

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Christine MIRABEL-SARRON, Luis VERA

L'entretien en thérapie comportementale et cognitive

5^e édition

DUNOD

| | |
|--|--|
| <p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p> | <p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p> |
|--|--|



© Dunod, 2020
 (1995 pour la première édition)
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079887-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Leçon 1 Des bases théoriques successives et complémentaires | 2 |
| Les principaux travaux précurseurs de la thérapie : le conditionnement (première vague) | 4 |
| Le conditionnement et les renforcements | 6 |
| Les théories du conditionnement intègrent le cognitivisme (deuxième vague) | 8 |
| L'apport de la composante émotionnelle (troisième vague) | 9 |
| Leçon 2 Quels sont les ingrédients d'un entretien en TCC ? | 12 |
| L'entretien clinique à visée diagnostique | 14 |
| Caractéristiques générales des entretiens en TCC | 15 |
| Les techniques d'entretiens spécifiques | 19 |
| Déroulement dans le temps | 24 |
| Leçon 3 Entretiens cliniques | 28 |
| L'entretien clinique | 30 |
| L'étape de communication du diagnostic clinique et comportemental au patient | 30 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| | L'étape de construction du contrat thérapeutique | 30 |
| | L'étape d'intervention thérapeutique | 31 |
| | La fin de la thérapie et la réévaluation comportementale et cognitive du patient | 31 |
| | Les ingrédients non spécifiques à la TCC, la relation thérapeute-patient | 31 |
| | À propos des indications | 34 |
| | À propos des contre-indications | 36 |
| Leçon 4 | Qu'est-ce qu'un entretien d'analyse fonctionnelle ? | 38 |
| | Les différentes grilles d'analyse fonctionnelle | 41 |
| | Comment conclure l'analyse fonctionnelle ? | 45 |
| | Une évaluation quantitative des comportements concomitants | 49 |
| Leçon 5 | Les évaluations quantitatives | 54 |
| | Dans le domaine des troubles anxieux | 57 |
| | Dans les troubles dépressifs | 62 |
| | Dans les troubles obsessionnels compulsifs | 65 |
| | Dans les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie ou autres) | 68 |
| | L'anxiété sociale | 69 |
| | Échelles de motivation | 70 |
| | Autres instruments non spécifiques auxquels le thérapeute peut avoir recours | 72 |
| | Jeux de rôle | 75 |
| Leçon 6 | Les entretiens de motivation | 78 |
| | Bases théoriques : | |
| | la motivation et les besoins de l'individu | 81 |

| | | |
|-----------------|---|-----|
| | Modèles théoriques de la motivation | 82 |
| | Motivation et psychothérapie | 85 |
| | Les étapes employées en TCC | 88 |
| | Les stratégies mises en œuvre pendant les entretiens de motivation | 90 |
| Leçon 7 | L'observance thérapeutique | 92 |
| | Différents types de mauvaises observances | 94 |
| | Peut-on prédire une future mauvaise observance du traitement TCC ? | 94 |
| | Résoudre le problème de non-compliance | 98 |
| Leçon 8 | Comment construire un contrat thérapeutique ? | 102 |
| | Le choix des objectifs | 105 |
| | Les caractéristiques des objectifs | 106 |
| | Définir des limites | 107 |
| | La prescription de tâches | 109 |
| Leçon 9 | Définir les principales stratégies thérapeutiques comportementales et cognitives | 114 |
| | Les stratégies comportementales | 116 |
| | La résolution de problème | 129 |
| Leçon 10 | Les stratégies cognitives | 134 |
| | L'entretien technique cognitif | 136 |
| | L'impuissance apprise | 136 |
| | La thérapie rationnelle émotive de Ellis | 138 |
| | La thérapie cognitive de Beck | 140 |
| | Le modèle de Young | 148 |
| | L'agencement de techniques mixtes : pharmacologiques, comportementales et cognitives | 151 |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----------------|---|------------|
| Leçon 11 | Des démarches novatrices (MBCT et ACT) | 158 |
| | Les innovations de la troisième vague des TCC | 160 |
| | Des stratégies d'entretien différentes, une posture du thérapeute TCC particulière | 161 |
| | Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) | 164 |
| | Autres approches TCC innovantes | 166 |
| Leçon 12 | Comment mener l'entretien chez l'enfant | 168 |
| | Particularités de l'analyse fonctionnelle | 171 |
| | Les méthodes d'évaluation | 173 |
| Leçon 13 | Comment mener des entretiens TCC de groupe | 198 |
| | Introduction | 200 |
| | Groupe assertif ou d'affirmation de soi | 200 |
| | Groupe de gestion du stress | 204 |
| | Groupe destiné à des patients boulimiques | 206 |
| | Groupe destiné à des patients obsessionnels-compulsifs | 207 |
| | Groupe destiné à des patients bipolaires | 208 |
| Leçon 14 | Objectifs et déroulement de l'entretien de recherche en TCC | 212 |
| | Le thérapeute TCC en tant que chercheur | 214 |
| | Évaluation de l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives | 220 |
| | Critères d'efficacité thérapeutique | 223 |
| | Bibliographie | 228 |
| | Annexe | 250 |

