

**Cyrille Bouvet**

**Manuel pratique  
de thérapies  
comportementales,  
cognitives  
et émotionnelles**

**Stratégies et techniques**

**DUNOD**

**NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :**



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

# Table des matières

<i>Introduction</i> .....	5
---------------------------	---

## *Partie 1*

### *Philosophie du soin et compréhension du cas clinique*

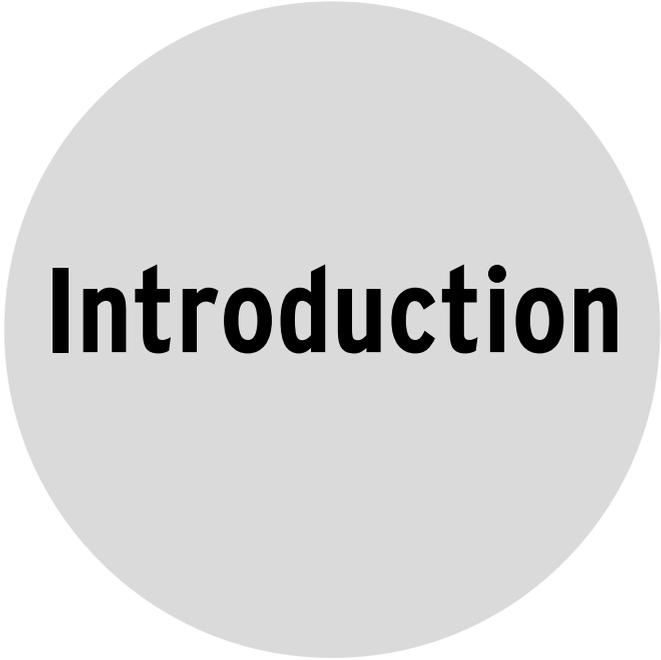
<b>CHAPITRE 1 – PHILOSOPHIE DES TCC, ÉTHIQUE DU CARE ET RÉTABLISSEMENT</b> .....	13
1. « Faire » des TCC.....	15
2. Qu'est-ce que l'éthique du <i>care</i> peut apporter aux TCC?.....	17
3. Qu'est-ce que le rétablissement peut apporter aux TCC?.....	22
Conclusion.....	27
<b>CHAPITRE 2 – COMPRENDRE LE PROBLÈME AVANT DE LE TRAITER !</b> .....	29
1. Le recueil d'informations.....	31
2. Conceptualisation du cas (ou théorie globale, analyse fonctionnelle diachronique, compréhension du cas...): l'approche macro.....	36
3. L'analyse fonctionnelle d'un problème (l'approche micro).....	43
Conclusion.....	52
<b>CHAPITRE 3 – DIFFÉRENCIER LES STRATÉGIES ET LES TECHNIQUES TCC</b> .....	53
1. La stratégie thérapeutique.....	56
2. Les techniques.....	57

## *Partie 2*

### *Stratégies et techniques en TCC*

<b>CHAPITRE 4 – LES TECHNIQUES COGNITIVES</b> .....	65
1. La motivation.....	67
2. Travailler les pensées automatiques dysfonctionnelles.....	72
3. Les techniques pour modifier les pensées dysfonctionnelles, la restructuration cognitive.....	81
4. Et quand ce qui est angoissant, c'est la simple possibilité que le scénario catastrophe se produise?.....	99
5. Quand les cognitions sur l'angoisse justifient et/ou accentuent l'angoisse.....	103
6. Les techniques pour réduire l'adhésion aux pensées automatiques dysfonctionnelles (et aux pensées en général).....	106

7. Soulager l'angoisse déclenchée par des scénarios imaginaires : l'exposition aux scénarios.....	115
8. Culpabilité inadaptée: le camembert des responsabilités.....	123
9. Comment travailler les ruminations?.....	128
10. Faire émerger des pensées positives.....	134
11. Estime de soi inadaptée (le travail sur l'estime de soi).....	142
12. Traiter les cauchemars.....	157
13. Schémas cognitifs inadaptés.....	159
14. Revenir sur le passé en TCC: la frise chronologique.....	171
15. Affirmer des phrases aidantes: la suggestion.....	177
<b>CHAPITRE 5 – LES TECHNIQUES COMPORTEMENTALES</b> .....	183
1. Mettre en œuvre les techniques d'exposition.....	185
2. La réactivation comportementale.....	221
3. La résolution de problème.....	229
4. Développer les habilités sociales/affirmation de soi.....	241
<b>CHAPITRE 6 – LES TECHNIQUES ÉMOTIONNELLES</b> .....	261
1. Les techniques émotionnelles.....	263
2. Psychoéducation des émotions.....	264
3. Exercices et techniques de gestion des émotions douloureuses.....	266
<b>CHAPITRE 7 – CONCLURE UNE TCC</b> .....	295
1. Prévention de la rechute.....	297
2. Et après?.....	302
<i>Conclusion</i> .....	303
<i>Bibliographie</i> .....	307
<i>Index des notions</i> .....	309



