta-analytiques est le regroupement d'études concernant des pathologies ou des problèmes psychologiques variés. C'est pourquoi il importe d'effectuer une revue problème par problème pour dégager les indications des thérapies comportementales et cognitives. Dans le chapitre suivant (voir **chapitre 21**), les résultats des thérapies cognitives et comportementales seront ainsi comparés aux autres modalités d'intervention thérapeutique syndrome par syndrome.

Évolution des techniques méta-analytiques

Plusieurs méthodes ont été proposées. Au début, on utilisait la formule de Cohen (le *d* de Cohen) qui utilise les valeurs obtenues en fin de traitement.

Le groupe traité est le groupe dont on veut étudier la taille d'effet, le groupe de comparaison peut être un groupe contrôle (placebo, attention-placebo, liste d'attente) ou un traitement déjà validé qui sert de référence. Le *d* a été utilisé dans les premières méta-analyses, en particulier celle de **Smith et Glass (1977)**. Certains auteurs ont utilisé une formule voisine : valeur moyenne du groupe contrôle moins valeur moyenne du groupe traité,

divisée par l'écart type de l'ensemble des deux groupes en fin de traitement, ce qui change le signe de la taille d'effet.

Hedges (1981) a proposé une autre formule ; pour chaque comparaison, on calcule un score g selon la formule suivante :

$$d_{(\text{effect size})} = \frac{(\text{moyenne du groupe traité}) - (\text{moyenne du groupe de comparaison})}{\text{écart type du groupe de comparaison}}$$

Le g est ensuite corrigé pour tenir compte du nombre de patients dans le groupe traité et le groupe de comparaison selon la formule suivante :

$$g_{(\text{effect size})} = \frac{(\text{moyenne du groupe traité}) - (\text{moyenne du groupe de comparaison})}{\text{écart type des deux groupes combinés (pooled SD)}}$$

N représente la somme des patients dans le groupe de comparaison et le groupe traité. Les d obtenus pour chaque étude sont ensuite combinés pour donner un $d+$ qui correspond à l'ensemble des études.

La méta-analyse prend pour hypothèse que la taille d'effet est la somme de toutes les études rassemblées en une seule grande étude. Cependant, certaines études peuvent aller dans un sens et d'autres en sens inverse. Par exemple, certaines peuvent montrer que le traitement à l'étude est supérieur au placebo, alors que d'autres trouvent une égalité avec le placebo. Les moyennes peuvent ne donner qu'un reflet imparfait des résultats. Il faut donc compléter la méta-analyse, même si elle est en faveur du groupe traité, par une statistique qui définisse si les études sont homogènes ou non. C'est l'objet d'une version particulière du χ^2 , la statistique d'hétérogénéité Q . On trouvera le détail de ces calculs dans les travaux spécialisés (Hedges, 1981 ; Boissel et al., 1989 ; Cucherat et Cialdella, 1996 ; Gloaguen et al., 1998). Les méta-analyses actuelles vont donc au-delà du simple d de Cohen pour inclure une correction qui tient compte du nombre de sujets et une évaluation de l'homogénéité des études.

Une méta-analyse doit couvrir l'ensemble des données publiées. Or, certaines études ne sont pas publiées pour des raisons diverses et il n'est pas toujours possible d'y avoir accès. Il faut donc calculer une statistique (*fail-safe*) qui tient compte de l'absence potentielle d'un certain nombre d'essais non publiés, selon une formule : $k[(dk/dc) - 1]$, où k représente le nombre d'essais publiés, dk la moyenne des tailles d'effet, et dc la valeur selon laquelle l'effet obtenu deviendrait insignifiant : cette valeur est fixée habituellement à 0,05 ; certains ont même suggéré une valeur plus restrictive à 0,20 (Whittall et al., 1999).

