



STRESS, DÉPRESSION, PHOBIES...

TCC

LES MEILLEURES THÉRAPIES ?

- *Première vague*
Les thérapies comportementales p. 28
- *Deuxième vague*
Les thérapies cognitives p. 32
- *Troisième vague*
Recentrage sur les émotions p. 36
- Efficacité des TCC : qu'en dit la recherche ? p. 42
- Pour en finir avec la guerre des psys p. 44

Première vague LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES

JEAN-FRANÇOIS MARMION

Les thérapies comportementales se fondent sur ce postulat : certains troubles mentaux, les phobies par exemple, reposent sur des réflexes conditionnés. Mais il est possible de reprendre rapidement le contrôle au moyen d'exercices pratiques.

“ **L**es thérapies cognitivo-comportementales favorisent le court terme, affirmait sans détour Jacques-Alain Miller, fondateur de l'École de la Cause Freudienne et de l'Association Mondiale de Psychanalyse, dans l'hebdomadaire *L'Express* en 2004 (1). Comme la Bourse, elles sacrifient l'avenir pour embellir la réalité. Pis, ce sont des méthodes cruelles qui passent par l'exposition du sujet au trauma lui-même – par exemple en mettant un patient phobique devant des cafards. La première fois, il hurle, la deuxième fois un peu moins et, au bout de quelque temps, on considérera qu'il est guéri ! C'est du maquillage : les effets, s'ils existent, sont transitoires ou superficiels, quand ils ne se révèlent pas nocifs. En cela, l'efficacité des TCC repose uniquement sur l'autorité de l'expérimentateur, qui se pose en expert, en chef de commando. » Mais qui sont ces pseudo-thérapeutes fascisants qui laissent hurler des phobiques devant des cafards jusqu'à l'extinction de voix ? Ces gens-là ne sont pas en prison ?

Surmontons notre appréhension, et tâchons de regarder le Grand Satan dans le blanc des yeux. Dans les faits, les thérapies comportementales et cognitives sont complémentaires. Mais pour faciliter l'exposé, nous verrons les thérapies cognitives dans l'article suivant (voir p. 32). Ici, nous ne présenterons que les thérapies comportementales, qui apparaissent les premières. Pour bien les comprendre, il nous faut remonter à la découverte des mécanismes du conditionnement par Ivan Pavlov, physiologiste russe qui décrochera le Nobel de médecine en 1904 (mais pour tout autre chose : les mécanismes de la digestion). En 1901, Pavlov démontre qu'un chien peut se mettre à saliver non pas seulement à la vue de sa gamelle de nourriture, mais au seul son de cloche qui accompagne ordinairement celle-ci. En jargonnant un peu, le processus se décompose en trois étapes : 1) un « stimulus inconditionnel » (la nourriture) déclenche une « réponse inconditionnelle » (la salivation) ; 2) un stimulus neutre (la cloche) est associé à la nourriture ; 3) sans plus présenter la nourriture, la cloche est devenue un stimulus « conditionnel » provoquant une réponse désormais

« conditionnelle », elle aussi (la salivation). Saliver face à la nourriture est un réflexe, mais saliver parce qu'un son de cloche évoque la nourriture est un « réflexe conditionné ». Un tel conditionnement, pavlovien, est aussi appelé répondant : un stimulus (S) provoque une réponse (R) de l'organisme : S => R. Ce mécanisme constitue la base de bon nombre de nos apprentissages : c'est ainsi que nous apprenons que certaines situations vont provoquer du plaisir ou de la souffrance.

Les pigeons de Skinner

En 1938, le psychologue Burrhus Skinner, de l'université du Minnesota (et plus tard à Harvard), présente un second type de conditionnement, basé lui aussi sur l'observation du comportement animal. Là où Pavlov s'intéressait à un chien passif recevant des stimulations, Skinner étudie un chat ou un pigeon enfermé dans une boîte (la « boîte de Skinner »), mais actif : pour obtenir sa nourriture, l'animal doit appuyer sa patte sur un levier après un signal donné, sonore ou lumineux par exemple. Très vite, il associe ses comportements à leurs conséquences : il ne s'agit plus alors d'un simple conditionnement



jonya/istock

Qui sont ces pseudo-thérapeutes qui laissent hurler des phobiques devant des cafards jusqu'à l'extinction de voix ? Ces gens-là ne sont pas en prison ?

répondant, mais un conditionnement opérant, lié aux actions du sujet concerné, ses essais et ses erreurs (on parle aussi de conditionnement instrumental). Il est ainsi possible d'obtenir, par étapes, des comportements de plus en plus complexes de la part du chat ou du pigeon (ne presser le levier que dans une certaine posture, par exemple). Nous ne nous trouvons plus dans un schéma binaire S => R, mais dans une séquence de type S => O => R => C, soit S pour stimulus, O pour organisme, R pour réponse, et C pour conséquence (on parle aussi de renforcement). Ce qui vaut pour les pigeons vaut pour l'être humain : dès l'enfance, et parfois même sans y penser, nous ten-

dons à reproduire les comportements pour lesquels nous sommes récompensés, qui nous permettent d'échapper à une punition, de nous en éviter une, et nous évitons de faire ce qui peut nous porter préjudice.

Les excès du comportementalisme

La science ne fera que confirmer les mécanismes de base de ces deux types de conditionnement. Pourtant, les théories qu'ils ont inspirées ont longtemps senti le souffre. Pourquoi ? Pour deux raisons principales, qui constituent de jolies casseroles pour le comportementalisme. En premier lieu, les théories étaient simplificatrices. En 1913, dans « Psy-

chology as a behaviorist views it » (2), le retentissant article fondateur du comportementalisme (ou du béhaviorisme, selon un anglicisme très répandu), John Watson, professeur de psychologie à l'université Johns Hopkins de Baltimore et futur pionnier du marketing et de la publicité, préconise d'en finir avec l'introspection et la spéculation, encore fréquentes en psychologie. Pour lui, il faut se borner aux faits. En d'autres termes, aux comportements d'autrui objectivables et mesurables. Ce qui n'est pas quantifiable ne doit pas entrer en ligne de compte. On ignore ce qui se passe dans le crâne, on n'ouvre pas la « boîte noire », du moins tant qu'on n'aura pas trouvé des méthodes scientifiques dignes de ce nom pour le faire. En attendant, la psychologie doit se cantonner aux sciences naturelles : « Son but théorique est la prédiction et le contrôle du comportement », affirme le psychologue américain. Glaçant ? Watson écrira pire, plus tard, alors qu'il voulait s'élever contre les partisans de l'eugénisme : « Donnez-moi une douzaine de nourrissons en bonne santé et le monde que je veux pour les élever, et je vous garantis que je peux faire de n'importe lequel d'entre eux n'importe quel type de spécialiste de mon choix – un docteur, un homme de loi, un artiste, un commerçant de génie et même, oui, un mendiant et un voleur, quels que soient ses talents, ses penchants, ses tendances, ses aptitudes, ses appels et la race de ses ancêtres. » Rétrospectivement, touchant de naïveté... La preuve : un des enfants de Watson se suicidera, un autre passera sur le divan (ce qui, pour un comportementaliste bon teint, fait plutôt mauvais genre). En second lieu, certaines expériences comportementalistes manquaient singulièrement d'éthique. En 1920, >>

» John Watson et Rosalie Rayner, son étudiante (et maîtresse, mais ne le répétez pas), entendent démontrer que nos comportements sont acquis, non instinctifs, et que nos névroses même naissent de contingences accidentelles, environnementales. Ils entreprennent ainsi de créer de

la vue seule du rat lui fait aussi peur que le bruit du marteau. Mieux même, par un phénomène de généralisation, il se met à redouter ce qui ressemble de près ou de loin au rat : un lapin, un masque blanc, un bout de coton. Et voilà, le tour est joué ! Une phobie a été fabriquée en

contesté au point de constituer un véritable épouvantail, dans un contexte général d'hostilité à la psychiatrie. Songez par exemple à *L'Orange mécanique*, le roman d'Anthony Burgess, porté à l'écran par Stanley Kubrick : le délinquant Alex fait l'objet d'un conditionnement qui lui confère une phobie de la violence. Le jeune homme, à présent doux comme un agneau, devient le bouc émissaire de ses anciennes victimes. Difficile de survivre sans le pardon d'autrui. Ni, peut-être, sans être capable de férocité, dans une société humaine chaotique. Le message s'avère nettement plus ambigu qu'une dénonciation du comportementalisme...

Un usage raisonné en thérapie

Si les théories totalisantes à la Watson ou à la Skinner ont vécu, aujourd'hui les mécanismes du conditionnement servent encore de socle aux thérapies comportementales. Historiquement, la première d'entre elles est le fait de Mary Cover Jones, en 1923. Cette psychologue de l'université de Columbia, ancienne élève de Watson (en tout bien tout honneur, celle-ci), estime que si une névrose peut être fabriquée en laboratoire, comme l'a montré à son corps défendant le petit Albert, on doit pouvoir la déconstruire. Pour le prouver, elle déniché un garçon phobique, Peter, puis le déconditionne. Comment cela ? Face au *stimulus* effrayant, il est autorisé à manger une glace (c'est le principe même de se rassurer en suçant son pouce !). Ou on le laisse observer d'autres enfants qui, eux, restent complètement indifférents à la menace supposée. Sa peur s'évanouit rapidement. Après des décennies de recherches fondamentales, place à la clinique.

