

Quel nom pour la (les) thérapie(s) (cognitivo)comportementale(s) ?

Jacques Van Rillaer

Université de Louvain-la-Neuve

Résumé

Au cours des années 90, l'« European Association of Behaviour Therapy » est devenue l'« European Association of Behavioural and Cognitive Therapies ». Partant de cette modification et de la diversité des dénominations des associations nationales, on examine les raisons de la difficulté de trouver un nom qui traduise correctement la spécificité de ce que l'on appelle couramment «thérapie comportementale».

En 1990, Jean Cottraux, Patrick Légeron et Evelyne Mollard, les éditeurs des *Actes du XXe congrès européen de thérapie comportementale*, formulaient quatre prédictions pour l'an 2000. Nous examinons ici la troisième, à savoir que la « thérapie cognitivo-comportementale » allait devenir « le principal courant de l'Association européenne », encore dénommée à l'époque *European Association of Behaviour Therapy*.

Dans les années qui ont suivi, les responsables de l'Association européenne ont remplacé « Behaviour therapy » par « Behavioural and Cognitive Therapies ». Ils ont donc effectué deux changements : l'adjonction du terme « cognitif » et le passage du singulier au pluriel. Toutefois, les concepts utilisés par l'Association européenne sont loin de se retrouver aujourd'hui dans toutes les Associations nationales, ce qui permet de douter de la réalisation d'une autre des quatre prédictions : le développement d'une cohésion grandissante de la thérapie comportementale en Europe. Ainsi, actuellement, nous avons en Allemagne, l'*Association professionnelle de thérapie comportementale*, l'*Association de travail pour la modification du comportement*, l'*Association allemande de médecine comportementale et de modification du comportement*, en Autriche, l'*Association de thérapie comportementale*, en Belgique francophone, l'*Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement*, en Belgique néerlandophone, l'*Association flamande de thérapie comportementale*, en France, l'*Association française de thérapie comportementale et cognitive*, en Grande-Bretagne, l'*Association pour les thérapies comportementales et cognitives*, en Norvège, l'*Association pour l'analyse du comportement*, aux Pays-Bas, l'*Association de thérapie comportementale*.

L'absence de consensus sur la dénomination s'explique notamment par la polysémie du mot « comportement » et par la préoccupation de ses connotations dans le public. Une anecdote illustre le problème. Un jour une secrétaire de mon université me dit : « J'ai pensé à vous. Ma belle-sœur cherchait un psychothérapeute. Je vous aurais volontiers renseigné, mais elle a un problème affectif et on m'a dit que vous ne vous occupiez que de comportements ». Mon interlocutrice comprenait « comportement » au sens étroit du terme et avait été induite en erreur par une vue étriquée de la thérapie comportementale.

Rappelons que lorsqu'on parle simplement de « thérapie comportementale », on entend généralement le mot « comportement » au sens large. Celui-ci désigne alors toutes les activités signifiantes, étant entendu que celles-ci présentent toujours trois dimensions : cognitive, affective et motrice. Les comportements dans lesquels la dimension cognitive apparaît prédominante sont appelés des *comportements* cognitifs ou des cognitions. De la même façon, on parle de comportements moteurs ou d'actions, de *conduites* affectives (émotionnelles) ou d'affects (émotions).

Lorsqu'on parle de « thérapie cognitivo-comportementale », on entend le terme « comportement » dans son acception restreinte d'action objectivement observable. Cette deuxième expression suscite d'ordinaire moins de « résistances » dans le public. Elle met l'accent sur la dimension de la pensée, qui apparaît, dans notre culture judéo-chrétienne, comme essentielle (l'homme se caractériserait par une entité immatérielle, invisible : l'âme ou l'esprit). Si je m'étais habituellement présenté comme thérapeute « cognitivo-comportemental », la secrétaire

