

Extrait de :

C. Meyer, M. Boch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux et J. Van Rillaer (éds)

Le livre noir de la psychanalyse

Paris : éd. Les Arènes, 2005, p. 725-753

En livre de poche : Edition 10/18,

Collection « Fait et cause », 2007, n° 3991, p. 898-931

Les thérapies cognitivo-comportementales :
la psychologie scientifique au service de l'humain

Jacques Van Rillaer

“Dans une large mesure, l'individu apparaît comme l'artisan de sa propre destinée.
Il est souvent capable d'agir sur les variables qui l'affectent”.

Skinner¹

Durant le XX^e siècle, la psychanalyse a été la référence dominante en matière de psychothérapie. À partir des années 1950, beaucoup d'autres traitements ont vu le jour : le *counseling* rogerien, l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie, l'hypnose ericksonienne, etc.

Aujourd'hui, dans le domaine du soin psychologique, l'un des principaux courants est représenté par les thérapies cognitivo-comportementales dites TCC, enseignées dans toutes les universités anglo-saxonnes, germaniques ainsi que dans le Nord de l'Europe. Ces thérapies se définissent comme des *traitements des problèmes psychologiques fondés sur la psychologie scientifique* ou encore comme des procédures, méthodiquement évaluées, qui traitent des troubles psychologiques grâce à l'apprentissage de nouveaux comportements, d'autres modes de penser, d'éprouver et d'agir. Il ne s'agit pas d'une théorie ou d'une Ecole créée par un personnage “qui sait” ou est “indépassable”² : on parle

¹. Skinner, B.F. (1953) *Science and human behavior*, Macmillan, p. 228. Trad., *Science et comportement humain*, Paris, In Press, 2005.

². Lacan, président de l'*École freudienne de Paris*, déclarait : “Freud savait, et il nous a donné ce savoir en des termes que l'on peut dire indestructibles [...] Aucun progrès n'a pu se faire, si petit, qui n'ait dévié chaque fois que fut négligé un des termes autour

de freudiens, de jungiens et de lacaniens, mais non de wolpiens ou d'eysenckiens. *Les TCC sont des procédures psychologiques qui favorisent le mieux-être en s'appuyant sur des connaissances scientifiques.* Ce qui veut dire que les pratiques d'aujourd'hui ne sont plus celles d'il y a cinquante ans, et qu'on ne peut pas prévoir ce qu'elles vont devenir dans vingt ans. Une seule chose continuera à les définir : le souci de scientificité.

Le souci de scientificité procède avant tout du désir d'être le plus efficace possible dans l'aide apportée aux personnes en souffrance. Tout comme la médecine moderne a pu trouver, grâce à l'utilisation de la méthode scientifique, des remèdes efficaces pour un grand nombre de maladies (en un siècle, elle a fait passer l'espérance de vie de 45 à 80 ans), ainsi la psychologie moderne parvient, grâce à des recherches scientifiques, à résoudre une série de problèmes psychologiques graves : agoraphobie, crises de panique, trouble obsessionnel-compulsif, dépression sévère, dépendances, etc. Certes l'utilisation de la méthodologie scientifique ne produit pas toujours des connaissances correctes — les scientifiques évitent d'ailleurs d'utiliser le mot "vérité", dont usent et abusent les théologiens et les psychanalystes —, mais elle apporte tout de même un ensemble de connaissances qui ont plus de chances d'être valides et efficaces que celles qui reposent seulement sur l'intuition clinique, la spéculation ou l'argument d'autorité.

Idéalement, les TCC devraient s'appeler "(psycho)thérapies d'orientation scientifique". Malheureusement, le mot "science" est souvent mal compris: tantôt il fait croire naïvement que l'expert possède la "vérité", tantôt il suscite des résistances chez ceux qui s'imaginent que la démarche scientifique et l'écoute respectueuse de la personne sont incompatibles. Tout particulièrement en France, le thérapeute qui utiliserait ce vocable se ferait facilement étiqueter "positiviste" ou "scientiste", en particulier par ceux que Bouveresse³ appelle les "littéaristes" et qui ont aujourd'hui le vent en poupe dans les médias.

De la psychanalyse aux thérapies cognitivo-comportementales

La cure psychanalytique classique consiste, pour le patient couché sur un divan, à dire tout ce qui lui passe par la tête ("règle des associations libres"), pendant des séances d'environ 50 minutes⁴. L'analyste, "en état d'attention flottante", écoute avec son propre inconscient. Freud précise :

desquels Freud a ordonné les voies qu'il a tracées" (*Le Séminaire XI*, Paris, Seuil, 1973, p. 211).

De son côté, Janine Chasseguet, présidente de la *Société psychanalytique de Paris*, écrivait : "Contrairement à ce qui se passe dans les autres disciplines scientifiques, nous nous trouvons confrontés en la personne de Freud, à un créateur unique et indépassable" ("Freud mis à nu par ses disciples mêmes", *Revue française de Psychanalyse*, 1975, 39, p. 152).

³. Bouveresse, J. (1999) *Prodiges et vertiges de l'analogie. De l'abus des belles-lettres dans la pensée*, Paris, Raisons d'agir, 158 p.

⁴. Freud s'est fâché quand il a appris qu'Ernest Jones faisait des séances de 30 minutes de manière à en faire davantage (voir Freud, S. & Ferenczi, S., *Correspondance*, Calmann-Lévy, 2000, vol. 3, p. 362). Les séances ultracourtes de Lacan lui seraient sans doute apparues comme une scandaleuse caricature de sa méthode.

“Les règles techniques de la psychanalyse peuvent se ramener à un principe unique. [...] Cette technique est très simple [*sehr einfach*]. [...] Elle consiste à maintenir une attention également flottante à tout ce que l'on entend. Ainsi on s'épargne un effort d'attention qu'on ne pourrait maintenir chaque jour durant des heures. [...] L'analyste se fie entièrement à sa mémoire inconsciente ou, en termes techniques, il écoute sans se préoccuper de ce qu'il retient”⁵.

A certains moments, l'analyste pense découvrir, à travers ce que dit le patient, des significations inconscientes. Il communique ses trouvailles s'il le juge opportun. Il attache une importance primordiale au “transfert” sur sa propre personne des sentiments éprouvés par le patient pour ses parents.

Freud disait que sa technique permettait de traiter ce qu'on appelle aujourd'hui les troubles anxieux (crises de panique, phobies, obsessions, compulsions, etc.). Il n'a rien publié sur le traitement des paraphilies (en langage ordinaire : les perversions sexuelles), ni sur celui des toxicomanies (il n'a jamais réussi à se délivrer de sa propre tabacomanie). Il a toujours écrit que la psychanalyse n'était pas en mesure de traiter les psychoses, qu'il appelait “névroses narcissiques”⁶. Dans les années 1920, il a essayé de traiter un adolescent psychotique, Carl Liebmann, qu'il a qualifié de “paranoïaque super-intelligent” et pour lequel, écrit-il, il s'est “donné beaucoup de mal”. Il en parle dans sa correspondance avec Ferenczi⁷, mais n'a jamais rien publié à ce sujet et pour cause : il n'a obtenu aucun résultat positif.

La cure freudienne est une démarche essentiellement intellectuelle : l'analysant parle, le psychanalyste écoute et interprète, la compréhension du refoulé est censée guérir. Lacan a accentué l'intellectualisme de la psychanalyse. Lui et ses disciples n'ont cessé de répéter : “Le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée”⁸.

À ma connaissance, on trouve deux mentions de l'importance de *l'action* en psychothérapie dans l'œuvre de Freud. D'abord, dans *Totem et Tabou*. Il écrit dans le dernier paragraphe :

“Le névrosé est avant tout inhibé dans son action ; chez lui, la pensée s'est totalement substituée à l'action”⁹.

Ensuite en 1919, lorsqu'il mentionne le caractère indispensable de l'action pour traiter des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs.

