Thérapies Comportementales et Cognitives

Tout le catalogue sur
www.dunod.com

DUNOD
ÉDITEUR DE SAVOIRS

Frédéric **Chapelle** • Benoît **Monié**
Rollon **Poinsot** • Stéphane **Rusinek**
Marc **Willard**

AIDE-MÉMOIRE

Thérapies Comportementales et Cognitives

en 37 notions

2e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, 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 toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

© Dunod, 2014
Dunod, 2011, pour la 1re édition

5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-059256-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Avant-propos XIII

1 THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) : PRÉSENTATION 1
De la psychanalyse à la psychologie experimentale 1
Vers une approche comportementale et cognitive 3
Extension des indications de la TCC 5

2 DÉROULEMENT D'UNE PRISE EN CHARGE 6
Structure de la psychothérapie 6
Premiers entretiens 8

3 LOIS DU CONDITIONNEMENT 10
Conditionnement classique/pavlovien/répondant 10
Loi de l'effet 12
Conditionnement opérant/skinnérien/instrumental 14

4 CONDITIONNEMENT SOCIAL ET SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ 16

5 CIM/DSM 21
Classification internationale des maladies (CIM) 22
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 25

6 ANALYSE FONCTIONNELLE 30

L'analyse fonctionnelle, étape de l'approche expérimentale appliquée à la clinique 30

L'analyse fonctionnelle, modélisation du cas particulier du patient 33

Modèle SORC (Situation-Organisme-Réponse-Conséquence), 33 • Modèle BASIC IDEA, 34 • Grille SECCA (Situation-Émotion-Cognition-Comportement-Anticipation), 35

7 TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC) 38

Définition 39

Aspects cliniques 39

Psychothérapie comportementale et cognitive 42

Évaluation psychométrique, 42 • Prise en charge en thérapie comportementale, 42 • Prise en charge en thérapie cognitive, 44

Traitements 45

8 TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE) 47

Définition 47

Aspects cliniques 48

Psychothérapie comportementale et cognitive 49

Évaluation psychométrique, 49 • Prise en charge en thérapie comportementale, 50 • Prise en charge en thérapie cognitive, 51 • L'affirmation de soi, 53

Traitements médicamenteux 53

9 PHOBIES SPÉCIFIQUES 55

Définition 56

Aspects cliniques 56

Psychothérapie comportementale et cognitive 57

Évaluation psychométrique, 57 • Prise en charge en thérapie comportementale, 58 • Prise en charge en thérapie cognitive, 59

Traitements médicamenteux 60

10 TROUBLE PANIQUE ET/OU AGORAPHOBIE 62

Définition 63

Attaque de panique, 63 • Trouble panique, 63 • Agoraphobie, 64

Aspects cliniques 64
Psychothérapie comportementale et cognitive 65
Évaluation psychométrique, 65 • Prise en charge en thérapie comportementale, 65 • Prise en charge en thérapie cognitive, 67 • Techniques de relaxation, 69
Traitement médicamenteux 70

11 TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ 72
Définition 72
Aspects cliniques 73
Psychothérapie comportementale et cognitive 75
Évaluation psychométrique, 75 • Prise en charge en thérapie comportementale et associée, 75 • Prise en charge en thérapie cognitive, 77
Traitement médicamenteux 80

12 DÉPRESSION 82
Risque suicidaire 85
Modèles comportementaux et cognitifs de la dépression 86
Généralités sur les prises en charge de la dépression 87
Les TCC dans la prise en charge de la dépression 88
Évaluation de l'efficacité 90

13 SCHIZOPHRÉNIE 93
Sémiologie 93
Signes positifs, 94 • Signes négatifs, 94 • Désorganisation du cours de la pensée, 94
Traitement 95
Thérapies comportementales 95
Économie de jetons, 95 • Entraînement aux habiletés sociales, 96
Thérapies cognitives 96
Hallucinations, 96 • Délire, 97

