

L' enrichissement progressif des Thérapies Comportementales et Cognitives

Dr MIRABEL-SARRON
Université Paris 5 René Descartes
C.M.M.E. (Service du Pr. Rouillon)
Centre Hospitalier Sainte Anne
Paris

2012

Le contexte

- Objet de nombreux livres grands publics, d'émissions de télévisions et de radio
- Elles peuvent apparaître aux non initiés bien simples, stéréotypées et naïves.
- Quelles sont-elles ?
- Dans quels domaines sont elles appliquées ?
- Quelles sont leurs bases théoriques ?
- Quelles évolutions depuis un siècle ?
- Quels enrichissements ?
- De nouvelles thérapies appartenant encore au courant TCC ?

Plan

- Définitions
- Partie 1 : les thérapies comportementales
- Partie 2 : les thérapies comportementales et cognitives (TCCs)
- Partie 3 : les TCCs contextualisées
- Partie 4: l'enrichissement progressif
- Les perspectives

Définition des TCCs

- Démarche psychologique proposée depuis les années 1920'
- Issues directement du savoir scientifique, de la psychologie expérimentale
- Dans les domaines des émotions et de l'apprentissage des comportements.
- Les différents acquis de la psychologie scientifique ont ainsi modelé au fur et à mesure la démarche comportementale et cognitive qui continue d'ailleurs à évoluer avec les résultats récents des sciences cognitives.

Caractéristiques générales

- Psychothérapie verbale de durée brève (15-20 séances)
- Se centrent sur les difficultés du patient dans « l'ici et maintenant »
- Leur but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes
- Comportent un ensemble d'approches différentes
- C'est ainsi que ces thérapies se sont tout d'abord appelées comportementales puis dès les années 1970 comportementales et cognitives ou TCCs.
- L'indication est posée ou non après des entretiens préliminaires (analyse fonctionnelle)

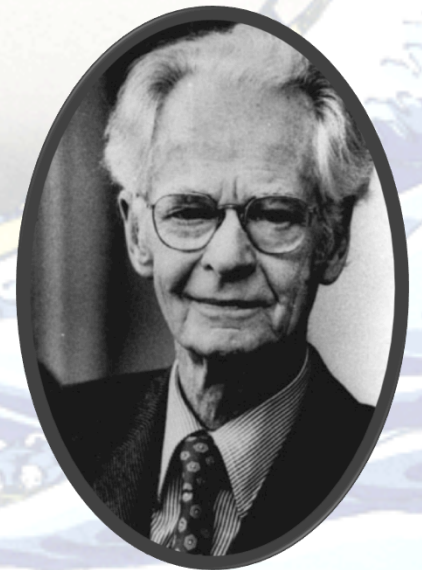


Caractéristiques pratiques

- Une relation thérapeute-patient très interactive, collaborative, coopérative
- Une évaluation clinique et psychologique effectuée avant le démarrage de la thérapie, puis renouvelée à la fin de chaque prise en charge
- Des modalités de traitement clairement définies dans un contrat thérapeutique
- La thérapie ne s'arrête pas aux séances avec le thérapeute, un travail quotidien est demandé au patient appelé « tâches à domicile », définies pendant l'entretien

Première partie

Les Thérapies Comportementales



Les paradigmes du conditionnement

- « La boîte noire » S-R
- Le conditionnement classique (Pavlov, 1913)
 - Réactions conditionnelles omniprésentes dans nos conduites alimentaires
- Watson (1913)
 - Déconditionnement d'une phobie chez l'être humain
- Le conditionnement opérant (Skinner, 1953)
 - Un comportement gouverné par ses conséquences. Utile pour l'acquisition et le maintien de tous les apprentissages (gestion du poids, natation, conduite automobile)
- L'apprentissage social (Bandura)
 - L'apprentissage aux relations interpersonnelles

Implications psychopathologiques

Conditionnement classique et conditionnement opérant

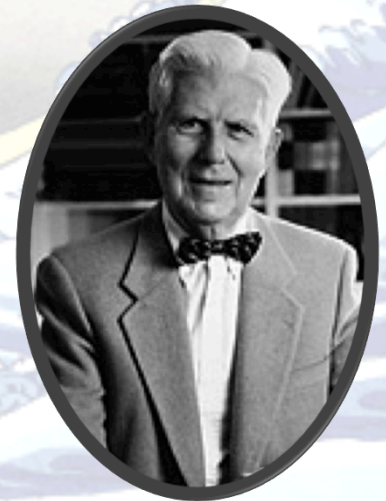
- Impliqués directement dans l'acquisition et le maintien des troubles phobiques de l'enfant et de l'adulte
- Exemples de techniques thérapeutiques : techniques de déconditionnement, techniques d'exposition progressive au stimulus source
- Impliqués dans la survenue et le maintien de la dépression
- impliqués partiellement dans la mise en place de conduites addictives

Exemple de démarche thérapeutique

- La dépression : hypothèses:
 - D'une perte de contrôle du sujet sur l'environnement,
 - D'une diminution des renforcements positifs indépendants des comportements du sujet,
 - D'une diminution des conduites adaptatives
- Thérapie de conditionnement opérant de Lewinsohn (1968)
- Réintroduction hiérarchisée, progressive, de comportements qui étaient plaisants pour l'individu avant l'apparition de son état dépressif caractérisé.

