



HAL
open science

Les thérapies comportementales et cognitives: bases théoriques et indications

C. Mirabel-Sarron

► **To cite this version:**

C. Mirabel-Sarron. Les thérapies comportementales et cognitives: bases théoriques et indications. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169 (6), pp.398. 10.1016/j.amp.2011.05.008 . hal-00771589

HAL Id: hal-00771589

<https://hal.science/hal-00771589v1>

Submitted on 9 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Les thérapies comportementales et cognitives: bases théoriques et indications

Author: C. Mirabel-Sarron

PII: S0003-4487(11)00134-X
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.05.008
Reference: AMEPSY 1335

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Mirabel-Sarron C, Les thérapies comportementales et cognitives: bases théoriques et indications, *Annales médico-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.05.008

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Développement professionnel continu***Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications****Behaviour and cognitive therapy: Theoretical basis and indications****C. Mirabel-Sarron**

Docteur Christine Mirabel-Sarron, Psychiatre, Docteur en Psychologie clinique et Pathologique, Praticien Hospitalier, Coordonnatrice de l'unité fonctionnelle de psychothérapies, Service du Professeur Rouillon, université Paris V René Descartes, CMME 100 rue de la santé, 75014 Paris, France

Tél : 01.45.65.82.33 ; 01.45.65.88.16

Fax : 01.45.65.83.46 ; 01.45.65.89.43

adresse email : cmirabelsarron@club-internet.fr

Résumé

Les thérapies comportementales et cognitives ou TCC sont des psychothérapies directement issues de la psychologie expérimentale, et prennent leurs origines à la fin des années 1920. Elles reposent sur deux grands courants théoriques, le premier représenté par la psychologie de l'apprentissage et, récemment, la psychologie cognitive qui a considérablement enrichi l'approche première comportementaliste.

Cette prise en charge psychologique se déroule en une quinzaine d'entretiens et vise à réduire les souffrances émotionnelles en développant progressivement des comportements plus fonctionnels adaptés à la situation actuelle, en travaillant non seulement sur les attitudes, mais également sur les émotions et modes de pensées ou cognitions qui accompagnent l'expérience douloureuse.

Les thérapies comportementales et cognitives ont largement démontré leur efficacité par de très nombreuses études scientifiques dans des pathologies diverses telles que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les addictions, les troubles psychotiques ou encore différents domaines de la psychologie de la santé.

Mots clés : Apprentissage ; Cognition ; Comportement ; Conceptualisation ; Psychothérapie ; Théories

Abstract

Behaviour and cognitive therapies or BCT are psychotherapies directly born from experimental psychology at the end of the 1920's. They rely on two main theoretical streams: The first one is represented by the learning psychology and the second recently by the cognitive psychology.

This psychological psychotherapy takes place in around fifteen interviews. The aim is to reduce emotional suffering by progressively developing more functional behaviours adapted to the actual situation, by working not only on attitudes but also on emotions and thoughts or cognitions together with the painful experience.

By numerous scientific studies regarding different pathologies like anxious disorders, depressions, addictions, psychotic disorders or different fields of health psychology, behaviour and cognitive therapies have widely demonstrated their efficiency.

Keywords: Case-Conceptualization; Behaviour; Cognition; Learning; Psychotherapy; Theories

Les thérapies comportementales et cognitives sont des psychothérapies reconnues parmi les six grandes familles d'aide psychologique. Leurs indications spécifiques, leur déroulement sur une période limitée de quelques mois et leur grande efficacité ont contribué à leur large développement

1. Historique

Il s'agit de psychothérapies proposées depuis les années 1920 [19]. Elles découlent directement du savoir scientifique, issu de la psychologie expérimentale dans les domaines des émotions, et de l'apprentissage des comportements de l'être humain.

Les différents acquis de la psychologie scientifique ont ainsi modelé au fur et à mesure la démarche TCC qui continue d'ailleurs à évoluer avec les résultats récents des sciences cognitives [6].