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

14 TROUBLE BIPOLAIRE 99
Clinique 100
L'épisode maniaque, 100 • L'épisode dépressif, 100 • Formes cliniques, 101
Programmes de TCC 101
Programme individuel : Basco et Ruch, 101 • Programme collectif : LAM, 102
Carnet de suivi de l'humeur 103
Life shart 103
Gestion des épisodes maniaques 103
Gestion des épisodes depressifs 104
Aspects sociaux 104
Évaluation 104

15 STRESS ET GESTION DU STRESS 106
Qu'est-ce que le stress ? 106
À quoi correspond le stress ? 107
Comment le stress agit-il concrètement ? 108
Action du stress au niveau corporel, 108 • Action du stress au niveau cognitif, 109
Quels sont les stresseurs ? 110
Gérer son stress 111
Dans quel but ?, 111 • Comment faire ?, 112 • Gérer ses relations, 114
Programmes de gestion du stress 116

16 INSOMNIE 118
Physiologie 118
Classification 119
Diagnostic 120
Traitement 120
Hygiène du sommeil, 121 • Contrôle du stimulus, 121 • Restriction du temps de sommeil, 122 • Relaxation, 122 • Thérapie cognitive, 122 • Traitement pharmacologique, 123

17 DOULEUR CHRONIQUE 124
Prise en charge de la douleur chronique par la TCC 124

Les trois étapes de l'analyse fonctionnelle 126
Élaborer un modèle d'impact de la douleur 129
Les objectifs 131

18 PERSONNALITÉ 133
Le concept de personnalité 133
Quelle définition à la personnalité ? 134
Les personnalités pathologiques 137
Les personnalités en TCC 140
Les thérapies de la personnalité 143

19 SCHÉMAS ET THÉRAPIES DES SCHÉMAS 146
Développement théorique de la notion de schémas 146
Modes de prise en charge 153
Outils d'évaluation 155

20 TROUBLES SEXUELS 160
Prise en charge 161
Évaluation 163
Indications spécifiques 164
Éjaculation rapide, 164 • *Dysfonction érectile, 164* • *Dyspareunie et vaginisme, 165*

21 EXPOSITION 166
Exposition comportementale graduelle 167
Désensibilisation systématique 169
Autres techniques d'exposition comportementales 170
Exposition cognitive 171

22 AFFIRMATION DE SOI 174
Qu'est-ce que l'affirmation de soi ? 175
Définitions, 175
Comment développer l'affirmation de soi ? 176
Jeu de rôle, 176 • *Mise en place du jeu de rôle, 177* • *Premier essai, 178* • *Second essai avec les variantes, 179* • *Groupe versus individuel, 180*
À qui s'adresse l'affirmation de soi ? 180

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

23 RELAXATION 181
Qu'est-ce que la relaxation ? 181
Historique 182
Effets physiologiques de la relaxation, 182 • *Neurophysiologie, 183*
Les deux relaxations pionnières 184
Le Training autogène de Schultz, 184 • *La relaxation progressive de Jacobson, 189*

24 THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE 192
Mindfulness ou pleine conscience 193
Approches cliniques TCC incluant la *Mindfulness* 194
Thérapie comportementale dialectique : DBT (Dialectal Behavior Therapy), 194 • *Thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT (Acceptance and Commitment Therapy), 194*
Approches cliniques *basées* sur la *Mindfulness* 195
Gestion du stress basée sur la pleine conscience : MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), 195 • *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), 195*
Intérêts de la pleine conscience 198
Le mode faire et le mode être, 199
Efficacité de la pleine conscience 201

25 ACT 205
D'où vient ACT ? 206
Rester présent, 207 • *L'acceptation, 207* • *La défusion, 208* • *Soi comme contexte, 208* • *Le contact avec l'instant présent, 208* • *Les valeurs, 208* • *L'action, 209*
Flexibilité psychologique 210