Évaluation des résultats et rapport coût/efficacité

Une des questions les plus brûlantes, du fait des circonstances économiques, est celle du rapport coût/efficacité des traitements en psychiatrie et psychologie. Le traitement le plus efficace et le moins coûteux, le moins dangereux, le plus facilement disponible et applicable, serait le traitement de choix à proposer aux patients. Mais la notion même d'efficacité reste ambiguë. Il

apparaît de plus en plus qu'à la notion d'efficacité (en anglais : *efficacy*), qui peut être mise en évidence par les études contrôlées randomisées sur des populations souvent très sévèrement sélectionnées et peu représentatives de la pratique, doit se substituer celle d'utilité clinique (en anglais : *effectiveness*), c'est-à-dire l'application pratique du savoir-faire thérapeutique (Clarkin et al., 1996).

L'importance de la mesure des effets des traitements sur la qualité de vie en découle : un traitement peut être efficace, c'est-à-dire montrer des effets statistiques significatifs, sans que la vie des patients qui le reçoivent change en quoi que ce soit. Il importe donc de différencier dans l'évaluation les changements symptomatiques et, d'une façon plus générale, la résolution des problèmes cliniques, des changements de qualité de vie.

Une étude économique (Gabbard et al., 1997) a analysé statistiquement dix-huit études qui évaluaient le coût par rapport à l'utilité clinique (*cost/effectiveness*). Il aboutit à la conclusion que les psychothérapies sont non seulement efficaces et avaient une utilité clinique, mais ont aussi des résultats intéressants du point de vue économique. La plupart des études citées étaient des études comparant la thérapie cognitive ou la thérapie comportementale à des groupes contrôles recevant les traitements habituels.

Généralisation de la recherche à la pratique clinique

Comme on vient de le voir, la recherche crée une situation particulière, par ses méthodes de recrutement et de sélection des sujets. Mais également, le temps et l'attention dont bénéficient les patients inclus dans ces études entraînent un impact relationnel accru par rapport à la pratique courante et donc un effet non spécifique de soutien psychologique. À quel point ces résultats sont-ils représentatifs de la clinique quotidienne ? Et s'ils sont positifs, peut-on en déduire des applications cliniques ? Une étude récente tente de répondre à cette question. Elle a reclassé des études incluses dans quinze méta-analyses des psychothérapies en fonction de leur représentativité des conditions cliniques habituelles. Ils ont abouti à la conclusion que les mêmes résultats sont obtenus sur un terrain clinique proche des conditions habituelles et dans des projets de recherche portant sur des populations de sujets très sélectionnés (Shadish et al., 1997).

Si un programme de recherche s'avère particulièrement positif dans plusieurs études contrôlées indépendantes, effectuées par des groupes de recherche indépendants et pour de nombreux patients représentant l'ensemble de la pathologie traitée, une diffusion de l'attitude de recherche dans la clinique devient utile. Comme dans les autres domaines de la connaissance, après la phase habituelle de résistance au changement, les résultats positifs de la recherche sont la pratique courante de demain.

C'est l'objet des conférences de consensus d'établir des règles générales d'indications, de contre-indications et de bonne pratique des nouveaux et des anciens traitements dans un secteur donné de la pathologie. Contrairement à ce que l'on croit souvent, il ne s'agit pas de faire la moyenne des

opinions des cliniciens, mais de faire évaluer la littérature par un groupe d'experts indépendants. La règle d'or est d'analyser la littérature d'une manière hiérarchisée. Sont prises en compte dans l'ordre : (1) les méta-analyses ; (2) les études contrôlées ; (3) les études non contrôlées. (4) En l'absence de méta-analyse et d'études contrôlées ou non, l'existence d'un consensus fort chez les professionnels concernant les traitements sera prise en compte. Le rapport coût/efficacité, la faisabilité, la sécurité, l'utilité pratique et l'amélioration de la qualité de vie apportés par les thérapeutiques à l'étude sont à prendre en compte. Les données des experts sont elles-mêmes évaluées par un jury comprenant des professionnels de santé, des statisticiens et des non-professionnels. Elles aboutissent, après discussion du jury, à un texte de consensus qui, après avis d'un second groupe d'experts, sera diffusé aux autorités sanitaires, dans la profession et les médias.

D'autres conférences, parfois faites au niveau international par correspondance, représentent un consensus d'experts, par exemple le consensus d'experts sur les traitements des troubles obsessionnels-compulsifs (*The Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive Disorder*, 1997).