C'est ainsi que ces thérapies se sont tout d'abord appelées comportementales puis, dès les années 1970, « comportementales et cognitives » grâce aux données sur les cognitions entendues comme mode de pensée conscient et automatique accompagnant l'expérience

émotionnelle. Les TCC abordent ainsi le champ émotionnel tant sous l'angle du comportement que de celui de la pensée [15].

La psychiatrie de l'enfant avec les troubles phobiques a été la première à bénéficier de cette approche scientifique ; elle s'est ensuite appliquée à d'autres souffrances psychologiques de l'enfant et de l'adulte [14].

Dès les années 1970, la TCC est proposée dans le traitement des épisodes dépressifs [2] ; elle n'est pas considérée comme une alternative aux traitements pharmacologique mais comme une thérapie complémentaire qui permet, d'après les études publiées, de réduire plus rapidement la symptomatologie et les rechutes dépressives [8,11].

À partir des années 1985, les TCC sont proposées aux patients présentant une addiction (trouble des conduites alimentaires, alcool, autres substances, etc.), [4] mais toujours au sein d'un travail d'équipe. La démarche TCC se conçoit alors au sein d'une prise en charge multidisciplinaire, dont elle constitue un des ingrédients. Dans ces programmes multifocaux, l'évaluation individuelle du patient définira la part de l'approche TCC.

L'histoire a donc placé les indications des TCC à l'intérieur d'un gradient où dans l'indication première des phobies la TCC peut être utilisée seule avec une grande efficacité. Par la suite, avec l'abord de troubles plus complexes, plus intenses, elle devient un moyen complémentaire de traitement qui optimise les résultats thérapeutiques.

En pratique, ce sont des psychothérapies verbales dont le but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes. Le but est de comprendre à partir d'hypothèses psychologiques ce qui maintient le trouble, puis de permettre le développement chez le patient de tout un répertoire comportemental de modes de pensées et d'actions davantage satisfaisants afin de l'amener à une meilleure qualité de vie. En conséquence il ne s'agit pas « d'enlever » ou de « réduire » un comportement pathologique envahissant sans modélisation psychopathologique et sans développer les ressources du sujet. Cette triple action – d'identification, de compréhension et de développement de nouvelles compétences rapidement mises en œuvre – illustre la richesse, la dynamique et la créativité des TCC.

Ici Tableau 1 : Caractéristiques de la relation thérapeutique en TCC

2. Les bases théoriques

Les différentes interventions thérapeutiques sont déduites des résultats de la psychologie expérimentale. Les comportements humains peuvent être acquis et maintenus par

certaines lois psychologiques, dont les lois du conditionnement classique, opérant et social. Ces mécanismes d'apprentissage universels permettent à tous les individus d'apprendre un ensemble de comportements utiles (comportement alimentaire avec sa diversité, la lecture, l'écriture, etc..), mais permettent également d'apprendre des attitudes dysfonctionnelles.

2. 1. La réaction conditionnelle

Les premières thérapies dites de « déconditionnement » ont été définies à partir de la réponse conditionnelle décrite par Pavlov (ou conditionnement classique de type I) qui postule qu'une réponse anxieuse à un objet ou à une situation se développe secondairement à l'association entre la peur et une circonstance (stimulus) neutre. C'est ainsi que le jeune enfant développe entre l'âge de 6 et 12 ans ses évitements alimentaires. L'aliment pris le jour d'un épisode rhinopharyngé, qui ne sera pas digéré, deviendra source d'évitement, même si l'aliment était bien apprécié avant.

Il en est de même pour les réactions phobiques.