En 1920, John Watson et l'une de ses étudiantes entreprennent de créer de toutes pièces une phobie chez un bébé de 9 mois

toutes pièces une phobie chez un bébé de 9 mois, le petit Albert (voir encadré p. 31). Ils lui présentent un rat blanc. Il n'a pas de réaction particulière. Ils lui montrent de nouveau le rat, mais en flanquant simultanément un grand coup de marteau sur une barre d'acier. Cette fois, le petit Albert est terrifié. Et très rapidement, dans la droite ligne de Pavlov,

laboratoire ! Nos émotions, nos préférences, et jusqu'à nos symptômes, résulteraient ainsi de conditionnements qui peuvent remonter à notre petite enfance. Et quand bien même nous nous souviendrions de leur origine exacte, cela n'y change rien : ce sont devenus des réflexes. Au bout d'un demi-siècle, le comportementalisme va se retrouver

Un arsenal face aux tigres de papier

Les thérapies comportementales permettent d'acquiescer un comportement ou de s'en débarrasser. La technique du contre-conditionnement consiste à présenter, de façon très graduelle et dans un état de relaxation, la situation anxiogène en imagination, puis dans la réalité. Tout indiqué contre les phobies et angoisses. C'est un peu le principe du baigneur qui trempe d'abord l'orteil dans l'eau froide... Par exemple, pour oser traverser une foule sous le regard des autres, le patient peut s'imaginer le faire (*flooding*) et assister à l'apaisement progressif du stress. Le thérapeute peut aussi servir de modèle au patient, ou lui en présenter un issu de son imagination, de l'actualité ou d'une œuvre de fiction. Cette technique dite de modelage est également utilisée pour faire cesser un comportement : une personne atteinte d'un Toc peut se sentir soulagée que le thérapeute reste indemne en l'absence de tout rituel supposé conjurer un malheur. L'enjeu des thérapies comportementales est donc de libérer le patient des réflexes conditionnés lui faisant redouter des situations qui, en elles-mêmes, ne présentent rien de dangereux.

J.-F. M.

On a retrouvé le petit Albert !



L'expérience du petit Albert, partiellement filmée au fil des séances, est visible sur la plateforme de vidéos YouTube (1). Mais qu'est devenu le garçonnet, lâché dans la nature après que Watson eut provoqué chez lui une phobie des rats blancs ? On l'ignorait, jusqu'à ce qu'une équipe dirigée par le psychologue Hall Beck (2), de l'*Appalachian State University*, joue les Sherlock Holmes. D'abord, Albert se serait appelé en réalité Douglas, Douglas Merritt exactement. Un expert du FBI est même arrivé en renfort pour le confirmer. Selon la version

canonique, sa mère, infirmière, avait fini par s'émouvoir de l'expérience de Watson et par récupérer son enfant, outrée. En réalité, il n'en serait rien. Nous ignorons si Douglas a continué de souffrir de sa phobie, ou si elle a disparu d'elle-même après quelque temps. L'article des enquêteurs se conclut sur une note inhabituelle pour un texte scientifique : ils font part de leur émotion en fleurissant la tombe de Douglas, décédé d'une méningite à 6 ans, alors qu'il leur a fallu sept années pour retrouver sa trace.

J.-F. M.

(1) Une courte vidéo intitulée « John Watson – Little Albert » est consultable (en anglais) sur <http://www.youtube.com/watch?v=Xt0ucxOrPQE>

(2) Hall P. Beck, Sharman Levinson et Gary Irons, « Finding little Albert: A journey to John B. Watson's infant laboratory », *American Psychologist*, vol 64 (7), 2009.

Joseph Wolpe, psychiatre sud-africain (et psychanalyste déçu) qui s'installera aux États-Unis, développe l'approche esquissée par Mary Cover Jones et promeut, en 1958, la thérapie des phobies par inhibition réciproque, où l'apprentissage de la relaxation aide à affronter peu à peu les situations redoutées en imagination puis dans la réalité, ce qui induit une « désensibilisation systématique » (son compatriote émigré à Londres, Isaac Marks, transposera cette méthode pour la prise en charge des Troubles obsessionnels compulsifs (Toc)). En cas de phobie des cafards (un exemple au hasard), il ne s'agit pas de brailler comme un

veau devant ces petites bêtes, mais d'apprendre, par étapes multiples et à grand renfort de relaxation, à les envisager non avec sympathie, mais sérénité, sans réaction physiologique génératrice de stress excessif. Dans les années 1960, le comportementalisme perd ainsi de sa superbe théorique et ne s'enorgueillit plus d'expliquer ou de contrôler tout et n'importe quoi, mais facilite désormais, dans un volet thérapeutique tardif mais pointilleux, le quotidien de patients souffrant de symptômes précis. Et ce, alors que la psychanalyse jusqu'ici triomphante commence à se voir sérieusement contestée aux États-Unis.

Les thérapies freudiennes sont longues, ignorent les symptômes mais en cherchent la source profonde et lointaine, se concentrent sur la parole du patient, imposent au thérapeute de rester en retrait, sont impropres à l'évaluation ? Les thérapies comportementales, elles, se veulent brèves, attaquent frontalement les symptômes, privilégient l'action informée du patient, placent le thérapeute d'égal à égal, et revendiquent leur exigence d'efficacité (voir article p. 42). Accompagnées des thérapies cognitives qui prennent en compte la « boîte noire », elles voient leur succès se généraliser depuis une trentaine d'années. Elles gagnent même du terrain en France, canal freudien historique. C'est dire !

John Watson et Burrhus Skinner doivent se retourner dans leur tombe en voyant que leur travail a abouti à des techniques de soin (ce dont ils n'avaient que faire), accolées à d'autres psychothérapies s'occupant de l'intérieur de la boîte noire (qui leur paraissait inaccessible), et se mâtinant même, à présent, de pratiques inspirées du bouddhisme (voir article p. 36).

Sans doute auraient-ils accepté de telles évolutions, dès lors qu'elles se trouvent étayées par des données solides : c'étaient des scientifiques, et non des croque-mitaines. Observons néanmoins pour eux une minute de silence émue.

...
Merci. ●

(1) Jacques-Alain Miller, « Une auto évaluation par le patient lui-même », *L'Express*, 23 février 2004.

(2) John Watson, « Psychology as a behaviorist views it », *Psychological Review*, 20, 1913.

Deuxième vague

LES THÉRAPIES COGNITIVES

JEAN-FRANÇOIS MARMION

Serions-nous tous des gens intelligents qui se conduisent comme des imbéciles parce que notre vision de la réalité est biaisée ? En tout cas, les thérapies cognitives se veulent des boîtes à outils pour réviser les fausses croyances et autres ruminations stériles qui parasitent le quotidien.



Dans le roman de Pierre Dac, *Du côté d'ailleurs*, publié en 1953, les intrépides (et corruptibles) journalistes Sylvain Etiré et Guy Landneuf visitent la bourgade de Chanceville, qui n'admet pour résidents que ceux qui peuvent attester de leur chance. Or, il semble bien que Chanceville collectionne les fous et les calamités : la preuve, ce jour-là, les habitants dansent dans les décombres pour célébrer la destruction de la ville par un séisme. Explications du maire : San Francisco a jadis été détruite par un tremblement de terre ET un raz-de-marée, alors que Chanceville a échappé au second. Tout à coup, un pan de mur s'écroule et ensevelit le magistrat, lui broyant les deux jambes. Mais en songeant qu'il aurait pu mourir, il rit tout son soûl. On ne saurait mieux illustrer le postulat des théories cognitives, principalement initiées par deux psychanalystes défroqués, Albert Ellis et Aaron Beck, qui n'ont jamais caché leur dette à l'égard des philosophes stoïciens (ni, sans

doute, de Mordicus d'Athènes) : chacun de nous a sa propre façon d'interpréter les événements. Selon que vous verrez le monde en blanc ou noir, vos jugements vous feront vous sentir puissant ou misérable. Selon votre humeur du moment, certes, mais aussi selon l'image que vous avez de vous-même et des rapports humains, le sourire d'un inconnu dans la rue vous semblera ironique, agressif, ou au contraire un signe de connivence. Et des pensées surgiront avec précipitation : « Encore un qui me trouve moche ! Il a bien raison ! » Ou bien : « Il se fiche de moi ! Comme tout le monde ! » Ou encore : « Tiens, tiens ! Quel succès en ce moment, décidément ! Si je voulais... » Alors qu'en réalité, cette personne ne vous aura peut-être pas remarqué, et pensait

Les TCC en pratique

Les thérapies cognitivo-comportementales se veulent non seulement évaluables, mais calquées sur le modèle scientifique dans leur fonctionnement même. Le thérapeute travaille avec son patient sur un pied d'égalité. Il ne lui cache rien de ses réflexions, lui explique précisément comment il compte procéder avec lui. La thérapie commence par une analyse comportementale (ou « fonctionnelle »), afin de cerner ce qui déclenche et entretient les comportements, pensées et émotions qui génèrent de la souffrance. Ensemble, ils analysent la situation et ébauchent une hypothèse sur la nature des symptômes et la façon d'y remédier. Ensemble encore, ils fixent des objectifs précis. Le thérapeute dispose d'une batterie de tests standardisés pour évaluer régulièrement l'évolution de ses patients (et la leur faire évaluer). Si les troubles persistent, c'est que l'hypothèse du thérapeute était erronée. Il lui faut donc en formuler une nouvelle. Le patient doit travailler de son côté, au moyen d'exercices pratiques. Chaque séance commence par un bilan des exercices effectués depuis la dernière fois, et se termine par un résumé de la consultation du jour, un *feedback* du patient, et la définition de nouveaux exercices.