Introduction

LES THÉRAPIES comportementales et cognitives (TCC) constituent des approches thérapeutiques de plus en plus utilisées dans le traitement des troubles psychologiques. Issues de la psychologie expérimentale, ces thérapies utilisent des stratégies reposant sur des lois psychologiques. Elles s'appuient sur des échanges verbaux et, par conséquent, les entretiens répondent aux mêmes règles que les entretiens de psychologie clinique.

Cet ouvrage se propose de présenter l'entretien comportemental et l'entretien cognitif. Après avoir spécifié leurs caractéristiques générales, seront abordés les différents temps chronologiques de l'entretien tel qu'il se déroule en thérapie. Ainsi, à l'entretien clinique de prise de contact succède le temps de l'évaluation avec l'analyse fonctionnelle, avant que ne soit proposé un contrat thérapeutique construit avec le patient. Chacun de ces temps est développé. Dans la construction de son programme thérapeutique, le thérapeute fait intervenir différentes stratégies et techniques dont nous préciserons la pertinence et les limites.

L'entretien connaît de nombreux aménagements lorsqu'il s'agit d'enfants ou lorsque la pathologie justifie une prise en charge en groupe, de nombreux exemples vous seront proposés.

Comme toute psychothérapie, les thérapies comportementales et cognitives font l'objet de nombreuses évaluations, soit d'efficacité, afin d'évaluer les changements cliniques et psychologiques apportés par cette démarche, soit comparatives avec d'autres thérapies, soit encore explicatives pour mieux comprendre leur fonctionnement.

L'efficacité des thérapies comportementales et cognitives à court et à long terme a été largement démontrée par de très nombreuses publications scientifiques dont la synthèse a été publiée dans le rapport INSERM concernant l'évaluation des psychothérapies (Rapport INSERM, 2007).

Ainsi, la TCC attire l'attention en tant que thérapie brève et efficace. Buttler et coll. en 2006 font la synthèse des seize méta-analyses publiées sur l'évaluation de la TCC dans différentes souffrances psychiatriques et montrent leurs effets largement favorables. Nous aborderons ces différentes études qui permettent de mieux définir les indications et d'optimiser l'efficacité thérapeutique.

Cette cinquième édition, entièrement mise à jour, est notamment enrichie par la description des dernières avancées en thérapies comportementales et cognitives, souvent appelée « troisième génération ou troisième vague des TCC ».