Ces conférences font l'état de la question à un moment donné, et sont donc à réviser périodiquement en fonction des avancées. Elles devraient être utilisées pour fonder les politiques de santé et les pratiques cliniques sur des données aussi objectives que possible.

Conclusion

La méthode expérimentale en psychothérapie conduit vers des programmes heuristiques et novateurs dans une spécialité trop souvent régie par des croyances, des dogmes et des idéologies.

La TCC était fondée sur des preuves bien avant que Sackett, en 1996, ne définisse la médecine fondée sur des preuves comme : « l'usage conscient, explicite et judicieux, de ce qui est le mieux prouvé pour prendre des décisions en ce qui concerne les soins de chaque personne malade » (Gray, 2004). Comme on l'a vu, en France, après la publication du rapport INSERM (2004) sur les psychothérapies, apporter des preuves ne va pas sans susciter des résistances d'autant plus farouches qu'elles se fondent sur une méconnaissance délibérée de la littérature scientifique internationale et la défense d'intérêts investis.

Et je ne peux donc que citer une fois, encore, les lignes suivantes qui sont empruntées à Guy Mollet, figure emblématique du déclin de la IV^e République et :

« On nous dit que notre politique a échoué, est-ce une
raison pour y renoncer ? »

Bibliographie

- American psychiatric association. (1994). *Diagnostic and statistical manual* (Fourth Edition (DSM-IV)). Washington, D.C.: APA.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients ? A reanalysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Bernard, C. (1980). 1865 — *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier-Flammarion.
- Boissel, J. P., Blanchard, J., Panak, E., et al. (1989). Considerations for the meta-analysis of randomized clinical trials. *Summary of a panel discussion, Control Clinical Trials*, 10, 254-281.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e édition). Paris: Masson.
- Clarkin, J. F., Pilkonis, P. A., & Magruder, K. M. (1996). Psychotherapy of depression. Implications for the reform of the health care system. *Archives of General Psychiatry*, 53, 717-723.
- Cucherat, M., & Cialdella, P. (1996). La méta-analyse des essais thérapeutiques : application en psychiatrie. *L'Encéphale*, XXII, 378-387.
- Eco, U. (1982). *Le Nom de la Rose*. Paris: Grasset et Fasquelle.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy : an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Freud, S. (1961). (1917) — *Introductory lectures on psycho-analysis. Standard Edition, Introductory lectures on psycho-analysis. Standard Edition*, vol. 15. Londres: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1997). The economic impact of psychotherapy : a review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- Garfield, A. E., & Bergin, S. L. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Gray, G. E. (2004). *Evidence based psychiatry*. Arlington: American Publishing Inc.
- Hersen, M., & Barlow, D. (1976). *Single-case experimental designs*. New York: Pergamon Press.
- INSERM. (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Expertise collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.M. Thurin), INSERM. Résumé en ligne www.inserm.fr.
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of the psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies : is it true that everyone has won and all must have prizes ? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Organisation mondiale de la santé. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève, *World Health Organization*, 141-142.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research : design and tactics. In C. M. Francks (Ed.), *Behavior therapy : Appraisal and status*. New York: McGraw Hill.
- Popper, K. (1963). *Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Prioleau, L., Murdoch, M., & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-285.
- Rachman, S., & Wilson, T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.

- Shadish, R. W., Matt, G. E., Navarro, A. M., et al. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355–365.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychology*, 32, 752–760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Tiller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins: University Press.
- The Expert Consensus Panel for Obsessive-Compulsive. (1997). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 4), 3–72.
- Whittal, M. L., Agras, W. S., & Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa : a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117–135.

21 Évaluation des résultats des thérapies comportementales et cognitives

Les psychothérapies n'échappent pas à l'analyse de leur efficacité en fonction des preuves. Sinon une thérapie sera adoptée et pérennisée en fonction de l'influence universitaire, médiatique ou politique de ses promoteurs. La critique du pouvoir médical et psychologique et de ses dérives mandarinales a abouti à la constitution d'une médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) destinée à fournir des éléments de décision pour les politiques de santé et d'informations objectives pour les consommateurs et les praticiens.