“On ne devient guère maître d'une phobie si l'on attend que le malade soit amené par l'analyse à l'abandonner. Il n'apporte alors jamais à l'analyse ce matériel qui est indispensable à la résolution convaincante de la phobie. On doit procéder autrement. Prenez l'exemple des agoraphobes ; il y en a deux classes, une légère et une grave. Les premiers ont certes à souffrir de l'angoisse chaque fois qu'ils vont seuls dans la rue, mais

⁵. “Ratschläge für den Arzt bei der psychanalytischen Behandlung” (1912), *Gesammelte Werke*, Fischer, VIII, p. 376-78.

⁶. Voir par exemple *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1917), *Œuvres complètes*, Paris, P.U.F., 2000, XIV, p. 463s.

⁷. Voir par exemple la lettre du 2 août 1927.

⁸. *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 269.

⁹. *Totem und Tabu* (1913), rééd. dans *Gesammelte Werke*, Francfort, Fischer, IX, p. 194.

ils ne se sont pas encore privés pour autant d'aller seuls ; les autres se protègent de l'angoisse en renonçant à aller seuls. Chez ces derniers, on n'obtient alors de succès que si l'on peut les amener par l'influence de l'analyse à se conduire de nouveau comme des phobiques du premier degré, donc à *aller dans la rue et, pendant cette tentative, à combattre contre l'angoisse.* [...]

*Une attente passive semble encore moins indiquée dans les cas graves d'actions de contrainte [Zwangshandlungen], qui en général inclinent en effet vers un processus de guérison "asymptotique", vers une durée de traitement infinie, et dont l'analyse court toujours le danger d'amener beaucoup de choses au jour et de ne rien changer"*¹⁰.

Un des très rares psychanalystes qui aient pris au sérieux cette page de Freud est Alexandre Herzberg, un psychiatre qui a fui l'Allemagne nazie dans les années 30. À Londres, au début des années 40, il développa des principes que l'on retrouve aujourd'hui dans les TCC : le souci d'observer soigneusement avant d'interpréter, la prise en compte des influences de l'entourage et de processus corporels. Son approche thérapeutique se voulait pluridimensionnelle : elle portait sur un ensemble de variables censées maintenir les troubles.

Sa technique la plus originale était la programmation de tâches spécifiques, de difficulté croissante, permettant d'expérimenter de nouveaux comportements afin d'en éliminer d'autres. À titre d'exemple : se rendre dans des situations redoutées suivant une progression des difficultés, ne plus parler de ses troubles à ses proches, mettre en place de nouvelles sources de satisfactions. Toutes ces mesures étaient jugées essentielles pour le traitement et pour la prévention de récurrences. Herzberg écrivait :

“La psychothérapie active est une combinaison, ou plutôt une intégration, de psychanalyse, de persuasion, d'efforts pour influencer directement le milieu du patient et de tâches données au patient. La démarche essentielle dans cette intégration ce sont les tâches. Les fonctions des trois autres facteurs sont d'être, principalement mais pas entièrement, des préparatifs”¹¹.

Herzberg adoptait un style actif, voire directif. Il avait constaté que l'incitation du patient à affronter progressivement des situations anxiogènes (c'est-à-dire génératrices d'anxiété) donnait des résultats nettement meilleurs que “la cure par la parole”. Il observait des améliorations satisfaisantes, en moyenne, après une vingtaine de séances¹².

¹⁰. “Wege der psychoanalytischen Therapie” (1919), rééd. dans *Gesammelte Werke*, XII, p 191s., trad., “Les voies de la thérapie psychanalytique”, *Œuvres complètes*, P.U.F., XV, p. 106 (souligné par J.V.R.).

¹¹. Herzberg, A. (1945), *Active Psychotherapy*, Londres, Routledge & Kegan Paul ; New York, Grune & Stratton, p. 5.

¹². Pour en savoir plus : A. Herzberg (1941), “Short treatment of neuroses by graduated tasks”, *British Journal of Medical Psychology*, 19, p. 19-36. — H. Eysenck (1997) *Rebel with a Cause. The Autobiography of Hans Eysenck*, New Brunswick & Londres, Transaction Publishers, p. 132-36. — J. Van Rillaer (1999) “Alexandre Herzberg. Un ancêtre méconnu de la thérapie comportementale”, *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 9, p. 62-64.

Les pionniers des thérapies comportementales

Herzberg est mort prématurément en 1945. À la fin des années 50, à l'université de Londres, Hans Eysenck — un psychologue clinicien, qui avait également fui l'Allemagne nazie —, cherche à élaborer une forme de psychothérapie fondée sur la psychologie scientifique. Il se rappelle alors des exposés de Herzberg et y trouve l'inspiration pour un traitement des phobies par des confrontations très progressives à ce qui fait peur. Avec des collègues et des collaborateurs — Beech, Meyer, Shapiro, Yates — il expérimente cette idée avec un étonnant succès.

En 1960, Eysenck édite à Londres le premier livre dont le titre mentionne l'expression "thérapie comportementale" : *Behaviour therapy and the neuroses*¹³. Il y définit la thérapie comportementale comme l'utilisation de la théorie moderne de l'apprentissage pour expliquer et traiter des troubles psychologiques. L'ouvrage rassemble 36 publications de psychothérapies menées dans le cadre de la psychologie scientifique. Les problèmes traités sont des phobies, des obsessions, des compulsions, des tics, le bégaiement, l'énurésie nocturne, des conversions somatiques, etc. Les techniques apparaissent d'emblée diversifiées.

On ne peut pas dire qu'Eysenck (ni Herzberg) soit "le" créateur des TCC. Contrairement aux autres formes de psychothérapie, *les TCC ne sont pas l'œuvre d'un Père fondateur*. Elles sont nées au cours d'une même décennie — les années 1950 — en différents endroits de la planète, à un moment où la psychologie scientifique accomplissait des progrès considérables. Les premiers artisans ne se connaissaient pas.

Parallèlement à Eysenck, Joseph Wolpe, un psychiatre sud-africain, fait l'expérience des mêmes principes. Au départ, comme la majorité de ses confrères, il pratiquait la psychanalyse. Ses rencontres avec un psychologue expérimentaliste américain, Leo Reyna, et avec l'épistémologue Karl Popper, au cours d'un congé sabbatique dans une université californienne, le conduisent à remettre en question la psychanalyse et à s'orienter résolument vers la psychologie scientifique. Dans les années 1950, il élabore un traitement des phobies, qu'il appelle "désensibilisation systématique"¹⁴. Cette thérapie consiste à faire apprendre des comportements qui réduisent l'anxiété (notamment la diminution rapide du tonus musculaire et du rythme respiratoire) et aident la personne à affronter, par étapes, des situations anxiogènes. Nous illustrerons plus loin cette procédure en prenant l'exemple du traitement de la phobie des araignées.

Autre pionnier important : Burrhus Frederic Skinner. Ce psychologue expérimentaliste de l'université Harvard a pu juger de l'inefficacité de la cure freudienne pour les problèmes

¹³. Ed. Pergamon. Trad. de l'édition abrégée : *Conditionnement et névroses*, Paris, Gauthier-Villars, 1962, 414 p.

¹⁴ Wolpe, J. (1954) "L'inhibition réciproque, principale base des effets en psychothérapie", trad. dans H. Eysenck (1960) *Conditionnement et névroses*, Gauthier-Villars, 1962, p. 67-97. Certains auteurs font commencer l'histoire des thérapies comportementales à la publication, en 1958, du livre de Wolpe *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (Stanford University Press).

L'expression "behavior therapy" apparaît pour la première fois en 1953, dans un rapport de Skinner et coll. adressé au *Metropolitan State Hospital*. Elle a été utilisée par Arnold Lazarus en 1958, dans un article à diffusion restreinte (*South African Medical Journal*). Elle a été popularisée par Eysenck à partir de 1960.

sérieux. À l'époque où il était l'assistant de Boring, celui-ci avait effectué sans succès une psychanalyse sous la direction de Hans Sachs, qui avait été un des six membres du "Comité secret" destiné à veiller à l'orthodoxie de la doctrine freudienne. Après 168 séances, Boring avait abandonné ce traitement qui ne l'avait aucunement aidé à sortir d'une grave dépression et à réduire ses tendances obsessionnelles¹⁵. Alors qu'à l'époque la psychanalyse apparaissait aux Etats-unis comme la psychothérapie par excellence, Skinner a rapidement compris qu'elle n'avait guère de fondements scientifiques et qu'elle était inefficace pour les problèmes sérieux¹⁶.

