

## Les thérapies cognitivo-comportementales : la psychologie scientifique au service de la personne

**Jacques Van Rillaer**

Professeur de psychologie émérite  
à l'Université de Louvain et à l'Université St-Louis

*« Dans une large mesure, la personne apparaît comme l'artisan de sa propre destinée.  
Elle est souvent capable de modifier les variables qui l'affectent »*  
B. F. Skinner<sup>1</sup>

Les psychothérapies sont des pratiques psychologiques destinées à traiter des troubles mentaux et des troubles somatiques générés ou maintenus par des comportements. Elles ont un long passé : les guérisseurs primitifs, les prêtres de l'Égypte ancienne et des temples d'Esculape obtenaient déjà des guérisons par ce genre de pratiques. Henri Ellenberger a retracé ce cheminement qui a abouti, au XX<sup>e</sup> siècle, à des dizaines de formes de psychothérapies<sup>2</sup>.

Les psychothérapeutes de tout bord ont obtenu des améliorations et des guérisons, à côté d'échecs et d'effets de détérioration. Il en va là comme en médecine somatique : les rhumes, des céphalées et d'autres maux disparaissent quel que soit le traitement : des piqûres d'aiguilles, des doses infinitésimales d'une substance, un placebo, etc. Des processus d'auto-guérison, des croyances du malade, l'assurance du médecin et sa bienveillance jouent un rôle plus ou moins important. Ainsi, quelle que soit la psychothérapie, les troubles psychiques *mineurs* (petites phobies, dépressions modérées, états de stress et d'anxiété, etc.) disparaissent avec le temps, surtout quand les conditions de vie s'améliorent. Freud écrivait, dans un moment de grande lucidité : *« En règle générale, notre thérapie est forcée de se contenter d'amener plus vite, plus sûrement, avec moins de dépense, la bonne issue qui, dans des circonstances favorables, se serait produite spontanément<sup>3</sup> »*. L'évolution est généralement facilitée quand la personne bénéficie de ce qu'on appelle les « facteurs thérapeutiques communs » : un contact chaleureux, une écoute empathique, la relativisation des difficultés, la déculpabilisation, la foi dans la possibilité de changer.

Certaines maladies, comme des infections graves, ne guérissent pas spontanément et ne sont guère influencées par la suggestion. La médecine a trouvé des remèdes efficaces pour un grand nombre de ces troubles grâce à la méthode scientifique. En un siècle et demi, elle a réalisé beaucoup plus de progrès qu'au cours des millénaires passés.

---

<sup>1</sup> *Science and human behavior*. Macmillan, 1953, p. 228. Trad., *Science et comportement humain*. Paris : In Press, 2005, p. 214.

<sup>2</sup> Concernant Ellenberger et sa monumentale histoire des psychothérapies : *SPS*, 2010, 293 : 137-139 ou <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1527>>

<sup>3</sup> *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XVII, p. 269.

Il en va de même pour les problèmes psychologiques *sérieux* : dépression sévère, trouble panique avec agoraphobie, obsessions et compulsions envahissantes, addiction bien établie, etc. Là aussi, les traitements réellement efficaces résultent de recherches scientifiques méthodiques. Ils se sont développés seulement depuis la fin des années 1950. Il s'agit de la psychiatrie biologique — seule efficace pour traiter certains troubles psychotiques — et des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

## Deux définitions des « thérapies cognitivo-comportementales »

Le titre de thérapeute comportementaliste ou TCC n'est légalisé dans aucun pays, pas plus que celui de psychanalyste, de philosophe ou de graphologue. N'importe qui peut s'autoproclamer comportementaliste.

On peut définir les TCC comme des *procédures destinées à résoudre des problèmes psychologiques par l'adoption de comportements déterminés*. Selon cette définition, une des premières illustrations remonte à environ 3000 ans. Dans *L'Odyssée* (ch. XII), Homère a décrit trois procédures comportementales, que Circé a conseillées à Ulysse pour naviguer là où régnaient les sirènes, sans succomber à leurs chants ensorcelants. Ulysse a bouché les oreilles de ses marins avec de la cire (« contrôle du stimulus ») ; il s'est fait ligoter au mât du navire (« auto-empêchement d'une action impulsive ») ; il a ordonné à ses compagnons de resserrer ses liens s'il venait à les supplier de le libérer (« anticipation d'une procédure d'alerte »).