Leçon 1

Des bases théoriques successives et complémentaires

2

Objectifs

- ☐ Mieux comprendre et expliquer la TCC
- ☐ Décrire « les trois vagues » en TCC sous les angles théorique et historique
- ☐ Transmettre un savoir théorique utile pour les différents moments de l'entretien

SOMMAIRE

| | |
|---|---|
| Les principaux travaux précurseurs de la thérapie : le conditionnement (première vague)..... | 4 |
| Le conditionnement et les renforcements..... | 6 |
| Les théories du conditionnement intègrent le cognitivisme (deuxième vague)..... | 8 |
| L'apport de la composante émotionnelle (troisième vague)..... | 9 |

*« Il n'y a point de formule qui dessine l'homme une fois pour toutes
et qui permette enfin de deviner au lieu d'observer. »
Alain*

LES PRINCIPAUX TRAVAUX PRÉCURSEURS DE LA THÉRAPIE : LE CONDITIONNEMENT (PREMIÈRE VAGUE)

L'approche comportementale précède, historiquement, l'approche cognitive. Les premières thérapies comportementales pratiquées chez l'être humain remontent aux années 1940 tandis que les premières thérapies cognitives apparaissent autour des années 1970. Avant que naissent les premières thérapies comportementales, tout un mouvement psychologique dit « behavioriste » pratique des protocoles expérimentaux de modifications du comportement, tout d'abord chez des espèces animales, puis chez l'humain. Ainsi est-il traditionnel de reconnaître la source de ces thérapies à la fin du XIX^e siècle dans les travaux du physiologiste russe Pavlov (1927), lequel travaille sur les sécrétions digestives. Pavlov décrit la célèbre « réaction conditionnelle de salivation » chez un chien. Le protocole consiste à présenter à un chien de la nourriture (stimulus inconditionnel), en associant celle-ci à l'émission d'un son (stimulus conditionnel). La répétition des associations aboutit à ce que la seule émission du son, sans présentation de nourriture, crée la réaction conditionnelle de salivation telle qu'elle existe lors de la présentation de la nourriture. Si la présentation du stimulus son n'est pas renforcée par une nouvelle association avec le stimulus inconditionnel (nourriture), alors la réaction conditionnelle de salivation au seul son disparaîtra progressivement. C'est le phénomène dit d'extinction. Dans ce cadre, il existe une inhibition interne du conditionnement si une liaison n'est pas renforcée régulièrement. Alors le stimulus conditionnel perd son statut et redevient stimulation neutre. Pavlov a poursuivi ses études sur un petit nombre de sujets expérimentaux qu'il étudiait sur un long terme, et l'on doit au physiologiste d'avoir insisté sur les différences typologiques entre individus, lesquelles peuvent expliquer qu'à milieu externe égal, et histoire comportementale similaire, il est possible d'observer des réponses différentes d'un organisme à un autre.

Ce schéma expérimental pavlovien du principe d'acquisition d'un comportement repose sur l'association des stimuli et implique que les liaisons formées sont temporaires. Les réponses sont sous la dépendance d'une stimulation qui précède la réponse. Par exemple, Connolly et Straton (1969) ont appliqué à des nouveau-nés une pression sur la paume des mains qui détermine naturellement l'ouverture de la bouche (réflexe dit de Babkin). Cette stimulation fut ensuite couplée à un bruit blanc pendant trois secondes. Après quelque temps, les

nouveau-nés furent capables d'ouvrir la bouche sur présentation du seul stimulus sonore, démontrant ainsi leur capacité à apprendre par conditionnement.

Cependant, dans certains cas, les liaisons entre stimulus et réponse persistent et apparaissent dans de nouvelles conditions qui n'ont plus rien à voir avec celles à l'origine de leur établissement. Ce phénomène de généralisation existe aussi bien dans l'acquisition que dans l'extinction d'un comportement. Cette loi d'apprentissage décrite par Pavlov s'appelle le conditionnement de type I ou conditionnement classique.