La principale contribution de Skinner au développement des TCC réside dans des recherches sur l'analyse et la modification de comportements. Il a analysé de façon décisive comment la conduite est déterminée par les effets qu'elle produit (des effets que nous avons déjà éprouvés, que nous imaginons ou que nous observons chez d'autres). La formule qui résume ses premiers travaux s'énonce "S—R—C" : une situation (ou des "stimuli") suscite une réponse (ou comportement), qui entraîne des conséquences, lesquelles rétroagissent sur la façon nous réagissons à l'avenir dans le même genre de situation.

Pendant une vingtaine d'années, Skinner a fait des expériences de laboratoire, principalement à l'aide de rongeurs et de pigeons. A partir des années 1950, celui que l'on considère comme le plus grand nom du béhaviorisme (ou comportementalisme), s'est consacré surtout à l'étude de comportements "internes" : langage intérieur, visualisation mentale, résolution de problème, gestion de soi, etc¹⁷.

Au cours des années 60, des élèves de Skinner ont élaboré des programmes de changement de comportements, qui visaient notamment la réduction de la suralimentation, l'efficacité de l'étude chez des étudiants, l'amélioration des relations conjugales¹⁸. Un des principes de l'analyse des comportements problématiques était de les envisager comme des conduites contrôlées par leurs effets (satisfactions diverses, diminution ou évitement de souffrances) et produites faute de disposer de conduites plus adéquates. Corrélativement, un des principes de la modification de comportements était de changer les conditions environnementales et d'aider la personne à développer des modes de pensée et d'action plus satisfaisants.

Les pionniers des thérapies comportementales n'ont nullement ignoré les émotions (les premiers traitements visaient à éliminer des peurs excessives), ni les cognitions (dès 1954, Wolpe utilisait la visualisation mentale de situations anxiogènes). Toutefois, leur attention était centrée sur les stimuli externes, les actions et leurs effets observables.

¹⁵ Boring, E.G. (1940) "Was this analysis a success ?" *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1940, 35, p. 1-16. Rééd. dans S. Rachman (1963) *Critical essays on psychoanalysis*, New York, Macmillan, p. 16-22.

¹⁶ Skinner, B.F. (1954) "A critique of psychoanalytic concepts and theories", *Scientific Monthly*, 79, p. 300-305.

¹⁷. Voir déjà *Science and Human Behavior*, New York, Macmillan, 1953, trad., *Science et comportement humain*, Paris, In Press, 2005. Pour une vue d'ensemble de son œuvre, voir Marc Richelle (1977) *Skinner ou le péril béhavioriste*, Belgique, Mardaga, 264 p.

¹⁸. Plusieurs de ces programmes ont été réédités dans *Behavior change through self-control* (1973) de Marvin Goldfried (Université de New York à Stony Brook) et Michael Merbaum (Université Adelphi). Dans l'introduction, les auteurs expliquent que le but ultime de la thérapie comportementale est de fournir au client des ressources qui permettent d'affronter par soi-même les problèmes existentiels.

Les thérapies cognitives

Indépendamment de la thérapie comportementale, version années 60, s'est développé, à la même époque, un courant de "thérapie cognitive". L'initiative en revient principalement à Albert Ellis et Aaron Beck, deux psychologues américains, insatisfaits du manque de scientificité du freudisme et de sa faible efficacité¹⁹. Ils ont développé l'idée que, lorsque les problèmes psychologiques sont sérieux, il ne suffit pas que le patient parle, se souvienne et exprime des émotions, tandis que le thérapeute écoute, analyse et communique des interprétations "profondes". Pour eux, il faut repérer des schémas de pensée et des croyances dysfonctionnelles en vue de les modifier de façon *active et méthodique*.

Cognition : un mot-clé de la psychologie contemporaine

- Le mot **cognition** désigne tantôt une opération mentale (l'activité perceptive, le ressouvenir, le comportement de résolution de problème, etc.), tantôt les contenus cognitifs qui en résultent (les éléments perçus, des souvenirs, des solutions à des problèmes, etc.).

D'ordinaire, nous ne sommes pas conscients des processus par lesquels nous percevons, interprétons, construisons nos pensées, et nous ne prenons guère de recul vis-à-vis des cognitions que nous produisons. Beaucoup de nos actions, pour être efficaces et rapides, supposent la mise entre parenthèses de larges pans de cognitions qui ont permis leur apprentissage. Toutefois, dans certaines circonstances (en particulier dans des cas de troubles mentaux), il est très utile d'observer et d'analyser des processus cognitifs afin de mieux les gérer.

- La **psychologie cognitive** est le secteur de la psychologie scientifique centré sur l'étude des processus cognitifs: perception, catégorisation, mémorisation, attribution causale, imagerie mentale, comportement verbal, résolution de problèmes, etc.

Le point de départ de ces recherches remonte à la naissance de la psychologie expérimentale: à la fin du XIXe siècle, Wundt fait des expériences sur les illusions perceptives, Ebbinghaus, sur la mémoire, etc. Depuis les années 1960, l'intérêt pour les processus cognitifs a fortement augmenté. L'ouvrage *Cognitive Psychology* d'Ulrich Neisser (New York, Appleton, 1967) a joué un rôle historique important.

- L'expression **thérapie cognitive** a été proposée par Beck, au début des années 1960, pour désigner une psychothérapie accordant une place privilégiée à la modification active de modes de pensée et s'efforçant de répondre à des exigences de scientificité (étude méthodique de schémas cognitifs, recherches systématiques sur les effets des interventions).

¹⁹. Voir *supra* [ou *infra* ?], ch. X & Y.

Avant les années 1980, il y a eu très peu d'échanges entre des chercheurs en psychologie cognitive et les praticiens de la thérapie cognitive ou des TCC. Aujourd'hui, les interactions sont de plus en plus fructueuses. Un ouvrage représentatif est celui de J.M.G. Williams et al. (2001) *Cognitive psychology and emotional disorders*, Chichester, Wiley, 2^e ed., 402 p.

- L'expression **sciences(s) cognitive(s)**, apparue aux Etats-Unis à la fin des années 1950, désigne un ensemble de recherches interdisciplinaires menées par des philosophes, des psychologues, des linguistes, des neurologues, des informaticiens, etc. L'objet principal est la nature de la pensée et des connaissances. La science cognitive accorde une place importante au langage de l'information et à la métaphore informatique. Certains considèrent que la psychologie cognitive en fait partie, mais d'éminents représentant de la première — par exemple Neisser — critiquent vivement les abus du modèle informatique et des programmes d'intelligence artificielle.

L'ouvrage de Howard Gardner, *Histoire de la révolution cognitive. La nouvelle science de l'esprit* (trad., Payot, 1993, 488 p.), qui faisait le point en 1985 sur l'évolution de ce mouvement, montre son absence d'interactions avec la thérapie cognitive ou avec les TCC. Les noms d'Ellis ou de Beck n'y apparaissent pas.

- La **neuroscience cognitive** étudie les processus cérébraux qui rendent possibles les opérations cognitives. Un représentant éminent est Michael Gazzaniga (*Neurosciences cognitives*, trad., Paris, De Boeck, 2001).

Durant les années 70, ces deux courants se sont intégrés dans ce que l'on appelle la ou les “thérapies cognitivo-comportementales”. L'usage du singulier met l'accent sur les dénominateurs communs des procédures, celui du pluriel met en avant leur diversité. Cette expression s'est imposée en France, le pays occidental où le rejet du “behaviorisme” a été plus fort que dans tout autre et où les comportementalistes doivent sans cesse rappeler qu'ils prennent toujours en compte les dimensions cognitives et affectives. Ailleurs, aux Pays-Bas par exemple, des praticiens se définissent simplement comme “comportementalistes”. Ils utilisent le mot “comportement” au sens large et tiennent bien évidemment compte des différents aspects du comportement.