Marie consulte pour une phobie des transports en commun qui a débuté au printemps et qui l'empêche trois mois plus tard de prendre toutes sortes de transport : RER, métro, autobus, train... Ses troubles ont débuté brutalement : elle est sur le quai du métro, a très mal à la tête. Elle sent tout tourner, a peur d'avoir soudainement un malaise quand la rame du métro arrive. Elle monte dans le wagon. Les sensations de malaises s'accroissent. Elle est obligée de descendre à la station suivante. Dès cet épisode, **Marie** ne pourra plus reprendre le métro ni aucun transport en commun, par l'effet d'un phénomène de généralisation au stimulus présentant des similitudes. Même si le diagnostic d'épisode viral est établi par son médecin traitant le jour même, il ne suffira pas à interrompre la phobie.

À l'origine, il ne s'agit pas véritablement d'un épisode traumatique, mais de l'association à un même moment d'une peur, d'un malaise physique, dans un lieu ou un contexte qui deviendra dès lors phobogène.

En TCC, plusieurs modalités thérapeutiques se focalisent sur le lien établi entre l'anxiété et le stimulus source de la phobie. Ce sont des stratégies dites « d'exposition ». Elles sont désignées par différents qualificatifs selon leurs modes de réalisation. Ainsi l'exposition réalisée en imagerie mentale s'intitule désensibilisation systématique [20], celle pratiquée en présence du thérapeute, en situation réelle est dite *in vivo*. Elles ont été largement utilisées pour tous les troubles phobiques de l'adulte et de l'enfant avec de très bons résultats [17].

2.2. Le deuxième paradigme expérimental majeur est représenté par le conditionnement opérant décrit par Skinner [16]

Le conditionnement dit de type II montre comment la conduite est déterminée par les effets qu'elle produit : effets que le sujet a déjà éprouvés, qu'il imagine ou encore qu'il observe chez les autres. Il existe donc une relation fonctionnelle entre le comportement et ses conséquences, appelées « renforcement ». Dans la vie courante, ce mécanisme est très utilisé dans toutes les techniques éducatives et pédagogiques comme dans les apprentissages des langues étrangères, mais aussi dans les stratégies communes de régulation du poids. Si le poids indiqué sur le pèse-personne semble excessif, alors la personne diminuera sa ration alimentaire jusqu'à ce que son poids diminue. Ce processus infiltre toute notre vie, et également notre communication avec les autres.

Philippe ne peut pas prendre la parole en réunion professionnelle tant il se sent mal. Il tremble, son cœur bat très vite... Par anxiété, il apprend à éviter les situations sociales. Il trouve pleins de stratagèmes, il se fait remplacer en mettant en valeur ses jeunes collaborateurs, il ne fait que des propositions de groupe jamais personnelles, mais son avancement hiérarchique ne lui permet plus de feinter et il vient demander de l'aide. Son comportement d'évitement des situations sociales est renforcé positivement car il réduit sa réponse anxieuse.

Cet exemple illustre pour les phobies que les deux premiers mécanismes de conditionnement (I et II) peuvent s'associer dans le temps et maintenir ainsi la souffrance phobique.

Il a acquis sa peur de parler en public par réaction conditionnelle – soit le mécanisme I, et maintient depuis plusieurs années cette anxiété par le mécanisme II que nous venons de décrire.

2.3. La troisième contribution fondamentale est celle de Bandura – ou apprentissage social [1]

Cet auteur décrit les mécanismes sophistiqués de l'apprentissage social qui repose sur le principe « d'imitation d'un modèle ». L'apprentissage social fonctionne dès notre petite enfance et nous imitons en permanence un modèle, nous le répliquons, en examinons les conséquences, puis le corrigeons en fonction de ce que nous souhaitons obtenir.

Revenons à notre comportement alimentaire : nous l'avons appris par imitation de nos proches, en les observant, en regardant leurs émotions exprimées par leurs visages en

mangeant, en écoutant leurs conseils, toutes sortes d'informations non verbales et verbales. Les parents sont souvent l'un des premiers modèles, suivi ensuite par les pairs et les amis...

