

De la formation à la pratique de la psychothérapie cognitive

L'Association Suisse de Psychothérapie Cognitive (ASPCo)

A. Souche, R. Zumbrunnen

Qu'est-ce que la thérapie cognitive?

La thérapie cognitive est aussi appelée thérapie cognitivo-comportementale (TCC) car elle intègre aux principes thérapeutiques issus du comportementalisme des années 50 et 60 des notions et des techniques cognitives, notamment grâce à l'apport des cliniciens américains A. T. Beck et A. Ellis dans les années 70. Au sein de la famille des thérapies cognitives il existe des sensibilités diverses. Certains thérapeutes mettent l'accent sur la composante comportementale: exposition aux situations anxiogènes, prescription de tâches, résolution de problème. D'autres sur les techniques spécifiquement cognitives: mise en évidence et correction des pensées et schémas cognitifs dysfonctionnels. Des courants plus récents, l'école italienne notamment, revalorisent des notions qui avaient été un peu négligées jusque-là: relation thérapeutique, histoire personnelle du patient, émotions vécues en séance.

La TCC est une psychothérapie puisqu'elle fait appel au dialogue entre le patient et le thérapeute comme outil d'évaluation et de traitement. Elle ne se limite cependant pas à une «discussion» puisque le patient est appelé à s'engager dans des tâches concrètes comme relever des auto-observations dans un journal, travailler activement à modifier les croyances irrationnelles, augmenter son niveau d'activité dans le domaine problématique, ou s'exposer à des situations anxiogènes. Quant au thérapeute il ne se borne pas à écouter son patient, mais intervient activement lui aussi dans le traitement pour aider celui-ci à se focaliser sur un ou des problèmes-cibles et à découvrir progressivement des alternatives à ses actions et à ses croyances inadaptées.

La TCC postule que les troubles psychiques correspondent, en partie du moins, à des «comportements» acquis donc appris. Comportement est ici entendu dans un sens large, incluant, au-delà des actions motrices, les cognitions et les émotions. Il importe donc au thérapeute de connaître et d'être capable d'utiliser en clinique les lois de l'apprentissage qui régissent l'acquisition, le maintien et l'extinction des comportements. On distingue l'apprentissage répondant ou pavlovien, l'apprentissage opérant ou skinnérien, l'apprentissage social (imitation de modèles) et finalement l'apprentissage cognitif. En thérapie, le repérage de ces processus complexes permet de formuler des hypothèses concernant l'apparition et le maintien des troubles. Ils fournissent aussi des clés précieuses pour la mise en œuvre du traitement.

Parmi les comportements, les *cognitions* jouent un rôle central dans le développement et la persistance des troubles. Les cognitions, c'est ce que nous nous pensons, ce que nous imaginons et ce que nous croyons par rapport à ce qui se passe autour de nous et en nous. La TCC a remis à l'honneur le vieux principe d'Epictète: nos préoccupations, nos angoisses et nos souffrances dépendent de notre manière d'interpréter les situations encore plus que des situations elles-mêmes. Pensons au sujet qui, se trouvant seul chez lui le soir, entend des bruits dans son appartement. S'il pense que des voleurs sont entrés chez lui (cognition) il sera préoccupé et apeuré (émotion) et pourrait appeler la police (action). S'il se dit au contraire qu'il a par inattention laissé la fenêtre ouverte (cognition), son état d'âme sera neutre (émotion) et il ira simplement fermer la fenêtre (action). Il en va de même pour les manifestations des troubles psychiques, et même aussi, jusqu'à un certain point, des affections physiques. Des croyances erronées ou des schémas cognitifs inadaptés entraînent un traitement pathologique et dysfonctionnel de l'information. Un tel fonctionnement contribue à déclencher ou maintenir un syndrome clinique. On peut citer ici à titre d'exemple l'interprétation erronée des interceptions normales, par exemple des palpitations, qui peut déclencher chez certains sujets une attaque de panique.

