



FICHE PEDAGOGIQUE TCC1

QU'EST-CE QUE LES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ?**LES FONDEMENTS DE LA THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE**

la thérapie comportementale et cognitive ne vise pas à modifier en profondeur l'ensemble d'une personnalité, à travers une cure longue et contraignante. Elle a pour but de modifier un comportement qui gêne la vie de la personne.

Cette thérapie vise les comportements dont nous voudrions bien nous débarrasser mais qui se répètent malgré nous, échappant à notre volonté, ainsi qu'à toute démarche logique. Par exemple le rougissement en présence d'un interlocuteur, une angoisse dans les endroits clos, mais aussi le tabagisme, la boulimie, etc... Et ceci avec la participation active du sujet.

[Les principes du traitement](#)

le principe général de la thérapie est que ce qui a été appris peut être défait, ce qui permettra de substituer à un nouvel apprentissage aux précédents, mieux adapté. D'où des exercices concrets qui consisteront à affronter la situation en cause progressivement pour se désensibiliser en quelque sorte. Ceci se fera en compagnie du thérapeute, le travail se poursuivra ensuite dans des exercices quotidiens solitaires.

Il est toujours associé à des expériences correctrices, avec une action sur la cognition c'est-à-dire sur les processus de pensée. En effet, un comportement est toujours déterminé par un schéma de pensée, toujours immuable. On pense par exemple, « si je lui parle, il va mal me juger » et le comportement de blocage suit. Le but est donc de chercher à faire prendre conscience au sujet de ce dialogue intérieur rigides qui précèdent le comportement contre lequel on veut lutter. Cela permet ensuite de les modifier.

[Comment se déroule les séances](#)

les séances associent des exercices pratiques de déconditionnement en présence du thérapeute. Le sujet doit affronter la situation qu'il craint, progressivement. Le thérapeute l'accompagne et lui sert de modèle en ce qui concerne le comportement qu'il faudrait avoir. Le processus d'imitation entre en jeu. On utilise aussi le jeu de rôle, et souvent la relaxation thérapeutique. Entre les séances, le sujet doit se livrer à des exercices à titre personnel, en se donnant des objectifs, par exemple parler en réunion, demander son chemin dans la rue, en évaluant les progrès.

La partie cognitive du traitement comporte une analyse des schémas de pensée responsables du comportement déviant. On propose des représentations mentales d'un autre modèle mieux adapté. On fera anticiper la réaction négative au sujet on lui apprenant à dire stop dès



qu'elle apparaît. On opposera le raisonnement logique à des processus de pensées irrationnels.

[Les TCC de première vague : une approche comportementale.](#)

La première vague, s'est développée en Amérique du Nord à partir des années 50, avec les travaux de *Skinner* (1953), *Wolpe* (1958) et *Eysenck* (1952).

L'approche comportementale repose sur l'analyse expérimentale des comportements et sur le changement. Se concentrent sur les comportements observables de la personne et ces interactions avec son environnement, afin de faire émerger les comportements contre-productifs et de mettre en œuvre des réponses comportementales ajustées aux situations rencontrées.

S'appuyant sur les travaux de *Pavlov* (1963), *Skinner* définit le concept de conditionnement opérant. Cette théorie s'intéresse à l'apprentissage dont résulte une action, en fonction des renforcements positifs ou négatifs qui influencent les conséquences d'une action et rendent probable à la production du comportement. Ainsi les actions sont renforcées par leurs conséquences.

Les renforcements positifs *récompense* favorisent la reproduction du comportement alors que les renforcements négatifs *punition* entraînent un comportement d'évitement des situations aversives.

A partir de cette théorie *Skinner* proposa des interventions thérapeutiques permettant de remplacer un comportement inapproprié ou problématique par un comportement mieux adapté, par le biais d'un programme de renforcement. L'une des interventions les plus utilisées issues de ces travaux est l'exposition aux situations anxiogènes. Le principe de cette intervention consiste à confronter de manière graduelle le patient à une situation aversive afin de lui permettre de contrôler et faire disparaître progressivement ses peurs. Les travaux de *Bandedura* (1977) apportèrent une nouvelle dimension à la compréhension du comportement humain en formulant l'hypothèse que les facteurs cognitifs et sociaux sont les déterminants du comportement et en introduisant la notion d'apprentissage social par observation et imitation (modeling).