26 COHÉRENCE CARDIAQUE 212
Présentation 212
Méthode 214
Applications 216
Quelques résultats sur des études récentes 216

27 RESTRUCTURATION COGNITIVE 218
Modèle cognitif 219
Traitement 220
Identifier, 220 • Modifier, 221

28 RÉSOLUTION DE PROBLÈMES 224
Trois concepts importants 225
Applications cliniques de la résolution de problèmes 226

29 ENTRETIENS DE MOTIVATION 229
Stades de changement 230
Étapes des entretiens de motivation 232
Stratégies générales de l'approche motivationnelle 232
Techniques motivationnelles 234

30 REMÉDIATION COGNITIVE 235

31 PSYCHOÉDUCATION 239
Les fondements de la psychoéducation 239
Les différentes étapes de la psychoéducation 242

32 ANXIOLYTIQUES 249
Anxiolytiques et TCC 251
Sevrage 251

33 ANTIDÉPRESSEURS 254
Mécanismes d'action 255
Indications 256
Dépression, 256 • Trouble obsessionnel et compulsif, 257 • Trouble panique et/ou agoraphobie, 257 • Trouble anxiété généralisée, 258 • État de stress post-traumatique, 258 • Anxiété sociale, 258 • Autres indications, 258
Efficacité 259
Effets indésirables 259

34 ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE 263
Définition et historique 263

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Construction de l'alliance 265

Notion de climat de confiance, 265 • L'empathie ou la relation empathique, 266 • Rester empathique : tout un programme, 267 • Deux phases d'alliance, 268 • Technique utilisée pour établir un rapport collaboratif ?, 271

35 TESTS ET PSYCHOMÉTRIE 273

36 PRINCIPES DES ÉVALUATIONS EN TCC 279

37 ESPRIT SCIENTIFIQUE ET PROTOCOLES À CAS UNIQUE 286

Adresses utiles 299

Avant-propos

UN LIVRE de plus sur les thérapies comportementales et cognitives... Alors qu'il y a encore vingt ans, ces thérapies avaient difficilement accès à la diffusion, qu'elles étaient parfois décriées, depuis quelques années de nombreux ouvrages leur sont consacrés. Sans doute cela est-il dû à une évolution des modes de pensées de la société en demande de soin, mais aussi des thérapeutes eux-mêmes.

Les TCC (les thérapeutes formés aux TCC en vérité) ont su faire preuve de leur efficacité dans de nombreux domaines de la psychiatrie, elles ont su s'imposer comme pratiques validées empiriquement, elles ont su se forger une image positive chez Monsieur *Tout-Le-Monde*, elles ont su trouver une place privilégiée dans l'ensemble des pratiques et sont aujourd'hui largement prescrites et demandées. Ceci expliquant cela, les ouvrages tant généraux que spécifiques concernant les TCC sont aujourd'hui monnaie courante. La plupart des troubles et leur approche par les TCC sont illustrés par l'un d'eux. La plupart des techniques des TCC sont expliquées dans un autre. Les ouvrages qui leur sont consacrés s'adressent aussi bien au public averti, de professionnels formés et les utilisant quotidiennement, qu'au patient en recherche de réponses simples à ses questions et d'exercices qu'il puisse s'auto-administrer.

Alors, pourquoi un livre de plus ? D'autant que celui que nous vous présentons, n'est ni général, ni spécifique, et qu'il ne s'adresse directement, ni au spécialiste chevronné en TCC, ni au thérapeute en formation. Sans doute pour répondre à un besoin, un besoin que nous ressentions nous-mêmes. Ce besoin est celui d'un ouvrage qui permette sans avoir à lire des pages de théorie, d'arriver à l'essentiel

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de la description d'un concept utile en TCC, sans pour autant ne pas en donner qu'une définition de dictionnaire. Un ouvrage qui permette de se remettre en tête de la théorie et de la pratique rapidement quand le besoin s'en fait sentir. Un ouvrage qui serait utile au thérapeute en formation, comme au thérapeute aguerri. Un ouvrage qui évite le « comment vous dire » parfois laborieux.