Plus tard, les behavioristes poursuivent leurs travaux avec l'analyse des conséquences d'un comportement, suscitant ainsi un nouveau développement dans les sciences humaines. Watson publie en 1913 son manifeste behavioriste *Psychology as the Behaviorist Views It?* Il considère que la science de la psychologie peut être basée sur des faits observables. À cette époque, bien d'autres auteurs non behavioristes estiment aussi que le comportement doit faire l'objet de l'étude en psychologie. Tous rejettent l'introspection comme méthode scientifique et privilégient une méthodologie expérimentale (Fontaine, 1978). Pour Watson, le comportement humain s'élabore au travers d'apprentissages successifs. Selon lui, toutes les réactions émotionnelles se réduiraient à quelques catégories innées de réaction aux stimuli externes. Par exemple, la colère est la réponse à un stimulus de contrainte empêchant l'enfant de se mouvoir et l'amour, la réponse aux stimuli de caresses ou de bercement. Des associations entre stimulus (S) et réponses (R) acquises dans l'enfance servent de soubassements aux comportements complexes de l'adulte. Ces unités d'apprentissage simples S-R s'acquièrent sur le modèle du conditionnement pavlovien. L'expérience la plus connue (Watson et Rayner, 1920) est celle pratiquée avec un enfant (Albert). Ils créent expérimentalement chez cet enfant une phobie d'un rat blanc en associant la présence de l'animal, dont l'enfant n'a au départ aucune crainte, avec le son désagréable provoqué par deux barres métalliques frappées l'une contre l'autre. Après quelques associations apparaissent la peur du rat blanc puis une extension de cette peur à différents objets proches, tels qu'une fourrure blanche, des cheveux, etc. Par la suite, cette phobie subit la loi pavlovienne d'extinction progressive et la phobie disparaît. Le son est redevenu un stimulus neutre.

Il est compréhensible qu'une vision aussi mécaniciste et simpliste des comportements du sujet humain ait provoqué de vives réactions. À la différence de Watson, Guthrie (1938), autre behavioriste, considère que l'extinction survient non pas par un affaiblissement lié à la non-répétition du lien, mais plutôt par une inhibition obtenue par association avec d'autres comportements et donc au cours d'interférence avec un apprentissage nouveau. De son principe, Guthrie propose trois méthodes pour affaiblir des apprentissages : la méthode de tolérance consiste à exposer le sujet à un stimulus de faible intensité que l'on augmente progressivement en restant toujours en deçà de la réponse émotionnelle. Par exemple, un sujet qui présente une peur intense de l'avion écoute une musique moderne proche des sons émis par un avion. On lui fait alors écouter la même musique dans laquelle on a inclus,

à intervalles réguliers, de véritables enregistrements d'avion. Ainsi, le sujet associe la musique au son de l'avion et sa réaction émotionnelle de peur est affaiblie par interférence avec la musique agréable. D'autre part, il y a la méthode de flooding : celle-ci consiste à présenter au sujet le stimulus déclenchant la réponse émotionnelle jusqu'à épuisement de la réponse ; la présentation du stimulus est alors poursuivie jusqu'à l'apparition de nouvelles réponses à d'autres stimulations de l'environnement. Dans le même exemple, on fait écouter des enregistrements d'avions pendant une ou deux heures, jusqu'à ce que le sujet n'éprouve plus d'anxiété. En général, la fatigue remplace la peur tandis que le sujet peut constater et prendre conscience que les enregistrements ne provoquent plus de peur. Enfin, la méthode de contre-conditionnement ou de l'inhibition réciproque consiste à présenter le stimulus déclencheur de la réponse que l'on souhaite supprimer en présence d'autres stimuli, soit plus puissants, soit incompatibles (Wolpe, 1958). Ce principe de contre-conditionnement est à l'origine de plusieurs pratiques thérapeutiques utilisées couramment (désensibilisation systématique, exposition graduée) et que nous décrivons dans ce livre.

Des éléments supplémentaires sont apportés par Hull (1943) qui estime qu'entre le stimulus et la réponse il existe un organisme qui interfère avec l'un et avec l'autre. Il propose de substituer à la formule S-R la formule S- (stimulus) O- (organisme) R- (réponse). Dans l'organisme, il existe un grand nombre de variables intermédiaires qui interagissent, même si elles ne sont pas observables. Au minimum dans les cas les plus simples, elles comportent des états physiologiques. À l'autre extrême, il peut s'agir de notions psychiques, véritables constructions hypothétiques concernant des activités, des processus internes, mentaux, mais non nécessairement conscients et sans lesquels on ne comprendrait pas les comportements observés. Par exemple, dans l'étude de la mémoire, le sujet introduit une organisation remarquable, souvent à son insu, dans les données qu'il mémorise : une jeune fille écoute un cours d'histoire, elle enregistre les informations qu'elle reproduira ultérieurement, mais elle associe les informations à des lieux qu'elle a visités, faisant alors subir à ces informations un véritable traitement qui en facilite le stockage.

