

Thérapie cognitivo-comportementale – possibilités d'utilisation par les médecins de famille

Ulrike Ehlert

Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Quintessence

- Les stratégies thérapeutiques comportementales sont régulièrement utilisées au quotidien.
- Les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour profiter de leur relation thérapeutique souvent ancienne et solide avec leurs patients en vue d'obtenir un changement comportemental.
- Certaines mesures thérapeutiques cognitivo-comportementales peuvent être utilisées par les médecins de famille dans leur pratique quotidienne sans qualification supplémentaire en thérapie comportementale.

Introduction

Les médecins ont chaque jour recours à la thérapie comportementale. Vous vous demandez peut-être si c'est réellement le cas.

Eh bien oui! Chacun utilise au quotidien des stratégies thérapeutiques comportementales, à la fois dans sa vie professionnelle et dans sa vie privée, sans en avoir véritablement conscience. Lorsque vous écoutez un patient, vous le regardez, lui faites un sourire et faites peut-être un hochement de tête approuvateur ou secouez négativement la tête; de cette manière, vous réagissez aux propos de votre interlocuteur et les confirmez ou les infirmez. La réaction verbale et/ou non verbale fournit à l'interlocuteur un retour quant à son comportement. En cas de renforcement positif, tel que le hochement de tête, les propos de l'interlocuteur sont soutenus et la probabilité qu'il continue à s'exprimer s'en trouve ainsi augmentée. En cas de secouement de tête désapprouvateur, la probabilité que d'autres propos similaires soient émis est réduite. Cet enchaînement de comportements et de réactions est appelé «conditionnement opérant»; il s'agit d'un principe de base des approches thérapeutiques comportementales visant à expliquer un comportement sain et pathologique.

La thérapie comportementale est une méthode psychothérapeutique, qui repose sur des principes de théories de l'apprentissage, tels que le conditionnement classique (ou répondant) et le conditionnement instrumental (ou opérant). Au cours de son histoire, qui a tout juste 120 ans, la thérapie comportementale a fait l'objet de différentes extensions conceptuelles. En conséquence, elle est aujourd'hui un ensemble de concepts et de techniques qui, d'une part, tente d'expliquer le rapport entre les émotions, les cognitions, les efforts d'adaptation physique et le comportement résultant et, d'autre part, aspire, au

moyen de méthodes éprouvées empiriquement, à remédier aux troubles psychiques et somatiques fonctionnels des patients par le biais de changements d'attitude et de comportement. Ainsi, ce potentiel de changement est possible d'une part parce qu'en plus des dispositions génétiques, les expériences d'apprentissage jouent également un rôle déterminant dans la survenue et le maintien de troubles psychiatriques et psychosomatiques et, d'autre part, parce que ces expériences d'apprentissage précoces peuvent à nouveau être «désappries».

Les patients décrivent souvent à leur médecin de famille des symptômes physiques diffus, tels que des troubles gastro-intestinaux, des maux de dos et/ou des céphalées ou font état de troubles du sommeil. Lorsque ces symptômes ne sont pas évocateurs d'une maladie organique étant donné qu'aucune anomalie pathologique n'a été trouvée, par ex. au niveau des analyses de laboratoire ou des examens d'imagerie, une atteinte psychique pourrait être impliquée dans la survenue des symptômes. La connaissance des conditions de vie du patient et l'exploration des difficultés psychosociales actuelles possibles peuvent fournir des renseignements précieux quant au rôle causal de ces circonstances dans les symptômes. Le bénéfice secondaire de la maladie ou l'évitement des exigences psychosociales suite à ces troubles fonctionnels trouvent souvent une explication dans les théories de l'apprentissage. Il est dès lors nécessaire de travailler avec le patient afin de modifier sa compréhension de la maladie et ainsi pouvoir remédier aux symptômes. A cet effet, il existe des méthodes de thérapie comportementale, qui peuvent aussi être mises en œuvre facilement et efficacement au cabinet du médecin de famille.