Les psychiatres et psychologues qui se disent « comportementalistes » définissent leurs pratiques comme des *procédures psychothérapeutiques qui s'appuient sur la démarche scientifique*. L'expression « *Behavior therapy* » apparaît pour la première fois en 1953 dans un article cosigné par Skinner<sup>4</sup> et pour la première fois dans le titre d'un livre en 1960<sup>5</sup>. Dès le départ, les auteurs ont souligné que la *spécificité* de la thérapie comportementale réside dans l'utilisation de la *science du comportement* pour traiter des troubles psychologiques.

Selon cette définition, un des premiers traitements avait été réalisé à l'Université Columbia en 1924 : l'élimination de phobies chez un garçon de 3 ans appelé Peter, par Mary Cover Jones, suivant une méthodologie mise au point de Watson<sup>6</sup>.

L'enfant avait très peur des lapins. Se basant sur des lois de l'apprentissage, Jones a expérimenté deux méthodes. Elle a installé Peter sur une chaise haute. Pendant que l'enfant recevait ses aliments préférés ou jouait agréablement, un lapin était amené dans une cage grillagée à l'autre bout de la pièce. Au début le garçon présentait des signes typiques de peur, mais il s'est habitué progressivement au stimulus anxiogène. Après quelques séances, la cage pouvait être rapprochée sans déclencher de vives réactions. D'autre part, Jones a exploité le pouvoir thérapeutique de l'imitation : elle a invité trois garçons de l'âge de Peter, qui n'avaient pas peur des lapins, à jouer devant lui avec l'animal phobogène.

Jones a établi 17 degrés de tolérance à la présence d'un lapin, allant de « Le lapin suscite la peur où qu'il soit dans la pièce » jusqu'à « Peter, dans son parc avec le lapin, lui laisse grignoter les doigts ». La tolérance de Peter a augmenté selon une progression en dents de

<sup>4</sup> Lindsley, O. R., Skinner, B. F. & Solomon, H. C. (1953) Study of psychotic behavior, studies in behavior therapy. Status Report 1. Waltham, MA : Metropolitan State Hospital.

<sup>5</sup> Eysenck, H. (1960) *Behaviour Therapy and the Neuroses*. Pergamon, 467 p. Trad. de l'édition abrégée : *Conditionnement et Névroses*. Gauthier-Villars, 1962, 414 p.

<sup>6</sup> Jones, Mary Cover (1924) A laboratory study of fear : The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31: 308-315. Trad. in Eysenck, H., éd., *Conditionnement et névroses*. Op. cit., p. 48-56.  
L'article en anglais est en ligne : < <http://psychclassics.yorku.ca/>>

scie. Au bout de 45 séances, la réaction de peur déclenchée à la vue d'un lapin avait disparu au profit de *nouvelles conduites* : Peter acceptait l'animal dans son parc, jouait avec lui et le caressait affectueusement. Aucun « symptôme de substitution » — pour parler comme les freudiens — n'est apparu dans les semaines qui ont suivi.

Il a fallu attendre la fin des années 1950 pour que se développe l'idée de fonder la psychothérapie sur la psychologie scientifique — principalement des lois de l'apprentissage établies expérimentalement. L'idée apparaît au cours de la même décennie en différents endroits de la planète, notamment à Harvard avec Skinner — un psychologue expérimentaliste —, en Afrique du Sud avec Joseph Wolpe — un psychiatre formé au freudisme, mais qui essayait de travailler scientifiquement —, à Londres avec Hans Eysenck — un psychologue clinicien, qui menait des recherches sur l'efficacité des différentes psychothérapies. Les premiers troubles traités ont été les phobies. Les succès ont été manifestes.

Parallèlement, s'est développé à partir de 1956 un courant de *thérapie cognitive*, dont le principal promoteur a été Albert Ellis<sup>7</sup>. Docteur en psychologie de l'université Columbia, formé à l'analyse freudienne, il a modifié sa façon de faire de la psychothérapie après quelques années de pratique décevante. Une de ses idées centrales réside dans la conception stoïcienne des émotions, que résume la maxime d'Épictète : « Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils s'en font ». Pour Ellis, la thérapie consiste surtout à aider le client à analyser les *présupposés de ses jugements* et à les modifier *activement*. Aaron Beck, un psychiatre de l'université de Pennsylvanie, a suivi le même chemin : il a délaissé le freudisme au profit de la « thérapie cognitive<sup>8</sup> », qui vise à analyser la façon de penser et à la modifier *activement*.