J.-F. M.

Chacun de nous a sa propre façon d'interpréter les événements : tel pourrait être le postulat des thérapies cognitives

juste à quelque chose d'amusant. Ces interprétations automatiques et dénuées de fondements réels ne se produisent pas au hasard : elles sont le fruit de routines cognitives profondément enracinées. Parfois dysfonctionnelles. Mais pas immuables.

La musturbation rend aveugle

En 1955, Albert Ellis fait connaître sa thérapie rationnelle-émotive (ex-thérapie rationnelle, et future thérapie rationnelle-émotive-comportementale), partant du principe que les comportements névrotiques sont des actes stupides mis en œuvre par un sujet intelligent, au nom de croyances irrationnelles. Celles-ci, au nombre d'une dizaine, relèvent fréquemment d'impératifs irréalistes du genre

« Tout le monde doit m'aimer. » Ces diktats ne sont guère que *shouldism* et *musturbation*, estime Ellis. Professeur de psychiatrie à l'université de Pennsylvanie, Aaron Beck remarque de son côté, dans les années 1970, qu'un sujet dépressif est victime de trois biais fondamentaux : il se considère, à tort, systématiquement responsable de son malheur, lequel est perçu comme irréversible, et frappant, par contagion, le monde entier. Ces mécanismes cognitifs, selon Aaron Beck, comportent plusieurs strates. Profonds, immuables et inconscients, nichés en mémoire à long terme, les schémas, d'abord, constituent les socles de notre vision du monde et de notre personnalité. Ils peuvent être

conditionnels (« Si on se distingue, les gens ne vous ratent pas ») ou inconditionnels (« De toute façon, les gens sont cruels »). Chaque trouble mental se trouve régi par ses propres schémas : la dépression est liée à une vision exagérément sombre, tandis que les attaques de panique s'associent à la suspicion permanente de danger, et les Troubles obsessionnels compulsifs (Toc) à un sens démesuré de la responsabilité (« Si je n'accomplis pas mon rituel, un malheur m'arrivera... »). Ces schémas sont confirmés par des biais, qui filtrent et distordent l'information : l'inférence arbitraire (conclure sans preuve que le sourire de l'inconnu est ironique) ; la généralisation (« C'est toujours comme ça ! ») ; la maximalisation (« Arrête de dire que ce n'est rien, c'est une catastrophe ! ») ; la minimisation (« Je n'y suis pour rien, j'ai eu de la chance ! ») ; l'attention sélective (se concentrer sur ce qui confirme notre grille de lecture, et faire l'impasse sur le reste), etc. >>



Comment changer de lunettes ? Quelques techniques

LE QUESTIONNEMENT SOCRATIQUE

Ici, pas de jugements ni de conseils, mais des questions (d'une respectueuse ironie parfois) visant à ébranler les certitudes du patient pour l'inciter à chercher d'autres interprétations à ce qu'il vit, ce qu'il ressent, ce qu'il croit comprendre du monde. *In fine*, le sujet doit trouver en lui-même d'autres façons de penser et les substituer à ses pensées toxiques.

LA FLÈCHE DESCENDANTE

Le thérapeute incite le patient à analyser les conséquences d'une pensée automatique jusque dans leurs derniers retranchements. En les envisageant ainsi, le sujet prend conscience qu'il s'agit d'un écran de fumée irréaliste.

LE TABLEAU À DEUX COLONNES

Prenons une croyance sur le monde et marquons dans une colonne les arguments qui la soutiennent, et dans une autre ceux qui la réfutent. Quelle est la crédibilité de chacun, de 1 à 10 ? Ou encore, quelle est la probabilité chiffrée pour qu'un événement redouté survienne ?

LA RÉOLUTION DE PROBLÈME

Quel but le patient souhaite-t-il atteindre exactement ? En quelles étapes peut-on le décomposer ? Quelles sont les différentes éventualités pour atteindre la première d'entre elles ? Quels sont les avantages et inconvénients de chaque procédure ? Laquelle choisir ?

J.-F. M.

» Les schémas induisent également des règles de fonctionnement (« *Mieux vaut toujours se taire, puisque les gens sont cruels* »). Lesquelles tournent facilement à la prophétie auto-réalisatrice : ainsi, à force de rester dans notre coin pour éviter de nous sentir ridicule, les gens renoncent à s'intéresser à nous, ne songent plus à nous inviter. Ces schémas structurels et ces processus logiques défailants s'exercent à notre insu. Mais ce qui affleure en permanence, ce sont les pensées automatiques, c'est-à-dire des monologues intérieurs bien rodés qui jaillissent à la moindre opportunité (« *Tais-toi, sinon tu vas encore te griller !* »).

Ces ruminations incessantes sont préconscientes : elles forment une espèce de bruit de fond, de brouhaha, dont on n'a même pas conscience à moins de se concentrer. Et c'est à partir de ces pensées réflexes et des émotions désagréables qui les accompagnent invariablement que patient et thérapeute peuvent ouvrir la boîte noire, démêler les erreurs logiques, et les schémas. L'objectif ultime est de corriger ceux-ci, en apprenant à penser autrement, sinon en embrassant « la » réalité, du moins en nuancant les jugements à l'emporte-pièce. Beck développe ses thérapies cognitives avec une grande rigueur méthodologique et une préoccupation

constante d'évaluation scientifique. En 1977, il marque un point décisif lorsqu'une étude indique que sa thérapie provoque des effets supérieurs à ceux d'un médicament dans certains types de dépression. Au fil des ans, l'application de ces thérapies déborde la seule prise en charge de la dépression et des troubles anxieux pour s'étendre à une multitude de troubles, de la schizophrénie jusqu'à l'anorexie ou la boulimie, en passant par les problèmes conjugaux.

Albert au carrefour

Les thérapies cognitives émergent dans les décennies 1960-1970, parallèlement aux thérapies comportementales, tandis que les grands édifices théoriques comportementalistes, eux (voir article p. 28), pâtissent de certaines limites. La « boîte noire », dont les héritiers de John Watson refusaient d'abord de s'occuper, ne peut rester close éternellement. Elle a ainsi été entrouverte, par exemple par le psychologue Clark Hull, de Yale, qui avança la notion de variables intermédiaires entre le stimulus adressé à l'organisme et la réponse de celui-ci. D'autres ont étudié comment, sur le modèle du conditionnement opérant, des « comportements couverts » – comprenez des croyances, pensées et émotions – pouvaient être renforcés.

En 1959, Burrhus Skinner a fait les frais d'une controverse avec le linguiste Noam Chomsky, selon lequel des aspects probablement innés du langage ne sauraient résulter d'un apprentissage opéré sur une table rase. En théorie comme en clinique, les temps sont mûrs pour extirper les pensées de leur naphtaline. C'est sans doute Albert Bandura, de Stanford, qui incarne le mieux cette interpénétration du compor-

talisme et du cognitivisme. En 1969, il publie *Principes de modification comportementale*. S'éloignant des chats et pigeons de Skinner, il braque le projecteur sur l'apprentissage humain. Il constate que nous apprenons sans cesse en imitant spontanément les comportements entraînant des conséquences bénéfiques pour leurs

être gratifiés, ou éviter un désagrément (attente de résultat), mais nous nous sentons plus ou moins capables de cet effort (attente d'efficacité). En évitant ou en favorisant des situations sur la base de ce que nous nous croyons capables de faire, nous nous renforçons donc tout seuls. D'après Bandura, le meilleur moyen de modi-

(qu'il parvienne à traverser une place publique sans attaque de panique, par exemple) entraîne forcément des conséquences cognitives : il va cesser de se dévaloriser, gagnant ainsi une assurance qui fera « boule de neige » dans d'autres domaines de sa vie. De même, casser un schéma de sur-responsabilité obligeant quelqu'un à se laver les mains soixante fois par jour va l'aider à se libérer de son Toc.

Comportements, cognitions... Il ne manquait plus qu'une troisième génération de TCC pour s'occuper des émotions (voir article p. 36). En réalité, celles-ci n'étaient pas négligées. Les thérapies comportementales s'y intéressaient déjà, principalement à l'anxiété accompagnant les comportements handicapants. Les thérapies cognitives aussi, les émotions associées aux pensées automatiques constituant la clé d'entrée permettant l'exploration des cognitions jusqu'aux profondeurs des schémas. Cette fois, leur gestion est plus directement prise en compte, au moyen non plus seulement de techniques de relaxation ponctuelles, le temps de surmonter son appréhension, mais avec un programme régulier de méditation. À lire dans TCC, épisode 3, page suivante ! ●

Merci à Jacques van Rillaer pour son expertise sur les aspects techniques les plus obscurs pour le non-spécialiste.