# **Introduction**



Se former aux thérapies comportementales et cognitives et les pratiquer peut sembler simple au premier abord : à chaque trouble psychique DSM-5 correspondrait une stratégie thérapeutique spécifique consistant dans l'application de techniques manuélistées, l'ensemble ayant fait la preuve scientifique de son efficacité. Il suffirait donc de connaître les diagnostics, les stratégies et les techniques pour mener correctement une stratégie TCC efficace. Mais entre la théorie et la pratique il y a un monde complexe : celui de la vie psychique du patient. Premier degré de complexité, les patients présentent le plus souvent plusieurs troubles, et non un seul, qui s'entremêlent de diverses façons. De plus, ces troubles prennent place dans le contexte psychique de la personnalité du patient, ses croyances, ses valeurs, ses désirs... qu'il est indispensable de prendre en compte pour appliquer les TCC : il n'y a pas deux patients identiques, même s'ils partagent le même diagnostic. De plus, tous ces éléments s'inscrivent dans l'environnement affectif, social, professionnel du patient... qui interagit continuellement avec lui et donc avec la thérapie. Enfin, si les résultats scientifiques abondent dans le sens de l'efficacité thérapeutique des TCC, d'autres résultats aussi solides montrent que le facteur principal de l'efficacité en psychothérapie, c'est l'alliance thérapeutique et ses diverses dimensions. Le thérapeute, fut-il TCC, doit donc favoriser l'alliance thérapeutique pour appliquer au mieux les TCC. Et pour cela, il doit être à l'écoute des besoins du patient, de ses demandes, de ses défenses... qui ne sont pas toujours en phase avec la logique programmatique TCC. Le thérapeute TCC doit donc s'adapter et faire preuve de rigueur dans l'application des TCC et de souplesse dans sa relation avec chaque patient. Pas toujours simple... Ainsi le TCCiste doit être très à l'aise avec les stratégies et les techniques reconnues efficaces non seulement pour les appliquer dans leur version classique, mais aussi pour les adapter à chaque patient.

L'organisation de ce livre se fait par techniques et non par troubles. L'entrée par technique permet de mettre l'accent sur les processus psychologiques sous-jacents aux troubles dont la technique vise le changement. Ces processus peuvent être cognitifs, de conditionnement, émotionnel, intersubjectifs... Le thérapeute est d'abord attentif à en repérer les effets délétères dans la conceptualisation du cas et dans l'analyse fonctionnelle. Puis il observera leur évolution tout au long de la thérapie. Car, dans toute thérapie cognitivo-comportementale, c'est au niveau processuel que le psychothérapeute intervient. De plus, ces processus peuvent être actifs dans plusieurs troubles (l'évitement peut se manifester dans tous les troubles, les croyances

dysfonctionnelles aussi, de même que les conditionnements pathogènes ou le manque de flexibilité psychologique...), ils sont donc transdiagnostics<sup>1</sup>.

Les techniques, comme les processus, sont donc transdiagnostics. Ce livre prend directement en compte cette logique processuelle et transdiagnostique tout en restant clairement dans les trois vagues des TCC, dont chacune a tout son intérêt en psychothérapie.

Ce livre émane directement de ma pratique TCC, puisant dans les trois vagues TCC, en m'efforçant de suivre les résultats de la littérature scientifique (je suis aussi chercheur universitaire) tout en m'adaptant à chacun de mes patients, quitte parfois à sortir des TCC, quand elles n'apparaissent plus pertinentes pour une période et/ou un patient donnés. Ce livre s'inspire aussi de ma pratique de formateur auprès de psychologues et de psychiatres se formant aux TCC, de mon expérience d'enseignant universitaire avec des étudiants en psychologie clinique TCC, et, aussi, de ma pratique de superviseur TCC auprès de collègues psychothérapeutes.

Ce livre a donc pour objectif d'apporter des repères pratiques concrets pour exercer les TCC. Mais la technique ne suffit pas. C'est pourquoi j'ai choisi de commencer ce livre par des considérations philosophiques sur le sens des TCC et des psychothérapies en m'appuyant sur un cadre philosophique qu'est l'éthique du care ou sur des principes comme ceux du rétablissement. Tous deux donnent du sens à la pratique d'aide ainsi qu'une éthique, au-delà des principes des codes de déontologie que les professionnels connaissent.

Le chapitre suivant porte sur l'exploration du ou des problèmes du patient et reprend en particulier les notions et techniques de conceptualisation du cas et d'analyse fonctionnelle, sur lesquelles règne parfois de la confusion. Puis s'ensuivent des précisions sur la démarche TCC en général, permettant de bien différencier stratégie et technique TCC. Les parties suivantes présentent dans l'ordre : les techniques cognitives, comportementales puis émotionnelles. La dernière partie explique comment arrêter la thérapie et propose une stratégie de prévention de la rechute.

---

1. Monestès, J.L. & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Paris : Dunod.

Ce livre a donc pour objectif de présenter de façon très concrète et pratique les principales techniques cognitives, comportementales et émotionnelles (les trois vagues). Pour chaque technique sont précisés : les troubles et les difficultés pour lesquels elles peuvent être pertinentes, les processus psychiques dont elles visent le changement (car la psychothérapie vise les processus générant les symptômes et non les symptômes eux-mêmes), le déroulé très concret et précis de l'application de la technique dans sa forme la plus habituelle mais aussi dans des variantes possibles, avec des exemples et des verbatim (ce que dit le thérapeute) utilisables en psychothérapie.