m'aurait-elle adressé cette belle-soeur qui souffre d'un problème « affectif » ? Pas sûr. Le terme « cognitivo-comportemental » a l'inconvénient de passer sous silence trois variables dont s'occupent activement les comportementalistes : la dimension affective (ou émotionnelle), une série de variables physiologiques (notamment l'activation du système nerveux orthosympathique, la respiration, le tonus musculaire, la consommation de substances stimulantes, etc.) et les environnements matériels et sociaux dans lesquels les comportements sont provoqués, « renforcés » ou « éteints ». Difficile d'évoquer par une expression les différents facteurs que les comportementalistes observent, analysent et proposent, à leurs patients, de modifier. L'expression « thérapie contextuello-bio-cognitivo-affectivo-praxique » serait plus juste, mais elle n'est guère utilisable, même sous la forme d'un acronyme (TCBCAP). Vaudrait-il mieux, dès lors, adopter l'expression « thérapie multimodale » d'Arnold Lazarus (1973 ; 1989) — un comportementaliste de la première génération — ou celle de « self-management therapy » (thérapie de la gestion de soi) de Frederic Kanfer (1987), l'auteur de l'ouvrage de référence de la majorité des comportementalistes des années 1970 ? Ces expressions me plaisent davantage que « thérapie comportementale » ou « thérapie rationnelle-émotive-comportementale » d'Albert Ellis (1993), mais elles ne rendent pas compte de la principale particularité de notre approche : le souci de scientificité.

La thérapie comportementale n'est pas une construction théorique, une doctrine ou une école liée au nom d'un Père-fondateur (on parle de jungiens et de lacaniens, mais pas de wolpiens ou d'eysenckiens). Les modèles explicatifs et les techniques thérapeutiques diffèrent quelque peu d'un praticien à l'autre et changent substantiellement à travers le temps (voir p.ex. Fishman, Rotgers et Franks, 1988).

La thérapie comportementale est un ensemble de procédures destinées à traiter des difficultés psychologiques grâce à l'apprentissage de nouveaux comportements. Ces procédures sont fondées sur des données (en constante évolution) de la psychologie scientifique. Elles sont pratiquées avec un esprit scientifique (observations soigneuses ; prudence dans les explications ; refus d'explications *ad hoc* pour maintenir une hypothèse, une théorie ou une explication contredites par les faits ; souci d'évaluations quantitatives des résultats).

Il n'est pas superflu de rappeler que ce souci de scientificité n'est pas une prise de position dogmatique, mais un choix qui résulte de la constatation de l'efficacité de la démarche scientifique pour permettre des changements de comportements effectifs. Le behaviorisme, qui est la forme de psychologie dont est issue la thérapie comportementale, trouve ses racines, non dans le positivisme, mais dans la philosophie pragmatique (Watson fut l'élève de John Dewey et de James Angell, eux-mêmes élèves de William James). Tous les comportementalistes peuvent adhérer à la définition de la science que donne Skinner : « un corpus de règles en vue d'actions efficaces » (1974, p. 259).

Du point de vue théorique, les meilleures expressions sont peut-être « psychologie scientifique appliquée » ou « psychothérapie d'orientation scientifique ». Malheureusement, le mot « science » est souvent mal compris dans le public : tantôt il fait croire naïvement que l'expert possède la « vérité » ou une collection de certitudes, tantôt il suscite des résistances chez ceux qui s'imaginent que démarche scientifique et respect de la personne sont incompatibles. Tout particulièrement en France, le thérapeute qui utiliserait ce vocable se ferait taxer facilement de « positiviste » ou de « scientiste », en particulier par ceux que Bouveresse (1999) appelle les « littéraires », qui ont aujourd'hui le vent en poupe dans certains médias.

Cottraux, Légeron et Mollard prédisaient également une diffusion accrue de l'idée de l'importance de l'évaluation des effets thérapeutiques. Dans la mesure où cette conception deviendrait une évidence pour les responsables des formations universitaires et pour les décideurs des politiques de santé, les qualificatifs « comportemental » et autres pourraient disparaître. Si la majorité des pratiques s'enracinaient dans des connaissances scientifiques et étaient largement testées quant à leur efficacité, le mot « psychothérapie » pourrait suffire. Comme en médecine, les autres pratiques pourraient alors être qualifiées de « parallèles ». Actuellement, à part quelques rares contrées comme la Hollande, nous sommes bien loin du compte. Il demeure hautement souhaitable de se distinguer, par un qualificatif, dans la nébuleuse des pys de tous bords.

Aujourd'hui, la solution la plus raisonnable reste sans doute d'utiliser, encore pendant plusieurs années, les expressions traditionnelles : « thérapie comportementale », dans des pays, comme l'Allemagne, où le mot « comportement » ne déclenche pas d'emblée des réactions négatives ; « thérapie cognitivo-comportementale », dans des pays comme la France ou la Belgique francophone, où la parole et la pensée apparaissent comme l'essence suprême de l'homme et la clé qui donne accès à son « mystère ».