LE CONDITIONNEMENT ET LES RENFORCEMENTS

S'appuyant sur ses propres travaux, Skinner (1953) énonce une deuxième loi d'apprentissage des comportements dite loi de conditionnement de type II ou conditionnement opérant selon laquelle le sujet agit sur son milieu en opposition au conditionnement classique où le sujet répond à une situation qui implique une réaction physiologique.

Dans cette loi interviennent des renforcements. On appelle renforcement positif tout stimulus intervenant à la suite d'une réponse qui augmente la probabilité d'émission de cette réponse. En revanche, est appelé renforcement négatif tout stimulus qui peut être

évité ou interrompu par l'émission d'une réponse. Pour Skinner, le milieu environnant exerce surtout, sur un organisme opérant en action, un rôle de sélection des conduites. Skinner a été souvent critiqué en raison de son refus d'envisager la vie mentale comme un objet d'étude. S'il reconnaît l'existence des émotions et des pensées, il n'y trouve pas une explication causale suffisante et propose d'analyser, par exemple, une réaction agressive en étudiant les variables qui la contrôlent. Ainsi, pour Skinner, l'unité de base est-elle la réponse, elle-même sous le contrôle des contingences de l'environnement. La définition du comportement devient celle d'une action. Il distingue alors entre comportements privés et publics. Les premiers sont des actions telles que penser, imaginer, rêver, résoudre des problèmes. Si elles sont certainement les plus nombreuses, il n'est pas aisé de les observer. Prenons l'exemple d'un jeune étudiant attablé à une terrasse de café ; à la vue d'une très belle femme qui s'assoit seule à une table près de la sienne, il pense : « elle est magnifique, splendide, si seulement j'avais le courage de lui parler, si seulement j'arrivais à la faire rire ». Il s'agit d'un comportement privé, inaccessible à autrui. Quant aux comportements publics ou ouverts, ils sont observables et appréhendables par la méthodologie behavioriste. Dans le même exemple du jeune étudiant, nous pouvons l'observer, au bout de quelques minutes, sourire à la séduisante femme et lui dire : « il est agréable de prendre un peu de soleil ». Il s'agit d'un comportement observable, ouvert, qui traduit – pour être en rapport direct avec lui – le comportement privé que nous avons décrit précédemment.

Staats (1975) a développé le thème du behaviorisme social qui tente d'intégrer les divers apports des comportementalistes dans un but de compréhension du langage, de l'intelligence et de la personnalité. Ces notions sont conçues comme étant apprises selon les principes du conditionnement. Une fois établis, ils jouissent d'une certaine indépendance qui donne l'impression de déterminisme purement psychique, alors que plusieurs types d'apprentissage peuvent expliquer en partie leur développement. Par exemple, un enfant qu'on a stimulé à faire des puzzles se montre très doué lors de l'analyse de situations où la perception d'un détail s'avère un moment clé dans la résolution d'un problème. Il possède une intelligence analytique, qui décompose les éléments avec organisation et méthode.

À la même époque, Bandura énonce (1980) d'autres lois d'apprentissage – conditionnement par observation ou conditionnement par imitation ou modelage – qui interviennent dans l'apprentissage social. Pour cet auteur, l'explication du comportement humain doit être approchée en termes d'interaction permanente et réciproque entre les déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux. Cette théorie accorde un rôle central aux processus internes de contrôle et d'organisation du comportement : l'observation d'autres individus aux prises avec les mêmes choses ou les mêmes personnes procure une grande source d'apprentissage comportemental.