### **Exemple de verbatim pour commencer : présenter les TCC à un patient en début de thérapie**

« Les TCC ce sont des psychothérapies, c'est-à-dire des thérapies qui utilisent des moyens psychologiques pour soigner des difficultés psychologiques. Les TCC sont une approche psychothérapeutique parmi d'autres. Elles sont particulières pour plusieurs raisons :

- Beaucoup d'études scientifiques montrent qu'elles sont efficaces pour soigner de nombreux troubles. Efficace ? Ça veut dire qu'elles permettent souvent d'améliorer la situation, parfois c'est une amélioration modérée, parfois importante, ça dépend des situations.
- C'est une thérapie centrée sur les problèmes, c'est-à-dire que l'on détermine ensemble, dans les premiers entretiens, ce qui vous pose problème et l'objectif est alors d'améliorer ce ou ces problèmes.
- Dans les TCC, on dit que la relation entre le thérapeute et le patient est une relation de collaboration. Ça veut dire que nous travaillons ensemble

pour vous aider. Le thérapeute, moi, est actif (comme vous le voyez, je parle, nous échangeons). Il est important que vous le soyez aussi et que vous me disiez si ce que l'on fait vous aide ou non. Il faudra m'aider à vous aider.

- Ce sont des thérapies actives, c'est-à-dire que l'on ne fait pas que parler ensemble, mais nous utilisons aussi toutes sortes de techniques. On les fait pendant les séances, mais après chaque séance vous aurez aussi des exercices à faire. Rassurez-vous, rien n'est obligatoire. Je vous propose des techniques à faire, je vous explique pourquoi. S'il y en a que vous ne sentez pas, vous me le dites, on discute et si vous ne voulez pas le faire, pas de problème, on utilisera d'autres techniques. Bien sûr, plus vous ferez les techniques entre les séances plus la thérapie avancera vite. Sinon, nous serons obligés de les faire pendant les séances, ça prend plus de temps et pour certaines ce sera moins efficace.



Enfin, ce sont des thérapies expérimentielles, ça veut dire que l'on va essayer des choses (des techniques, des façons de faire différentes...) et on va voir ensemble les effets que ça fait pour vous. Si c'est positif, on

continue, sinon, on essaye d'autres techniques.

- Avez-vous des questions sur les TCC? Qu'en pensez-vous? Est-ce que cela correspond à vos attentes? On commence?»

Je vous souhaite une bonne lecture et j'espère que ce livre vous aidera à gagner en technicité et, surtout, en flexibilité dans le cadre de vos suivis TCC.

# **Partie 1**

**Philosophie du soin  
et compréhension  
du cas clinique**



# Chapitre 1

Philosophie des TCC,  
éthique du *care*  
et rétablissement



# Sommaire

1. « Faire » des TCC .....	15
2. Qu'est-ce que l'éthique du <i>care</i> peut apporter aux TCC? .....	17
3. Qu'est-ce que le rétablissement peut apporter aux TCC? .....	22
Conclusion.....	27

## 1. « Faire » des TCC

Les TCC sont une pratique avant tout : on « fait » des TCC. Cette pratique prend appui sur diverses théories bien identifiées, comme les théories de l'apprentissage, les théories cognitives, ou encore celles de la régulation émotionnelle... Les TCC reposent aussi sur des principes : ce sont, pour l'essentiel, ceux de la science qui consistent dans la démarche hypothético-déductive. Mais une approche psychothérapeutique quelle qu'elle soit peut-elle se passer de penser sa pratique, son sens, ses valeurs ? Peut-elle occulter la philosophie de la relation de soin, et donc l'éthique de son action ?

Dans leur histoire, les TCC et le comportementalisme avant elles, ont connu de mauvais choix, comme le cas célèbre du petit Albert, chez lequel Watson a créé expérimentalement un trouble mental (une phobie). Les théories étaient justes, l'expérimentation correcte, la démarche hypothético-déductive bien suivie, le résultat sans doute probant, mais pour autant, cette approche anti-thérapeutique était-elle correcte ? Non, d'évidence. Elle pêchait par un défaut d'éthique, lui-même rendu possible par une absence de réflexion sur l'éthique de la relation entre l'expérimentateur et ce jeune participant et sa mère. On peut trouver un autre exemple dans le livre de Pierre Naville qui a introduit le comportementalisme en France en 1942 (*La Psychologie science du comportement*, Gallimard), qui après une présentation théoriquement et pratiquement correcte du comportementalisme, suggère, sur ces bases, de créer des camps de rééducation pour les asociaux dans lesquels ils pourraient finir leur vie pour le bien de la société, ce qui, en 1942, n'est pas sans faire frémir.

Il s'agit là du comportementalisme des origines, le comportementaliste préthérapeutique. Les TCC, par la suite, ont commencé à utiliser à des fins thérapeutiques ces théories pendant la période d'après-guerre (années 1950), alors que les questions d'éthique de la recherche (code de Nuremberg) et de la pratique psychothérapeutique (code de déontologie des psychologues, 1958) ont pris racine pour se déployer les décennies suivantes. De ce fait et depuis, les praticiens TCC et les psychothérapeutes en général se doivent d'inscrire leurs pratiques dans le respect des exigences légales, éthiques et déontologiques qui encadrent ces professions, ce qui limite les abus et l'irrespect des personnes et de leur vie psychique.

Si l'éthique et la déontologie donnent un cadre protecteur pour les patients (pour la société et les psychothérapeutes) et garantissent *a minima* des pratiques professionnelles non nuisibles, ce cadre ne donne pas un sens profond, une signification, disons, « morale » au travail psychothérapeutique. Ni la pratique, ni les théories, ni les principes scientifiques, ni même vraiment les codes de déontologie, ne donnent une philosophie du soin à partir de laquelle les praticiens et les patients peuvent penser le travail psychothérapeutique. Le penser pour lui donner sens et le comprendre, pour l'orienter et le mettre en perspective.