Les thérapies comportementales et cognitives se sont avérées complémentaires, puis indissociables

auteurs, ce qu'il qualifie d'apprentissage vicariant, ou modelage. Mieux encore : pas besoin d'agir ou d'imiter, il nous suffit d'observer puis de nous représenter un comportement comme plus ou moins bienvenu d'un point de vue verbal, symbolique et social. En un mot, la culture aussi conditionne. En outre, Bandura insiste sur les interactions permanentes entre le sujet, son environnement et ses comportements, ces derniers exerçant une influence sur l'environnement, et donc sur les stimulations possibles.

Enfin, en 1977, Bandura développe la notion d'efficacité personnelle perçue : la répétition et l'acquisition d'un comportement ne peuvent dépendre uniquement des renforcements, car la motivation entre en jeu. En produisant un comportement, nous espérons en

fier nos croyances sur nous-mêmes n'est pas de réfléchir, d'analyser, de se persuader comme avec la méthode Coué. C'est d'agir : « *Tiens ! Je constate que j'en étais donc capable !* » Voilà pourquoi Bandura n'a jamais renié le comportementalisme.

Autoévaluation, anticipation, rôle éminent des rapports sociaux, marge de manœuvre dans la détermination d'un individu : autant de paramètres qui élargissent les conceptions skinneriennes... sans pour autant invalider les thérapies comportementales qu'elles ont inspirées. *A contrario*, les thérapies comportementales et cognitives se sont avérées complémentaires, puis indissociables. En théorie, les unes traitent des comportements, les autres des pensées. Dans les faits, la distinction s'avère un brin oiseuse. Qu'un sujet en finisse avec une phobie

» À lire



Jean Cottraux, *Les psychothérapies comportementales et cognitives*, 5e éd., Masson, 2011.

Frédéric Chapelle, Benoît Monié, Rollon Poinot, Stéphane Rusinek, Marc Willard, *L'Aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*, Dunod, 2011.

Ovide et Philippe Fontaine (coord.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Retz, 2006.

Troisième vague

RECENTRAGE SUR L'ÉMOTION

MARC OLANO

Il ne s'agit plus seulement d'observer nos comportements et nos pensées, mais aussi nos émotions. Tel est l'objectif des nouvelles TCC, qui s'inspirent notamment de techniques de méditation.

Pleine conscience et acceptation sont les notions-clés de la troisième vague de TCC : observer nos émotions sans jugement, accepter les pensées négatives telles quelles sans essayer de les transformer, en somme mieux vivre avec ses imperfections. Or, souvenons-nous, au début du comportementalisme, il était plutôt question d'isoler les comportements problématiques pour les modifier ensuite. Les premières thérapies comportementales commencent à émerger dans les années 1950. S'appuyant sur les théories du conditionnement classique et opérant, les premiers modèles thérapeutiques partent de l'idée que les comportements problématiques ont été appris dans le passé et qu'ils peuvent être modifiés par l'apprentissage de réponses alternatives (article p. 28). Apparaissent ensuite les thérapies cognitives à partir des années 1960, qui vont se focaliser davantage sur le traitement de l'information par le cerveau. Toujours dans une optique de changement, les thérapies cognitives s'intéressent aux pensées

inadaptées. À travers le processus de restructuration cognitive, le patient apprend à identifier puis à modifier ces perceptions qui posent problème (article p. 32). Les thérapies de la troisième vague se profilent à partir des années 1990. Elles annoncent alors un virage conséquent dans le champ des TCC. « Plutôt que de cibler directement les symptômes (...), elles cherchent davantage à agir sur la relation de l'individu à ses symptômes », écrivent les psychologues Frédérick Dionne et Marie-Claude Blais dans l'ouvrage collectif *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de troisième vague (1)*. Pour le psychologue Jean-Louis Monestès et le chercheur en psychologie Matthieu Villatte (2), formateur à l'*Evidence-Based Practice Institute*, à Seattle, aux États-Unis, il y a d'un côté des « manifestations psychologiques normales et inhérentes à la condition humaine », même si elles sont source de souffrance, et, de l'autre, des « adaptations problématiques » à celles-ci. Ces auteurs évoquent un changement de paradigme dans ces nouvelles approches thérapeutiques, qui consiste à

« retrouver une liberté de manœuvre et de pensée en présence d'événements psychologiques difficiles, et parvenir à ne plus se laisser piéger par les sirènes d'une soi-disant normalité exempte de toute manifestation psychologique indésirable ». Ne se trouve-t-on pas ici à mille lieues du fameux « stimulus-réponse » ? Voyons plus en détail les principales approches thérapeutiques de cette troisième vague.

• La thérapie basée sur la pleine conscience (MBCT)

Le professeur de médecine américain Jon Kabat-Zinn a développé le premier, en 1982, une intervention à but thérapeutique s'inspirant des pratiques de méditation bouddhiste : la réduction du stress basée sur la pleine conscience (ou *mindfulness*). La pleine conscience, dans la tradition bouddhiste, décrit un état dans lequel l'individu se recentre sur lui-même et ses perceptions brutes, c'est-à-dire les cinq sens, les émotions et pensées venant spontanément à l'esprit. Il est alors invité à se priver de toute interprétation de ces données et à les



Dans la tradition bouddhiste, la pleine conscience décrit un état dans lequel l'individu se recentre sur ses perceptions brutes, les émotions et les pensées lui venant spontanément à l'esprit

observer simplement. En 2002, les psychologues John Teasdale, Mark Williams et Zindel Segal établissent un programme appelé thérapie basée sur la pleine conscience (MBCT), intégrant la méditation de pleine conscience au sein de la thérapie cognitive. « L'idée est d'aborder l'expérience pour ce qu'elle est, considérer ses pensées comme des pensées et non comme des faits », note Rollon Poinot, psychologue cognitiviste à Marseille, spécialisé dans les approches de la troisième vague. Il s'agit de reconnaître, d'accueillir et de laisser s'écouler ses émotions, y compris les plus pénibles. Vouloir

éviter, vouloir contrôler les émotions, c'est peine perdue. En effet, nous avons tous spontanément tendance à mettre en place des stratégies visant à diminuer la souffrance à court terme, mais qui n'empêchent pas qu'elle revienne. » Concrètement, le protocole MBCT se présente sous forme de 8 séances collectives d'environ deux heures. L'indication se fait à partir d'un questionnaire d'autoévaluation réalisé par le thérapeute lors d'un entretien préalable. Les séances en groupe sont structurées par deux entraînements aux pratiques de méditations entrecoupés d'un

temps d'échange avec les participants, et un temps d'éclairage théorique. « On cherche à entraîner l'esprit à sortir des automatismes, à développer une zone tampon, qui permet de prendre conscience de ce qui arrive et qui offrira davantage le loisir de décider et d'agir en fonction de ce que l'on souhaite », explique Rollon Poinot. Entre les séances hebdomadaires, les participants sont invités à s'exercer quotidiennement et à prendre des notes sur leur vécu émotionnel. « C'est une discipline qui demande une attention très régulière. Il n'y a pas d'effet miracle. On ne se sent pas forcément mieux après avoir médité », explique Julie, qui a suivi un protocole MBCT. Souffrant de troubles dépressifs de façon chronique, elle dit avoir mis du temps à « rentrer » dans le processus proposé. Toutefois, au bout de quelques séances, des effets bénéfiques sont apparus : « J'ai pu mettre en place des outils m'empêchant de toujours retomber dans les mêmes réflexes mentaux de rumination négative. Les exercices proposés m'ont permis d'observer comment les pensées, les émotions et les sensations s'entraînent les unes les autres et nous font entrer dans un train de pensées. Mais j'ai appris aussi à quitter ce train en revenant à la basique observation de la respiration. » Aujourd'hui, trois ans après sa thérapie, Julie en tire un bilan positif, même si elle ne se dit pas « guérie » pour autant : « J'ai l'impression d'avoir davantage de prise sur mes processus de pensées. Grâce à cette pratique, les rechutes sont beaucoup moins intenses et aussi moins fréquentes. Je n'ai pas eu besoin de reprendre de traitement antidépresseur depuis. » À l'origine, la MBCT s'adressait >>



Les leitmotifs de la troisième vague : mieux gérer les débordements, accéder à ses émotions primaires, afin de se recentrer sur ses valeurs et le but de sa vie

>> essentiellement à des personnes dépressives ayant déjà vécu plusieurs rechutes. Elle est aujourd'hui plus largement utilisée pour traiter d'autres troubles psychiques, y compris auprès d'enfants et adolescents. Selon plusieurs recherches récentes, cette technique aurait fait ses preuves dans le traitement de la dépression, des troubles anxieux, de la boulimie et du déficit de l'attention avec hyperactivité. Des investigations neurologiques auraient montré une augmentation de l'activité du cortex préfrontal et une diminution dans les régions sous-corticales, plus particulièrement l'amygdale, après la pratique méditative (3) : ces éléments vont dans le sens d'une meilleure régulation émotionnelle par le renforcement de l'action réfléchie gérée par le cortex préfrontal... cela au détriment des automatismes, telles les impulsions ou les émotions brutes dans

lesquelles l'amygdale est impliquée. Mais le protocole MBCT n'est pas une prise en charge qui se suffit à elle-même. « La communauté scientifique s'accorde aujourd'hui sur le fait que cet apprentissage ne constitue pas une forme de psychothérapie », écrit Alexandre Heeren, chercheur en psychologie, dans *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de troisième vague*. Il est donc à considérer plutôt comme un élément de travail qui s'intègre au sein d'une prise en charge globale.