Ces pionniers de la thérapie cognitive constateront rapidement que l'action est essentielle pour changer « en profondeur » la façon de penser. Ellis dénommera sa méthode, quelques années plus tard, la « thérapie comportementale, rationnelle, émotive<sup>9</sup> » et Beck insistera sur l'importance des « expérimentations comportementales » pour modifier durablement des schémas cognitifs.

Les pionniers des thérapies comportementales n'avaient pas ignoré les émotions (leurs premiers traitements visaient à éliminer des peurs excessives), ni les cognitions (dès 1954, Wolpe utilisait la visualisation mentale pour se préparer à affronter des situations anxiogènes). Toutefois, leur attention était centrée sur les stimuli externes et les actions. Dans les années 1970, les courants cognitif et comportemental ont fusionné. Bon nombre de thérapeutes ont alors adopté l'expression « thérapies cognitivo-comportementales » (TCC). C'est le cas en France. Au pays de Descartes et de Lacan, l'être humain se définit essentiellement par la pensée<sup>10</sup>. Dans d'autres pays — comme la Hollande — beaucoup de thérapeutes se contentent de l'expression « thérapie comportementale », car ils comprennent le mot « comportement » au sens large. Ils utilisent le pluriel lorsqu'ils mettent l'accent sur la diversité des procédures et le singulier quand ils mettent en avant les dénominateurs communs des procédures.

---

<sup>7</sup> Ellis, A. (1956) Rational Psychotherapy. Paper presented at the session of the American Psychological Association, 13-8-1956. *Journal of General Psychology*, 1958, 59 : 35-49.

<sup>8</sup> Beck a été le premier à utiliser cette expression. Ellis parlait, à la fin des années 50, de « thérapie rationnelle », puis de « thérapie rationnelle-émotive ».

<sup>9</sup> Ellis, A. (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16 : 257-258.

<sup>10</sup> Cottraux, J. (1990) "Cogito ergo sum" : Cognitive-behavior therapy in France. *The Behavior Therapist*, sept., p. 189-90.

### **Les deux usages du mot « comportement »**

Le terme « comportement » est utilisé par les psychologues de deux façons. Au sens étroit, il désigne une action manifeste, directement observable, qui se distingue des phénomènes psychiques « internes » (les cognitions et les affects). Au sens large, il désigne toute activité signifiante, directement ou indirectement observable, et présente trois dimensions : une composante cognitive (perception, souvenir, réflexion, etc.), affective (plaisir, souffrance, indifférence) et motrice (action, expression corporelle). Mis à part les réflexes élémentaires, tout comportement présente ces trois éléments. Ainsi, cher lecteur, en ce moment vous percevez et traitez des informations, vous produisez des cognitions (pensées, souvenirs) ; vous avez une disposition affective (intérêt, curiosité, satisfaction) ; vous adoptez une attitude corporelle, vous bougez les yeux et peut-être la tête...

On peut parler de « comportement cognitif » ou de « cognition » quand la première composante s'avère prédominante (par exemple quand on lit), de « comportement affectif », de « comportement émotionnel » ou d'« émotion » si la deuxième dimension est la plus frappante (par exemple lorsqu'on se met en colère), de « comportement moteur » ou d'« action » si la troisième apparaît à l'avant-plan (par exemple quand on fait du sport).

*Un comportement est toujours en situation.* Pour l'analyser, il faut examiner les événements qui précèdent son apparition et ceux qui le suivent, mais également l'état de l'organisme. En définitive, toute observation et analyse méthodiques d'un comportement implique *six variables* : ses trois dimensions (cognition, affect, action), le ou les stimuli antécédents, le ou les effets anticipés, l'état de l'organisme.

### **La base commune des associations de TCC**

L'ancrage des TCC dans la psychologie scientifique implique une évolution continue, tant pour les procédures que pour les références théoriques. Ainsi, des progrès substantiels ont été réalisés dans les années 1980 par l'École d'Oxford pour le traitement des attaques de panique et des troubles obsessionnels compulsifs<sup>11</sup>. Une avancée décisive s'est produite dans les années 90 avec l'équipe de Steven Hayes (université du Nevada, Reno), pour traiter les émotions, les impulsions et les addictions<sup>12</sup>.

Dans quasi tous les pays occidentaux, on trouve à présent une association professionnelle. Il y a des différences de formation, de critères d'admission et d'exigences pour l'obtention du titre. On peut cependant dégager des principes enseignés dans toutes les associations concernant les objectifs, la scientificité et un style d'interaction avec le patient, style qu'on peut qualifier de « pédagogie démocratique ».