Relier les TCC à la philosophie n'est pas nouveau : par exemple, Michaël Pichat *et al.* (2014)<sup>1</sup> ont montré les liens entre le stoïcisme et les thérapies cognitives : ils explicitent comment la philosophie stoïcienne érige en sagesse et en morale le fait de percevoir correctement le monde tel qu'il est et non tel qu'il nous apparaît déformé en raison de la folie qui habite la plupart des hommes. Tendre vers la sagesse serait donc lutter contre les opérations de l'esprit qui déforment le monde qui apparaît à notre conscience. On voit clairement le lien avec les théories des thérapies cognitives : les interprétations dysfonctionnelles que les patients ont du monde les font souffrir, la thérapie consiste donc à réduire les biais cognitifs d'interprétation, afin que le patient ait une vision réaliste et constructive du monde qui l'entoure et cela réduira ses souffrances et ses comportements inadaptés. Dans les deux cas, philosophie et thérapie, l'objectif est de libérer le patient de ses représentations déformées et inadaptées du monde, pour que, fort de sa clairvoyance (re)trouvée, il puisse s'engager dans le monde plus librement.

Ce rapprochement entre les thérapies cognitives et le stoïcisme de la Grèce antique donne du relief aux approches cognitives et montre, que, finalement, les principes des thérapies cognitives étaient dans leurs grandes lignes déjà connus il y a 2 300 ans. La science et la clinique ont permis d'en structurer et d'en systématiser l'application pour son usage thérapeutique. Mais cela nous questionne aussi. Si les liens sont évidents entre les approches cognitives et la façon dont le stoïcisme conçoit la compréhension du monde par l'être humain, ce dernier ne se réduit pas à cela. Il donne un sens à la vie humaine qui devrait tendre vers la sagesse, c'est-à-dire vers la vertu, le bien et les passions droites.

1. Pichat, M., Ray, A. & Castillo, M. (2014). Le stoïcisme comme précurseur épistémologique de la thérapie cognitive. *PSN*, 12, 65-76. <https://doi-org.faraway.parisnanterre.fr/10.3917/psn.122.0065>.

Plus concrètement, le stoïcisme défend l'idée que l'être humain devrait vivre selon des choix conformes à la raison universelle, naturelle pour atteindre la sagesse, l'harmonie et la tranquillité de l'âme<sup>1</sup>. C'est ce que vise le stoïcisme.

Que visent les TCC ? Peuvent-elles se contenter de viser l'élimination des symptômes ? La résolution des problèmes ? Autant d'objectifs légitimes, mais sont-ils toujours suffisants pour répondre à la soif de sens de l'être humain, patients comme thérapeutes ? Sans doute pas, et d'ailleurs la troisième vague des TCC (*mindfulness*, ACT...) est là pour ramener la question du sens de la vie et des valeurs au cœur du processus thérapeutique.

Les patients déprimés qui perdent le sens de la vie ; ceux dont l'angoisse aliénante bouscule leur engagement vital ; ceux qui, dissociés ou délirants, voient leur rapport au réel se déliter ; ceux dont la souffrance et les multiples atteintes psychologiques ou somatiques fragilisent l'identité ; ceux dont l'amour qui les tenait debout s'en va au loin les laissant désemparés ; ceux qui sont confrontés à la mort ; ceux dont les valeurs ont explosé avec la bombe qui a fait sauter le bus où ils se trouvaient, ou dont le viol par le père a démolé le sens de leur vie ; pour tous ceux-là, au-delà du traitement nécessaire des problèmes et des symptômes, quelles sont les réponses des TCC ? Quel sens le thérapeute peut-il alors donner à son travail ?

Deux approches récentes peuvent apporter des bribes de sens à la pratique et à la finalité profonde de ce travail thérapeutique : l'éthique du *care* d'une part et le mouvement du rétablissement d'autre part.

## 2. Qu'est-ce que l'éthique du *care* peut apporter aux TCC ?

La présentation qui suit de l'éthique du *care* est succincte et n'a d'autres objectifs que d'éclairer la pratique TCC. Les lecteurs qui souhaitent mieux connaître cette éthique liront avec profit les ouvrages de Carol Gilligan (2008), Joan Tronto (2009), ou Fabienne Brugère (2011)<sup>2</sup>.

1. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sto%C3%AFcisme>

2. Brugère, F. (2021). *L'éthique du « care »*. Paris : Presses Universitaires de France. Gilligan, C. (2008). *Une voix différente*. Paris : Flammarion. Tronto, J.C. (2009). *Un monde vulnérable*. Paris : La Découverte.

Née il y a une quarantaine d'années aux États-Unis à partir d'études de psychologie morale, l'éthique du *care* théorise les activités du *care*, c'est-à-dire les activités du prendre-soin, dont font partie les psychothérapies.



### À retenir

Le *care* est une « activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie » (Tronto, 2009).

La philosophie du *care* met en avant l'importance du prendre-soin dans les relations humaines, prendre soin de soi, des autres, des personnes plus vulnérables, mais aussi prendre soin du monde, de la société, de notre environnement naturel et humain. Le *care* va donc bien au-delà de la relation de soin et pose des questions sociales et politiques importantes : le prendre-soin peut-il participer, par ses valeurs et ses actions, à un projet social et politique fondé sur la sollicitude et l'engagement à « réparer le monde » plutôt que de viser le profit, le confort matériel et l'exploitation des richesses naturelles et humaines ? Mettre le *care* au cœur des politiques ? En ces temps d'épidémie, de réchauffement climatique et de guerre, la question n'est pas insensée.