Le principe en est d'analyser la littérature d'une manière hiérarchisée. On retient dans l'ordre : les méta-analyses, les études contrôlées et les études non contrôlées. En l'absence de méta-analyses et d'études contrôlées ou non contrôlées, l'existence d'un consensus fort chez les professionnels concernant les traitements est prise en compte. De toute manière, la médecine fondée sur des preuves n'est qu'un des éléments de décision clinique et politique. Actuellement, cependant, à la suite de différents scandales comme celui des transfusions de sang contaminé par le sida, les pouvoirs publics tentent de plus en plus de se guider sur des expertises indépendantes du pouvoir en place et se servent de la médecine fondée sur des preuves.

Preuves de l'efficacité des TCC

Le niveau de preuve de l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte apparaît très élevé, dans la plupart des problèmes psychopathologiques, lors de comparaison avec des groupes contrôles et/ou d'autres formes de traitement. Il est possible de leur appliquer, pour faire la synthèse d'un millier d'études contrôlées, les grades de l'ANAES (2001) qui définissent le niveau des preuves qui permettent de recommander un traitement dans une indication particulière (tableau 21.1).

Dans cette synthèse, je me guiderai sur le rapport collaboratif de l'INSERM évaluant trois thérapies (2004). Ce rapport a été rédigé de manière contradictoire par huit experts, de diverses opinions, après examen des données durant un an et demi. Il avait été demandé par deux associations de patients : l'Unafam et la FNAPSY, ainsi que par la Direction Générale de la Santé.

Tableau 21.1

Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations d'après l'ANAES (2001)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées	A – Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B – Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins	C – Faible niveau de preuve
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	

Le **tableaux 21.2**, résume l'information, fondée sur les preuves d'efficacité des TCC dans les 16 syndromes envisagés par le rapport INSERM de 2004.

Depuis ce rapport, les confirmations de ses conclusions ont continué à être publiées. Trois revues (Beck, 2005 ; Butler et al. 2006 ; Epp et al. 2009) ont présenté une analyse confirmative et nuancée des preuves d'efficacité dans les principales indications des thérapies cognitives et comportementales. Quelques études contrôlées récentes doivent être soulignées. Les troubles bipolaires traités par des normothymiques bénéficient des thérapies cognitives (Lam et al., 2005) Les thérapies cognitives préviennent la récurrence des tentatives de suicide (Brown et al., 2005). Une méta analyse a confirmé l'efficacité de la TCC dans les phobie simples (Wolitzky-Taylor et al., 2007) et une autre dans le stress post-traumatique (Bradley et al., 2005). Il en va de même pour les abus de substance (APA, 2006).

Données comparatives récentes sur les troubles de la personnalité

Il existe trois formes de TCC dont l'efficacité est validée dans le trouble de la personnalité borderline. Ce sont la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie par résolution de problème (Blum et al., 2008) qui est proche de la TCD, et la thérapie cognitive.

Tableau 21.2**Rapport INSERM : trois thérapies évaluées (2004)**

Niveaux de preuves d'efficacité des trois approches psychothérapeutiques examinées chez l'adulte*	
Grade A=1 : efficacité prouvée ; Grade B=2 : présomptions d'efficacité	
	Efficacité établie (1) ou présomption d'efficacité (2)
Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments	Thérapie psycho éducative familiale sur taux de rechute à 2 ans (1)
Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments	Approche psycho éducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d'habileté sociale, gestion des émotions) (1)
Dépression hospitalisée sous antidépresseurs	Approche TCC (1)
Trouble bipolaire avec médicaments	Approche psycho éducative familiale (conjugale) et approche TCC (2)
Dépression moyenne	Approche TCC et thérapie interpersonnelle (1)
Trouble panique	Approche TCC (1). Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2)
Stress post-traumatique	Approche TCC (dont EMDR) (1) Approche psychodynamique brève (2)
Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies)	Approche TCC (1)
Boulimie	Approche TCC (1)
Anorexie	Thérapies familiales chez les patients jeunes (2) ; approche TCC pour la prévention des rechutes (2)
Troubles de la personnalité	Approche psychodynamique (1). Approche TCC (1)
Alcool dépendance	Thérapie familiale et approche TCC dans le maintien de l'abstinence (1)