Au début, les cognitivo-comportementalistes s'appliquaient à résoudre des problèmes de conduite clairement circonscrits. Ils prenaient ainsi le contre-pied des psychanalystes et des thérapeutes “non-directifs” qui se disaient centrés sur des problèmes “profonds” ou de “personnalité”, mais qui apparaissaient dramatiquement limités quand leurs patients leur demandaient de les aider à éliminer des conduites particulièrement gênantes. A partir des années 70, les comportementalistes ont changé d'objectif: au lieu de chercher pour leurs patients des solutions précises à des problèmes spécifiques, ils se sont employés à leur apprendre des stratégies utilisables, de façon autonome, dans une large variété de situations. Le thème de *la gestion de soi* est devenu central²⁰.

²⁰. Voir par exemple J. Van Rillaer, *La gestion de soi*, Belgique, Mardaga, 1992, 4^e éd., 2000, 367 p.

Les thérapies cognitivo-comportementales : un nom propice aux malentendus

Depuis les années 1910, les psychologues qui ont voulu travailler scientifiquement ont choisi la notion de “comportement” comme unité de base de leurs observations. L'âme, l'esprit, la volonté, l'Inconscient et autres entités mentales ne sont pas des réalités que l'on peut étudier objectivement. Les seuls faits sur lesquels les chercheurs peuvent s'accorder et qu'ils peuvent prendre comme *point de départ* de leurs constructions — pour théoriser par exemple sur des processus inconscients ou sur les facteurs des conduites volontaires —, ce sont des *comportements observables* (paroles, réactions émotionnelles, gestes, actions), leurs conditions environnementales et leurs corrélats physiologiques. On ne fait pas de science sans théorie, mais il faut à tout moment pouvoir se référer à des réalités empiriques.

Le comportementalisme est né du refus des explications “mentalistes”. Une des principales raisons de son avènement est le refus d'expliquer des conduites par des entités mentales inobservables. On peut dire de Paul, qui a giflé son voisin, qu'il a adopté un comportement agressif, mais on n'explique pas grand-chose en disant qu'il a donné une gifle *parce qu'il y a “en lui” un “instinct d'agression”* ou une “pulsion de mort”. On peut avancer, à la rigueur, qu'il a eu ce geste parce qu'il a ressenti une (im)pulsion à agresser, mais l'essentiel est alors d'expliquer pourquoi il a éprouvé cette tendance et pourquoi, l'éprouvant, il a agressé physiquement plutôt que d'adopter une autre réaction — par exemple ironiser ou tourner les talons. L'explication d'un comportement implique l'examen de *six variables*: les stimuli antécédents, les processus cognitifs, l'état corporel (par exemple le degré d'activation physiologique), l'état affectif, le répertoire comportemental, les conséquences attendues compte tenu des expériences passées. Affirmer, comme Freud dans son dernier livre, que des malades ne guérissent pas parce qu'ils ont un besoin inconscient d'être malade, un “Krankheitsbedürfnis”²¹, c'est se contenter d'une pseudo-explication du même ordre que la “virtus dormitiva” mise en scène par Molière, pour “expliquer” que l'opium fait dormir.

John Watson a appelé la psychologie qui adopte ce point de vue le *béhaviorisme* (en français, *comportementalisme*). Il ne niait nullement l'importance des pensées et des sentiments. Il termina son célèbre manifeste de 1913 en écrivant :

“Quand nos méthodes seront mieux développées, il deviendra possible de se lancer dans des investigations de formes de comportement plus complexes — telles que l'imagination, le jugement, le raisonnement et l'invention. Les problèmes que nous mettons de côté reviendront au premier plan, mais ils seront vus sous un angle nouveau et dans le cadre de dispositifs plus concrets”²².

· Freud, S. (1940) *Abriss der Psychoanalyse. Gesammelte Werke*, Fischer, XVII, p. 105.

²². Watson, J. B. (1913) “Psychology as the behaviorist views it”, *Psychological Review*, 20, p. 158-77.

Le comportement, un mot souvent mal compris et décrié

Le mot *comportement* recouvre, chez les psychologues, deux significations. *Au sens étroit*, il désigne une action manifeste, directement observable, qui se distingue des phénomènes psychiques “internes” (les cognitions et les affects). Dans son *acception large*, il désigne toute activité signifiante, directement ou indirectement observable. Il présente alors trois dimensions :

1. une composante cognitive (perception, souvenir, réflexion, etc.),
2. une composante affective (plaisir, souffrance, indifférence)
3. et une composante motrice (action, expression corporelle).

Mis à part les réflexes élémentaires, tout comportement présente ces trois éléments.

En définitive, *toute analyse d'un comportement implique de prendre en compte six variables* :

- ses trois dimensions : *cognitions, affects, actions*
- le ou les *stimuli antécédents*
- la ou les *conséquences* anticipées, consciemment ou non.
- l'état de *l'organisme*²³.

Lorsque Beck et Ellis ont développé leur thérapie “cognitive”, ils ont utilisé le mot “comportement” au sens étroit. Quand leurs apports ont été intégrés à ceux des premiers behavioristes, l'expression “cognitivo-comportemental” s'est diffusée. Cette expression est cependant loin d'être satisfaisante. Elle a l'inconvénient de passer sous silence le fait que les TCC se caractérisent avant tout par leur scientificité. Elle met en avant deux variables, le comportement entendu au sens étroit et les cognitions, et passe sous silence trois autres, dont s'occupent en principe tous les thérapeutes de cette orientation : la dimension affective (ou émotionnelle), des variables physiologiques (notamment

²³. Dans *Pourquoi la psychanalyse ?* (Fayard, 1999, p. 95), Elisabeth Roudinesco écrit que “le behaviorisme s'appuie sur l'idée que le comportement humain obéit au principe du stimulus-réponse (SR)”. Il est vrai que, dans les années 1910, Watson insistait sur l'importance de s'en référer avant tout aux comportements observables et aux stimuli qui les suscitent. Toutefois, dès 1923, Tolman — un des plus grands noms du behaviorisme — montrait qu'il était indispensable d'envisager les “expectancies” (attentes, anticipations), et pas seulement ce qui précède, pour comprendre le comportement. Dès 1931, Skinner, dans sa thèse de doctorat à Harvard, expliquait la nécessité de “troisièmes variables” pour rendre compte des variations de la relation entre un stimulus et une réponse. Aujourd'hui, ce n'est pas moins de six variables que les comportementalistes prennent en compte (voir encadré). Dire que le behaviorisme explique tout par la formule “S-R” équivaut à dire que la psychanalyse explique tout par la libido.

l'activation du système nerveux orthosympathique, la respiration, le tonus musculaire, la consommation de substances stimulantes) et les environnements matériels et sociaux dans lesquels les comportements apparaissent, sont renforcés ou diminués. Difficile d'évoquer par une expression les différents facteurs que les comportementalistes observent, analysent et proposent à leurs patients de modifier. L'expression "thérapie contextuellobio-cognitivo-affectivo-praxique" serait plus juste, mais elle n'est guère utilisable, même sous la forme d'un acronyme ("TCBCAP"). Certains préfèrent aujourd'hui les expressions "psychothérapies validées empiriquement" ou "basées sur des preuves". Ici nous parlerons de "TCC" ou de "comportementalisme",²⁴ entendus comme synonymes.

Notons encore que le mot "thérapie" est souvent préféré à celui de "psychothérapie" parce que le préfixe "psycho" évoque l'âme (*psukhê*). Le comportementaliste ne travaille pas sur l'âme, mais sur des comportements — c'est-à-dire des pensées, des émotions, des actions —, sur l'environnement physique et social et, éventuellement, sur l'organisme.

Comment procèdent les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ?