Principes de base de la thérapie comportementale

Conditionnement classique ou répondant

Les processus de conditionnement se subdivisent en deux approches différentes. Avec le conditionnement classique, qui remonte aux expériences animales du prix Nobel Pavlov, il est possible d'expliquer pourquoi un stimulus environnemental peut déclencher un comportement sans qu'il n'y ait de relation causale. Il a par exemple été montré que les effets immunosuppresseurs déclenchés par des médicaments pouvaient être conditionnés [1]: des volontaires sains se voient administrer à plusieurs reprises l'immunosuppresseur cyclosporine A (stimulus non conditionné) en association avec une boisson au goût nouveau (stimulus neutre). A la suite de



Ulrike Ehlert

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt financier ou personnel en rapport avec cet article.

cette association entre un inhibiteur physiologique des réactions immunitaires et un stimulus environnemental, il s'est produit une diminution significative de l'IL2, de l'IFN- γ et de la prolifération lymphocytaire. Après une semaine, la boisson en tant que stimulus conditionné a uniquement encore été administrée avec des comprimés placebo et malgré tout, une immunosuppression significative a pu être mise en évidence. Cela signifie que les processus immunologiques peuvent classiquement être conditionnés. Les travaux ont néanmoins aussi révélé un phénomène d'extinction, qui se caractérise par l'atténuation progressive de la réaction suite à la présentation exclusive et répétitive du stimulus conditionné.

Conditionnement instrumental ou opérant


Le *conditionnement instrumental* a principalement été décrit par le psychologue américain Burrhus Frederic Skinner (1904–1990). En s'appuyant sur différentes études expérimentales menées chez des animaux lors desquelles des pigeons ont par ex. appris à picorer de manière ciblée un disque pour obtenir de la nourriture, il a démontré les effets du renforcement positif. L'importance des conséquences d'un comportement, comme présenté dans le tableau 1 , constitue la base des explications théoriques de pathologies et de différentes mesures de thérapie comportementale. Par exemple, Breitenstein, Flor et Birbaumer [2] ont pu montrer que les patients souffrant de douleurs chroniques supportent nettement moins longtemps une douleur induite à des fins expérimentales (plonger le bras dans de l'eau glacée) lorsque le partenaire présent exprime de la compassion, par rapport à un groupe de patients exposés à la même douleur induite mais dont le partenaire fait preuve d'un comportement neutre. Voici une conclusion possible de l'expérience: chez les patients souffrant de douleurs chroniques, le fait que les personnes de référence attachent une trop grande attention à la douleur favorise la chronicisation de la maladie.

Tableau 1

Conséquences du comportement.

Encouragement du comportement	Suppression du comportement
Renforcement positif (compliment)	Punition directe (rejet)
Disparition d'une conséquence négative (attendue)	Disparition d'une conséquence positive

Apprentissage par l'imitation

Les comportements sont également modifiables en raison de l'apprentissage par l'imitation. Prenons comme exemple une leçon de ski donnée par un moniteur. Durant la leçon, des instructions verbales sont données quant à la manière de descendre une pente et ensuite, le moniteur de ski fait la démonstration pratique de la technique de prise des virages ou de la manœuvre pour freiner. L'apprenant observe la technique du moniteur et tente d'imiter sa technique de prise des virages. Dans ce cas précis, l'acquisition de l'aptitude motrice dépend de l'observation, du traitement cognitif de l'information et de la mise en œuvre motrice (processus d'apprentissage visible).

La probabilité de survenue d'un comportement particulier est fondamentalement influencée par les aptitudes, les motifs individuels et les attitudes du volontaire ou du patient. Même en cas d'observation extrêmement attentive du moniteur de ski, si l'apprenant est très peureux, son aptitude motrice est influencée négativement par une posture tendue reflétant la peur de tomber. Si des renforçateurs inadéquats (par ex. aliments que l'apprenant n'aime pas) sont choisis pour favoriser un comportement, l'effet recherché peut ne pas se produire car la personne concernée ne s'intéresse pas aux renforçateurs. Enfin, en raison de certaines idées préconçues, il arrive que l'apprenant soit convaincu de jamais être capable d'acquérir certaines aptitudes. Ce dernier cas de figure se rencontre d'ailleurs fréquemment chez les patients au cabinet du médecin de famille. Ils peuvent par ex. être convaincus de ne pas pouvoir perdre du poids ou supposer que certains symptômes peuvent uniquement être soulagés par des médicaments.