• La réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR)

Jon Kabat-Zinn est à l'origine de l'introduction des techniques de méditation bouddhiste au sein des hôpitaux. Au cours des années 1980, il a mis en œuvre le protocole de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) auprès de patients

souffrant de maladies graves, comme le cancer, le Sida, l'hypertension ou les douleurs chroniques. Ce traitement vise à améliorer les répercussions de ces troubles somatiques sur le psychisme (stress, anxiété ou humeur dépressive).

Le programme prévoit en général 8 séances d'exercices de pleine conscience en groupe, des exercices à réaliser à son domicile, et la participation à des groupes de discussion. La MBSR permettrait de diminuer les conséquences psychiques de certaines maladies somatiques. Parfois même, une amélioration des symptômes médicaux a pu être observée. La MBSR est aujourd'hui plus largement utilisée pour traiter les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire ou les insomnies. Il s'agit avant tout d'une technique de relaxation et non d'une thérapie. Elle est enseignée par un éventail large de personnes de tous horizons (adeptes du bouddhisme, professeurs d'arts martiaux, *coaches*), qui ne sont pas nécessairement des thérapeutes (4).

• La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

« L'ACT est une thérapie très pragmatique axée sur le changement comportemental, et en même temps résolument humaniste, qui aborde des questions aussi profondes que le sens de la vie ou la spiritualité », explique Matthieu Villatte.

Le chercheur a travaillé avec le psychologue américain Steven Hayes, qui se trouve à l'origine de cette thérapie élaborée à la fin des années 1980. Elle s'appuie notamment sur la théorie des cadres relationnels, qui étudie l'implication du langage dans l'apparition de certains troubles psychiques. Le concept

d'« acceptation » en psychothérapie est ancien : Sigmund Freud et Carl Rogers en parlaient déjà, soulignant l'importance de l'acceptation de soi et de son histoire dans la démarche thérapeutique. Dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, on utilise le concept d'« évitement expérientiel » pour illustrer la tendance à vouloir supprimer des pensées, émotions ou souvenirs désagréables, ou de les modifier pour les rendre supportables. Cette stratégie s'avère souvent inefficace, car elle ne s'attaque pas aux sources du mal-être. Accepter, c'est renoncer à l'évitement expérientiel. « L'ACT propose au patient de se détacher des pensées rigides et d'abandonner les stratégies inefficaces de contrôle des expériences psychologiques », résume Matthieu Villatte. Comme dans la thérapie basée sur la pleine conscience, le patient est invité à s'observer et à prendre de la distance à l'égard des pensées pouvant l'enfermer dans une logique qui lui échappe. Lorsque quelqu'un pense par exemple qu'il ne doit jamais décevoir les autres, ou qu'il ne mérite pas certaines choses, il se trouve prisonnier de règles qu'il s'impose à lui-même. L'objectif de l'ACT est d'amener le patient vers plus de flexibilité psychologique et de liberté d'action.

Si l'acceptation constitue l'un des pivots de l'ACT, l'engagement dans des actions en harmonie avec ses valeurs en est un autre. « Avec l'ACT, souligne encore Matthieu Villatte, les patients apprennent à investir leurs efforts dans des actions qui leur apportent un bien-être durable et équilibré. La thérapie se caractérise par une démarche expérientielle. Les réponses ne sont pas données toutes faites au patient. Le thérapeute aide

le patient à observer ce qui fonctionne pour lui-même et à s'engager dans les comportements efficaces pour atteindre ses propres buts. » Pour cela, le thérapeute s'appuie régulièrement sur des exercices pratiques : « On va par exemple inviter le patient à se rappeler un souvenir heureux de son existence et observer les émotions et les sensations qui sont apparues, puis extraire une source de sens liée à cet événement, poursuit Matthieu Villatte. Par exemple, je peux me souvenir d'une soirée passée avec un ami et reconnaître que l'amitié est une valeur importante pour moi. Ensuite, je travaillerai à identifier des actions possibles pour me connecter à cette valeur. » À ce jour, plus de 70 études ont été menées pour tester l'efficacité de cette thérapie. « Celle-ci a été démontrée pour la dépression, l'addiction, les troubles anxieux, le burn-out, ou les symptômes psychotiques », précise Matthieu Villatte.

• La thérapie comportementale dialectique (TCD)

Développée par la psychologue américaine Marsha Linehan en 1987, la thérapie comportementale dialectique (TCD) intègre les notions d'acceptation et de pleine conscience au sein de l'approche cognitive et comportementale. Marsha Linehan s'intéresse aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline**, et vise particulièrement la diminution des comportements suicidaires et d'automutilation. D'après elle, ces personnes présentent une vulnérabilité émotionnelle exacerbée due à un environnement défaillant. Dans la TCD, on retrouve les leitmotifs de la troisième vague : accéder à ses émotions primaires, mieux gérer les débordements, afin

de se recentrer sur ses valeurs et le but de sa vie. La dialectique est celle de deux propositions *a priori* contradictoires : s'accepter tel qu'on est, et vouloir changer. La TCD propose d'en faire la synthèse. Elle se déroule sous forme d'entretiens individuels avec un thérapeute combiné à des séances hebdomadaires en groupe. Selon plusieurs études scientifiques, la TCD agirait en faveur d'une diminution des comportements auto-agressifs, des abandons thérapeutiques, ainsi que des symptômes dépressifs.

• Les thérapies intégratives

Ces TCC spécifiques intègrent des apports d'autres démarches thérapeutiques ou des neurosciences. Parmi les thérapies intégratives les plus connues, citons la thérapie des schémas et la thérapie par mouvements oculaires (EMDR) (5).

La thérapie des schémas a été conçue par le psychologue américain Jeffrey Young dans les années 1980 pour traiter le trouble de personnalité *borderline*. Elle intègre notamment des notions de la théorie de l'attachement et de la Gestalt-thérapie (6) au sein des TCC. Pour Young, un schéma précoce correspond à un modèle comportemental dysfonctionnel adopté durant l'enfance et enrichi au cours de la vie. Il identifie 18 schémas précoces inadaptés. Le schéma d'assujettissement correspond par exemple aux comportements d'abnégation de soi. Ces personnes vont accorder trop d'importance aux besoins des autres et négliger les leurs. Cela les amènera à se soumettre trop souvent au désir d'autrui. Un schéma appris durant l'enfance va s'activer de façon automatique lorsque l'adulte >>

>> rencontre des situations similaires à celles qui en sont à l'origine. Il y associera alors les mêmes émotions désagréables éprouvées dans l'enfance et réactivera les mêmes comportements inadaptés. L'objectif de la thérapie est de transformer les schémas afin que les effets néfastes soient amoindris. Cette approche est

Lorsque cette fonction est défaillante, quelle qu'en soit la raison, un « nœud » peut alors se former au niveau du réseau mnésique et bloquer l'accès à la conscience de certaines informations. L'EMDR a pour objectif de démêler ce nœud, de réintégrer et « retraiter » l'information traumatique. Cette thérapie

tradition de thérapies scientifiques étayées avec des objectifs de changements rapides, elles témoignent toutefois d'un changement d'optique. Lorsqu'on entend évoquer l'importance de « la relation à soi », de « mettre à jour des processus internes », de « rendre explicite ce qui est implicite », on ne peut s'empêcher d'y voir un rapprochement avec le discours analytique. Certes, les TCC de la troisième vague demeurent résolument ancrées dans l'étude des comportements observables, dans le présent, le fameux « ici et maintenant ». Elles refusent toujours l'interprétation du discours du patient et la mise en lien avec son passé. Mais elles apportent aussi leur lot de nouveautés. Ainsi, dans cette troisième vague, la relation avec le thérapeute – l'alliance thérapeutique – revient au premier plan, tout comme dans les thérapies analytiques. Le thérapeute s'implique davantage dans la relation et n'est plus un simple prescripteur de comportements. Par ailleurs, comme pour les psychanalystes, les thérapeutes de la nouvelle vague sont invités à expérimenter d'abord eux-mêmes la démarche enseignée (par exemple, maîtriser la technique de pleine conscience avant de la transmettre). Enfin, pour certaines approches comme la TCD, il est préconisé que le thérapeute soit sous supervision. On pourrait y voir, si ce n'est un tournant, tout du moins un changement de ton dans l'ère des TCC. •

- (1) Ilios Kotsou et Alexandre Heeren (dir.), *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisième vague*, De Boeck, 2011.
 (2) Cyril Tarquinio (dir.), *Manuel des psychothérapies complémentaires*, Dunod, 2012.