Dès le début du traitement une attention particulière est réservée à la mise en évidence et à l'analyse détaillée de trois aspects clé de chaque expérience humaine: les cognitions, les émotions et les actions. Ces trois composantes de l'expérience sont étroitement liées entre elles et le changement thérapeutique dépend de la possibilité pour le patient de découvrir des alternatives à ses habitudes dans ces trois domaines.

La TCC se caractérise encore par son souci constant de soumettre ses hypothèses et ses résultats thérapeutiques à une évaluation systématique. Parmi les nombreuses écoles de psychothérapie, la TCC est la méthode psychothérapeutique dont l'efficacité est la plus étayée par des études scientifiques. Le souci d'évaluation se retrouve dans les traitements: des objectifs concrets sont fixés d'un commun accord entre le patient et le thérapeute, et le résultat du traitement est évalué en fonction de ce critère.

Correspondance:
 Dr Alain Souche
 Route de St-Julien 176
 CH-1228 Plan-les-Ouates
 E-mail: asouche@iprolink.ch

Quelles sont les indications de la thérapie cognitive?

L'indication dépend du diagnostic mais aussi d'autres caractéristiques. Du point de vue du diagnostic, l'efficacité de la thérapie cognitive a été établie par des études contrôlées avant tout dans les *troubles anxieux*. L'efficacité est reconnue pour le traitement des phobies spécifiques (hauteurs, animaux, eau, etc.), du trouble panique avec agoraphobie et de la phobie sociale. Il en va de même pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) qui est souvent difficile à traiter. Il n'y a pas encore beaucoup de travaux sur le trouble anxieux généralisé (TAG) et l'hypocondrie.

La TCC est également indiquée dans la dépression de sévérité moyenne, les dépressions sévères exigeant quant à elles un traitement médicamenteux combiné alors que les dépressions légères ne nécessitent généralement pas de traitement spécialisé.

À côté des troubles anxieux et dépressifs, la thérapie cognitive fait actuellement l'objet d'études prometteuses concernant d'autres troubles. Des études contrôlées ont confirmé l'efficacité de la TCC dans la boulimie, le jeu pathologique et le comportement parasuicidaire chez les sujets borderline. Les programmes thérapeutiques pour les troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie), pour la schizophrénie, pour les dysfonctionnements sexuels et psychosomatiques, pour l'obésité, sont souvent d'inspiration cognitivo-comportementale. Enfin, la TCC commence également à être appliquée chez l'enfant et chez la personne âgée.

Au-delà du diagnostic, l'indication à la TCC dépend de caractéristiques liées à la demande de traitement. Pour un résultat optimal, les conditions suivantes doivent être remplies du côté du patient:

- motivation pour réellement changer ses comportements et sa manière de penser, et pas seulement pour «comprendre» les origines de ses problèmes;
- attitude de collaboration active avec le thérapeute;
- capacité de focaliser sur un ou au maximum quelques problèmes-cibles, car la thérapie a des objectifs limités et est limitée dans le temps.

Comment une thérapie se déroule-t-elle?

La thérapie cognitive comprend généralement entre 10 à 30 séances réparties sur une période de 4 à 12 mois. Thérapeute et patient collaborent sur des problèmes et des objectifs définis ensemble. Les exercices pratiqués en cours de séance sont répétés par le patient à domicile ou en situation problématique, par exemple exposition dans un grand magasin pour un agoraphobe. Le travail à domicile est un élément essentiel du traitement car seul il est à même de consolider et d'ancre les changements de comportement acquis en séance. Le thérapeute sert de guide ou d'entraîneur. Il peut fournir des explications qui augmentent la connaissance du patient sur son trouble. Il doit cependant veiller à éviter le style enseignant ou autoritaire. C'est le patient qui découvre, à travers un questionnement «socratique» guidé par le thérapeute, les nouvelles

voies sur lesquelles il peut et veut s'engager. Des lectures peuvent accompagner le traitement, par exemple celle d'un manuel de *self-help* concernant le problème du patient.

Pour ou contre la TCC?