Le *care* existe largement, il est inhérent à la condition sociale humaine et il suffit de mesurer la charge que représentent ces activités pour la société, l'économie, les entreprises, les proches, pour s'en convaincre, mais il est invisibilisé, non reconnu (ou si peu), non valorisé et très féminisé. Politiser le *care* le poserait comme valeur et moteur de nos sociétés.

Faire des TCC, prendre soin de nos patients, revendiquer des moyens et des conditions dignes pour accomplir ce travail, demander des signes d'une reconnaissance sociale pour cette action, est-ce politique ? Oui, bien sûr, car c'est poser un choix d'action dans le monde qui indique des valeurs pensées par l'éthique du *care*.

L'éthique du *care* est un « prendre-soin » ancré dans la pratique qui n'est pas une application rigide de règles communes (qui s'apparenterait à la morale). L'éthique du *care* prend en compte le contexte particulier et

spécifique des situations sur lesquelles il porte, il demande donc adaptation et flexibilité. Il y a là un point intéressant pour les TCC, une question qui traverse régulièrement les thérapeutes : doivent-ils appliquer de façon fixe les protocoles thérapeutiques qui ont fait la preuve scientifique de leur efficacité thérapeutique ou peuvent-ils prendre des libertés avec ces protocoles pour s'adapter aux situations si diverses qu'ils rencontrent ? Le *care* nous répond : les deux. Car l'éthique impose de prendre en compte la situation concrète qui se présente à nous et non pas la situation théorique envisagée par les manuels et les protocoles scientifiques. Mais l'éthique impose aussi au thérapeute d'être professionnel et compétent (la compassion et la bonne volonté ne suffisent pas), donc d'être solidement formé. L'action du prendre-soin doit être efficace. Et, en TCC, cette efficacité est garantie par le test scientifique des protocoles thérapeutiques. Pour autant, l'application rigide de ces derniers nuit probablement à l'efficacité thérapeutique, car cette rigidité heurte l'alliance thérapeutique qui repose sur la prise en compte de la situation concrète et des besoins de ce patient-là, que j'aide et qui est devant moi. Le thérapeute TCC ne peut faire l'économie de cette tension entre le protocole commun démontré efficace et la situation spécifique concrète qu'il doit traiter. Ou plutôt, s'il en faisait l'économie, ce serait soit en appliquant systématiquement les protocoles communs au détriment de l'individualité de chacune des personnes qu'il aide, soit en lâchant l'exigence scientifique comme garant de son efficacité pour suivre cette personne dans les aléas de sa demande d'aide, dans une logique compassionnelle de soutien, à l'efficacité réduite. Faire des TCC, c'est donc concilier l'exigence scientifique (savoir commun) et la prise en compte de l'individualité des situations (savoir local). Le thérapeute efficace se trouve donc dans un équilibre parfois instable, inhérent à sa fonction et à son éthique. Il applique « sur mesure », au cas individuel, ce que la science lui dit être efficace *en général* dans ces cas-là.

Le *care* implique quatre phases qui interpellent les TCC à différents niveaux (Tronto, 2009) :

1. Se soucier de (*caring about*) c'est-à-dire dans le même mouvement, de ressentir le besoin de l'autre par identification ou empathie, mais aussi de l'évaluer professionnellement pour

pouvoir y répondre avec efficacité. En TCC, cela impose au thérapeute, en plus des compétences techniques d'évaluation, une attitude ouverte et sensible vers le patient mais ouverte aussi vers lui-même. Car la vulnérabilité du patient est de la même substance que la vulnérabilité humaine universelle.





et donc de celle du thérapeute. C'est pourquoi, par des processus de résonance et de miroir, le thérapeute peut s'identifier, ressentir, la vulnérabilité du patient qui fait écho à la sienne propre. Étant entendu, qu'au moment de cette rencontre, pour assumer son rôle d'aidant, la vulnérabilité du thérapeute est moins vive, moins active, que celle du patient. Elle n'en reste pas moins la même, au fond. Dans cette approche, le thérapeute TCC ne saurait se réduire à un technicien de la psyché : son humanité, sa vulnérabilité, sa sensibilité et sa personnalité sont engagées dans la relation thérapeutique. En un sens, elles en sont le moteur, l'aiguillon et ne sauraient être négligées.

2. Une fois le besoin pris en compte et évalué, le prendre en charge (*taking care of*) implique d'assumer une responsabilité en prenant en charge un patient. C'est-à-dire de garantir que des moyens efficaces sont mis en œuvre pour atteindre le but, et qu'ils le sont autant de temps que nécessaire. Le thérapeute, en s'engageant dans un suivi, s'engage moralement à assumer personnellement et professionnellement la responsabilité de son bon déroulement. Il ne s'engage pas à la légère.
3. Cet engagement moral est suivi par le prendre soin (*care giving*), donc la relation thérapeutique elle-même. L'éthique du *care* affirme le professionnalisme du *care*. Traduit en TCC, cela implique que le suivi ne peut se réduire à une bonne relation compassionnelle

de soutien, mais qu'il doit être structuré et professionnalisé par ce qui fait la spécificité des TCC (théories, stratégies, techniques...).

