



Principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

*TCC et hypnose : complémentarités et
limites*

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2010

Résumé

Exerçant au Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur (CETD) de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne je co-animais, aux côtés d'une psychologue clinicienne et d'un médecin psychothérapeute, une thérapie de groupe en Thérapie Comportementale et Cognitive - TCC - destinée à des patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Sur la base de cette expérience je présente dans ces textes, illustrés de vignettes cliniques, tout d'abord les principes des TCC ainsi que le programme TCC proposé à ce groupe de patientes.

Je présente ensuite, tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute, dans les autres textes (en liens) la mise en œuvre de certains outils et méthodes des TCC au cours de cette thérapie de groupe : l'analyse fonctionnelle utilisant la grille SECCA, les méthodes de relaxation - contrôle de la respiration et méthode Jacobson -, le travail sur les schémas de pensée dysfonctionnels ainsi qu'une discussion sur la gestion de la relation thérapeutique.

Je conclus par une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective vers une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

En effet, même si l'hypnose d'inspiration éricksonienne dans laquelle s'inscrit ma pratique peut paraître très éloignée du formalisme et de la rigueur des TCC, je montre, à l'instar de *François Thioly* (2007) comment ces approches thérapeutiques peuvent s'enrichir mutuellement.

Jean Cottraux (2004) introduit ainsi son ouvrage : « Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. » En effet, ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Elles ont ensuite intégré les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. Le développement des thérapies comportementales puis cognitives s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du Nord, au début des années 1960. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970. Les conditionnements classique et opérant sont une des bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales. Ils représentent les formes d'apprentissage normales et adaptées. Mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter.

Les thérapies cognitives (Cottraux, 2004) ont complété cette approche par la notion de schémas cognitifs. Selon Alford et Beck (1997), on peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique), les schémas cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique).

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

Les processus cognitifs automatiques sont inconscients, rapides, sans effort, ne requièrent que peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils correspondent aux schémas 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. Les thérapies cognitives vont essayer de favoriser les processus contrôlés par rapport aux processus de traitement automatique de l'information relatifs aux schémas perturbés. Stéphanie Hahusseau (2003, p. 28) explique très simplement : « un schéma agit en quelque sorte comme des œillères qui nous empêchent d'avoir une vision réaliste du monde. Il nous force, inconsciemment, à regarder ce qui nous entoure toujours de la même façon. Un schéma se constitue dans l'enfance à la suite d'expériences douloureuses. Il s'intègre à la personnalité et devient inadapté s'il est rigide. A l'âge adulte, il est responsable d'une souffrance pour nous ou pour notre entourage et il est à l'origine de comportements qui le perpétuent ou le renforce. » Elle précise 7 besoins capitaux de l'enfant qui, n'ayant pas été respectés dans cette expérience, expliqueraient les schémas dysfonctionnels : Etre aimé inconditionnellement, Etre protégé physiquement et psychiquement, Etre encouragé, Etre compris, entendu, Etre progressivement

responsabilisé et sentir face à soi des limites réalistes, Etre éveillé et aidé à développer sa curiosité et Sentir autour de soi de la stabilité. Pour certains troubles mentaux, ces formes d'apprentissage ainsi que les mécanismes cognitifs sont considérés comme jouant un rôle dans l'étiologie du syndrome. Ainsi selon Cottraux (2004) chaque syndrome psychiatrique pourrait correspondre à des structures et à un dysfonctionnement cognitif spécifique. Pour d'autres troubles, ces processus d'apprentissage influenceraient l'expression d'un syndrome, et pourraient de ce fait être modifiés dans un sens favorable par les TCC. Les interventions thérapeutiques associent ces deux axes, en interaction avec les émotions, et visent à modifier les croyances, les postulats irrationnels et les schémas cognitifs qui traitent consciemment et inconsciemment l'information et produisent les émotions négatives qui selon Cottraux (2004) représentent la plainte la plus fréquente des patients.