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale ; EMDR : *Eye movement desensitization and reprocessing*. Thérapie psychodynamique brève : thérapie d'orientation psychanalytique brève. Thérapie interpersonnelle : thérapie brève orientée sur la modification des interactions sociales

*Ce travail de synthèse n'est pas isolé et l'on peut en trouver une confirmation dans les rapports de l'ANAES et de l'HAS, les autres rapports de l'INSERM ou les recommandations publiées périodiquement par l'*American Psychiatric Association* (APA). Une autre source de données particulièrement rigoureuses est Cochrane qui est une banque de données en ligne sur l'évaluation : COCHRANE ORGANISATION : <http://www.cochrane.org/>

On trouve aussi des informations fiables et dans les rapports du Department of Health, du NICE (National Institute for Clinical Excellence), ou Health Technology Assessment (HTA) tous deux sur des sites britanniques. Tous ces organismes ont des sites Internet faciles à atteindre en tapant simplement leur nom

La TCD est à ce jour la thérapie la mieux validée dans le trouble de personnalité borderline avec cinq études contrôlées favorables et de bonnes qualités (Linehan et al., 2006). Une comparaison de la TCD avec la thérapie analytique et la thérapie de soutien a été effectuée : elle a montré que les

trois thérapies apportaient des résultats positifs. Mais la TCD et la thérapie analytique sont plus *efficaces* que la thérapie de soutien sur le risque suicidaire (Clarkin et al., 2007). Une autre étude a comparé la TCD à une thérapie dite de « gestion psychiatrique générale » d'inspiration psychanalytique dans le trouble de personnalité borderline (McMain et al., 2009) : à un an de suivi, les deux méthodes ont des résultats équivalents. *Mais il est surprenant de noter qu'elles possèdent un très fort recoupement technique.* En effet, cinq des neuf techniques utilisées en « gestion psychiatrique générale » sont les mêmes qu'en TCD : la psycho-éducation au sujet de la personnalité borderline, la relation d'aide, la focalisation sur l'ici et le maintenant, l'empathie et la validation des sentiments du patient, ainsi que la focalisation sur les émotions. Dans les deux groupes, les patients étaient encouragés à prendre des médicaments pour stabiliser leur humeur et diminuer leur impulsivité.

Cette étude reflète une tendance générale des thérapies psychanalytiques à emprunter aux TCC un nombre considérable de techniques aussi bien pour traiter les troubles de la personnalité que la dépression. Inversement, les TCC – en particulier les thérapies cognitives – ont intégré un certain nombre de méthodes qui viennent aussi bien de la thérapie analytique, que des thérapies humanistes comme la Gestalt-thérapie et l'analyse transactionnelle : c'est le cas de la thérapie des schémas de Young (2005).

Les travaux les plus récents concernant la thérapie cognitive ont montré son efficacité dans le trouble de personnalité borderline lors de trois études comparatives : elle s'est révélée supérieure à la thérapie psychanalytique (Giesen-Bloo et al., 2006), le traitement habituel (Davidson et al., 2006) et la thérapie de soutien selon Carl Rogers (Cottraux et al., 2009).

En revanche, il n'existe qu'une seule étude comparative clairement positive de la thérapie psychanalytique dans la personnalité borderline. Elle a été effectuée avec la thérapie dite de « mentalisation » qui est une thérapie psychanalytique associée à des hospitalisations. Celle-ci apparaît meilleure que le traitement habituel à un suivi de huit ans. (Bateman et Fonagy, 2008). En revanche, dans une autre étude, la thérapie psychanalytique de mentalisation s'est révélée inférieure à l'« approche structurée de gestion » qui s'inspirait manifestement des techniques de TCC (Bateman et Fonagy, 2009).