4. Enfin, le receveur de soin (*care receiving*) est un élément fondamental de la relation de soin. Le *care* n'a de sens que s'il répond aux besoins du patient, et c'est ce dernier, par ses *feed-back*, ses réactions, qui indique (volontairement ou non), que le soin atteint ses objectifs. Aussi formé et compétent que soit le thérapeute, ses interventions, même parfaites en elles-mêmes, n'ont de sens que si le receveur de soin s'en trouve modifié dans un sens positif. Cela renvoie à la relation de collaboration qui prévaut théoriquement en TCC et cela en rappelle l'importance. Importance de solliciter régulièrement l'avis du patient, son ressenti, sur le déroulé de la thérapie, ses avancées ou ses reculs, son efficacité, la relation thérapeutique. Importance d'entendre ses critiques, ses hésitations, ses défenses, ses refus, non pas comme une gêne à la thérapie, mais comme participant à la dynamique thérapeutique. La thérapie TCC se fait fondamentalement à deux, patient et thérapeute, engagés vers un objectif commun. La pratique TCC ne peut se réduire à l'action d'un thérapeute expert sur un patient compliant à la logique TCC. On ne fait pas des TCC sur un patient. On est engagé, avec le patient, dans une relation thérapeutique inscrite dans la logique théorique et technique des approches TCC.

L'éthique du *care* rappelle l'importance de plusieurs principes déjà actifs dans les TCC : le professionnalisme, l'éthique de la responsabilité, la relation de collaboration, l'évaluation du besoin et l'exigence d'efficacité.

Mais elle va plus loin en recontextualisant la pratique TCC à plusieurs niveaux :

- **Au niveau politique** : être attentif à la souffrance de l'autre, l'aider, le prendre en compte dans sa vulnérabilité et respecter la légitimité de cette dernière est, dans nos sociétés de performance, de productivisme et de profit, un acte politique plein de sens. C'est la mise en œuvre de la revendication d'une société moins indifférente à la souffrance, d'une société plus inclusive et aidante, d'une société *vulnérable*. Ce n'est pas qu'une vue de l'esprit. Les psychothérapeutes, par leur fonction, luttent contre la stigmatisation sociale des troubles psychiques et l'isolement social des personnes en souffrance psychique. Et c'est une lutte, car cela va à contrecourant des valeurs dominantes de nos sociétés dont souffrent la plupart des patients (même s'ils les partagent aussi).
- **Au niveau de l'application thérapeutique** : l'éthique du *care* nous permet de mieux concilier l'exigence de professionnalisme et d'efficacité chère aux TCC avec la nécessité d'un engagement sensible du thérapeute dans une relation où se rencontrent deux expressions de la vulnérabilité humaine. La sensibilité du thérapeute à la souffrance et aux besoins de chacun de ses patients participe de l'alliance thérapeutique. Le thérapeute est concerné, personnellement, par les enjeux humains de chaque thérapie. Il n'est pas un technicien insensible. Sa sensibilité donne mouvement et direction à la thérapie (ce qui n'est pas sans rapprochement avec l'importance que la psychanalyse accorde à la relation thérapeutique et au contre-transfert du thérapeute).
- Par ailleurs, l'éthique du *care* nous rappelle que thérapeute et patient, comme tout être humain, sont pris dans de multiples réseaux de dépendance, dont la dépendance ponctuelle du patient au thérapeute n'est qu'une manifestation. La dépendance, l'interdépendance, est inhérente à la vie humaine. Le thérapeute est aussi dépendant (du patient pour son travail, de son médecin pour sa santé, de ses proches pour sa vie affective... etc.). Ce qui signifie que l'autonomie, parfois visée par les TCC, est fondamentalement une illusion, tout comme d'ailleurs l'individualité, comme l'ont montré les études de psychologie sociale ainsi que les théorisations systémiques (les TCC travaillent souvent à consolider ce mythe de l'individu autonome). Au mieux la thérapie va permettre un

réaménagement des dépendances du patient dans un sens plus vivable et satisfaisant que ses interdépendances antérieures.

Finalement, Le *care* doit offrir à l'autre les conditions d'éprouver sa dignité – le restituer à ce que Ricœur (1990)<sup>1</sup> appelle « l'estime de soi ».

N'est-ce pas ce à quoi devraient être attentifs les thérapeutes TCC, au-delà du traitement des problèmes et des symptômes cibles, créer les conditions, dans la pratique, au travers des techniques et des stratégies, et dans les objectifs thérapeutiques, pour que chaque patient recouvre le sentiment de sa dignité humaine, que les troubles psychiques ont souvent mis à mal ?

Cela nous permet de prolonger ces réflexions sur la visée des psychothérapies TCC en nous appuyant sur les modèles du rétablissement.

### **3. Qu'est-ce que le rétablissement<sup>2</sup> peut apporter aux TCC ?**

Au premier abord, il n'est pas évident de rapprocher la dynamique du rétablissement de la pratique générale des TCC. Le rétablissement (*recovery*) est le fruit d'une histoire longue de plusieurs décennies, surtout dans les pays anglo-saxons, bien qu'il s'ancre dans des expériences européennes antérieures, et il concerne le devenir social, citoyen et humain des personnes souffrant de troubles psychiques graves, en particulier des troubles schizophréniques. Les usagers ont largement contribué à développer cette conception du parcours de vie des patients psychiatriques. Dans les écrits sur le rétablissement, il est plus souvent question d'études qualitatives (entretiens), de témoignages et de pratiques que de théorisations. Pour autant, se dégage de ces multiples écrits et expériences une certaine philosophie du soin, de ses valeurs et de ses visées, qui peut éclairer des pratiques

1. Ricœur, P. (1991). Éthique et morale (1990). In P. Ricœur, *Autour du politique: Lectures 1* (p. 258-270). Paris: Le Seuil.