Dans les thérapies de troisième vague, le thérapeute s'implique davantage dans la relation et n'est plus un simple prescripteur de comportements

aussi utilisée auprès d'enfants pour prévenir le développement de ces schémas inadaptés. Pour Young, un tel schéma est souvent le fait d'un environnement défaillant, par son caractère insécure ou au contraire surprotecteur. La thérapie EMDR, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires, a été développée par la psychologue américaine Francine Shapiro à partir de 1987. Après avoir constaté avec surprise l'effet de soulagement procuré par le mouvement des yeux scrutant l'horizon, elle fait de ces mouvements oculaires la base de sa démarche thérapeutique. Un des postulats de cette thérapie est le principe d'autorégulation du corps humain, comme celle du psychisme, aussi appelé modèle du traitement adaptatif de l'information. L'être humain aurait la capacité naturelle d'assimiler la plupart des vécus traumatiques, notamment à travers le sommeil paradoxal (7). Les mouvements oculaires rapides durant cette phase de sommeil onirique permettraient de mémoriser les vécus de la journée et de créer des liens avec d'autres expériences passées.

associe des éléments de l'hypnose ericksonienne* et des approches analytiques à la thérapie cognitive et comportementale. D'autres formes de stimulations bilatérales, par exemple auditives ou cutanées, peuvent aussi prendre la place des mouvements oculaires. L'EMDR s'adresse en priorité aux personnes avec un syndrome de stress post-traumatique*. La thérapie se déroule selon un protocole pré-établi, qui prévoit dans un premier temps l'identification du souvenir traumatique à traiter, ainsi que des pensées négatives associées. Dans un second temps, le thérapeute propose des cognitions positives alternatives qu'il va chercher à mettre en lien avec le souvenir, en invitant le patient à produire des mouvements oculaires réguliers suivant la trajectoire de son doigt. L'EMDR a été validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme démarche thérapeutique pour le traitement des victimes de traumatismes.

• Un rapprochement avec le courant psychanalytique ?

Si ces nouvelles approches des TCC restent bien inscrites dans la

- (3) Guido Bondolfi et al., « Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (*mindfulness*) », *Psychothérapies*, vol. 31, n° 3, 2011.
 (4) Voir le focus « La méditation comme thérapie », *Le Cercle Psy* n° 2, septembre-octobre-novembre 2011.
 (5) Voir l'article de Jean-François Marmion, « L'EMDR se met-elle le doigt dans l'œil ? », *Le Cercle Psy* n° 6, septembre-octobre-novembre 2012.
 (6) Voir l'article de Marc Oeynhaus, « Qu'est-ce que la Gestalt-thérapie ? », *Le Cercle Psy* n° 6, septembre-octobre-novembre 2012.
 (7) Sur le sommeil paradoxal, voir le dossier « La nouvelle science des rêves », *Le Cercle Psy* n° 11, décembre 2013/janvier-février 2014.

>> Pour aller plus loin

Jean-Louis Monestes, Matthieu Villatte, *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*, Elsevier-Masson, 2011.



★ MOTS-CLÉS

Borderline (état-limite) : trouble psychique caractérisé par une grande variabilité des émotions, une grande impulsivité et une instabilité dans les relations interpersonnelles. Le patient peut être en proie à des accès de colère, de jalousie ou de désespoir incontrôlés, démesurés et inadaptés à la situation, pouvant parfois conduire à un « passage à l'acte » (agression ou tentative de suicide).

Hypnose ericksonienne : issue de la pratique du psychiatre et psychologue Milton Hyland Erickson, cette forme d'hypnose repose sur une approche souple et non dirigiste. Elle est utilisée dans le cadre de thérapies brèves.

Syndrome de stress post-traumatique : trouble sévère se manifestant après une expérience vécue comme traumatisante (guerre, viol, etc.). L'état de stress post-traumatique se caractérise par la répétition de pensées obsédantes de l'événement incriminé ; l'évitement de certaines situations ou la restriction d'activités susceptibles de raviver l'angoisse ; des symptômes neurovégétatifs (tachycardie, troubles du sommeil) ; une modification de l'image de soi et des relations aux autres (culpabilité, retrait social).

EFFICACITÉ DES TCC : QU'EN DIT LA RECHERCHE ?

MARC OLANO

Une action variable selon les pathologies

En 2012, l'équipe de Stefan Hofmann, à l'Université de Boston, établit une synthèse de 269 méta-analyses réalisées sur les TCC (1), passant en revue les troubles psychiques pour lesquels les TCC ont été évalués. Voici quelques conclusions :

Les addictions : efficaces pour traiter la dépendance au tabac et au cannabis, les TCC le sont moins pour la dépendance à l'alcool ou aux opioïdes.

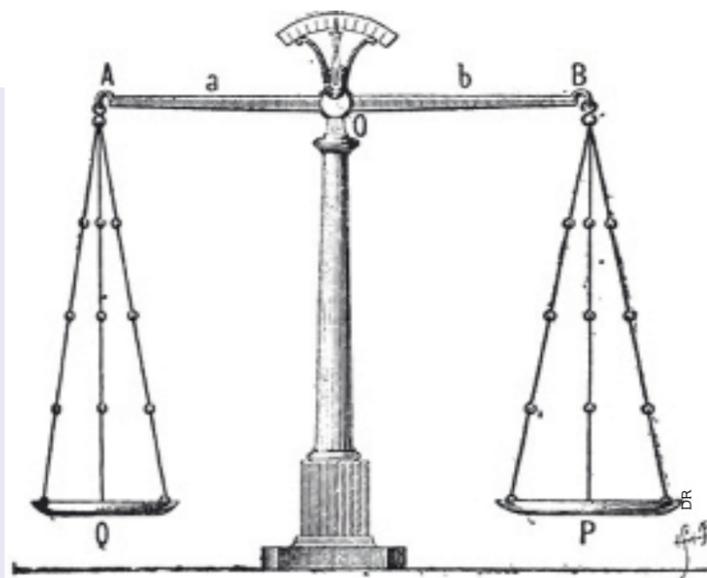
La schizophrénie : si elles diminuent les symptômes dits positifs (comme les hallucinations), les troubles de l'humeur et l'anxiété, les TCC restent moins efficaces qu'un traitement chimique ou une thérapie familiale.

La dépression : si certains affirment la supériorité des TCC sur les thérapies analytiques ou le traitement chimique, d'autres les jugent d'une efficacité équivalente. Les thérapies de pleine conscience seraient efficaces pour réduire le taux de rechute dans les troubles dépressifs chroniques.

Les troubles bipolaires : l'effet bénéfique des TCC sur les symptômes maniaques et dépressifs semble s'estomper dans le temps.

Les troubles anxieux : la grande efficacité des TCC a été constatée pour les phobies, dont la phobie sociale, le trouble panique, le stress post-traumatique et les troubles obsessionnels compulsifs, y compris auprès d'enfants et d'adolescents.

Les troubles alimentaires : les thérapies comportementales se sont montrées très opérantes pour la boulimie.



Les troubles de la personnalité : les thérapies analytiques sont plus efficaces en ce domaine. Même la thérapie comportementale dialectique (TCD), issue de la troisième vague des TCC, qui cible plus particulièrement le trouble *borderline*, ne serait pas plus efficace qu'un autre traitement.

Les troubles du sommeil : les TCC sont plus efficaces que d'autres approches contre l'insomnie, mais dans une moindre mesure lorsqu'il s'agit de personnes âgées.

Les douleurs chroniques : les approches de troisième vague permettraient de diminuer l'intensité de la douleur ressentie dans la fibromyalgie, la fatigue chronique et d'autres douleurs chroniques.

Particulièrement efficaces pour diminuer les symptômes jadis qualifiés de « névrotiques » (anxiété, dépression) et des symptômes psy-

chosomatiques (insomnies, douleurs chroniques), les TCC semblent montrer leurs limites dans les troubles de la personnalité complexes (*borderline*, schizophrénie). Ces données sont à prendre avec précaution en raison de failles méthodologiques (voir encadré ci-contre). Cette revue de littérature révèle aussi une grande variabilité des résultats. Ce qui réussit à l'un ne convient pas forcément à l'autre. En effet, chaque démarche de soins est unique en son genre...

(1) Stefan G. Hofmann et al., «The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analysis», *Cognitive Therapy and Research*, octobre 2012. Rappelons qu'une méta-analyse est déjà une synthèse de plusieurs études: cette synthèse de méta-analyses est donc une synthèse de synthèses.

Qu'évalue-t-on et comment ?

Une thérapie est un processus complexe dans lequel plusieurs facteurs interviennent. La vérification de sa validité s'avère donc beaucoup plus ardue que dans d'autres domaines scientifiques. Si un patient témoigne d'une amélioration de ses symptômes après avoir suivi une TCC, cela ne signifie pas pour autant que c'est la spécificité de cette approche qui explique en premier lieu cette amélioration. Celle-ci peut être due aussi bien à la personnalité du thérapeute et ses qualités relationnelles, à la personnalité du patient qui a su se reprendre en main, à un autre événement de vie intervenu indépendamment du processus thérapeutique (la

découverte d'un loisir, une rencontre amoureuse)... On ne peut jamais clairement définir pourquoi un patient va mieux. Par ailleurs, que veut dire « aller mieux » ? Si, pour les cognitivistes et comportementalistes, la suppression ou la diminution du symptôme est l'objectif premier d'une thérapie, la psychanalyse vise davantage une amélioration globale du fonctionnement psychique sans se focaliser sur le symptôme. Imaginons un patient phobique qui, tout en soignant sa phobie, développe une autre pathologie, non référencée dans le questionnaire qui servira de mesure d'évaluation à la recherche. Il sera alors classé parmi les patients en progrès, mais ira-t-il

vraiment mieux ? Sur un plan méthodologique, la répartition des patients dans des groupes expérimentaux n'est pas forcément neutre. Toutes les études ne présentent pas le label « randomisé et contrôlé », c'est-à-dire que les patients ne sont pas toujours repartis aléatoirement entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, ce qui peut fausser les résultats. De surcroît, les échantillons sont souvent très restreints et il est difficile d'en tirer des conclusions générales. Enfin, comme les évaluations comprennent généralement un test immédiatement après la thérapie et un autre dans l'année, la stabilité des acquis sur le long terme n'est pas établie.