C'est donc à ce besoin auquel, humblement – car il paraît impossible d'y répondre pleinement – nous avons tenté de répondre avec cet *Aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*.

Nous avons voulu écrire un recueil de fiches que l'on peut lire indépendamment les unes des autres, dans un ordre dépendant des envies et des besoins de chacun. Dans chacune de ces fiches, dont certaines sont plus théoriques, d'autres plus pratiques en fonction de leur thème, nous avons voulu développer des notions utiles à celui qui se forme comme à celui qui est formé et qui a besoin de piqûres de rappel. Nous avons aussi voulu développer plus avant certains concepts. Nous avons enfin voulu donner des pistes de réflexion et des pistes quant à la pratique. Nous espérons y être en partie parvenus.

Vous pouvez donc lire ce livre au gré de vos besoins ou de vos envies, sans vous soucier de l'ordre des fiches.

Bonne lecture !

Les auteurs

1

Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) : présentation

Stéphane Rusinek, Frédéric Chapelle

Le XXe siècle marque un tournant dans les réflexions des mondes de la psychiatrie et de la psychologie avec l'émergence des psychothérapies organisées sous de grands dogmes. La page se tourne pour les aliénistes, et c'est, inspiré par les travaux, en partie d'écoles françaises, comme celle de Charcot, Janet ou Bernheim, que Freud et ses disciples vont fortement marquer la conception générale de la psychothérapie. La psychanalyse va alors dominer fortement les modes de prise en charge pour l'ensemble des troubles, et ceci durant près d'un demi-siècle. Dans le même temps, d'autres approches très scientifiques se développent, comme outre-Atlantique les approches comportementales inspirées des travaux de Watson et de Pavlov.

De la psychanalyse à la psychologie experimentale

Au début du XXe siècle, la psychanalyse offrait à ceux qui pouvaient se le permettre financièrement, des traitements à long terme fondés

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sur la recherche des racines enfantines des troubles psychiatriques. Dans les services de santé, de nombreux praticiens ne se satisfaisaient pas d'une telle approche et de ses méthodes, en grande partie parce qu'elle n'était pas adaptée aux besoins et aux problèmes de santé publique. Les patients, souvent sans moyens, ne faisaient que de courts séjours dans des services bondés et inadaptés. Des thérapies de groupes, des thérapies à court terme avec la même approche psychanalytique, vont alors se développer mais avec finalement peu d'impact. En effet, la demande était importante et l'action n'étant pas rapidement efficace, elle ne permettait pas de résoudre réellement les problèmes et les souffrances. Elle permettait au mieux, dans les cadres définis, de les comprendre. Alors que de nombreux patients affirmaient que la psychanalyse les avait aidés, les psychanalystes se refusaient à l'évaluation et à l'expérimentation de leur approche. Ils ne démontraient ni l'efficacité, ni l'utilité de leur mode de prise en charge.

C'est dans ce contexte qu'à la fin de la première partie du XXe siècle, un ensemble de techniques basées sur une approche expérimentale de la psychologie se sont développées. Cette approche a été rapidement adoptée par des psychiatres et psychologues qui ne se revendiquaient pas du courant psychanalytique. En opposition à la psychanalyse, cette psychologie scientifique se définissait comme l'étude du comportement et elle s'est développée sous l'appellation de « thérapie comportementale ». Dans le but d'une prise en charge rapide, utile et efficace en santé publique, ces techniques cherchaient à éliminer les symptômes et non à identifier les causes inconscientes des troubles, invérifiables par essence. En second lieu, ces thérapies se basaient de manière presque exclusive sur le prolongement des découvertes concernant les lois du conditionnement. Cela les rendait testables expérimentalement. Elles se rapprochaient ainsi de la perspective et des méthodes d'autres sciences s'intéressant à l'humain comme la médecine et la biologie. Dans de nombreux cas, l'efficacité de ces techniques a pu être démontrée. C'est le cas des prises en charge de diverses phobies qui ne se prêtaient pas aux approches plus classiques. L'usage des bases conceptuelles de l'apprentissage a permis à la fois la compréhension et une première possibilité de guérison par ces