Ce « modeling » est utilisé en thérapie par l'intermédiaire du jeu de rôle, de vision de films ou en imagination. Certaines caractéristiques précises du modèle sont nécessaires afin que l'imitation puisse se réaliser (âge, niveau d'expression verbale, origine culturelle...).

Un défaut d'apprentissage social est, par exemple, à l'origine de phobies sociales. Ce trouble anxieux très fréquent dans la population générale se manifeste au moment de la relation sociale à l'autre. L'intervention thérapeutique peut être un entraînement aux habiletés sociales, une thérapie d'affirmation de soi, des expositions aux situations sociales selon chaque cas particulier [12].

Au cours de l'entretien avec **Philippe**, ont été mis en évidence non seulement des mécanismes de conditionnement classique et opérant mais aussi un défaut d'apprentissage social. Élevé dans un milieu familial très protecteur, il ne reçoit pas d'ami, ne participe pas à des activités extrascolaires ; ses parents travaillent beaucoup et n'accueillent quasiment personne à leur domicile.

2.4. La quatrième et dernière contribution vient de la psychologie cognitive et son paradigme du « traitement de l'information ».

La psychologie cognitive montre que dans l'expérience émotionnelle interviennent des facteurs physiologiques (battements cardiaques, sueurs, tensions...) et des facteurs idéiques ou « cognitions » qui influencent directement notre comportement [3].

Philippe est très tendu, il a tout essayé pour éviter de faire lui-même son exposé vendredi soir devant une trentaine de personnes, mais rien à faire ; il doit y aller ; déjà une heure avant il est tendu, agité, il se sent contracté, et se dit intérieurement « je ne trouverai pas mes mots », « ils ne me rateront pas à la moindre erreur », « je vais bafouiller », autant de pensées qui ne font que contribuer à augmenter ses tensions, ses doutes, son mal-être.

Les cognitions sont entendues comme des modes de pensée conscients, automatiques, accompagnant l'expérience émotionnelle. Les techniques cognitives se proposent d'aborder ces contenus de pensée, variable intermédiaire entre stimulus et réponse comportementale [10].

Selon le modèle proposé par les thérapeutes cognitivistes, les troubles psychopathologiques – en particulier les états dépressifs et anxieux – sont explicables par l'existence d'une altération du traitement de l'information. Il existe des schémas cognitifs

perturbés, des processus cognitifs sur- ou sous-utilisés et, en bout de chaîne, des modes de pensée et des comportements le plus souvent radicaux. Il découle de cette hypothèse qu'une thérapie visant à modifier les structures cognitives sous-jacentes à chaque trouble pourrait s'avérer efficace. La thérapie cognitive est une approche intégrative, qui intervient au niveau cognitif, mais aussi comportemental et émotionnel, par l'intermédiaire de différentes techniques visant ces trois niveaux de fonctionnement.

Les schémas cognitifs sont des structures acquises par apprentissage dans l'enfance qui pour nous tous guident nos attitudes, nos relations aux autres. On distingue des schémas de procédure (aller au restaurant, par exemple, qui comprend toutes les étapes comportementales qui nous amènent à gérer automatiquement cette situation), et des schémas émotionnels acquis dans les interactions précoces.

Certains de ces schémas sont inadaptés à la vie adulte. La thérapie amène le patient à identifier ses schémas de vulnérabilité pour mieux les gérer par la suite.

Les verbalisations de **Philippe** nous livrent trois hypothèses de schéma que les entretiens préciseront : « Je dois être au niveau », « je ne suis pas comme les autres » et « si je ne fais pas les choses bien, alors je risque d'être rejeté ».

Ces trois hypothèses cognitives seront précisées, voire reformulées pendant la thérapie.

L'exemple de **Philippe** illustre bien que l'acquisition de son trouble anxieux phobique provient de différents mécanismes d'apprentissage qui, conjugués ensemble, ont maintenu les troubles jusqu'à aujourd'hui. La proposition thérapeutique TCC intégrera tous ces ingrédients.