L'ancrage des TCC dans la psychologie scientifique implique une évolution continue, tant au niveau des procédures que des références théoriques. Les thérapeutes adaptent leur pratique en fonction des problèmes qu'ils traitent, de leur expérience personnelle et de leur connaissance des recherches scientifiques. Cependant, au-delà de leurs particularités, tous se caractérisent en principe par :

- un objectif : modifier de façon tangible des façon de penser, des réactions émotionnelles et des modes d'actions
- le choix d'un moyen : la démarche scientifique
- un style d'interaction avec le patient, qu'on peut qualifier de "pédagogie démocratique".

²⁴ Il n'est pas inutile de rappeler que le terme *comportementalisme* est synonyme de l'anglicisme *béaviorisme*, ce que savent tous les psychologues universitaires ou ceux qui consultent *Le petit Robert*. Dans *Pourquoi la psychanalyse ?*, Roudinesco écrit (p. 95) : "Le *béaviorisme* est une variante du *comportementalisme*", ce qui revient à dire que le *skate-board* est une variante de la *planche à roulette*. A la même page, elle écrit qu'"on classe souvent le *béaviorisme* dans la psychologie cognitive" (rappelons que la psychologie cognitive étudie scientifiquement les processus cognitifs). À ma connaissance, Roudinesco est le premier auteur à proposer une "classification" aussi loufoque. Toujours à la même page, elle déclare que "la psychologie cognitive se veut scientifique en prétendant faire dépendre du cerveau non seulement la production de la pensée, mais l'organisation psychique consciente et inconsciente". En réalité, les chercheurs en psychologie cognitive s'estiment scientifiques parce qu'ils utilisent la méthode scientifique pour étudier des processus cognitifs. Il ne suffit évidemment pas de dire que la production de la pensée dépend du cerveau pour être scientifique. Des erreurs aussi grossières sur la psychologie scientifique témoignent de la totale méconnaissance dont elle est parfois l'objet et la victime.

L'objectif

Les comportementalistes ont pour principal objectif d'apprendre aux patients comment modifier concrètement, de façon observable et mesurable, des comportements que ceux-ci souhaitent changer.

Les objectifs de changement sont définis au terme d'un dialogue. Le thérapeute aide le patient à formuler des objectifs réalistes et concrets, qui tiennent compte de son bien-être, à plus ou moins long terme, et de la qualité de ses relations à autrui. Dans certains cas, le thérapeute limite son aide à une demande explicite et bien délimitée (par exemple, cesser de vérifier sans arrêt que le gaz est bien éteint, la porte bien fermée à clé). Dans d'autres cas, un traitement efficace implique d'élargir sensiblement le ou les objectifs. Ainsi la personne qui veut se libérer de la dépendance à l'alcool ne peut se contenter d'une technique de contrôle des impulsions à boire à contretemps: elle doit également développer son répertoire d'activités agréables "concurrentes", apprendre des stratégies pour mieux réguler les émotions pénibles et affronter des situations stressantes, etc. *Idéalement*, les apprentissages vont au-delà de problèmes bien circonscrits : ils visent à *améliorer l'habileté à se gérer soi-même*. En définitive, *c'est toujours le patient qui décide des buts à atteindre et du degré d'engagement dans le processus d'apprentissage*.

Le souci de scientificité

Le thérapeute est confronté à une réalité très complexe. Il n'est pas dans la situation d'un chercheur de laboratoire qui examine des variables contrôlées de façon rigoureuse. Il fait inévitablement des extrapolations et des interprétations, qui laissent une large place à la subjectivité. L'exigence de scientificité se retrouve à quatre niveaux.

Le thérapeute *se base sur un corpus de recherches solides*, principalement des travaux sur l'apprentissage, mais aussi des études sur les processus cognitifs, affectifs, psychophysiologiques et sociaux. Cet ensemble de connaissances évolue et devient de plus en plus vaste au fil du temps.

Au cours de ses interventions, le praticien adopte *une attitude qui s'apparente à celle d'un chercheur scientifique*: il rassemble des observations avec soin, il considère ses analyses et interprétations comme des hypothèses de travail, il propose au patient d'effectuer des observations systématiques pour confirmer ou réfuter les hypothèses, il change les hypothèses quand les faits les contredisent.

Sachant que *son propre comportement* est fonction de multiples variables, le thérapeute s'efforce de les observer et de les modifier quand c'est souhaitable. Il analyse notamment *les interactions subtiles* qui orientent le déroulement des psychothérapies²⁵.

Les comportementalistes vérifient méthodiquement les effets de leurs pratiques. Ils comparent l'évolution de patients de même type, traités par des méthodes différentes,

²⁵. Voir supra, "Le conditionnement freudien" et, par exemple, I. Rosenfarb, (1992) "A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship", *The Psychological Record*, 42, p. 341-54.

pour découvrir les ingrédients les plus efficaces et ceux qui sont inutiles. Ils essaient de préciser non seulement les procédures efficaces pour la moyenne des patients, mais encore celles qui fonctionnent le mieux pour tel type de personnes (par exemple les techniques basées sur l'imagination ne conviennent qu'à certains). Ils se remettent en question quand les résultats sont insatisfaisants.

En quarante ans, des centaines d'études bien contrôlées ont été réalisées sur l'efficacité des procédures en fonction des problèmes à traiter. Un nombre important d'entre elles sont publiées dans des revues de thérapie comportementale (*Behaviour Research and Therapy, Behavior Therapy, Behavioural Psychotherapy, Cognitive Therapy and Research, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, etc.), mais aussi dans les revues les plus prestigieuses de psychiatrie et de psychologie scientifiques (*American Journal of Psychiatry, Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of Abnormal Psychology, Journal of Consulting and Clinical Psychology, L'Encéphale, Psychological Bulletin*, etc.).

L'importance accordée à la scientificité a pu faire dire à des thérapeutes d'orientations rivales que l'approche comportementale était froide ou déshumanisée. En fait, cette question fondamentale excède largement le cadre de la psychothérapie et concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Il est vrai que les progrès des moyens techniques s'accompagnent du risque de faire oublier aux soignants qu'ils ont toujours affaire à des personnes qu'ils sont tenus de « rencontrer » au sens noble du terme. Dans le cas des TCC, le souci de scientificité n'exclut nullement une attitude respectueuse et chaleureuse ! Ce n'est pas seulement une question d'éthique, c'est aussi un enjeu d'efficacité : *de nombreuses recherches scientifiques ont montré l'importance de facteurs affectifs dans la thérapie*²⁶. Le comportementaliste écoute patiemment son patient et lui témoigne de la sympathie, tout en évitant les dérapages affectifs et sexuels, ... qui ne sont pas rares dans la pratique du divan²⁷.

La psychanalyse, plus chaleureuse que les thérapies cognitivo-comportementales ?

Si l'on suit les prescriptions de Freud, on ne peut pas dire que la cure analytique se déroule dans un climat chaleureux et empathique :

“Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien qui met à l'écart tous ses affects et même sa sympathie humaine, et n'assigne à ses forces spirituelles qu'un seul but : mener son opération aussi habilement que possible. [...] La justification de la froideur de sentiment [Gefühlskälte] de l'analyste réside dans le fait qu'elle permet au médecin de

²⁶. Voir par exemple A. Bergin & S. Garfield (2004) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 864 p.

²⁷. Voir par exemple J. Bénesteau (2002) *Mensonges freudiens*, Belgique, Mardaga, p. 65-69. — K. Pope & J. Bouhoutsès (1986) *Sexual intimacy with patients*, New York, Praeger.

préservé, comme il se doit, sa propre vie affective et qu'elle apporte au malade l'aide qui soit la plus grande possible aujourd'hui"²⁸.

“La cure analytique doit autant que possible s'effectuer dans un état de privation, d'abstinence [...] Aussi cruel que cela semble, nous devons veiller à ce que les souffrances du malade ne s'atténuent pas prématurément de façon marquée”²⁹.

Le style du thérapeute : respect, collaboration, transparence, incitation à l'action

Le thérapeute comportementaliste n'est pas un gourou. Il agit comme un pédagogue respectueux de l'“apprenant”, soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Il évite que s'établisse une relation caractérisée par l'obéissance à l'autorité ou par l'amour. Il s'efforce d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique.