LES THÉORIES DU CONDITIONNEMENT INTÈGRENT LE COGNITIVISME (DEUXIÈME VAGUE)

Sur le plan thérapeutique, les premiers cognitivistes émergent vers les années 1960 avec Ellis (1958, 1962) puis Beck (1970). Ces auteurs intègrent une dimension mentaliste en s'intéressant aux variables intermédiaires intervenant entre Stimulus et Réponse. Ils refusent la notion d'inobservable et identifient des variables cognitives dites activités cognitives. De nombreux précurseurs d'Ellis et de Beck avaient identifié quelques variables cognitives. Ainsi, Tolman (1922) souligne l'importance des facteurs d'attente, d'orientation vers un but. La prise en compte de ces variables intermédiaires, de constructs hypothétiques, permet de préciser les pensées à la base de la prédiction relative au déroulement d'un comportement. D'autres théories médiationnistes dites du traitement de l'information, considèrent qu'entre le stimulus et la réponse il existe un élément actif. Ainsi S-O-R réagit-il à ce qu'il capte. La perception qu'en a le sujet devient le produit d'un traitement psychologique central. Différents processus interviennent dans ce traitement, tels que l'attention (qui sélectionne les informations) et les facteurs d'attente du sujet. Chaque individu sélectionne ses stimulations du monde extérieur en fonction d'une certaine attente, le résultat peut en être parfois une pensée et/ou un comportement dysfonctionnel(s). Un deuxième processus est l'encodage, puis le décodage. L'information captée subit un traitement symbolique et se stocke en mémoire.

8

De manière bien éloignée à ces études, Ellis et Beck proposent un modèle thérapeutique empirique né de l'observation clinique ; s'exposant ainsi à de nombreuses critiques. Pour ces auteurs, l'homme traite les différents stimuli au travers d'un filtre appelé schéma cognitif. Les traitements des informations sont opérés par des processus cognitifs et aboutissent ainsi à des cognitions (idées ou images fugaces traversant la conscience du sujet).

La thérapie se focalise sur les stratégies prédictives utilisées par la personne et donc sur les croyances associées à un événement vécu.

D'un point de vue clinique, la modification des activités cognitives opérées par la maladie entraîne des dysfonctionnements cognitifs, lesquels sont à l'origine d'une part de l'expression de comportements extrêmes et facilement observables et d'autre part de vécu émotionnel douloureux.

Les approches d'Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 ; Beck et Emery. 1985) et d'Albert Ellis (1999, 2001) sont aujourd'hui certainement les plus répandues dans le domaine de la TCC et bénéficient d'un appui empirique majeur pour le traitement de différents troubles psychologiques (troubles de l'humeur, anxieux, psychotiques, alimentaires), (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). À l'intérieur de ces modèles, les variables cognitives jouent un rôle prépondérant, voire même causal, dans l'apparition et le maintien des troubles

psychologiques. Dans ces modèles, la restructuration cognitive est la méthode privilégiée pour parvenir à l'assouplissement des structures cognitives, et ce, principalement par le questionnement socratique de la part du thérapeute. Les interventions comportementales comme l'activation ont aussi comme objectif ultime le changement cognitif (Beck et coll., 1979).

Ce bref rappel des différents moments des théories et thérapies comportementales et cognitives montre que le mouvement behavioriste s'est développé dans l'immédiat après-guerre, tout en restant le fait d'un petit nombre de chercheurs. Quand ces théoriciens de l'apprentissage sont passés de l'analyse scientifique des comportements aux applications thérapeutiques, ils ont suscité l'intérêt des praticiens qui trouvaient des stratégies pour traiter des entités cliniques simples. Dans les années 1950 jusqu'en 1960, des publications diverses ont vu le jour dont certaines, de nature polémique, adoptèrent des positions trop extrêmes. À partir de 1965, les travaux de recherches se sont diversifiés et l'apport des théories cognitives a contribué à la formation de différents courants au sein de l'approche comportementale et cognitive, jusqu'à former aujourd'hui un ensemble d'écoles.