On peut dès lors affirmer que les théories comportementales sont passées d'un modèle où la réponse de l'individu est apprise automatiquement par des procédures de conditionnement à un modèle plus mentalisé où des pensées brèves, conscientes, accompagnant le vécu émotionnel influencent la réponse de l'individu.

3. Comment poser une indication de TCC ?

Comme pour toute démarche d'aide psychologique, l'indication de thérapie est posée après plusieurs entretiens préliminaires [18].

Le premier temps consiste en un recueil de données cliniques, anamnestiques, des attentes du sujet. Ces premières données sont complétées par la passation d'échelles et de questionnaires de psychologie clinique dans le but de préciser certaines dimensions [7].

Cet entretien clinique se poursuit par une démarche spécialisée appelée analyse fonctionnelle. Elle comprend deux ou trois entrevues, selon les modalités d'un entretien semi-structuré dont la teneur est suggérée par des grilles systématisées (grille SORC, BASIC IDEA, SECCA, etc.) pratiquées après une formation solide en TCC d'au moins deux années. Cette analyse fonctionnelle se déroule selon une méthodologie qui permet une analyse synchronique et diachronique des souffrances du patient. Elle se conclut par une conceptualisation psychologique avec une hypothèse fonctionnelle de la constitution et du maintien des troubles.

C'est à partir de ces hypothèses que le thérapeute peut proposer ou non une démarche de TCC. Dans l'affirmative, il choisira parmi l'ensemble des méthodes thérapeutiques possibles celles qui semblent le mieux convenir au patient. Pour exemple, en 1985 Bellack et Hersen [5] répertoriaient 160 techniques au sein des TCC, et la même année McMullin identifiait 75 techniques spécifiquement cognitives [9].

Présentons synthétiquement un exemple :

Anne vient consulter suite à l'apparition d'attaques de panique (ADP) qui sont de plus en plus fréquentes et ont réduit tous ses déplacements. Tous les lieux où elle a fait des ADP sont évités. On peut alors parler d'ADP avec agoraphobie secondaire. Elle ne peut plus sortir seule de chez elle. Elle est en arrêt de travail.

Analyse fonctionnelle synchronique. Les situations déclenchantes sont les ADP : toutes les situations qui impliquent une distance par rapport à l'endroit rassurant que constitue le domicile. Se promener (avec une anxiété proportionnelle à la distance d'avec la maison ; se rendre à son travail (distant de 15 minutes à pied, environ) ; aller dans les magasins et les petites surfaces de son quartier...

Les émotions ressenties : anxiété de type panique, honte. Les sensations physiques ressenties : oppression thoracique, palpitations cardiaques, chaleur et sueurs puis sensation de grande faiblesse, vertiges.

Cognitions ou pensées concomitantes à l'anxiété : elle se dit qu'elle « va manquer d'air, que son cœur va éclater ». Quand elle sent sa tête tourner, elle pense alors qu'il peut lui arriver un accident au cerveau.

Les comportements insatisfaisants : évitement et échappement des situations anxiogènes ; elle rentre plus vite au domicile si des symptômes de panique surviennent ; elle utilise des objets contre-phobiques (sac à dos avec une petite bouteille d'eau, et des aliments

sucrés en permanence ; comprimé d'anxiolytique dans sa poche qu'elle serre dans sa main ; téléphone portable dans sa veste...).

Conséquences : arrêt de travail depuis plus d'un mois ; perte de contact avec ses amis.

Les anticipations sont quotidiennes ; elle imagine qu'elle va ressentir les symptômes de panique quand elle est seule. Elle est devenue hypervigilante aux symptômes physiques.

Analyse fonctionnelle diachronique : sa mère présente un probable trouble anxieux généralisé. Elle est fille unique, et décrit sa mère comme hyperprotectrice.

Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé à l'entretien exploratoire : ni personnel, ni affectif, ni professionnel, ni familial, ni symbolique.

Aucune consommation de tabac ni d'alcool ; pas d'addictions.

Notre compréhension du trouble au regard des lois du conditionnement classique, opérant, social et cognitif conclut à une anxiété sociale acquise par défaut de modeling dans les premières années (famille très protectrice, peu d'échanges et de communication intrafamiliale, peu de relations avec l'extérieur), avec un apprentissage cognitif centré sur la potentielle dangerosité du monde extérieur (discours de la mère, qui verbalise toutes ses inquiétudes à sa fille).

Sur ce terrain d'anxiété sociale, la première attaque de panique survient en situation sociale, dans la rue, en se rendant à son travail. Les attaques de panique se déclencheront – par conditionnement intéroceptif – à partir du moindre signe physique évocateur d'attaque de panique. Ainsi des situations de plus en plus nombreuses sont évitées pour ne pas ressentir de signes physiques. On est alors au stade de l'agoraphobie. L'attitude de l'entourage est très protectrice, l'accompagnant et facilitant le maintien des troubles.

L'anxiété sociale paraît actuellement au second plan, derrière l'aspect massif de l'agoraphobie. Cette jeune femme est surtout gênée par l'anticipation anxieuse d'une attaque de panique qui empêche quasiment tout déplacement, et toute interaction sociale par peur de ne pouvoir s'échapper de la situation en cas de symptôme de panique. Nous proposons de débiter par le traitement des attaques de panique avec agoraphobie et d'envisager dans un second temps le traitement de l'anxiété sociale, si la patiente en exprime le besoin.

Cette conceptualisation a intégré les facteurs psychologiques et environnementaux passés et actuels. Nous y intégrons également des facteurs biologiques car de nombreuses études ont montré que les sujets paniqueurs sont hypersensibles au dioxyde de carbone. Pour Klein, ces sujets présenteraient une hypersensibilité du centre de la suffocation [13].

Nous proposons une prise en charge des ADP avec apprentissage en séance d'une technique de contrôle ventilatoire et la prise en charge de l'agoraphobie, par exposition graduée aux situations anxiogènes (en imagination puis « en réalité » en ayant recours au contrôle respiratoire). La rémission des ADP est obtenue en moins de six semaines. La difficulté de la thérapie a résidé dans la bonne estimation de l'anxiété sociale associée et la prise en compte de la personnalité d'Anne, exigeante vis-à-vis d'elle-même, qui voulait toujours « bien faire ». La honte, la culpabilité et le sentiment d'échec étaient permanents par rapport au soignant qui voulait l'aider.

Ici encadré, Ce qu'il faut retenir

4. Conclusion

En résumé, les TCC représentent des démarches d'aide psychologique structurée, développées sur un court terme, facilement utilisables par le patient et dont les résultats thérapeutiques sont très favorables.

Dans tous les cas, le contrat thérapeutique de chaque patient reste singulier, adapté à sa vie, son histoire, ses antécédents, conformément aux données de l'analyse fonctionnelle.

Références

- [1] Bandura A. L'apprentissage social. Bruxelles: Pierre Mardaga; 1980.
- [2] Beck AT. Cognitions, affect and psychopathology. Arch Gen Psychiatry 1971; 24:495-500.
- [3] Beck AT. Cognitive therapy for emotional disorders. New York: The Guilford Press; 1976.
- [4] Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New-York: The Guilford Press; 1993.
- [5] Bellach A, Hersen M. Dictionary of behavior therapy techniques. New York: Pergamon; 1985.
- [6] Cottraux J. Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague. Paris: Masson; 2007.
- [7] Cottraux J, Bouvard M, Legeron P. Méthodes et Échelles d'évaluation des comportements. Paris: EAP; 1985.