Alford et Beck (1997) synthétisent en 14 propositions le modèle cognitif des troubles psychopathologiques parmi lesquelles : Les schémas peuvent être à la base de la personnalité en particuliers les schémas précocement acquis, Les TCC ont pour but la modification des schémas par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles, Un des moyens les plus efficaces de changement des schémas est la modification des comportements.

Une étape capitale est l'analyse fonctionnelle ; il s'agit d'une anamnèse approfondie et structurée qui étudie les relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter la démarche au patient. Le thérapeute utilise des grilles d'analyse fonctionnelle (Cottraux, 2004) permettant de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements problèmes présents, des facteurs de déclenchement et des mécanismes de mise en place et de maintien dans le passé. Le thérapeute guidera ainsi la démarche thérapeutique sur cette base d'hypothèses communes au patient et au thérapeute.

Les méthodes d'interventions du thérapeute sont multiples. Le plus connu des principes utilisés en TCC est l'exposition aux situations anxiogènes (Wolpe, 1975). Celle-ci est en général effectuée de manière graduelle. Elle est précédée d'une phase d'exposition prolongée et répétée en imagination qui vise à habituer les réponses physiologiques inadaptées et à éteindre les réponses motrices d'évitement.

Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont souvent utilisés : le principe de segmentation de la difficulté ; il consiste, par exemple, à classer de 0 à 10 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape, le principe de façonnement progressif des comportements avec renforcement positif ; le thérapeute encourage le patient dont le comportement s'approche progressivement du but recherché.

Le thérapeute utilise aussi, d'après le modèle d'apprentissage social, des jeux de rôle et des démarches d'affirmation de soi ainsi que des démarches de restructuration cognitive basées sur la discussion socratique et la résolution de problème ; ces démarches visent à modifier les schémas de pensée dysfonctionnels et les croyances. Ce travail sur les pensées et les comportements sera complété par diverses démarches de relaxation.

Démarche TCC de groupe appliquée à des patientes souffrant de fibromyalgie au CETD de l'hôpital Ambroise paré à Boulogne

Le travail thérapeutique en groupe TCC est planifié sur 12 séances hebdomadaires de 2h découpées en 2 modules de 6 séances ; une première session de 6 séances centrée sur le symptôme et la gestion de la douleur suivie, après une pause de 2 mois, visant à mettre en pratique les acquis, d'une 2nd session centrée, comme l'exprime la psychologue sur « comment la douleur prend sens et s'inscrit dans un fonctionnement plus global ».

Dans la première phase il s'agira d'appréhender, dans une démarche assez didactique, ce qu'est la douleur puis d'apprendre à la gérer aux travers de démarches de relaxation, de diversion de l'attention, de fractionnement des activités, aussi de rendre plus conscientes les pensées associées aux situations douloureuses tout en structurant une reprise d'activité vers des objectifs d'amélioration définis en séance.

La deuxième session approfondira davantage les aspects psychologiques aux travers d'un travail sur les schémas de pensées et sur les croyances.

Pour appréhender le vécu des patientes souffrant de fibromyalgie et comprendre ce qu'est la douleur chronique vous pouvez lire [📖 Traitement de la fibromyalgie par hypnose et TCC](#)

Annexes

La théorie du conditionnement

Sans pour autant rendre compte de toutes les acquisitions, le conditionnement joue un rôle important dans le développement.

Les behavioristes (comportementalistes) définissent deux formes de conditionnement : le conditionnement classique ou répondant et le conditionnement opérant.

Conditionnement classique (répondant)

Tous les organismes vivant ont des réponses réflexes, dites inconditionnelles (RI) à des stimuli dits inconditionnels (SI). Par exemple, chez le bébé, une stimulation de la lèvre (SI) entraîne un réflexe de succion (RI). En associant au SI un stimulus dit conditionnel (SC) neutre - qui n'entraîne pas initialement de réponse réflexe -, par exemple un son, on constate

après un certain temps (phase d'acquisition) que le SC suffit à provoquer la réponse. Il faut cependant réactiver régulièrement l'association SI - SC pour que la réponse au SC se maintienne dans le temps. On ne peut cependant pas, contrairement à ce que pouvaient penser les behavioristes purs et durs, coupler n'importe quel SC avec n'importe quel SI ; ce couplage nécessite une relation fonctionnelle entre SC et SI.