Il explicite en toute clarté les principes, les objectifs, les méthodes, les contrats, les critères d'évaluation, les résultats. Il propose éventuellement des lectures, qui permettent au patient de bien comprendre les processus qui le perturbent et la logique du traitement. Il s'abstient d'utiliser un jargon incompréhensible visant à impressionner ou à masquer son manque d'efficacité.

Le patient qui veut se libérer de réactions bien ancrées (des pensées anxieuses, des compulsions, etc.) ne peut pas se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Il doit effectuer, dans la vie quotidienne, des “tâches thérapeutiques”, c'est-à-dire des observations méthodiques et des essais de nouveaux comportements. Les TCC ne sont pas de la magie, mais des situations d'apprentissage qui demandent des efforts bien ciblés.

Quel est le champ des TCC ?

Les indications privilégiées des premières thérapies comportementales étaient les troubles anxieux, surtout les phobies ; celles des premières thérapies cognitives, la dépression et les difficultés relationnelles. Le progrès des recherches et l'intégration des deux courants a permis un élargissement considérable des utilisations : assuétudes, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, problèmes sexuels, conflits familiaux, troubles chez l'enfant, états de stress post-traumatique (consécutifs à un choc traumatique), etc. Un domaine s'est particulièrement bien développé dans les années 80 : la “médecine comportementale” et la “psychologie de la santé”, l'utilisation des ressources de la psychologie scientifique pour développer des conduites qui favorisent la santé

²⁸. “Ratschläge für den Arzt bei der psychanalytischen Behandlung” (1912), *Gesammelte Werke*, Fischer, VIII, p. 380 & 381.

²⁹. “Wege der psychoanalytischen Therapie” (1919), *Gesammelte Werke*, XII, p. 187.

physique et mentale, et pour réduire des habitudes (tabagisme, alcoolisme, suralimentation, etc.) qui engendrent ou aggravent des troubles physiques³⁰.

La liste des procédures ne cesse de s'allonger. Certaines sont empruntées à d'autres courants : Gestalt-thérapie, thérapie systémique, thérapies humanistes, etc. Les critères essentiels de leur utilisation sont *le respect de la personne et l'exigence de scientificité*, ce qui implique *l'évaluation de l'efficacité*. Par exemple, depuis les années 1980, des comportementalistes utilisent avec succès des techniques directement inspirées de la méditation bouddhique³¹. Comme en médecine, certaines techniques utilisées ne font pas l'unanimité. C'est notamment le cas de l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), un traitement des troubles psychologiques causés par des traumatismes. Actuellement, de nombreuses recherches sont en cours sur ses effets et sur les processus en jeu³².

Soulignons que, dans la communauté des comportementalistes, les divergences ne donnent pas lieu à des scissions et des excommunications, comme c'est le cas dans le mouvement psychanalytique depuis le début. Les comportementalistes, comme les autres chercheurs scientifiques, évaluent leurs méthodes et leurs théories en fonction de faits méthodiquement observés, et non en fonction de l'argument d'autorité.

Un exemple de traitement par TCC

Pour illustrer la démarche comportementale, je pourrais choisir toutes sortes de troubles et de méthodes. Mais je m'en tiendrai ici au traitement de la phobie des insectes, cela pour quatre raisons : ce problème concerne pas mal de monde (6% de la population) ; les phobies d'animaux sont les troubles les plus faciles à traiter et à présenter ; je pratique cette méthode depuis plus de vingt-cinq ans ; *last but not least*, le traitement de la phobie des insectes est l'exemple préféré des psychanalystes qui essaient de donner une image caricaturale et terrifiante des TCC.

Jacques-Alain Miller, chef de file des lacaniens, dit ceci :

“Les thérapies cognitivo-comportementales sont des méthodes cruelles qui passent par l'exposition du sujet au trauma lui-même — par exemple en mettant un patient phobique des cafards 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,

³⁰. La collection “Guides pour s'aider soi-même”, éditée par Odile Jacob et dirigée par Christophe André offre au grand public un très bon aperçu des difficultés traitées par les TCC.

³¹. Segal, Z.V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*, New York, Guilford, 351 p. — Ruth A. Baer (2003) “Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual and empirical review”, *Clinical Psychology: Science and practice*, 10, p. 125-43.

³². Lohr, J.M. et al. (2003) “Novel and controversial treatments for trauma-related stress disorders”, dans S.O. Lilienfeld, S. Lynn, J. Lohr, (Eds), *Science and pseudoscience in clinical psychology*, New York, Guilford, p. 249-55.

l'efficacité des TCC repose uniquement sur l'autorité de l'expérimentateur, qui se pose en expert, en chef de commando"³³.

Elisabeth Roudinesco, autre cacique de la psychanalyse, écrit dans le journal *Le Monde* :

“A vouloir médicaliser à outrance l'existence humaine, on tombe dans le ridicule comme le font certains comportementalistes qui prétendent guérir des phobies en trois semaines en *obligeant* un patient qui redoute les araignées à plonger sa main dans un bocal rempli d'inoffensives *mygales*”³⁴.

Dans un ouvrage récent, elle déclare que les TCC “ont plus à voir avec les techniques de la domination mises en œuvre par les dictatures ou les sectes qu'avec les thérapies dignes de ce nom”, qu'elles traitent les gens “comme des rats de laboratoire” et que “la cruauté des hommes, décidément, est sans limite”³⁵.

Comment les psychanalystes expliquent et traitent-ils la phobie des araignées et des cafards ?

Freud dénomme la phobie l’“hystérie d'angoisse”³⁶. Il l'explique comme le “symptôme” d'une “projection”: “De la libido non utilisée n'arrête pas de prendre l'apparence d'une angoisse devant un objet réel [*Realangst*] ; ainsi, un minuscule danger extérieur devient le représentant des exigences libidinales [*Libidoansprüche*]”. Il ajoute que “toute phobie hystérique remonte à une angoisse de l'enfance et la prolonge, même si elle a un autre contenu et doit donc être appelée autrement”³⁷. Ainsi, la phobie des araignées remonte à la peur de l'inceste avec la mère et symbolise, plus généralement, la peur des organes sexuels de la femme.

Freud écrit: “L'araignée est, dans le rêve, un symbole de la mère, mais de la mère phallique, qu'on redoute, de sorte que la peur de l'araignée exprime la terreur de l'inceste avec la mère et l'effroi devant les organes génitaux féminins”³⁸.

³³. *L'Express* du 23-02-2004.

³⁴. “La fin d'une évaluation”, *Le Monde*, 14.2.2005 (italiques de J.V.R.).

³⁵. Cité par Jacques Bénesteau dans F. Aubral (2004), “A-t-on le droit de critiquer Freud et la psychanalyse?”, *Seine et Danube*, éd. Paris-Méditerranée, n°5, p. 153.

³⁶. Le terme *hystérie*, largement utilisé au XIX^e siècle, a fini par prendre les sens les plus divers, par exemple un étiquetage dévalorisant pour toute patiente plaintive ou récalcitrante. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, publié par l'Association américaine de psychiatrie, a abandonné ce terme depuis sa 4^e édition (DSM-IV, 1994) et a désigné les différents troubles autrefois regroupés sous le vocable “hystérie” par d'autres termes: phobie, trouble de conversion, personnalité histrionique, etc. La majorité des psychiatres et psychologues d'orientation scientifique s'est ralliée à cette position. Voir M. Bourgeois (1988) “La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine”, *Annales médico-psychologiques*, 146, p. 552-62.

³⁷. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1917), *Gesammelte Werke*, XV, p. 424.

³⁸. Freud, S. (1933) *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, *Gesammelte Werke*, XV, p. 25. Trad., *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, p. 36.

Un psychanalyste lacanien insistera sur ce que Freud appelait “l’interprétation par mots-ponts” (“*Wort-Brücke*”) et que Lacan a rebaptisé “décomposition signifiante”. Il pourra penser que la peur de l’araignée signifie la négation d’un arrêt : dans “araignée”, il entend “arrêt nié”.