Méthodes de thérapie comportementale au cabinet du médecin de famille

En s'appuyant sur les hypothèses de base 1) qu'un comportement peut être appris et désappris et 2) que les attitudes et les causes incriminées peuvent être remises en question puis modifiées, il est possible de recourir à différentes méthodes (auxiliaires) pour atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus. Nous présentons dans les lignes qui suivent trois stratégies qui peuvent facilement être mises en œuvre au cabinet du médecin de famille. Bon nombre de patients n'ont pas conscience de l'ampleur de leurs comportements dommageables pour la santé. Parmi les exemples tirés du quotidien figurent le manque d'activité physique et l'alimentation excessive. Avant même de modifier son comportement, la personne concernée doit tout d'abord reconnaître à quel point il est fréquent qu'elle présente un comportement dommageable donné ou à l'inverse, à quel point il est rare qu'elle présente un comportement bénéfique donné. Ce faisant, il est essentiel de ne pas (auto-)examiner plusieurs comportements à la fois, mais de se concentrer uniquement sur un comportement clairement défini afin d'éviter une sollicitation excessive et d'obtenir une observation précise. Les smartphones facilitent ces tâches d'auto-observation puisqu'il existe désormais des applications permettant de faire les enregistrements les plus divers. Ainsi, des actimètres ou des podomètres aident par exemple à documenter la quantité quotidienne d'activité physique; d'autres applications permettent de recenser la fréquence et l'intensité des douleurs. Pour être efficaces, les observations comportementales présupposent néanmoins que le médecin de famille prenne le temps d'examiner avec le patient les données consignées, de discuter des modifications comportementales (par ex. intégration de l'activité physique) avec lui et d'évaluer les effets obtenus lors d'une visite de contrôle.

Outre la sensibilisation au comportement problématique, il apparaît souvent que le patient ne dispose pas des connaissances nécessaires pour participer de façon

responsable au traitement (un problème partiel du manque d'adhérence thérapeutique). La remise d'informations écrites sur la maladie ou les symptômes en question et/ou la transmission d'informations Internet adéquates présupposent que le thérapeute ait au préalable constitué un dossier d'informations adaptées aux patients sur la maladie concernée. Cela présente néanmoins l'avantage que le médecin et le patient possèdent alors le même niveau de connaissance concernant les informations délivrées. Demander au patient ce qu'il a compris des informations fournies indique au thérapeute si le patient a effectivement lu et compris les informations. D'un autre côté, cela montre au patient que son thérapeute s'intéresse véritablement à lui. Parfois, l'amélioration des connaissances du patient est utile pour améliorer l'adhérence aux mesures thérapeutiques.