2. Les lecteurs intéressés par le mouvement du rétablissement liront avec profit l'article de M. Koenig, M.-C. Castillo *et al.*, 2012: Koenig-Flahaut, M., Castillo, M., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 88, 279-285.

psychothérapeutiques comme les TCC, et ce, même si les situations ne sont pas toujours comparables : l'impact d'un trouble anxieux n'est pas le même que celui d'un trouble schizophrénique, et leurs prises en charge diffèrent grandement la plupart du temps.

Mais y a-t-il une rupture d'essence entre les troubles chroniques sévères et les épisodes pathologiques légers et modérés ? Probablement pas : dans tous les cas on retrouve les mêmes ingrédients : des pensées, des émotions et des comportements qui, par les processus qui les transforment et les lient, produisent des inadaptations et des souffrances, qui certes ne sont pas de même intensité, ni n'ont les mêmes conséquences, dans ces différents troubles, mais sont faits de la même matière humaine et sociale. On peut d'ailleurs, en TCC, utiliser en partie les mêmes techniques pour tous ces troubles.

Bref, tout cela pour dire que le rétablissement, ancré dans les témoignages et les expériences de la maladie et de la psychiatrie des personnes souffrant de schizophrénie, adresse des messages qui intéressent la psychiatrie en général et qui peuvent concerner les TCC.

Ces messages sont multiples :

- Pour qu'une thérapie favorise une dynamique positive chez le patient, il est nécessaire que celui-ci, sa subjectivité, ses avis, ses valeurs, ses projets soient non seulement pris en compte, mais qu'ils participent pleinement aux choix et aux objectifs thérapeutiques. On retrouve là encore l'accent porté sur la relation de collaboration chère aux TCC, mais sans doute un peu plus que cela. Car la relation de collaboration en TCC s'inscrit dans le processus et la logique TCC, dans l'objectif de réussir la TCC, alors que le rétablissement nous invite à penser plus largement la participation du patient à la thérapie, non seulement concernant l'application des techniques et des objectifs TCC, mais aussi concernant ses valeurs et ses choix de vie, vis-à-vis desquels la TCC n'est que le moyen de les atteindre. Du point de vue du patient, la TCC s'inscrit comme un moyen de retrouver une vie satisfaisante, selon ses propres critères. C'est là que la question de la philosophie des TCC se pose. Quelle conception de l'être humain sous-tendent ses actions ? Nous y reviendrons plus bas.
- Il y a deux conceptions du rétablissement, une qui voit le rétablissement comme un objectif à atteindre, mesurable avec des outils objectifs qui correspond bien à la façon dont on évalue et conçoit un résultat

thérapeutique en TCC, par exemple quand on effectue une évaluation finale avec des questionnaires pour objectiver une guérison (les résultats sont sous les seuils cliniques) ou une évolution (les résultats sont différents de ceux évalués pour la ligne de base, on espère dans le bon sens!). Cependant, le rétablissement, tout comme la TCC, peut aussi être compris comme un processus subjectif d'évolution, de transformation de la personne. En effet, la TCC, ses modèles partagés avec le patient, ses techniques qu'il expérimente, les expériences qu'il fait de nouvelles façons de penser, de se comporter et de se ressentir, amènent le sujet à découvrir en lui des logiques – processus – contenus (pensées, émotions...) dont il n'était pas nécessairement conscient ou qui sont nouvelles pour lui. Par exemple qu'il a en lui des pensées immorales (et que « je suis un être immonde », mais non lui dit le psy : avoir des pensées immorales c'est banal et normal); que des expériences de son histoire, banalisées pendant des années, étaient finalement traumatiques; qu'il a construit sa vie dans une logique d'évitement de l'angoisse au détriment de ses aspirations et de son accomplissement (à 50 ans, ce n'est pas facile à digérer...); que les croyances qui structuraient son rapport au monde (« le monde est dangereux ») n'étaient pas des vérités et qu'il peut donc envisager le monde autrement; ou encore qu'il n'est pas nécessaire de contrôler totalement ce qui nous concerne pour être en sécurité; etc.

- Chaque cheminement thérapeutique TCC porte en lui un potentiel de transformation du sujet, un potentiel d'évolution de son identité, de son rapport à lui-même et au monde qui peut aller bien au-delà de l'amélioration du problème pour lequel il consultait. Centré, avec raison, sur ses cibles thérapeutiques et leur évaluation objective, le thérapeute devrait aussi prendre en compte ces processus d'évolution subjective, d'une part parce qu'ils ont lieu du fait de ses actions et qu'ils sont très importants pour le sujet, mais aussi parce que ces processus peuvent être des moteurs ou des freins à la thérapie. De plus, il y a des patients dont les symptômes persistent selon les questionnaires, mais qui les supportent mieux et se sentent mieux. Au contraire, d'autres dont les symptômes se sont nettement améliorés d'après les questionnaires, restent insatisfaits de leur vie, de leur façon d'être au monde. L'évolution objective des symptômes, si elle est nécessaire pour évaluer scientifiquement des psychothérapies, n'est pas suffisante pour saisir les évolutions d'une personne aux niveaux de son rapport à elle-même et au monde. Quoi qu'il en soit, la TCC produit souvent ces transformations globales. Elle produit un nouveau rapport à soi qui fait qu'après la TCC, même « guéri », le patient, par l'expérience

des troubles et de la TCC, aura été transformé et n'est plus tout à fait le même qu'avant la thérapie. Mais pour aller dans quelles directions? Pour favoriser quelle évolution? Quels processus de croissance? À partir de quelles représentations de l'être humain?