- [8] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S. et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872.
- [9] McMullin R. *Handbook of cognitive therapy techniques*. New-York: Norton; 1986.
- [10] Mirabel-Sarron C. *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*. Paris: Dunod; 2005.
- [11] Mirabel-Sarron C. Critères d'évaluation des thérapeutiques comportementales et cognitives dans la dépression. *Bull Académie de Médecine* 2010; 194: 805-15.
- [12] Mirabel-Sarron C. Les techniques comportementales et cognitives, in *Monographie de l'anxiété*. *Revue du Praticien* 2010;60: 808-9.
- [13] Mirabel-Sarron C, Plagnol A. Agoraphobie et espace de représentation : une approche comportementale et cognitive. *Ann Méd Psychol* 2010; 168: 38-43.
- [14] Mirabel-Sarron C, Vera L. *Les techniques de thérapies comportementales*. EMC Psychiatrie 2008; 37820-45.
- [15] Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, Mehran F. *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris, Dunod; 2004.
- [16] Skinner B. *Science and human behaviour*. New-York: McMillan; 1953.
- [17] Vera L, Mirabel-Sarron C. *Psychopathologie des phobies*. Paris: Dunod; 2002.
- [18] Vera L, Mirabel-Sarron C. *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod: 2011.
- [19] Watson JB, Rayner R. A conditioned emotional reaction. *J Exp Psychol* 1920;3: 1-14.
- [20] Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition?* Stanford University Press; 1968.

Conflit d'intérêt : aucun

Tableau 1 - Caractéristiques de la relation thérapeutique en TCC**L'attention portée sur les aspects actuels de la souffrance de l'individu et des conditions environnementales.**

Une relation thérapeute-patient très interactive, collaborative, empathique, ouverte, participatif afin de construire avec le patient une alliance thérapeutique forte facilitant l'acquisition d'outils psychologiques utiles à la gestion émotionnelle.

Des modalités d'entretiens spécifiques : utilisation de questions ouvertes, de reformulations, de renforcements et l'apport d'informations scientifiques actuelles sur le trouble.

Un contrat thérapeutique définit clairement les modalités thérapeutiques (objectifs, nombre de séances, etc...)

La thérapie ne s'arrête pas aux séances avec le thérapeute, un travail quotidien est demandé au patient appelé « tâches à domicile » qui sont définis pendant l'entretien, directement en rapport avec la thématique débattue et avec l'outil psychologique que le patient a besoin d'apprendre.

La notion de « carnet de thérapie » est un support papier ou électronique utilisé par le patient pour prendre des notes libres pendant les séances, si il le souhaite, puis effectuer entre chaque entretien les tâches demandées.

Une évaluation clinique et psychologique est effectuée avant le démarrage de la thérapie, puis renouvelée en fin de contrat thérapeutique. Elle permet de mesurer les changements obtenus.

Ce qu'il faut retenir

- Thérapie psychologique issue de la psychologie scientifique dont les modalités s'enrichissent au fur et à mesure des données de la recherche actuelle.
- La multiplicité des outils thérapeutiques disponibles requiert une formation solide de chaque thérapeute d'au moins deux années.
- L'indication de thérapie est posée après plusieurs entretiens comportant une analyse fonctionnelle de la souffrance du sujet.
- Un contrat thérapeutique personnalisé est rédigé, il comprend les objectifs de la thérapie et les moyens à mettre en œuvre.
- Les objectifs personnels du patient sont définis en séance avec lui de manière à ce qu'ils soient réalistes, concrets, progressifs et allant dans le sens de son bien-être.
- L'objectif principal des TCC est d'apporter au patient des moyens psychologiques permettant le changement, afin qu'il puisse les utiliser seul avec un gain manifeste.
- Une évaluation clinique et psychologique est réalisée au début et à la fin de chaque contrat thérapeutique, les résultats en sont donnés au patient.
- De nombreuses études ont montré leur efficacité à court et à long terme, aussi bien chez des enfants, des adultes ou des personnes âgées.