Efficacité des TCC comparée à d'autres formes de traitements selon la pathologie

PATHOLOGIE	EFFICACITÉ DES TCC	COMPARAISON	NOMBRE D'ÉTUDES
Dysmorphophobie (obsession à l'égard d'un défaut physique)	82%	Plus grande efficacité des TCC par rapport à un traitement médicamenteux ou un placebo	2
Trouble panique	77%	Plus grande efficacité des TCC par rapport aux thérapies psychodynamiques, de soutien ou à la relaxation	5
Agressivité/colère	66-69%	Efficacité équivalente des TCC et des thérapies psychodynamiques, de soutien ou à la relaxation	23
Dépression	51-87%	Plus grande efficacité des TCC par rapport aux thérapies psychodynamiques, de soutien ou à la relaxation	6
Anxiété chez l'enfant	56%	Plus grande efficacité des TCC par rapport à un placebo	13
Fatigue chronique	40-50%	Plus grande efficacité des TCC par rapport aux traitements habituels	11
Troubles de la personnalité	47%	Moins grande efficacité des TCC par rapport aux thérapies psychodynamiques, de soutien ou à la relaxation	25
Trouble anxieux généralisé	46%	Plus grande efficacité des TCC par rapport aux traitements habituels	8
Boulimie	40-44%	Plus grande efficacité des TCC par rapport aux thérapies psychodynamiques, de soutien ou à la relaxation	26
Troubles obsessionnels compulsifs (Toc)	38-50%	Pas d'éléments de comparaison avec d'autres thérapies	3

D'après les données du tableau "Pooled meta-analytic response rates for CBT versus other conditions across disorders", National Center for Biotechnology Information : www.ncbi.nlm.nih.gov

POUR EN FINIR AVEC LA GUERRE DES PSYS

ANNE-CLAIRE THÉRIZOLS

Voici dix ans, l'Inserm publiait un rapport concluant à l'efficacité supérieure des TCC sur la psychanalyse. Un tsunami dans le monde des psys français. Depuis, qu'en est-il ? Les deux approches sont-elles condamnées à s'opposer ?

Il est des questions anodines qui touchent au plus profond et ravivent les douleurs. Demandez à un praticien des TCC ce que la psychanalyse lui reproche et, au mieux, il vous répondra qu'il n'en a cure,

donnait les TCC grand vainqueur de l'efficacité pour 15 pathologies sur 16, où en est-on ? En mars 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) rendait public un rapport sur le traitement de l'autisme qui préconisait le recours aux méthodes comportementales

prudence : « *On ne peut pas extrapoler outre mesure, même si ces chiffres ne démontrent pas un raz-de-marée : le fait que le nombre d'adhérents de l'AFTCC n'ait pas progressé entre 2010 et 2013 peut aussi s'expliquer par le fait que l'association est peut-être plus sélective aujourd'hui sur ses praticiens membres. Il est logique qu'une association, à son lancement, soit moins exigeante que par la suite.* »

Jean Cottraux, psychiatre des hôpitaux formé aux TCC au Royaume-Uni puis aux États-Unis, et principal acteur de leur développement en France, se félicite, quant à lui, de cette progression : « *Les TCC se portent très bien. Les preuves de leur efficacité s'accumulent les unes derrière les autres, à raison de 2 ou 3 études par semaine qui confirment ce qui était apparu il y a dix ans dans le rapport de l'Inserm. Il y a aujourd'hui environ 2 000 personnes, psychologues, psychiatres, infirmières et autres professionnels de santé qui pratiquent les TCC à plus ou moins fort degré. Il existe maintenant des diplômes dans les facultés ou universités, ainsi que des associations*

“La psychanalyse ? Chère madame, laissons les morts enterrer les morts”

Un praticien des TCC

au pire vous raccrochera au nez. Demandez à un psychanalyste ce qu'il pense des TCC, et vous le trouverez au mieux en état de malaise, au pire aux abonnés absents.

La guerre entre psychanalystes et praticiens des TCC semble encore bien réelle, bien qu'*a priori* larvée ou inexistante pour le grand public.

Un praticien des TCC, en guise de conclusion à un entretien par ailleurs fort productif, glisse sur un ton péremptoire, en évoquant la psychanalyse : « *Chère madame, laissons les morts enterrer les morts.* » La psychanalyse serait-elle donc à l'agonie ? Pas si évident. Depuis le fameux rapport de l'Inserm en 2004 (1), qui

au détriment des approches psychanalytiques, jugées « non consensuelles » (2). En toile de fond ressurgissait le débat. Et aujourd'hui, qu'en est-il du développement des TCC ?

Un paysage complexe

Le seul indicateur disponible, et encore à prendre avec précaution car non exhaustif, est le nombre d'adhérents à l'Association française de thérapie cognitive et comportementale (AFTCC) : ils étaient 600 en 2000, 1 200 en 2007, puis 1 500 en 2010 ou encore en 2013. La sociologue Françoise Champion, auteure de *Psychothérapies et société* (3), commente ces chiffres avec



une nouvelle exigence d'efficacité de la part des patients qui peut mettre à mal une psychanalyse désormais sommée de faire ses preuves ? Sans doute les patients sont-ils aujourd'hui moins enclins à considérer leurs souffrances comme des épreuves psychiques nécessaires, mais simplement comme des parasites dépourvus de sens dont il faut vite de débarrasser. C'est du moins ce qui ressort du travail d'histoire et d'anthropologie des obsessions et des compulsions mené par Pierre-Henri Castel, qui analyse ainsi l'émergence des TCC (4).

Des frontières floues

Ce qui oppose, du moins dans les débats médiatiques, les TCC à la psychanalyse, tient en peu de mots : les TCC ne s'intéresseraient qu'à une guérison de symptômes avec des recettes toutes faites dont on attendrait des résultats clairs, une sorte de retour sur investissement immédiat, une « rentabilité » à l'image d'une société consumériste. Alors que la psychanalyse, elle, constituerait une véritable quête intellectuelle, s'intéresserait à la vérité du sujet, à son mal-être ou son bien-être tout entier, avec pour revers d'être longue et souvent incapable d'apporter les preuves de son efficacité, contrairement aux TCC qui se laissent volontiers évaluer et analyser...

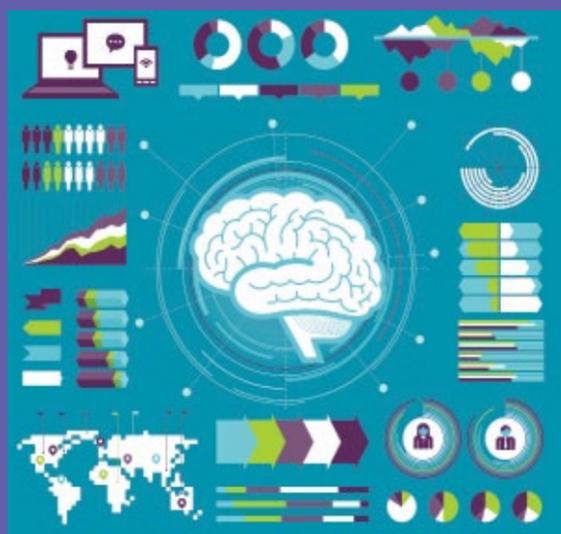
Il y aurait la transparence d'un côté, l'obscurantisme de l'autre. Dans la pratique, les choses semblent bien différentes. « *Cette description des choses est celle des étendards derrière lesquels les deux camps se rangent, commente Pierre-Henri Castel. Mais, par exemple, nombre de purs comportementalistes récuseraient complètement l'idée qu'ils*

privées de formation qui tournent également très bien. »

Pour Pierre-Henri Castel, psychanalyste, membre de l'Association Lacanienne Internationale et directeur de recherche au CNRS, le succès affiché des TCC n'est pas si simple à démontrer : « *S'il est avéré que les écoles de formation aux TCC recrutent énormément d'élèves, il est difficile d'en mesurer l'impact en termes de politique publique de la santé mentale. C'est seulement si l'on commençait à rembourser les psychothérapies, ce qui n'est absolument pas indispensable aujourd'hui selon moi, que l'on pourrait mesurer l'impact des TCC. Quoi qu'il en soit, le paysage est tellement morcelé et complexe que les jugements généraux sur ce qui avance et ce qui recule sont hasardeux. On entend dire beaucoup de choses mais je ne vois guère de*

données solides passer. Je ne crois pas que le débat de 2004 autour de l'expertise Inserm garde de l'intérêt. Si l'on veut avoir l'œil sur ce qui va se passer dans les années à venir, on devrait plutôt se pencher sur l'éclatement de toute la sphère psychothérapique. D'un côté, on va assister à une banalisation des TCC. De l'autre, la partie dure ou scientifique des TCC va évoluer dans la direction de la remédiation cognitive avec un recours croissant à la neuropsychologie, peut-être à l'imagerie. Toutefois, la psychanalyse ne disparaît et ne disparaîtra pas pour autant. Il y a trop de formes de souffrance dont personne ne veut entendre parler et que seul l'ethos psychanalytique prend en charge ! » C'est sans doute là tout le nœud de cette interminable guerre entre TCC et psychanalyse. Qui soigne quoi ? Quelle méthode est efficace ? Y a-t-il