Le rétablissement, dans ce sens, est un processus de changement profond, un processus de croissance, qui conduit le sujet vers une vie qui vaut, à ses yeux, la peine d'être vécue, une vie satisfaisante, malgré ou avec ses vulnérabilités et ses éventuels empêchements. Une vie parfois meilleure que celle d'avant les troubles. Selon le rétablissement, les facteurs qui caractérisent cette vie satisfaisante sont, synthétiquement, de trois ordres :

- **Le développement de l'empowerment, de l'agentivité, c'est-à-dire du pouvoir d'agir.** Il s'agit d'être acteur de sa vie. Non plus seulement de subir les troubles en construisant sa vie à partir de ce qu'ils imposent, en particulier en étant dans l'évitement de la souffrance, mais agir, sur sa vie, sur le monde, sur les troubles eux-mêmes. Il est donc question de liberté, d'espoir : je peux espérer plus d'accomplissement en devenant acteur, agent de ma vie. Les troubles psychiques, quels qu'ils soient, entravent le sujet dans son accomplissement et le privent de liberté. Avec la notion d'autocontrôle des troubles par le patient, les TCC envisagent déjà que le patient soit acteur et autonome dans ses soins ; c'est là un des buts des TCC. L'*empowerment* inclut l'autocontrôle, mais il va plus loin, en ayant pour périmètre la vie globale du patient et pas seulement ses troubles. En libérant (partiellement ou totalement) le patient de ses troubles, les thérapeutes TCC devraient aussi envisager ce que le sujet va faire de cette liberté retrouvée, comment il va la mettre en acte dans sa vie. Outre le fait de favoriser l'accomplissement et la liberté du sujet, cela est aussi une façon de lever des obstacles à l'amélioration. Quand les angoisses et les cognitions qui les accompagnent sont levées, il peut être vertigineux de se demander à quoi va être occupé l'espace psychique ainsi libéré. Pour construire quoi? Pour agir dans quelle direction? Pour quelles valeurs?
- Les troubles psychiques, à des degrés divers, remettent en cause la façon dont le sujet se représentait lui-même, donc son identité. La croissance produite par les perturbations et leur dépassement par le biais de la thérapie peut être **une opportunité de reconstruire un sens de soi plus ouvert** (sur sa vie psychique et sur le monde), **plus durable** (car les vulnérabilités sont prises en compte) et **plus fort** (car le sujet sait qu'il peut surmonter ces difficultés, qu'il a des ressources). Le sujet après la thérapie, se connaît mieux, dans son fonctionnement psychique, tant

dans ses fragilités que dans ses forces. La thérapie TCC devrait participer à ce travail de reconstruction identitaire en parallèle du travail sur les problèmes cibles. Pour cela, le thérapeute peut encourager, voire proposer, des narrations positives de l'identité du patient, en insistant sur ses qualités, sur ses ressources, sur ses progrès, mais aussi sur ses valeurs et ce qui compte pour lui.

- Enfin, **le rétablissement met en avant le sens de l'affiliation, de l'appartenance sociale, des relations amicales et affectives.** Là encore, de diverses façons, les troubles perturbent souvent les relations (ne serait-ce que par le repli du sujet sur son problème) et peuvent amener le sujet à se questionner à leur propos et à propos de son engagement affectif, amical et social. La thérapie peut conduire à une redéfinition de ce qui compte pour le sujet dans ses engagements dans le monde. Le thérapeute TCC, peut accompagner ce mouvement en aidant le sujet à réfléchir sur ce qui importe pour lui, sur ce qu'il souhaite dans ces engagements de telle sorte qu'ils participent de son accomplissement dans le monde.

Finalement, la TCC, même si ce n'est pas son objectif premier, produit des effets sur le rapport du sujet à lui-même, au monde et sur sa capacité d'agir. Un être humain acteur de sa vie, libéré des conditionnements et des biais cognitifs qui l'entravaient, se connaissant lui-même, un être humain plus conscient, plus rationnel et ouvert à sa vie émotionnelle, plus fort et acceptant sa condition humaine vulnérable et sensible, un être humain aspirant à l'accomplissement, aux satisfactions selon ses propres valeurs en respectant celles des autres, engagé, à sa façon, dans le monde, telle pourrait être la finalité des TCC, au-delà du traitement des troubles et des problèmes.

Pour le thérapeute TCC, qu'est-ce que ça change ? Concernant l'application des TCC, ça ne change rien car elle se fonde sur la même association de rigueur et de créativité, tant pour la stratégie globale que pour l'application des techniques. En revanche, cela rajoute, en arrière-plan et en parallèle, une attention du thérapeute sur les évolutions identitaires et relationnelles, parfois des échanges à ce propos (les évolutions, les valeurs, le sens des engagements et des choix), un renforcement de ces évolutions par une narration positive de l'histoire du soi du sujet, une insistance sur les forces et les ressources plutôt que sur les fragilités, un espoir authentique dans la capacité du sujet à surmonter les difficultés, une attention sur les relations affectives et sociales, la façon dont elles peuvent être impactées par les troubles et dont elles peuvent évoluer, des échanges sur les valeurs du sujet,