L'APPORT DE LA COMPOSANTE ÉMOTIONNELLE (TROISIÈME VAGUE)

Désormais, beaucoup de praticiens et chercheurs identifient trois grands mouvements appelés « vagues » ou « générations » dans l'évolution des approches comportementales et cognitives (TCC) : comportementale, cognitive et expérientielle. La troisième vague se définit sous l'impulsion de Hayes (1999, 2004) introduisant la composante émotionnelle comme constituant des phénomènes psychologiques et comportementaux dans la survenue de troubles psychopathologiques.

Les approches de la troisième vague se regroupent d'ailleurs aussi sous l'appellation « approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience ».

Ce concept de troisième vague génère diverses réactions (enthousiasme, curiosité) et suscite de nombreuses recherches cliniques en cours. De récents travaux en neuropsychologie amorcent la quatrième vague, au sein de laquelle les TCC intégreront l'activation de processus neuropsychologiques (Philippot, 2011).

Pour conclure cette présentation théorique Hofmann et Asmundson (2008) définissent la TCC comme « une famille d'interventions » plus ou moins rationaliste et empiriste. La TCC comprend divers modèles en expansion.

Il existe de nombreuses approches distinctes au sein de la TCC, y compris celles centrées sur le comportement, sur la cognition, sur la désensibilisation au stress, sur la résolution de problèmes, sur les schémas, sur l'acceptation et l'engagement.

Bien que chaque approche possède ses propres caractéristiques, toutes comportent deux éléments essentiels :

1. L'activité cognitive influe sur le comportement.
2. L'activité cognitive peut être contrôlée et modifiée (Dobson, 2013).

Ce même auteur conclut en soulignant que la TCC est une grande réussite en termes de prise en charge psychothérapeutique efficace et qu'elle le restera tant que les théoriciens, les chercheurs et les cliniciens continueront d'examiner et d'évaluer les données probantes, les modèles conceptuels et les voies de réflexion associées à ces approches. Ainsi, il n'est pas surprenant de voir émerger la « troisième vague » des TCC ou d'autres paradigmes. Le but ultime est le bien-être des patients et c'est en répondant au mieux à leur univers cognitif que nous faisons évoluer les théories et les pratiques de la TCC.

Nous envisagerons dans les leçons suivantes les différentes procédures d'entretien utilisées par les thérapeutes comportementaux et cognitifs.

En résumé

Les praticiens et chercheurs identifient trois grands mouvements appelés « vagues » ou « générations » dans l'évolution des approches comportementales et cognitives (TCC).

La première vague représente l'approche strictement comportementale prépondérante entre les années 1950 et 1980 ; la deuxième vague désigne la « révolution cognitive » forte entre les années 1970 et 1990 et qui poursuit actuellement son développement grâce à l'apport des neurosciences, alors que la troisième génération représente l'aboutissement de travaux menés dans des domaines de la psychologie clinique et expérimentale diversifiée (psychologie positive du bien-être). La majorité des approches de la troisième génération préconise un contextualisme dit « fonctionnel ». Alors que les approches de la deuxième vague visent essentiellement la mise à distance des pensées irrationnelles et des émotions désagréables, les approches de la troisième vague telles que la thérapie métacognitive de Wells (2000) de même que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (Segal, Teasdale & Williams, 2002, 2006) sont davantage issues d'un « contextualisme cognitif » et ne s'inscrivent pas dans la foulée de l'analyse clinique du comportement. Ainsi la troisième génération de techniques comportementales et cognitives favorise l'élargissement du répertoire comportemental de l'individu, c'est-à-dire une plus grande flexibilité ou un meilleur fonctionnement général. Elles ne cherchent pas à opérer des changements de premier ordre (par exemple une action directe sur le comportement). Elles adoptent plutôt des stratégies expérientielles (contextuelles) visant d'abord à changer la relation de l'individu à ses symptômes (changements de deuxième ordre) (Hayes, 2004a, 2004b). L'acceptation, la pleine conscience (mindfulness), l'activation et l'engagement envers les valeurs personnelles sont autant de moyens pour parvenir à ces changements.