Résolution structurée des problèmes et restructuration cognitive

L'absence de modifications comportementales peut aussi s'expliquer par des surmenages dans la sphère privée ou professionnelle, qui sont par exemple à l'origine de troubles du sommeil, de symptômes gastro-intestinaux non spécifiques ou de maux de tête et de dos diffus. C'est pourquoi il est utile de réaliser une anamnèse psychosociale à proprement parler. Les difficultés psychosociales peuvent être responsables de symptômes physiques; dans ce cas, le patient n'a souvent pas conscience de la relation possible entre ces contraintes et la réaction physique. Un traitement médicamenteux peut certes soulager les symptômes à court terme, mais il ne permet pas de résoudre les problèmes psychosociaux sous-jacents. Il est dès lors recommandé de laisser du temps au patient pour qu'il décrive sa situation de vie et de ne pas se limiter uniquement aux symptômes physiques ou psychiques. Il n'est alors pas rare de constater que les patients décrivent tout un conglomérat de problèmes et qu'ils sont incapables de dissocier les différents problèmes les uns des autres. Les stratégies thérapeutiques comportementales qui se prêtent à ces cas sont la résolution structurée des problèmes et la restructuration cognitive. La première technique consiste à définir exactement le problème, éventuellement à nommer les problèmes partiels, à formuler des objectifs (partiels), à rassembler les différentes solutions possibles, à évaluer ensemble la faisabilité et les conséquences à court et à long terme de ces solutions potentielles, à sélectionner une solution concrètement applicable à ce moment précis, à planifier sa mise en œuvre pratique et à déterminer avec le patient comment cette tentative de résolution a fonctionné lors de la consultation médicale suivante. La restructuration cognitive consiste à interroger le patient sur les croyances de base à l'origine d'un problème donné. Il s'avère souvent que les patients, lorsqu'il est question de leurs problèmes, ont tendance à généraliser, se laissent guider par la pensée du tout ou rien, ou ont des exigences excessives par rapport à leurs propres performances. Il est par ex. possible de faire prendre conscience au patient de ce schéma de pensée défavo-

rable par le biais de l'auto-observation (voir ci-dessus). Examiner les raisons pour lesquelles les exigences envers soi-même sont aussi élevées peut être utile pour se faire une idée réaliste de ses propres compétences. La restructuration cognitive ne consiste pas à donner des conseils, mais à explorer avec adresse les attitudes du patient et à être capable d'orienter le dialogue de sorte que le patient reconnaisse de lui-même quelles sont ses croyances de base problématiques. C'est précisément de cette manière qu'il sera le plus enclin à modifier de telles attitudes défavorables et, par extension, à expérimenter de nouveaux comportements.

Remarques finales

La qualité de la relation thérapeutique revêt une importance particulière pour le succès de la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques comportementales. Seul un patient qui a confiance en son thérapeute acceptera de réfléchir sur les explications alternatives possibles à ses symptômes, pourra considérer sa maladie sous un autre angle et s'impliquera activement dans le processus thérapeutique. Le temps constitue un autre prérequis à l'utilisation de stratégies thérapeutiques comportementales. Le thérapeute et le patient doivent être prêts à consacrer suffisamment de temps au dialogue. Les médecins de famille sont les mieux placés pour déterminer dans quelle mesure ce temps dédié au dialogue peut s'intégrer dans les heures régulières de consultation. En cas de troubles anxieux graves, tels que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble de stress post-traumatique, les toxicodépendances sévères, les troubles dépressifs ou les troubles de la personnalité, le patient doit suivre un traitement psychothérapeutique à plus long terme qui ne peut pas être mis en œuvre au cabinet du médecin de famille, ne serait-ce qu'à cause du grand investissement temporel requis et de la spécificité des techniques thérapeutiques à employer. Dans ces cas, il est recommandé d'adresser le patient à un psychologue ou médecin spécialisé en thérapie comportementale. D'une manière générale, le médecin de famille est le principal interlocuteur pour tous les patients. Une chronicisation de certains troubles peut être évitée en ayant recours aux techniques thérapeutiques comportementales de base mentionnées ci-dessus dans le cadre de la pratique du médecin de famille, ce qui peut être enrichissant à la fois pour le patient et le thérapeute.

Correspondance:

Prof. rer. nat. Ulrike Ehlert
University of Zurich
Binzmühlestrasse 14/26
CH-8050 Zürich
[u.ehlert\[at\]psychologie.uzh.ch](mailto:u.ehlert[at]psychologie.uzh.ch)

Références

- Goebel MU, Trebst AE, Steiner J, Xie YF, Exton MS, Frede S, Canbay AE, Michel MC, Heemann U, Schedlowski M. Behavioral conditioning of immunosuppression is possible in humans. *FASEB J*. 2002 Dec;16(14):1869-73.
- Breitenstein C, Flor H & Birbaumer N. Kommunikations- und Problemlöseverhalten von chronischen Schmerzpatienten und ihren Partnern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 1994;23(2):105-16.