Dernières nouvelles de l'évaluation



Les TCC passent pour des psychothérapies à l'efficacité éprouvée (voir p. 42). Oui, mais... La sociologue Françoise Champion s'est intéressée à de récentes études dont les résultats ne sont pas si tranchés, loin de là : « Parmi les études scientifiques récentes concernant

l'efficacité des psychothérapies, une méta-analyse publiée dans le *Canadian Journal of Psychiatry* (1) s'intéressait aux TCC pour la dépression de l'adulte et les comparait aux autres thérapies, mais aussi aux médicaments. Les résultats sont clairs : l'efficacité privilégiée des TCC a été surestimée. Certes, elle existe, mais elle n'est pas plus forte que pour d'autres thérapies, qu'il s'agisse des médicaments ou d'autres formes de psychothérapies. Une autre étude commence à avoir un certain retentissement : il s'agit d'une seconde méta-analyse, portant sur 155 études, menée par l'Association des psychologues américains (2) : elle confirme la haute efficacité des psychothérapies, plus forte que celle des médicaments... mais ne privilégie pas une psychothérapie plutôt qu'une autre. Elle conclut que les différences d'efficacité que l'on constate sont avant tout liées aux caractéristiques du patient et du psychothérapeute, et à la relation entre eux. Si les études scientifiques sont extrêmement sérieuses, cela n'est en fait pas si simple : elles sont aussi matière à contestation. En tant que sociologue, je remarque que c'est l'Association des psychologues américains qui publie cette méta-analyse, et que les psychologues ne sont pas prescripteurs de médicaments, et ont donc intérêt à prouver l'efficacité supérieure des psychothérapies. Et puis, cette association regroupe des thérapeutes de toutes tendances et, selon cette étude, comme par hasard, toutes les thérapies sont aussi efficaces les unes que les autres... On ne peut pas parler d'un terrain très impartial. Il faut donc rester très prudent sur l'interprétation. » Voilà pour les dernières mesures d'efficacité... plus ou moins objectives !

A.-C. T.

(1) Pim Cuijpers et al., « A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments », *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (7), 2013.

(2) American Psychological Association, « Recognition of Psychotherapy Effectiveness », *Psychotherapy*, 50 (1), 2013.

» soignent des symptômes codifiés. Ils s'intéressent au contraire aux difficultés singulières de tel ou tel. Et les TCC, ne serait-ce que pour vivre hors de l'hôpital et du laboratoire, sont forcées de vendre aussi du développement personnel, voire des formes de spiritualité ou de transcendance, de vérité subjective, mâtinée de bouddhisme ou de stoïcisme par exemple. Quant à cette peinture de la psychanalyse, en quête de vérité du sujet, elle exprime certainement un idéal moral très français, mais dans les faits, la dimension psychothérapeutique des pratiques concrètes des acteurs est considérable, fort heureusement ! Encore une fois, il existe un décalage spectaculaire entre les pratiques réelles et les discours tenus dans ce domaine. »

La fin d'une guerre de position ?

Jean Cottraux, lui, tout en insistant sur le fait que le titre de psychanalyste lacanien est « tout à fait fantaisiste », ne souhaite pas s'étendre sur les reproches faits aux TCC, « les mêmes depuis cinquante ans, qui ne présentent strictement aucun intérêt pour l'avancée de la science et pour les patients », les balayant d'un revers de manche. Il préfère rappeler qu'Aaron Beck, considéré comme le père de la thérapie cognitive, a reçu, en 2006, le prix Lasker, ce qui « représente une reconnaissance scientifique forte des TCC. » « Quoi qu'il en soit, poursuit-il, je ne polémiquerai pas, les réponses aux attaques que l'on pourrait nous porter sont dans les travaux que nous faisons ». Y aurait-il donc lassitude de cette guerre et, corollairement, volonté d'avancer si ce n'est main dans la main, du moins de façon éventuellement complémentaire ? « L'opposition idéologique TCC/

psychanalyse demeure réelle, explique quant à lui Pierre-Henri Castel. Mais il y a tout de même une minorité de praticiens qui se sont toujours intéressés à la psychothérapie en un sens médical fort, plus qu'existential, et qui ont recherché des synthèses. Aujourd'hui, dans le sillage d'initiatives autrefois lancées par Daniel Widlöcher (5), il existe des recherches sur les thérapies brèves qui sont plus ou moins entre les deux. L'idée

sûr de moins souffrir, de lever leurs inhibitions, de redevenir efficaces, mais aussi de comprendre pourquoi ils en sont arrivés là. La méthode proposée a peu d'importance à leurs yeux. Grosso modo, la demande se situe, si je puis dire, entre l'offre des TCC et de la psychanalyse. Une chose est certaine, confirmée par une enquête que j'ai menée en 2005 auprès de personnes qui avaient fait ou étaient en psychothérapie, les pa-

scientifiques. C'est cela, le courant dominant ! »

Pour finir de se convaincre d'une possible réconciliation, il suffit, par exemple, de consulter le site web de Sébastien Nicolas, psychologue à Niort qui se présente comme un militant des TCC mais propose aussi bien ces thérapies brèves que des thérapies « d'inspiration psychanalytique ». Les psychanalystes de l'Association Psychanalytique Internationale sont prêts, quant à eux, à dialoguer avec des praticiens des TCC et à accepter ces évaluations comparatives des différentes thérapies. Le temps de l'apaisement semble proche. Il paraît même inéluctable si la psychanalyse veut à terme survivre en s'adaptant à son temps. Et, à l'heure de la mondialisation, les petits et grands débats hexagonaux relatifs aux bonnes et mauvaises thérapies pourraient bien passer rapidement aux oubliettes, au profit d'une nouvelle ouverture des esprits pour le bien-être des patients ! ●

(1) *Psychothérapie, trois approches évaluées*, Éditions Inserm, 2004.

(2) *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, Recommandation de bonne pratique, HAS, Anesm, 2012.

(3) Françoise Champion, *Psychothérapies et société*, Armand Colin, 2008.

(4) Pierre-Henri Castel, *La fin des coupables, suivi de Le cas Paramord. Obsessions et contrainte intérieure, de la psychanalyse aux neurosciences* (vol. II), Ithaque, 2012.

(5) Voir l'entretien avec Daniel Widlöcher, « Soixante ans de psychanalyse », *Le Cercle Psy* n° 1, juin-juillet-août 2011.

(6) Michel Onfray, *Le Crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, Grasset, 2010.

Y aurait-il une lassitude de cette guerre des psys, et peut-être, la volonté d'avancer de manière complémentaire ?

n'a rien d'original : elle existait déjà dans les années 1970 aux États-Unis. En France, c'est plus nouveau. De toute façon, pour ce qui concerne la santé publique et donc les investissements à faire ou les pratiques à réguler, l'efficacité des psychothérapies est massivement confirmée quelle que soit l'école testée. Les différences entre écoles ne comptent pas pour plus de 1 % dans les différences statistiquement observables des effets des protocoles thérapeutiques ! La première mesure à adopter est de laisser les patients choisir la méthode et le praticien qui leur convient. Selon les données disponibles aujourd'hui, ce seul facteur rend infiniment mieux compte du succès ou de l'échec des psychothérapies, quel que soit le type de problème à soigner. »

Diagnostic confirmé par Françoise Champion, qui insiste sur la préoccupation du patient qui, lorsqu'il est en souffrance, veut simplement trouver quelqu'un d'efficace pour l'aider, quel que soit son profil : « Ce que les gens demandent, c'est bien

tients ne veulent plus de thérapeutes qui restent à distance et ne leur parlent pas. Ils ont besoin d'un réel échange ».

Voilà qui, sans le dire, met bien des formes de psychanalyse à distance. Une exigence que la sociologue a pu aussi constater du côté des internes en psychiatrie auprès desquels elle a mené une enquête juste après la sortie du fameux ouvrage de Michel Onfray, *Le Crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne* (6) : « La plupart des internes en psychiatrie que j'ai interrogés ne s'intéressaient pas du tout à la polémique autour de cet ouvrage. En revanche, ce qu'ils exprimaient très clairement, c'est qu'ils ne veulent plus de l'hégémonie de la psychanalyse en psychiatrie. D'ailleurs, l'un de leurs maître mots, c'est la diversité, le pluralisme des orientations où peuvent cohabiter des thérapeutes d'orientation analytique ou d'orientation TCC, ou systématique aussi. Ils ne veulent plus du dogmatisme de courants qui prétendent détenir la vérité, qu'elle soit celle du sujet ou celle des études