Points forts à retenir

1. Les TCC sont nées sur des bases de la psychologie expérimentale.
2. Chaque mouvement (« les trois vagues ») théorique s'appuie sur le mouvement précédant et donne lieu à des démarches thérapeutiques plus holistiques.
3. Les indications de TCC s'amplifient au fur et à mesure des développements théoriques.
4. Il n'existe pas une démarche thérapeutique mais différentes stratégies thérapeutiques.

Leçon 2

Quels sont les ingrédients d'un entretien en TCC ?

12

Objectifs

- ☐ Transmettre un savoir pratique sur l'entretien en TCC
- ☐ Construire une alliance thérapeutique avec le patient fondée sur la pédagogie
- ☐ Encourager l'interactivité (questions ouvertes, reformulations, renforcements positifs)

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| L'entretien clinique à visée diagnostique | 14 |
| Caractéristiques générales des entretiens en TCC | 15 |
| Les techniques d'entretiens spécifiques | 19 |
| L'entretien comportemental | 19 |
| L'entretien cognitif | 21 |
| Déroulement dans le temps | 24 |
| L'étape diagnostic clinique | 24 |
| Diagnostiques standardisés | 24 |
| Autres entretiens diagnostics | 25 |
| À ce stade on peut déjà évaluer par des mesures objectives | 26 |

« Le thérapeute est un guérisseur sympathique,
et non moralisateur qui manifeste envers son client beaucoup d'intérêt,
de chaleur et de compréhension. »
Garfiels, 1980

COMME L'HISTORIQUE a voulu le retracer, ces approches thérapeutiques sont issues de la psychologie expérimentale. Elles utilisent une méthode structurée d'organisation des entretiens cliniques et une démarche évaluative qui fournit des données quantifiées.

Nous décrivons les différents ingrédients psychologiques, émotionnels, relationnels intégrés dans chaque intervention thérapeutique. Mais avant nous feront un bref rappel de l'entretien clinique à visée diagnostique selon les principales classifications de troubles psychologiques : DSM et ICD.

L'ENTRETIEN CLINIQUE À VISÉE DIAGNOSTIQUE

L'entretien clinique est une situation de communication particulière entre un clinicien et un patient, en ce sens qu'elle s'établit sur un mode inhabituel. Ce mode de communication dépendra de la théorie (non-directivité, psychanalyse, etc.) choisie par le professionnel, du praticien lui-même, et du patient. En TCC le premier entretien est un entretien clinique classique dont le style sera plutôt circonstancié et narratif. L'objectif de cet entretien est une prise de contact avec le patient. Il permet d'établir un diagnostic symptomatologique et de faire préciser la souffrance du patient et ce qu'il attend de l'entrevue. Lors du premier entretien, l'attitude du thérapeute tend à mettre le consultant en confiance et à favoriser l'échange. Il s'agit d'une *interaction, essentiellement verbale*, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé (plus ou moins formellement). C'est notamment cette caractéristique qui différencie l'entretien d'une discussion banale ou d'un échange à bâtons rompus. Par exemple le clinicien face à une personne qui consulte pour se faire aider dans un contexte de crises de boulimie quotidiennes va orienter l'entretien et les questions en fonction de ses connaissances sur la boulimie. Il cherche à caractériser la boulimie et à la différencier des autres comportements alimentaires (hyperphagie, grignotage, fringale...) Il établit un diagnostic clinique de boulimie selon les critères des classifications médicales internationales (DSM et/ou ICD). Le style du thérapeute est essentiellement imprégné de questions fermées centrées sur les critères diagnostics et l'histoire de la maladie.

Les listes de critères diagnostics des troubles psychologiques ont été élaborées dans ce but.

Les références nosologiques les plus utilisées sont les critères du manuel diagnostique américain des troubles mentaux DSM-V (2015) et ceux de la classification de l'organisation mondiale de la santé, la CIM 10.