En ce qui concerne les autres troubles de la personnalité, la thérapie cognitive fait jeu égal avec la thérapie psychanalytique dans les troubles de personnalité anxieuse et peureuse (Svartberg et al., 2004). Dans la personnalité évitante, la thérapie cognitive apparaît supérieure à la thérapie psychanalytique, lors un essai contrôlé ; de plus la thérapie psychanalytique n'avait pas de meilleur résultat que le groupe placebo (Emmelkamp et al., 2006).

Conclusion : la place des TCC dans la psychothérapie

Si l'on reprend les données du rapport de l'INSERM (2004), et les résultats récents des études contrôlées, les conclusions suivantes s'imposent.

Pour les troubles examinés chez l'enfant et l'adulte dans le rapport INSERM, les TCC ont fait preuve d'efficacité (grade A) pour la grande majorité (quinze troubles sur seize) ; les thérapies familiales sont efficaces pour cinq troubles sur seize ; les thérapies psychanalytiques ont fait preuve d'efficacité pour un trouble sur seize : les troubles de la personnalité. Ce résultat confirme celui d'un rapport antérieur de l'Association psychanalytique internationale (IPA), rédigé par un groupe de psychanalystes (Fonagy et al., 1999). Le bilan dressé par ce rapport était pessimiste en ce qui concerne l'efficacité de la psychanalyse et même des thérapies psychanalytiques brèves, sauf dans le domaine des troubles de la personnalité.

En revanche, les TCC ont une supériorité nette en comparaison aux diverses formes de psychothérapies, même pour les cas où ces dernières sont efficaces ; les thérapies psychanalytiques ne sont supérieures en termes d'efficacité à aucune autre thérapie pour les troubles examinés.

L'expertise INSERM a également examiné la possibilité que les TCC puissent aboutir à des gains thérapeutiques importants mais « superficiels » qui seraient caractérisés par une durée plus limitée des bénéfices par rapport aux autres approches, ou par une « substitution de symptômes ». Ce qui signifierait que l'amélioration du syndrome se serait accompagnée de l'émergence de nouveaux symptômes.

Ces critiques sont avancées par certains psychanalystes. Contrairement à cette opinion, les résultats de l'INSERM montrent que la supériorité des TCC se maintient des mois et des années suivant la thérapie. Pour certains troubles, la période de suivi dure jusqu'à six ans. De plus, *aucune* des mille études scientifiques examinées n'a constaté un déplacement, ou une substitution, des symptômes pour les TCC ou les autres formes de psychothérapie.

Il a, également, été démontré dans certaines études, dont des études françaises, que les TCC avaient des effets positifs sur la personnalité et la qualité de vie. Les troubles de personnalité font aussi partie de ceux pour lesquels TCC ont reçu de l'INSERM le grade A. Cela va à l'encontre de l'idée selon laquelle les TCC n'ont qu'une action superficielle. Elles sont actuellement les thérapies dont l'efficacité est la mieux prouvée dans le domaine des troubles de la personnalité, en particulier borderline, comme le montrent les études et les méta-analyses rapportées dans ce chapitre. Ces thérapies sont donc clairement les plus efficaces pour la majorité des troubles.

Les travaux effectués entre 2004 et 2010, en particulier dans le domaine des troubles de la personnalité, des phobies spécifiques et des troubles unipolaires et bipolaires, et du stress post-traumatique confirment cette supériorité.

Malgré cette accumulation de preuves, qui est loin d'être récente, un développement plus large des TCC reste encore à faire dans notre pays, où leur demande excède largement l'offre. On doit cependant souligner une prise de position récente des pouvoirs publics en faveur de la prise en charge des enfants autistes par les méthodes comportementale en particulier la méthode ABA (Applied Behavioral Analysis). Pourtant les preuves d'efficacité

de cette méthode ne dataient pas d'hier (Loovas, 1987). Et il a fallu un effort soutenu des associations de parents d'enfants autistes pour obtenir cette prise en compte.