Deuxième partie

Les thérapies comportementales et cognitives



La révolution cognitive

- 1970-1990 : la révolution cognitive bénéficie des résultats en psychologie expérimentale (Singer et Schachter, 1962, ...). 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
- Un traitement de l'information perturbé
- Beck (1976) et Ellis (1977) sont à l'origine de la démarche cognitive
- Des comportements gouvernés par des règles : les schémas cognitifs
- Le schéma est considéré comme une mémoire constituée de sensations corporelles, d'émotions, de cognitions et de souvenirs
- Il favorise le déclenchement d'un patron de réponse cognitif et émotionnel propre et une propension à agir ou ne pas agir dans un contexte donné.
- Exemple d'un schéma fonctionnel: prendre l'avion, aller au restaurant,...

Implications psychopathologiques

- Les démarches TCCS sont parmi les plus utilisées en pratique clinique
- Leurs indications sont très larges : pour le traitement de différents troubles psychologiques (troubles de l'humeur, anxieux, psychotiques, alimentaires)

Traitement de première intention pour	Traitement combiné	Contre-indications
Dépression majeure (1979)	Dépression sévère hospitalisée (1986) Dépression avec TP (1991) Dépression bipolaire (2000)	Épisode mélancolique Dépression délirante Éléments de détérioration mentale

Exemple de démarche thérapeutique

- **La TCC pour la dépression de Beck: les étapes**
 - Présentation du modèle cognitif (S-E-C-C)
 - Définition et identification des cognitions
 - Discussion des pensées dépressives
 - Initiation aux méthodes de mise à distance des cognitions dépressives
 - Identification des biais cognitifs
 - Initiation aux techniques des tâches graduées
 - Identification des schémas cognitifs
 - Assouplissement des schémas cognitifs

Etudes d'évaluation de la TCC de Beck

- **Efficacité des TCCs dans la dépression**
 - Dobson (1989): méta-analyse 28 études entre 1977 et 1997
 - **Impact des TCCs à moyen et long terme**
 - Gloagen (1998): 78 études entre 1985 et 1996. A 1 an, gain de 30% du taux de récurrence.
 - Vittengle (2007): A 2 ans, le gain se maintient
 - Jarrett (2001): ajout de 10 séances de consolidation. A deux ans, 18% de rechutes
 - **TCCs et patients à haut risque de récurrence**
 - Paykel (1999): A 1 an, 50% de gains
 - **Identification de facteurs prédictifs**
- L'association TCC et pharmacologie est remarquablement efficace dans le traitement de la dépression**

Troisième partie

Les TCCs contextualisées



Bases théoriques

- Emergent à partir de 1990
- sont davantage issues d'un « contextualisme cognitif » et ne s'inscrivent pas dans la foulée de l'analyse clinique du comportement (visant d'abord à changer la relation de l'individu à ses symptômes - changements de deuxième ordre)
- regroupent les approches nouvelles :
 - L'EMDR
 - La TCC contextuelle (ou ACT),
 - La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (ou MBCT)
 - La thérapie métacognitive de Wells
 - Etc...

Les bases théoriques 2

- Définition de Kabat-Zinn (2003) :
 - Etat de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment
- L'objectif de cette étape est d'augmenter la tolérance à l'état affectif ou à l'impulsion d'agir. La réactivation du schéma est acceptée comme une donnée avec laquelle il est possible de composer, l'objectif étant de ne pas y répondre automatiquement.
- La pleine conscience permettrait de diminuer « l'évitement expérientiel » (Walser & Westrup, 2009).

Exemple 1 de démarche thérapeutique MBCT dans la dépression

- **Faire attention à tout moment**
- Le participant devient conscient du peu d'attention qu'il accorde habituellement à sa vie quotidienne.
- Prise de conscience de la vitesse à laquelle l'esprit saute d'un sujet à un autre ; apprentissage à ramener l'esprit qui vagabonde à un point central : soit à un point du corps (body scan) soit en ramenant au souffle (observation de l'inspire et de l'expire).
- La prise de conscience que ce vagabondage de l'esprit ouvre la porte aux pensées et aux sentiments négatifs.
- Première étape après laquelle le sujet pourra remarquer ses changements d'humeur et les prendre en main maintenant ou plus tard.

Exemple 2 de démarche thérapeutique MBCT dans la dépression

- **Gérer les mouvements de l'humeur**
- Quand une pensée ou un sentiment négatif surgit, des instructions sont apprises afin d'être tout simplement là avant de bouger et d'y répondre adéquatement.
- Les participants apprennent à être pleinement conscient de la pensée ou du sentiment.
- Le sujet peut choisir sa manière de répondre au mieux à la situation difficile, soit maintenant ou plus tard.