Cette première vague comportementale, évolua considérablement dans les années 60- 70 avec l'introduction des travaux sur le langage et les cognitions.

[Les TCC deuxième vague : une approche Cognitivo- Comportementale.](#)

Le mouvement des thérapies cognitives s'est développé à partir des années 70 avec les travaux de *Beck* (1979), *Ellis* (1999), *Meichenbaum* (1977), et *Mahoney* (1995).

Selon l'approche cognitive l'évaluation que fait une personne d'une situation est largement déterminée par les représentations que l'individu élabore à partir des pensées et des croyances qui fondent sa vision du monde.

Ainsi les pensées influencent le ressenti et les comportements et en retour, les émotions influencent les cognitions.

Il s'agira pour le client d'effectuer un travail qui permettra d'examiner et de réévaluer certaines pensées et croyances dysfonctionnelles avant de développer et de tester de nouvelles modalités de pensée et de comportement plus adaptées et plus efficaces.

La psychologie cognitive décrit les relations entre conscient et inconscient en distinguant 2 types de processus cognitifs : les processus automatiques et les processus contrôlés.

Les processus cognitifs automatiques, sont inconscients, rapides, sans effort, ne requiert que peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils correspondent au schéma et aboutissent aux pensées automatiques qui émergent à un niveau proche de la conscience.

Les processus cognitifs contrôlés sont conscients, lents, requièrent à la fois effort et attention et sont faciles à modifier. Ils correspondent à la pensée logique et aboutissent au décentrement par rapport à soi.

La thérapie relationnelle-émotive d'*Ellis* (1962) et la thérapie cognitive de *Beck* (1979) propose un modèle thérapeutique empirique né de l'observation clinique.

Le modèle ABCDEF

(Ellis, Gordon, Neenan, & Palmer, 1997; Palmer, 2002; 2009)



Le processus d'intervention **ABCDEF** constitue une démarche rigoureuse qui s'appuie sur :

- l'analyse fonctionnelle du problème
- la mise à jour des pensées automatiques, des déclencheurs et des comportements dysfonctionnels
- l'élaboration d'une démarche de résolution de problèmes axée sur la recherche de solutions et la mise en œuvre de plans d'action.

Dans ces 2 approches, la restructuration cognitive est la méthode privilégiée. Cette intervention vise à modifier les cognitions et les processus de pensée dysfonctionnels. Pour *Beck*, le praticien amène le client à découvrir par lui-même ce qui est inadapté à travers un dialogue socratique qui a pour objet de faire émerger les distorsions cognitives, d'identifier



les conséquences négatives, et de modifier les pensées dysfonctionnelles par des pensées plus réalistes ou plus adaptées.

[Les TCC de troisième vague : pleine conscience et acceptation](#)

La 3e vague de thérapie comportementale et cognitive repose sur une approche centrée sur des principes empiriques (*Hayes, Jacobson, Follette & Dougher, 1994*).

Les thérapies de la 3e vague, développé à partir des années 90, accordent une attention particulière au contexte des phénomènes psychologiques, et mettent l'accent sur des aspects émotionnels, l'acceptation psychologique et le principe de pleine conscience.

Si l'approche cognitivo-comportementale vise essentiellement à modifier les pensées irrationnelles et les émotions désagréables du client, les TCC de la 3e vague interviennent sur la relation du client avec ses cognitions (pensées, images, croyances, souvenirs), afin de favoriser l'élargissement du répertoire comportemental de l'individu.

Elle ne cherche pas à opérer des changements par une action directe sur les cognitions ou sur le comportement, mais adopte plutôt des stratégies expérientielles contextuelles visant d'abord à changer la relation de l'individu à ces symptômes (*Hayes, 2004*).

« La 3e vague reformule et synthétise les acquis des générations précédentes de thérapie comportementale et cognitive et les appliquent à des domaines et à des questions qui ont dans un premier temps été traitées par d'autres orientations thérapeutiques ce dans l'espoir de mieux les comprendre de les traiter avec une efficacité accrue » (Hayes 2004).

La 3e vague de thérapie comportementale et cognitive a permis le développement des programmes clés dans le traitement de la dépression du trouble bipolaire des états anxieux ou de la gestion du stress.