La thérapie corrélative à la conception freudienne consiste à retrouver, dans le passé, les causes du refoulement de la libido. Si la découverte de souvenirs d’événements réels ou de fantasmes n’apporte pas la disparition du “symptôme”, il faut remonter encore plus haut dans le passé et mieux analyser les résistances à se remémorer³⁹.

Pour la psychologie scientifique, toutes nos réactions dépendent, en partie, de notre histoire. La mise au jour des antécédents d’un trouble facilite *parfois* sa diminution ou son élimination. La remémoration permet de mieux comprendre des réactions et de prendre du recul vis-à-vis de certains facteurs de son maintien. C’est particulièrement important dans le cas de troubles consécutifs à de graves traumatismes⁴⁰ ou lorsqu’une personne répète toujours les mêmes scénarios malheureux⁴¹. Toutefois, *dans beaucoup de cas* — notamment celui des phobies d’araignées — *le ressouvenir de l’expérience originare n’est pas nécessaire* et, surtout, *le ressouvenir ne permet pas, en tant que tel, de résoudre le problème*. Beaucoup de personnes se souviennent parfaitement de l’événement qui est au départ d’une phobie sans que cette connaissance modifie en rien leur réaction émotionnelle.

Que fait un comportementaliste⁴² compétent et honnête ? Il n’agit pas “en chef de commando cruel”. Il n’“oblige” pas à “plonger la main dans un bocal rempli d’inoffensives mygales”. Tout comportementaliste est informé, depuis le début de sa formation, sur le processus de “sensibilisation”, l’inverse de l’“habituation” et de l’“extinction”. Chez une personne phobique mise brutalement en présence de ce qui lui fait peur, la phobie augmente ! Le comportementaliste qui procéderait selon la technique “Miller-Roudinesco” non seulement manquerait de respect élémentaire pour son patient, mais provoquerait l’effet exactement inverse de celui qu’il recherche !⁴³ Nos détracteurs doivent confondre notre travail avec les émissions de télé-réalité *Fear Factor* ou *Koh Lonta*.

³⁹. Freud, S. (1914) “Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten”, rééd. dans *Gesammelte Werke*, Fischer, X, p. 135s.

⁴⁰. Voir par exemple Aurore Sabouraud-Seguin (2001) *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*, Odile Jacob, 180 p.

⁴¹. Voir par exemple Jean Cottraux (2001) *La répétition des scénarios de vie*, Odile Jacob, 280 p.

⁴². Le titre de “comportementaliste” n’étant pas plus légal que celui de “psychanalyste” ou de “graphologue”, n’importe qui peut l’utiliser. Il n’est pas impossible qu’un jour, quelque part sur notre planète, un nommé “comportementaliste” agisse comme ceux décrits par Miller et Roudinesco. Toutefois, en 25 ans de pratique des TCC, je n’ai jamais entendu parler d’un seul cas *réel*. Ce que décrivent Miller et Roudinesco sont des *fantasmes personnels*, qui en disent long sur leur façon de penser et d’agir. Ajoutons que le traitement d’un psychopathe imaginé par Kubrick pour son film “Orange mécanique” (1972) n’est pas moins une fiction que l’histoire du “Docteur Folamour” du même cinéaste. À ma connaissance, jamais le traitement porté à l’écran n’a été réellement pratiqué ni présenté dans une publication scientifique dite comportementale.

⁴³. Actuellement, le meilleur ouvrage grand public sur la TCC des phobies est celui de Christophe André (2004) *Psychologie de la peur. Craintes, angoisses et phobies*. Paris, Odile Jacob, 366 p.

En principe, le comportementaliste invite *d'abord* le patient à s'informer correctement sur les araignées, par exemple en lisant un ouvrage scientifique (et non en allant voir un film d'horreur, bien entendu). Le patient doit apprendre, de façon objective, quelles araignées sont dangereuses et lesquelles ne le sont pas. En Belgique, le problème est simple : il n'y a pas d'araignées dangereuses. La situation est déjà différente dans le Sud de la France, pour ne pas parler des pays tropicaux.

Deuxième étape : le patient est invité à apprendre comment se calmer lorsqu'il a peur. Trois apprentissages s'avèrent ici utiles et parfois nécessaires :

- Apprendre à contrôler la respiration, c'est-à-dire, dans la plupart des cas, freiner l'hyperventilation, essayer de respirer surtout par le ventre et expirer le plus lentement possible. Pour les personnes qui réagissent par la panique, des exercices méthodiques sont généralement indispensables.
- Apprendre à diminuer rapidement le tonus musculaire. Ceci implique des exercices méthodiques de relaxation "comportementale"⁴⁴.
- Apprendre à utiliser des auto-instructions. Il ne s'agit nullement de la méthode Coué, qui consiste à se répéter une même formule générale. Les auto-instructions sont des énoncés brefs, *concrets et précis*, qui permettent de lutter contre les idées dramatisantes induites par une situation génératrice de phobie.

Lorsque ces nouvelles compétences sont acquises, le thérapeute propose au patient de *passer à l'action, de façon progressive, par étapes* (voir encadré). Certes, il importe de parler et d'essayer de changer des idées, mais *la procédure la plus efficace pour restructurer un schéma de pensée* — en l'occurrence la dangerosité des araignées — *est de recourir à l'action!* Pas plus qu'on apprend à nager en se contentant de parler de natation, on ne peut éliminer une réaction émotionnelle intense et bien ancrée en se limitant à l'utilisation de mots, couché sur un divan.

En plein accord avec le patient, le thérapeute passera par une dizaine d'étapes, depuis la vue d'une petite araignée dans un bocal jusqu'à la capture, par le client, d'araignées dans une cave ou un jardin (voir encadré).

Étapes de la confrontation avec des araignes

- En présence du thérapeute, regarder une petite araignée enfermée dans un bocal transparent placé à deux mètres.
- Regarder des petites araignées dans le même bocal, à quelques centimètres
- Toucher et bouger le bocal
- Ouvrir le bocal
- Mettre la main sur le bocal ouvert
- Laisser une petite araignée en liberté sur une table
- Toucher avec un crayon une petite araignée

⁴⁴. Voir par exemple L. Chneiweiss & E. Tanneau (2003) *Maîtriser son trac*, Odile Jacob, p. 90 à 102. — C. Cungi & S. Limousin (2003) *Savoir relaxer*, Paris, Retz.

- Toucher et bouger un bocal fermé contenant une grosse araignée
- Capturer une araignée sur une surface lisse à l'aide d'un bocal et d'un morceau de carton
- Toucher brièvement une petite araignée
- Faire descendre dans la main une petite araignée inoffensive, qui se trouve dans un bocal ouvert et retourné
- Laisser l'araignée circuler sur la main et le bras
- Capturer des araignées sans le thérapeute, à plusieurs reprises.

A chacune des étapes, le thérapeute fait d'abord la démonstration. Avant que le client ne touche l'araignée, le thérapeute doit l'avoir fait, calmement, devant lui.

Pour passer d'une étape à la suivante, le thérapeute demande toujours l'accord du client. Il l'encourage à progresser à son propre rythme.

Il n'est pas indispensable que le client arrive aux deux dernières étapes pour que la phobie disparaisse ou fasse place à une petite appréhension.

Grâce à ces exercices de confrontation — qu'on appelle “exposition”, “immersion” ou “désensibilisation” — *le patient apprend deux choses*. D'une part, *il modifie sa conception des araignées*. La signification qu'il attribuait à ces animaux se modifie “profondément”, durablement, à moins que, par la suite, il fasse une expérience réellement traumatisante. D'autre part, *il apprend comment gérer une forte réaction émotionnelle*, en l'occurrence la peur. Il expérimente l'efficacité de la régulation de la respiration et du tonus musculaire, ainsi que la possibilité de piloter le flux des idées et de neutraliser les idées de catastrophes par des autoverbalisations, mises au point préalablement, de façon réfléchie.

