

Un exemple de thérapie comportementale

Extrait de : J. Van Rillaer (2005) “Les thérapies cognitivo-comportementales : la psychologie scientifique au service de l’humain”.

Dans : C. Meyer, M. Borch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux, J. Van Rillaer *et al.*, *Le Livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*. Paris : Les Arènes, p. 743-751.

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 physique et mentale, et pour réduire des habitudes (tabagisme, alcoolisme, suralimentation, etc.) qui engendrent ou aggravent des troubles physiques¹.

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 bouddhique². 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 jeu³.

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.

¹. 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.

². 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.

³. 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.

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, l'efficacité des TCC repose uniquement sur l'autorité de l'expérimentateur, qui se pose en expert, en chef de commando”⁴.

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*”⁵.

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”⁶.

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

Freud dénomme la phobie l’“hystérie d'angoisse”⁷. 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

⁴. *L'Express* du 23-02-2004.

⁵. “La fin d'une évaluation”, *Le Monde*, 14.2.2005 (italiques de J.V.R.).

⁶. 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.

⁷. 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)

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”⁸. 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”⁹.

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 remémorer¹⁰.

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 traumatismes¹¹ ou lorsqu'une personne répète toujours les mêmes scénarios malheureux¹². Toutefois, *dans beaucoup de cas* — notamment celui des phobies d'araignées — *le ressouvenir de l'expérience originaires 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.

“La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine”, *Annales médico-psychologiques*, 146, p. 552-62.

⁸. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1917), *Gesammelte Werke*, XV, p. 424.

⁹. 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.

¹⁰. Freud, S. (1914) “Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten”, rééd. dans *Gesammelte Werke*, Fischer, X, p. 135s.

¹¹. Voir par exemple Aurore Sabouraud-Seguin (2001) *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*, Odile Jacob, 180 p.

¹². Voir par exemple Jean Cottraux (2001) *La répétition des scénarios de vie*, Odile Jacob, 280 p.

Que fait un comportementaliste¹³ 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'“habituatation” 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 !¹⁴ Nos détracteurs doivent confondre notre travail avec les émissions de télé-réalité *Fear Factor* ou *Koh Lonta*.

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”¹⁵.
- 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.

¹³. 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.

¹⁴. 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.

¹⁵. 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.

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).

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 personnelle¹⁶. 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.

Étapes de la confrontation avec des araignées

- 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
- 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

¹⁶. 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.

- 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.

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 anxieuses.

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 groupe¹⁷. 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.¹⁸

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.

¹⁷. Voir Christophe André et Patrick Légeron (2000) *La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*, Odile Jacob, 3^e éd. revue, 333 p.

¹⁸. Voir par exemple P. Graziani & D. Eradi-Gackiere (2003) *Comment arrêter l'alcool*, Odile Jacob, 237 p.

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 anxieux¹⁹.

[...]

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.aemtc.ulg.ac.be/>
- 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>

¹⁹. Widlöcher, D. (1996) *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob, 276 p.