nouvelles thérapies. L'idée n'est plus de chercher une cause à un type de trouble – puisqu'il est clair qu'ils s'acquièrent en partie par conditionnement –, mais de chercher un déconditionnement. Ainsi, la thérapie ne se fait plus, par exemple, sur les raisons de la peur d'un enfant face à l'eau, mais sur l'accompagnement dans la découverte de cet élément, avec le recours à des techniques telles que le *modeling* et l'exposition (aller à la piscine avec lui, lui faire mettre un pied dans l'eau, et quand il sait le faire, mettre un autre pied, jusqu'à ce qu'avec le moins d'anxiété possible il y rentre entièrement). Ces exemples montrent aussi que le bon sens peut rejoindre la prise en charge, et, c'est avant tout par observation de *ce qui marche* avec une réflexion sur ces observations qu'à l'époque, les psychothérapeutes élaborèrent des méthodes de soins novatrices. Ce *qui marche* existe et a été appliqué bien longtemps avant les premiers travaux sur le conditionnement. Une mère sait depuis toujours qu'une tape sur la main fera que son enfant ne touchera pas à ce qu'il n'a pas le droit de toucher, comme une grand-mère sait qu'un bonbon donné au bon moment à son petit-fils pourra avoir un effet renforçateur. Seulement, les mères et grands-mères font parfois des erreurs car elles ne prennent pas toujours en compte le véritable statut des punitions et récompenses, alors que le thérapeute comportementaliste sait le faire, et en connaît toutes les conséquences. C'est pourquoi les thérapies comportementales et cognitives sont souvent considérées comme les thérapies du bon sens, mais un bon sens appliqué avec raison, connaissance et méthode.

Vers une approche comportementale et cognitive

Cependant, cet ensemble de techniques comportementales n'était pas satisfaisant pour un certain nombre de thérapeutes. Certains critiquaient le fait que des recherches expérimentales sur des animaux comme les rats, les chiens et les pigeons servent d'application à l'être humain. C'est ainsi que certains firent l'amalgame à une sorte d'élevage, par le fait même de l'utilisation du conditionnement. Les thérapies ne pouvaient se développer en ne tenant compte que des comportements, il était nécessaire d'ajouter deux composantes essentielles de l'homme : les émotions et les pensées. Celles-ci n'étaient pas mises en avant alors

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

qu'elles sont la source principale des plaintes, qu'elles en composent la souffrance. Retenons d'ailleurs que ces techniques comportementales ne se prêtaient guère au traitement de la dépression qui se définit essentiellement par des ruminations négatives d'événements passés et des projections catastrophiques dans le futur. Les avancées de la science ont permis de voir émerger d'autres solutions. Des chercheurs comme Bandura ont pu montrer que le conditionnement était compréhensible comme une action des contingences sociales, des habitudes, des traditions, de notre culture même. Les théories du traitement de l'information, inspirées en partie par l'avènement de l'informatique et par l'avancée des neurosciences, ont montré que le comportement ne peut pas être compris sans l'intervention d'une forme d'activité cérébrale dont la traduction la plus visible est le fait que nous pensions. Ajouter la pensée aux techniques comportementales permettait une avancée dans la compréhension des troubles et dans leur prise en charge, d'autant qu'avec la pensée, naturellement, s'insère l'émotion. Dans les années soixante, des thérapeutes comme Ellis, ont proposé alors de centrer les techniques sur les émotions, leur expression et leur utilisation en psychothérapie. D'autre comme Beck, ont centré leur intervention sur la pensée elle-même et ses dysfonctionnements. Aaron Beck a proposé des thérapies efficaces pour traiter les troubles comme la dépression ou des troubles réfractaires aux autres approches. C'est le début des thérapies cognitives, inspirées des recherches en psychologie cognitive.