Reste la question du choix entre le singulier et le pluriel. En 1966, Cyril Franks fondait *l'Association for Advancement of Behavior Therapies*. Deux ans plus tard, le pluriel était remplacé par le singulier, suite à une demande de Wilson et Evans (1967). Ces auteurs argumentaient qu'il y a beaucoup de techniques de traitement comportemental, mais que toutes se fondent sur les mêmes principes de l'apprentissage. En 1969, Franks écrivait, dans la préface de son livre *Behavior therapy*, qu'il avait hésité jusqu'au dernier moment entre ce titre et celui de *Behavior therapies*. Il expliquait : « Je ne suis toujours pas convaincu que le singulier se justifie, car il fait supposer un ensemble unifié de connaissances et des fondements conceptuels harmonieux, alors que, actuellement, c'est peut-être davantage de l'ordre du *wishful thinking* qu'un objectif réalisé. »

Les dénominations actuelles des Associations nationales montrent que ce choix n'est pas évident. Sans doute les deux utilisations se défendent-elles, comme dans beaucoup d'autres domaines. On peut parler, plus ou moins indifféremment, de traitements médicaux du cancer et de la thérapie du cancer, des soins infirmiers et du travail infirmier, de la psychologie des sports et de la psychologie du sport, des tests et du testing... Quand on parle de « thérapie comportementale », on met l'accent sur les dénominateurs communs de toutes les pratiques : l'objectif de modifier des conduites de façon observable et durable, l'adoption d'une démarche « scientifique », le climat de transparence et de collaboration dans le travail thérapeutique. Quand on utilise le pluriel, on met en avance la diversité des procédures.

L'évolution de la thérapie comportementale montre que les praticiens ont une nette tendance à se spécialiser en fonction de types de troubles, contrairement à la plupart des autres psychothérapeutes. Un comportementaliste habituellement compétent pour traiter des troubles anxieux peut estimer ne pas l'être suffisamment pour traiter des anorexies ou des héroïnomanies. Il est important que le public comprenne l'importance de cette spécialisation et la diversité des thérapeutiques possibles, comme c'est le cas en médecine. En conclusion, ma préférence va au pluriel, mais cette question est beaucoup moins importante que celle de la conjugaison de l'esprit scientifique — qui spécifie l'approche comportementale — et d'un humanisme bienveillant — dont doit faire preuve tout thérapeute.

Références

- BOUVERESSE, J. (1999) *Prodiges et vertiges de l'analogie. De l'abus des belles-lettres dans la pensée*. Paris: Raisons d'agir, 158 p.
- COTTRAUX, J., LEGERON, P. & MOLLARD, E. (1992) Four predictions for year 2000. In J. Cottraux et al. (Eds), *Which psychotherapies in year 2000? (XXth European Congress on Behavior Therapy, Paris, 1990)*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zietlinger, p. 7-10.
- ELLIS A. (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16: 257-258.
- FRANKS, C.M. (1969) *Behavior therapy. Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 730 p.
- FISHMAN, D.B., ROTGERS, F. & FRANKS, C. (1988) Eds, *Paradigms in behavior therapy: Present and promise*. N.Y.: Springer, 376 p.
- KANFER, F. & PHILLIPS, J. (1970) *Learning Foundations of Behavior Therapy*. Wiley, 642 p.
- KANFER, F. & SCHEFF, B. (1987) Self-Management Therapy in Clinical Practice. In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in Clinical Practice*. Guilford Press, p. 10-77.
- LAZARUS, A. A. (1973) Multimodal behavior therapy : Treating the BASIC ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156: 404-11.
- LAZARUS, A. A. (1989) *The practice of multimodal therapy*. 2nd ed.: The Johns Hopkins University Press, 288 p.
- SKINNER, B. (1974) *About behaviorism*. N. Y.: Knopf. Reprinted: Vintage Books, 1976, 291 p.
- WILSON, G.T. & EVANS, W.I. (1967) Behavior therapy and not behavior "therapies". Newsletter of the *Association for Advancement of Behavior Therapy*, 2: 5-7.
- WILSON, G.T. (1978) On the much discussed nature of the term "Behavior therapy". *Behavior Therapy*, 9: 89-98.