#### **Les objectifs essentiels**

Les comportementalistes ont pour principal objectif d'apprendre à ceux qui consultent 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

<sup>11</sup> Voir SPS, 2010, n° 292, p. 7-14. <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1491>>

<sup>12</sup> Pour un ouvrage en français sur ce courant, voir SPS : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1760>>

dialogue. Dans certains cas, le thérapeute limite son aide à un type de comportement (par exemple, voyager en métro sans angoisse). Dans d'autres, le traitement implique d'élargir le ou les objectifs. 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 : elle doit également développer son répertoire d'activités agréables « alternatives », 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*<sup>13</sup>.

### Le souci de scientificité

Les TCC se caractérisent moins par une construction théorique ou des techniques — dont certaines sont empruntées à d'autres courants — que par un souci de scientificité qui, comme en médecine, vient de la volonté d'être le plus efficace possible.

- Les comportementalistes *se basent sur un corpus de recherches solides*, principalement des expériences sur l'apprentissage, mais aussi des études sur les processus cognitifs, affectifs, psychophysiologiques et sociaux.

- Au cours de leurs interventions, ils adoptent *une attitude qui s'apparente à celle d'un chercheur scientifique* : ils rassemblent des observations avec soin, ils considèrent leurs analyses et interprétations comme des hypothèses de travail, ils proposent aux patients d'effectuer des observations systématiques pour confirmer ou *réfuter* les hypothèses, ils changent les hypothèses quand les faits les contredisent.

- Sachant que *leurs propres comportements* sont fonction de plusieurs variables, ils s'efforcent de les observer et de les modifier quand c'est souhaitable. Ils analysent notamment *les interactions subtiles* qui orientent le déroulement des psychothérapies<sup>14</sup>.

- Ils vérifient *methodiquement les effets de leurs pratiques*. Ils comparent l'évolution de patients de même type traités par des méthodes différentes, pour découvrir les ingrédients thérapeutiques 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 la visualisation mentale ne conviennent pas à tous). Les études méthodiques sur les effets sont le travail d'équipes universitaires. Le praticien doit se tenir au courant de publications qui en font état.

### Le style du thérapeute

Le thérapeute comportementaliste n'est pas un gourou. Il agit comme *un pédagogue respectueux* de l'élève, soucieux de faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Il s'efforce d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique, et empêche que la relation se caractérise par la soumission ou l'amour.

*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 de mieux comprendre les processus en jeu et la logique du traitement. Il s'abstient d'utiliser un jargon visant à impressionner ou à masquer le manque d'efficacité.

---

<sup>13</sup> Le thème de la gestion de soi est devenu central en TCC dès les années 1970.

En français : Van Rillaer, J. (2019) *La gestion de soi*. Bruxelles : Mardaga, 374 p.

<sup>14</sup> Voir p. ex. Rosenfarb, I. (1992) A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42 : p. 341-354. — Cungi, C. (2006) *L'alliance thérapeutique* (+ DVD) Retz, 286 p.

La personne qui veut se libérer de réactions bien ancrées ne peut se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Elle doit effectuer, dans sa vie quotidienne, des « *tâches thérapeutiques* », c'est-à-dire des observations méthodiques et des essais de nouveaux comportements (dialogue intérieur, actions). Les TCC ne sont pas de la magie, mais des procédures d'apprentissages qui, *comme beaucoup d'apprentissages*, demandent des efforts ciblés.

## Des résultats observables

Dès le départ des TCC, les principaux artisans de cette approche se sont beaucoup souciés d'étudier objectivement les effets de la pratique. En un demi-siècle, 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 (la principale restant *Behaviour Research and Therapy*), 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 Consulting and Clinical Psychology*, *L'Encéphale*, *Psychological Bulletin*, etc.). Le fameux rapport de l'Inserm de 2004 sur l'évaluation de trois approches thérapeutiques s'est appuyé sur un bon nombre de ces publications<sup>15</sup>. Il en est ressorti que les TCC sont les thérapies qui enregistrent le plus de résultats positifs.

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, se fait 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.

Les TCC prenant appui sur une discipline qui évolue — la science du comportement —, elles ont déjà beaucoup changé au cours de leur courte histoire. Les théories et les procédures du futur sont imprévisibles, mais il semble évident que l'utilisation de la psychologie scientifique restera féconde pour résoudre, dans la clarté et avec efficacité, une large variété de problèmes psychologiques.

---

<sup>15</sup> Inserm (2004) *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris: Éditions de l'Inserm, 568 p. Voir aussi : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2068>