Parmi les limitations dans la pratique des TCC, la principale est l'absence de formation des psychologues dans ce domaine. Contrairement à tous les autres pays développés, ce sont les psychiatres et les facultés de médecine qui ont implanté les TCC en France. On peut souhaiter que les facultés de psychologie prennent enfin en main ce problème. Un changement se fait jour, qui pourrait rapidement se radicaliser par une prise en main des TCC par les psychologues, du fait de la diminution du nombre de psychiatres.

En outre, comme en Suisse ou en Belgique, les psychothérapeutes, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou généralistes, devraient être payés non pas à l'acte, mais au temps passé avec les patients, et les patients remboursés par le tiers payant sur la base de cette durée. Cela faciliterait la mise en place des psychothérapies et pas seulement des TCC. En effet, la principale plainte des associations de patients, outre la difficulté de trouver un thérapeute, est la brièveté du temps passé avec eux, toutes écoles psychothérapeutiques confondues.

Le titre de psychothérapeute ne sera maintenant accordé qu'à des professionnels de santé dûment formés à la psychopathologie par l'université et/ou des structures privées dont la valeur est reconnue par le ministère de la Santé. La loi définissant les conditions pour obtenir le titre de psychothérapeute a été votée par le parlement en 2004, mais n'a été promulguée que le 20 mai 2010. Il s'agit d'une loi qui précise la nécessité de connaître la psychopathologie de, mais ne définit pas la formation pratique du psychothérapeute à une méthode spécifique de psychothérapie.

Le *titre de psychothérapeute* est décerné par les commissions régionales à ceux qui en font la demande : il est donc le résultat d'une démarche volontaire chez les psychiatres, psychologues, psychanalystes (inscrits sur des listes de société) et les autres professionnels de santé. Pour chacune de ces quatre catégories est précisée la formation requise en psychopathologie, les psychiatres n'ayant aucun complément de formation à faire : ce qui peut sembler, avec raison, injuste aux psychologues.

Cette loi représente cependant un progrès, car elle met fin à l'usage charlatanesque ou sectaire du titre de psychothérapeute. À court terme elle ouvre la voie au remboursement des psychothérapies, et à une meilleure qualité des soins psychologiques.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2006). *Practice Guidelines For The Treatment Of Patients With Substance Abuse Disorders* (Second Edition). Washington, DC: APA.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder : mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy : a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder : a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468–478.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., et al. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Brown, G. K., Tenhave, T., Henriques, G. R., et al. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563–570.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy : a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder : a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- COCHRANE ORGANISATION : <http://www.cochrane.org/>
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., et al. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive therapy in borderline personality disorder : a two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder : results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450–465.
- Department of Health. *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based practice guideline*. London, February 2001. www.doh.gov.uk/mental-health/treatmentguideline.
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60–64.
- Epp, A. M., Dobson, K. S., & Cottraux, J. (2009). Applications of Cognitive-Behavioral Therapy to specific disorders. Efficacy and indications. In G. O. Gabbard (Ed.), *Psychotherapeutic treatments* (pp. 239–262). American Psychiatric Publishing.
- Fonagy P. et al. IPA, 1999 « An open door review of outcome studies in psychoanalysis ». Internet : <http://www.ipa.org.uk>, puis “research”.
- Giesen-Bloo, J., et al. (2006). An Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- INSERM. (2004). Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.M. Thurin). INSERM. Résumé en ligne www.inserm.fr.
- Lam, D., Hayward, P. T., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder : cognitive therapy outcome after two years. *Archives of General Psychiatry*, 62, 324–329.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.

- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 55, 3–9.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810–817.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021–1037.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Louvain-la-Neuve: De Boek.