Conditionnement opérant

Lorsqu'un comportement spontané reçoit un renforcement positif celui-ci est produit avec une plus grande fréquence. Par exemple, selon les behavioristes, le langage se développerait selon un processus relevant du conditionnement opérant. Lorsqu'un bébé produit, par hasard, un son proche de sa langue son entourage le récompense par des sourires, des caresses et en répétant ce mot. L'enfant est ainsi encouragé à le répéter.

Autres textes

Dans ces textes je présente des outils et méthodes de l'approche TCC tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Cette grille d'analyse, utilisée pour l'analyse fonctionnelle par le thérapeute, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements. En partant d'une situation – Stimulus – il lui est demandé d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensés, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

Lire ⓘ Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Méthodes de relaxation en TCC

Je présente la mise en œuvre de deux démarches de relaxation : le *contrôle de la respiration* et la méthode *Jacobson*.

Lire ⓘ Méthodes de relaxation en TCC

Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les "schémas de pensée dysfonctionnels".

Lire ⓘ Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique

Je présente dans ce texte mes réflexions sur la gestion de la relation thérapeutique en TCC.

Lire ⓘ TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Je présente dans ce texte une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective sur une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

Lire ⓘ TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Bibliographie

ALFORD B.A., BECK, A.T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press, 1997

BANDLER, R., GRINDER, J. *The Structure of Magic : A Book about Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1975.

BOUREAU, F. *Contrôler votre douleur, faire face à une douleur rebelle*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1991

BRASSEUR, L. (sous la direction de) *Traitement de la douleur*. Paris : Edition Doin, 1997

CALLE, S. *Douleur exquise*. Paris : Acte Sud, 2003

CASTEL, A. et al. *Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia*. *Contemporary Hypnosis*, Mar 2009, Vol. 26 Issue 1, p48-59

CEDRASCHI, C. *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*. *Revue du rhumatisme*. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003

- COTTRAUX, J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 2004
- COTTRAUX, J., BOUVARD M., LEGERON P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'application psychotechniques, 1985
- ERICKSON, M.H. *L'hypnose thérapeutique*. quatre conférences, Paris : ESF, 1990
- FERENCZI, S. (1920-1932) *Le traumatisme*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2006
- FREUD, S. (1890-1920) *Traitement psychique (traitement d'âme) in Résultats, idées, problèmes*, Tome I, Paris : PUF, 1984
- HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003
- HARRER, M. E. *Mindfulness and the mindful therapist: possible contributions to hypnosis*. *Contemporary Hypnosis*, Dec 2009, Vol. 26 Issue 4, p234-244, 11p
- LAZARUS, A.A. *Multimodal behavioral therapy*, New-York: Springer, 1977
- MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : Éd. du Seuil, 1998
- MELZACK, R., CASEY, K.L. (1968) *Sensory, motivational and central control determinant of pain*. In D.R. Kensalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield CC: Thomas
- OVALDE, V. *Ce que je sais de Vera Candida*. Paris : L'Olivier, 2009
- ROGERS, C. (1942) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris : ESF, 2008
- ROUSTANG, F. *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris : Les éditions de minuit, 2003
- ROUSTANG, F. *Influence*. Paris : Les Editions de Minuit, 1990
- SEARLE, J.R. *Les actes de langage*. Paris : Hermann, 1972
- SWEIG, S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. Paris : Roman Poche, 1992
- THIOLY, F. (2007). *TCC et hypnose d'inspiration eriksonienne* In A. Bioy & D. Michaux (Eds.), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*, Paris : Dunod, p. 119-148.
- YALOM, I. (1992) *Et Nietzsche a pleuré*. Paris : Galaade Editions pour la trad. française, 2007
- WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27.
- WOLPE, J. *La pratique des thérapies comportementales*. Paris : Masson, 1975
- WROBEL, J. ALLAZ, AF. *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2003
- ZINDEL, V. *Les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour la dépression*. Edition Boek, 2006