La thérapie cognitive est l'objet de critiques, notamment par des tenants d'autres formes de psychothérapie. Les critiques les plus répandues, venant de détracteurs qui sont le plus souvent peu au fait de ce qu'est réellement une thérapie cognitive, sont les suivantes:

- le modèle est simpliste; pour d'autres, il est au contraire, trop compliqué;
- elle s'attaque seulement aux symptômes, pas aux racines du problème;
- elle ne fait que déplacer le problème sans vraiment le résoudre;
- elle normalise les patients selon les besoins de la société;
- elle utilise des recettes standardisées;
- elle prétend résoudre tous les problèmes; pour d'autres elle doit au contraire être considérée comme un traitement de second choix, un pis-aller réservé aux patients dépourvus de la capacité d'introspection;
- elle néglige les émotions;
- elle ne tient pas compte de la subjectivité du thérapeute.

L'examen des faits montre que ces clichés sont très éloignés de la réalité de la thérapie telle qu'elle est vécue au quotidien par ceux qui la pratiquent, thérapeutes et patients. La thérapie se met en place après une évaluation soigneuse, comprenant une anamnèse, un diagnostic et une conceptualisation ou analyse fonctionnelle du trouble. Tout cela est présenté et discuté ouvertement avec le patient, qui participe en toute connaissance de cause à l'élaboration du contrat thérapeutique. La thérapie ne s'attaque pas à des symptômes «superficiels» mais bien aux problèmes pour lesquels le patient consulte. La notion de «cause profonde» opposée aux symptômes «superficiels» est d'ailleurs une mauvaise formulation. En médecine on commence à savoir que les relations de causalité sont le plus souvent circulaires et non linéaires. Dès lors, les attitudes et comportements actuels du patient sont tout aussi bien «cause» que conséquence du problème, puisqu'ils contribuent à déclencher et à entretenir le trouble. En outre la TCC manifeste un grand respect du patient car elle est directement centrée sur sa souffrance et sur sa demande, et se présente comme un traitement à la carte, réévalué en cours de route avec le patient, et non comme un menu standardisé. Le thérapeute joue cartes sur table avec le patient, il partage avec lui ses hypothèses et ses objectifs. Les indications de la thérapie ne sont pas liées au niveau culturel du patient mais se construisent en fonction de la motivation et de la capacité des personnes à focaliser leur difficul-

tés. La TCC n'est pas une réponse universelle à toutes les pathologies, mais c'est une sorte de partenariat empirique qui s'interroge régulièrement sur le chemin parcouru et sur celui qui reste à parcourir. A la différence de la plupart des autres formes de psychothérapie, la TCC a accumulé depuis de nombreuses années les preuves scientifiques de son efficacité dans un nombre croissant de pathologies.

Les émotions du patient et du thérapeute doivent être intégrées dans toute psychothérapie. En ce qui concerne l'école cognitivo-comportementale, l'approche constructiviste de Guidano et Liotti a critiqué la rationalité excessive de la thérapie cognitive standard et a proposé un modèle intégrant de manière plus active la dimension émotionnelle (théorie motrice de l'esprit). L'émotion n'est pas un sous-produit des croyances de base mais s'intègre aux événements relationnels pour permettre le changement.

Enfin, du côté du thérapeute, à travers la supervision et l'intervision, la formation reconnaît l'importance des croyances irrationnelles du thérapeute et du style relationnel qu'il donne au traitement.

L'Association Suisse de Psychothérapie Cognitive (ASPCo)



www.aspc.ch

Créée à Yverdon-les-Bains en 1994 sous l'impulsion de Lucio Bizzini, elle réunit des psychiatres et des psychologues avec les buts suivants:

- promouvoir la réflexion sur les aspects cliniques et théoriques de l'approche cognitive;
- encourager la rencontre entre les personnes impliquées professionnellement dans le champ de la thérapie cognitive;
- offrir une formation de base et continue;
- établir des contacts sur un plan national et international, notamment en organisant des réunions scientifiques;
- promouvoir la recherche sur la thérapie cognitive.