Résultats MBCT dans les troubles de l'humeur

- Ma & Terasdale (2004)
 - > 3 épisodes, diminution du taux de récurrences
- Chiesa & Serretti (2011)
 - Prévention des rechutes
 - Diminution de la symptomatologie dépressive
 - Troubles bipolaires

The background of the slide is a reproduction of the Japanese woodblock print 'The Great Wave off Kanagawa' by Katsushika Hokusai. The image shows a massive, curling blue wave with white foam, threatening three small yellow boats. In the distance, the snow-capped Mount Fuji is visible under a pale, hazy sky. The overall color palette is dominated by blues, whites, and yellows.

Quatrième partie

Quels enrichissements pour les TCCs?

S'agit-il de paradigmes nouveaux ou une suite logique dans la tradition comportementale ?

- Hayes (2004) écrit que «*la troisième vague reformule et synthétise les générations précédentes de thérapies comportementales et cognitives et les intègre*» (p. 658).
- Il s'agit clairement d'une vague de thérapie comportementale et cognitive et rien ne vient éliminer les avancées déjà obtenues.

Un apport cumulatif des trois générations



Des points communs évidents

- Des objectifs thérapeutiques centrés sur des comportements perturbés
- L'exposition aux stimuli source d'émotions pénibles
- La réduction des évitements comportementaux engendrés par les émotions
- L'élargissement du répertoire comportemental,...

Des objectifs thérapeutiques différents

- Thérapie comportementale :
 - Diminution de l'évitement anxieux
 - Augmentation du répertoire comportemental
- T.C.C :
 - Réduction des souffrances émotionnelles anxieuses et dépressives
 - Augmentation du répertoire comportemental
 - Prévention des rechutes
- Dernière approches :
 - Augmentation du bien-être
 - Stratégies préventives proposées au sujet en rémission pour diminuer la probabilité des rechutes
 - Augmentation du répertoire comportemental orienté vers les valeurs propres.
- **Les nouvelles approches ne remplacent pas les première contributions des TCCs. Leurs objectifs sont différents**

Des objectifs psychologiques différents 1

- Thérapies comportementales
 - Déconditionnement d'un comportement dysfonctionnel acquis.
- TCC
 - Résolution de problème
 - Distanciation des processus cognitifs perturbés : cognitions, biais cognitifs et schémas cognitifs
 - Obtenir un soulagement émotionnel
 - Récupérer une liberté d'action
 - Identification des vulnérabilités cognitives (réactivité cognitive et « mood state dependent »)

Des objectifs psychologiques différents 2

- TCCs contextualisées :
 - Elles ne cherchent pas à opérer des changements de premier ordre (par une action directe sur le comportement). Elles adoptent plutôt des stratégies expérientielles essentiellement comportementales et préconisent l'emploi de comportements alternatifs plutôt que la remise en question ou la restructuration des pensées. Ces actions impliquent d'accepter de ressentir des émotions désagréable au service d'une action importante pour la personne.
- Distanciation par l'intermédiaire de l'expérience du moment présent.
- Augmentation de la flexibilité cognitive.
- Acceptation des sensations et des émotions.

Des thérapies intégratives?

- Les TCCs n'ont pas été conçues comme des thérapies intégratives pour leur essentiel.
- Une exception les démarches TCCs proposées aux patients qui présentent des troubles de l'axe II :
- Les modèles de Linehan et de Jeffrey Young sont clairement intégratifs, avec des pratiques thérapeutiques issues des trois mouvements successifs.
- La thérapie des schémas existe depuis le début des années 1990 (cognitive, comportementale, expérientielle et relationnelle).
- Axée sur le concept de schémas, elle y a par la suite intégré celui des modes.

Conclusion 1

- Trois générations théoriques qui ont enrichi la conceptualisation de la souffrance du patient
- Trois vagues qui restent toutes d'actualité (p.e: dépression, PTSD,...)
- Une approche personnelle, individuelle, singulière qui donne lieu à un contrat thérapeutique « sur mesure »
- La créativité du thérapeute est sollicitée pour chaque construction de contrat thérapeutique
- Evolution des pratiques avec la technologie: introduction de la réalité virtuelle,...
- Des indications de plus en plus larges
- La formation continue des thérapeutes TCCs est indispensable après leur formation initiale de trois années pour suivre l'évolution des théories et des pratiques thérapeutiques

Conclusion 2

- Butler (2006): synthèse de 28 méta-analyses sur l'efficacité des TCCs qui conclu à leurs effets favorables
- Dobson (2011) estime que la TCC est une grande réussite en termes de prise en charge psychothérapeutique efficace et qu'elle le restera si tant est que les théoriciens, les chercheurs et les cliniciens continuent d'examiner et d'évaluer les données probantes, les modèles conceptuels et les voies de réflexion associées à ces approches.
- 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.



Merci de votre attention