La peur des araignées disparaît après quelques heures d'exercices. *Cette peur n'est pas remplacée par un autre symptôme. Tout au contraire: on observe un effet boule-de-neige positif!* Le patient qui a pu gérer et faire disparaître sa phobie des araignées développe son sentiment d'efficacité personnelle⁴⁵. Sa phobie des insectes qui lui faisaient moins peur, par exemple les cloportes et les cafards, disparaît quasi automatiquement. Si d'autres animaux lui faisaient davantage peur, par exemple les serpents, il devra à nouveau s'entraîner, mais l'apprentissage sera grandement facilité par les habiletés déjà acquises.

Le traitement de la phobie des araignées est un exemple de TCC très simple, où *l'action* — le comportement au sens étroit du mot — est l'axe central. Toutefois, les dimensions cognitives et affectives n'en sont pas moins absentes: le patient acquiert une série d'*informations* (sur le comportement des araignées, les processus de la peur, les procédures de gestion des émotions); le traitement met en œuvre des *processus affectifs et corporels* (le patient apprend à réguler son activation émotionnelle en s'aidant de la diminution du tonus musculaire et du rythme respiratoire); les objectifs ultimes sont la *modification de la signification des araignées et de la conception de possibilités personnelles* d'affronter des situations anxiogènes.

⁴⁵. Le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur essentiel du changement psychologique durable. Voir Albert Bandura (2003) *Auto-efficacité*, trad. par J. Lecomte, Paris, De Boeck, 880 p.

La pratique des TCC est loin d'être toujours aussi facile que dans le cas de la phobie d'insectes inoffensifs. Lorsque la personne souffre d'une phobie sociale, le traitement est déjà plus complexe et plus long. On ne transforme pas aussi facilement les schémas relatifs à l'évaluation de soi que la représentation mentale des araignées ou des cafards. Souvent, il y a lieu de développer de nouvelles "compétences sociales": mieux écouter, oser affirmer son point de vue sans agressivité, négocier des solutions intégratives, etc. Les situations où s'exercer ne sont pas aussi faciles à organiser. Il faut éventuellement s'aider de jeux de rôle pratiqués en groupe⁴⁶. Le traitement d'une dépendance alcoolique bien ancrée est encore plus complexe. Il requiert de multiples analyses et apprentissages, qui vont de l'auto-observation des réactions dans les situations-pièges à la modification du style de vie et des relations, en passant par des restructurations cognitives, l'apprentissage du "surf" mental sur les vagues de l'impulsion à consommer, etc.⁴⁷

Comme en médecine, certains troubles se traitent aujourd'hui bien et facilement, d'autres pas encore ou peut-être jamais. Le traitement d'une phobie d'animaux inoffensifs se fait généralement en quelques heures, sans rechute, bien au contraire ; celui d'un trouble obsessionnel, en quelques mois et s'accompagne souvent de rechutes ; celui d'une toxicomanie bien ancrée est long, difficile et s'accompagne quasi toujours de rechutes. Les personnalités antisociales et paranoïaques ne changent quasi pas.

Dans certains cas, la procédure est simple. Il suffit d'informations ou d'un changement dans l'environnement. Dans d'autres, il est nécessaire d'agir de façon méthodique sur plusieurs "variables": des schémas cognitifs, le répertoire des actions, la gestion du temps, etc.

Comme dans tout processus d'apprentissage, les résultats des TCC dépendent de divers paramètres: l'état de la personne au départ, l'importance qu'elle attache au changement, l'existence de procédures efficaces, la compétence, l'honnêteté et la notoriété du thérapeute, la qualité de la relation avec lui, l'anticipation d'effets positifs, l'adhésion à la méthode, les efforts mis en œuvre, le degré de satisfaction éprouvé suite aux premiers changements, les réactions de l'entourage, la capacité de relativiser des échecs momentanés, etc.

Certains psychanalystes connaissent l'efficacité des TCC pour une série de troubles et adressent des patients à un collègue comportementaliste. Daniel Widlöcher, par exemple, parle des TCC avec respect et reconnaît leur pertinence pour traiter une série de problèmes, notamment les phobies et autres troubles anxieux⁴⁸.

Longtemps ignorées par la population française

Les TCC sont à présent enseignées dans toutes les universités anglo-saxonnes, germaniques et du Nord de l'Europe. Dans certains pays, comme la Hollande, ce sont les thérapies les plus pratiquées par les psychiatres et les psychologues universitaires. Cette

⁴⁶. Voir Christophe André et Patrick Légeron (2000) *La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*, Odile Jacob, 3^e éd. revue, 333 p.

⁴⁷. Voir par exemple P. Graziani & D. Eradi-Gackiere (2003) *Comment arrêter l'alcool*, Odile Jacob, 237 p.

⁴⁸. Widlöcher, D. (1996) *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob, 276 p.

évolution s'explique par le souci de vérifier scientifiquement les théories psychologiques et de mettre au point des traitements efficaces. Une des causes de la promotion des TCC réside dans les conditions d'accès au professorat dans les universités anglo-saxonnes et du Nord de l'Europe (Belgique flamande comprise): dans la grande majorité des départements de psychiatrie et de psychologie de ces universités, le futur professeur doit réaliser une recherche empirique de qualité et publier des articles dans des revues de niveau international. L'enseignement universitaire de la psychologie clinique et de la psychiatrie y est radicalement différent de ce qu'il est dans les pays latins (Belgique francophone comprise), où il suffit de savoir lire et écrire.

En France, les premiers essais de thérapie comportementale ont été réalisés par Jacques Rognant à Brest et par Mélinée Agathon à l'Hôpital Sainte-Anne (Paris) dans les années 1960. L'Association française de thérapie comportementale a été créée en 1971 par Pierre Pichot (université de Paris V). Le premier ouvrage français est paru en 1979⁴⁹. Il est dû à Jean Cottraux (université de Lyon).

Les TCC se sont développées plus lentement en France que dans les autres pays européens à cause du nombre des psychanalystes et du pouvoir qu'ils exercent sur tout ce qui touche à la santé mentale. Jusqu'à une date récente, elles étaient ignorées du grand public et d'une partie importante des journalistes qui s'occupent de psychologie. Beaucoup pensaient qu'il n'y avait qu'une alternative pour traiter les troubles mentaux: la psychanalyse ou les médicaments. Par exemple, dans *Le Monde* du 27-12-1996, le compte rendu du remarquable ouvrage de Grünbaum⁵⁰ sur les faiblesses de la psychanalyse se concluait: "L'ironie mordante qui sourd à chaque page de ce livre érudit trahirait-elle le projet véritable de cette entreprise : l'éradication de la psychanalyse et du traitement mis au point par Freud, qui ne laisserait aux malades d'autre choix que les antidépresseurs ?"

La parution, en février 2004, du rapport de l'Inserm⁵¹ sur l'efficacité des psychothérapies et le bruit et la fureur qui s'en sont suivis chez beaucoup de freudiens ont modifié le rapport de forces. Désormais une partie importante de la population sait que, pour toute une série de troubles psychiques, des moyens existent pour se soigner mieux qu'avec des médicaments ou la psychanalyse.

⁴⁹. Cottraux, J. (1979) *Les thérapies comportementales*, Paris, Masson ; 3^e éd. en 2001, sous le titre *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson.

⁵⁰. Grünbaum, A. (1996) *Les fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique*, trad., Paris, P.U.F., 1996, 464 p.

⁵¹. INSERM (2004) *Psychothérapie. Trois approches évaluées*, Paris, éd. de l'Inserm, 568 p. Internet :

<www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/titre/expertise+collective+psychotherapie>

Pour en savoir plus

Le lecteur trouvera des informations et notamment de la bibliographie à jour sur les sites suivants :

Association française de thérapie comportementale et cognitive : <http://www.aftcc.org/>

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive : <http://www.afforthecc.org>

Association belge francophone de T.C. : <http://www.ulg.ac.be/aemtc>

Association belge néerlandophone de T.C. : <http://www.vvgt.be>

Association suisse de thérapie cognitive : <http://www.aspc.ch/>

Association française de patients souffrant de phobies : <http://mediagora.free.fr/>

Association des troubles anxieux du Québec : <http://www.ataq.org>

Association américaine de thérapie comportementale : <http://www.aabt.org/>

Association américaine des troubles anxieux : <http://www.adaa.org>