Aujourd'hui l'ASPCo est un lieu de débat et de formation pour les praticiens. En outre elle commence à diffuser des informations sur la thérapie cognitive auprès des institutions et du public. Cependant, son activité reste encore trop exclusivement romande. En effet le nombre de membres alémaniques et tessinois reste malheureusement encore très restreint.

Les activités de l'ASPCo

En huit ans, l'ASPCo a organisé ou co-organisé plusieurs congrès régionaux et internationaux. Plusieurs de ses membres ont publié des ouvrages concernant

l'approche cognitive. Son bulletin d'information et de réflexion, *ASPCo Info*, en est actuellement à son neuvième numéro. Ce bulletin qui paraît trois fois par an présente des informations et des sujets spécifiques. Un numéro par an est consacré à un thème, un autre numéro relate les travaux présentés à la journée clinique annuelle par les membres en formation, et le dernier numéro de l'année est plus particulièrement réservé aux travaux des membres.

La mise en place d'une formation en thérapie cognitive a fait partie des événements fondateurs de l'association. La formation comprend deux volets: une formation de base et des enseignements de perfectionnement (formation continue).

Formation de base

La formation de base a été lancée en 1996. D'abord concentrée sur deux ans, elle se déroule sur trois ans depuis 2000. La place de la formation pratique et clinique a été considérablement enrichie. La première année de la formation de base est consacrée aux bases théoriques et cliniques de la thérapie cognitive, les deuxième et troisième années sont réservées aux pathologies spécifiques et aux différentes populations-cibles y compris les patients «difficiles». L'ensemble des trois ans de cours de la formation de base totalise 300 heures. La formation de l'ASPCo prévoit en outre un travail sur soi et des supervisions.

Formation continue

La formation continue se présente sous la forme d'ateliers pratiques de perfectionnement d'une durée d'une à trois demi-journées. Pour l'année 2001-2002, 110 heures de formation continue ont été mises sur pied. La formation ASPCo est reconnue par les associations professionnelles des psychiatres (SSPP) et des psychologues (FSP). Ces diverses activités ouvrent un champ d'expérience et de réflexions qui permet de faire des liens entre les différentes sensibilités de la psychothérapie cognitivo-comportementale, entre les savoirs des uns et les compétences des autres.

L'enseignement de l'ASPCo est assuré par des forces locales médecins et psychologues, thérapeutes expérimentés en TCC et des invités étrangers, leaders de la TCC internationalement reconnus.

Conclusion

Apparue il y a une trentaine d'années, la thérapie cognitive ou cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de traitement dont l'efficacité est solidement établie pour les troubles anxieux. Elle est également utile pour la dépression et pour d'autres troubles psychiques. Pour cette raison et parce qu'elle correspond davantage à l'esprit du temps que d'autres formes de psychothérapie (traitement ciblé et relativement bref, objectifs concrets, évaluation du résultat), elle réussit depuis quelques années une véritable percée auprès des soignants et du grand public. Les médecins de toutes spécialités voient défiler quotidiennement dans leur cabinet des patients anxieux, déprimés ou

souffrant d'autres problèmes susceptibles de répondre à une thérapie cognitive. Il nous a semblé judicieux de leur offrir à travers cet article un aperçu des possibilités de la TCC, et de faire connaître à ceux d'entre eux qui pourraient s'intéresser à une formation dans ce domaine l'existence et les activités de l'Association Suisse de Psychothérapie cognitive (ASPCo).

Références

- Clark D, Fairburn C (eds.). Science & Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Oxford: Oxford Press; 1997.
- André C. Les thérapies cognitives. Paris: Morisset; 2000.
- Cottraux J. Les thérapies cognitives. Paris: Retz; 2001.
- Mihaescu G, Séchaud MC, Delsignore A. Précis de thérapie comportementale et cognitive. Genève: Médecine & Hygiène; 1998.
- Guidano VF, Liotti G. Cognitive process and emotional disorders. New York: Guilford Press; 1983.