Index

A

Accommodation, 53
ACT (*Acceptation and Commitment Therapy*), 32
Affect, 5, 60, 88
Affirmation de soi, 145
Agoraphobie, 74, 135
Alcoolisme, 310
Analyse fonctionnelle, 107
Anéjaculation, 255
Anorexie mentale, 323
Anorgasmie chez la femme, 252
Apprentissage, 41
– vicariant par imitation, 101
– viscéral par conditionnement opérant, 46
Assertivité, 145
Assimilation, 53
Attaque de panique, 135
Attente d'efficacité et de résultats, 50, 103
Attribution-réattribution, 85
Autocontrôle, 52, 102
Auto-évaluation, 120
Aversion, 98

B

BASIC IDEA, 111
Behaviorisme, 27
Biofeedback, 47, 320
– principe de rétroaction biologique, 101
Borderline, 219, 225
Boulimie, 323

C

Céphalée de tension musculaire, 322
Changement, 7, 8
Cognitions, 4
Cognitivisme, 31, 52, 75, 80, 86, 103, 141, 152, 172, 173, 206, 263, 277
Comportement, 3
Comportementalisme, 26
Conditionnement classique, 26, 41

Consultation-liaison, 325
Contre-conditionnement, 93, 125
Contrôle, 100
Couple, 257
– thérapie de, 258
Coût de la réponse, 98

D

Dépression, 84, 212
Désensibilisation, 125
Désir, 255
Deuil pathologique, 213
Discrimination, 96, 97
Distorsion cognitive, 76
Douleur, 322

E

Échantillonnage de temps, 117
Échelle d'évaluation, 120
Économies de jetons, 273
Éjaculation prématurée, 251
EMDR, 193, 199, 201, 351
Émotions, 5
Enfant, 287
Entraînement à la communication, 275
Évaluation
– des psychothérapies, 335
– des résultats des thérapies comportementales et cognitives, 349
Exposition, 93
Extinction, 97

F

Façonnement progressif (*shaping*), 96
Fidélité inter-juge, 118
Flooding, 104
Formation
– aux TCC, 19
– des parents, 289

G

Généralisation, 96

Les psychothérapies comportementales et cognitives

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Gestion du stress, 293
Grille SECCA (analyse fonctionnelle), 112

H

Habituation, 93
Helplessness, 85
Hypertension, 31, 320

I

Imagerie mentale, 264
Imitation de modèle, 49, 101
Impuissance, 252
Inconscient, 57
Incontinence, 320
Inhibition réciproque, 93
Inoculation du stress, 196
Isolement par rapport au renforcement (*time out*), 98

J

Jeu de rôle, 148

L

Liberté, 51

M

Médecine comportementale, 31, 309
Mesure, 339
Méta-analyse
– des psychothérapies, 349
– des résultats des
psychothérapies, 341
Méthodologie, 336
Migraine, 322
Mindfulness, 32, 33
Modèle interactionnel, 49
Modeling, 104
Modification cognitive, 103
Monologue intérieur, 206

O

Obésité, 325
Obsession, 172
Obsession-compulsion, 79

P

Pensée automatique, 158, 208
Personnalité, 217
Phobie, 73, 125, 145
Préparation (des phobies), 73
Prévention de la réponse ritualisée, 169

Principe de Premack, 95
Procédure en chaîne, 96
Processus cognitif, 87
Programme de renforcement, 98
Protocoles de cas individuels, 337
Psychanalyse, 340
Psychopathologie et éducation
de l'enfant et de l'adolescent, 287
Psychothérapie psychanalytique, 29

R

Réalité virtuelle, 33, 34, 104, 131-133,
168, 193, 200, 201
Réhabilitation, 273
Renforçateur, 44, 95
Renforcement, 95
Réponses couvertes et ouvertes, 27
Résolution de problème, 303

S

Schéma cognitif, 86
Schizophrénie, 89, 273
Sensibilisation interne, 265
Sexothérapie, 247
Stimulus, 41
Stress
– gestion du, 297
– post-traumatique, 81, 189

T

Tabagisme, 310
Technique cognitive, 141
Théorie cognitive, 52
Thérapie
– cognitive, 172
– comportementale de couple, 259
– de pleine conscience, 32, 33
– des schémas, 68, 240, 352
– motivationnelle, 8
– psychanalytique, 336, 342
Toxicomanie, 316
Traitement de l'information, 52
Trouble
– anxieux généralisé (TAG), 181
– obsessionnel-compulsif (TOC), 169
Type A (schème comportemental), 309

V

Vaginisme, 253
Vidéo, 276