À la fin des années 1970, ces thérapies sont regroupées sous un même vocable, celui des « thérapies comportementales et cognitives ». Leur point commun était d'être issues d'approches scientifiques et expérimentales permettant en un seul modèle la compréhension du patient, de son fonctionnement, des possibilités de prises en charge. Un modèle qui s'appuie sur une intégration de l'environnement, des pensées, des émotions et des comportements. L'idée d'alors, et qui perdure, était simplement que de manière logique, voire naturelle, toute réaction humaine, qu'elle soit liée à un fonctionnement pathologique ou non, ne puisse être comprise sans considérer ces différentes variables et leur interaction. Ainsi, la triade émotions/cognitions/comportements, base des thérapies cognitives et comportementales, était définie.

Extension des indications de la TCC

Cette approche cognitivo-comportementale s'est très vite répandue dans le monde (sans doute un peu moins en vite en France pour des raisons historiques), en raison de son efficacité validée par des études scientifiques. Il a été démontré maintes fois qu'elle permettait une prise en charge relativement rapide et efficace des patients et que leurs rechutes étaient moins probables que celles de patients traitées par d'autres approches ou d'autres modes de prises en charge (comme celles qui ne consistaient qu'à l'administration de psychotropes par exemple). Par la suite, cette efficacité a été démontrée pour un ensemble de troubles de plus en plus important au fur et à mesure des recherches et du développement des techniques cognitivo-comportementales. Il ne restait, et ne reste guère, que les atteintes psychiatriques les plus graves et les atteintes neuro-dégénératives pour lesquelles les thérapies cognitives et comportementales en elles-mêmes ne sont pas suffisamment efficaces. Cependant, comme des comportements et des pensées pouvant être problématiques sont associés à ces troubles spécifiques, les méthodes cognitivo-comportementales ont permis d'apporter des réponses efficaces, si ce n'est pour une guérison, tout au moins pour une remédiation.

Les thérapies cognitives et comportementales sont aujourd'hui assez structurées pour pouvoir comprendre et répondre à des troubles bien identifiés. Des traitements spécifiques existent maintenant pour traiter l'anxiété, la dépression, les attaques de paniques, les troubles de la personnalité... Les avancées des thérapies comportementales et cognitives permettent aussi de prendre en charge plus que les troubles *classiques*, et les thérapeutes TCCistes (comme ils se reconnaissent entre eux) sont quotidiennement sollicités pour traiter la boulimie, l'anorexie, le jeu compulsif, ou aujourd'hui les addictions à internet et aux jeux vidéo. Ils sont aussi sollicités pour quelques difficultés familiales, des problèmes d'estime ou d'affirmation de soi... on leur demande parfois le bonheur et c'est peut-être l'une des voies sur lesquelles ils s'engageront pour le peu que la science permette effectivement de le comprendre.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

2

DÉROULEMENT D'UNE PRISE EN CHARGE

Rollon Poinsot

Structure de la psychothérapie

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

Cinq étapes

Le diagnostic clinique et comportemental

Différent et complémentaire du diagnostic clinique élaboré au regard d'une classification nosologique, le diagnostic fonctionnel est établi par un entretien spécifique dédié à l'analyse fonctionnelle émotionnelle, comportementale et ☞

☞ cognitive. Celui-ci permet d'identifier les éléments présents et passés en lien avec les comportements-problèmes concrets actuels du patient. Ici, le style du thérapeute est basé sur un questionnement inductif, afin de recueillir les informations les plus larges. En pratique, cette analyse aborde un nombre limité de comportements, d'un à trois dans la majorité des cas, et permet de formuler des hypothèses sur la problématique du patient.

Les entretiens d'évaluation

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

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

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

L'établissement d'un contrat thérapeutique

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

Les entretiens thérapeutiques

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

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

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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

Premiers entretiens

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

Enchaînement des séances (de façon schématique et à relativiser pour chaque cas particulier)

- Le *premier entretien* est un entretien clinique traditionnel permettant l'anamnèse, le recueil des données et le recueil de l'histoire des troubles. Déjà, il favorise une première clarification de la demande et des motivations du patient. Il permet également d'évaluer en première intention la bonne indication ou les non-indications à la thérapie comportementale et cognitive. À la fin de ce premier entretien, une information sur l'approche TCC est donnée par le thérapeute.
- Le *deuxième entretien* est dédié à l'évaluation quantitative des symptômes, à l'aide d'auto- et d'hétéro-évaluations.
- Le *troisième entretien* est plus particulièrement focalisé sur l'analyse fonctionnelle. Celui-ci est mené par un entretien verbal directif permettant le recueil des informations sur la synchronie et la diachronie des comportements-problèmes. L'objectif ici est la conceptualisation du cas pour une meilleure compréhension des symptômes, de leur apparition et de leur maintien.

Après recueil des données et de l'analyse fonctionnelle, le thérapeute élabore des hypothèses sur les facteurs de maintien ou de diminution du comportement-problème, en termes de renforcements positifs ou négatifs. Le thérapeute propose ainsi une modélisation du trouble du patient et l'informe de celle-ci, l'accord du thérapeute et du patient est en effet essentiel. Cette étape permet l'élaboration d'hypothèses de travail et la proposition d'un contrat thérapeutique explicite qui en découle, écrit ou non, et dans lequel apparaissent les buts thérapeutiques visés et les moyens techniques proposés pour y parvenir. Dans l'approche TCC, la sélection des interventions thérapeutiques se fait en effet en fonction des hypothèses fonctionnelles de la compréhension des troubles.

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

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

Bouvard M. et Cottraux J. (2002). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 3e éd., Paris, Masson.

Cottraux J., Bouvard M. et Legeron P. (1985). Méthodes et échelles d'évaluation des comportements, Issy-les-Moulineaux, EAP.

Guelfi J.-D. (1993). L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Boulogne, Éditions Médicales Pierre Fabre.

Mirabel-Sarron C. et Vera L. (1995). L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive, Paris, Dunod.

Mirabel-Sarron C. et Rivière B. (1993). Précis de thérapie cognitive, Paris, Dunod.

Samuel-Lajeunesse B., Mirabel-Sarron C., Vera L., Mehran F. et coll. (1998). Manuel de thérapie comportementale et cognitive, Paris, Dunod.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

3

Lois du conditionnement

Stéphane Rusinek

Les thérapies comportementales et cognitives sont directement issues des travaux et des réflexions sur le conditionnement de Pavlov, Watson, Skinner, Rayner, Wolpe, Bandura et tant d'autres. Elles définissent tout comportement humain comme l'expression couverte ou ouverte d'une réponse à un stimulus. On entendra alors les réponses « couvertes » comme « internes » et « ouvertes » comme « externes » et « observables ». Les réponses couvertes sont donc de l'ordre de la pensée, ou cognition, du ressenti émotionnel, des images mentales ou des réponses physiologiques, et les réponses ouvertes de l'ordre de la production verbale et de la réaction motrice. Il faut alors, pour comprendre le comportement problème d'un patient, pouvoir l'expliquer en fonction des différents aspects et différentes lois qui régissent le conditionnement et l'apprentissage.

Conditionnement classique/pavlovien/répondant

C'est Ivan Pavlov (1849-1936), médecin et physiologiste russe, qui mit en évidence ce type de conditionnement. S'intéressant aux fonctions