

La thérapie cognitive-comportementale est une bonne illustration de l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. La TCC encourage le recours à une méthodologie expérimentale pour comprendre et modifier la psychopathologie. Dans cette méthodologie expérimentale, on distingue 4 phases que sont l'observation des faits, la formulation d'hypothèses, l'expérimentation et l'interprétation des résultats. A présent, détaillons chacune d'entre elles.

Au cours de l'observation des faits concernant un problème amené par le patient, appelé aussi problème cible, le thérapeute questionne le patient tant sur sa réalité actuelle que sur son histoire. Pour un recueil le plus systématique et organisé possible des données, le thérapeute se base souvent sur une technique clinique d'étude et d'analyse du comportement, plus connue sous le terme d'analyse fonctionnelle. Il s'agit d'examiner le problème cible, comment il se manifeste aujourd'hui, quelles sont les pensées, interprétations et émotions qui l'accompagnent et quelles sont ses incidences sur le plan interpersonnel. L'idée centrale est de pouvoir préciser les conditions actuelles de maintien et de déclenchements des comportements. Mais l'historique du trouble est également investigué, le thérapeute cherchant à obtenir des informations sur le passé du patient, d'identifier des facteurs de stress, des facteurs prédisposants et de vulnérabilité (qu'ils soient génétiques ou acquis) pouvant permettre de situer le problème cible dans un contexte longitudinal, englobant aussi des aspects liés aux principes d'éducation et aux expériences précoces d'attachement et de séparation. Ce recueil des faits est complété par une mesure quantitative des troubles, réalisée à l'aide de questionnaires et échelles diverses. Cette évaluation, réalisée en début de traitement, servira de base de comparaison de l'évolution du patient grâce à des mesures répétées en cours de thérapie. Les questionnaires portent sur les troubles présentés (dépression, anxiété, ...) mais également sur leurs conséquences sur le plan du fonctionnement social et de la qualité de vie.

Minutieusement menée, l'analyse fonctionnelle doit favoriser la formulation d'hypothèses de compréhension à propos de la survenue du problème ou des symptômes présentés. A partir de là, le thérapeute propose au patient un programme de traitement et fixe avec lui un contrat thérapeutique. Celui-ci stipule l'objectif thérapeutique ainsi que le rythme des séances, la durée estimée de la thérapie, le moment de la prochaine évaluation des symptômes. Il est également précisé au patient diverses caractéristiques et attentes en TCC: une collaboration paritaire entre patient et thérapeute, la structuration des séances avec un agenda, la réalisation par le patient de tâches à domicile.

Suit alors la phase thérapeutique d'application des stratégies d'intervention, composées d'auto-observation puis de modification progressive cognitive et comportementale. Il peut s'agir de techniques d'exposition (à des choses redoutées et évitées), de résolution de problème, de meilleure gestion du stress (p.ex par du contrôle respiratoire), d'affirmation de soi, de restructuration cognitive, ...

Les bilans d'évaluation effectués tant au cours du traitement qu'à l'issue de celle-ci, permettent de tirer quelques conclusions sur les conséquences de l'application de ces techniques thérapeutiques et donc d'en mesurer la pertinence et l'efficacité. Il s'agit de la phase d'interprétation des résultats. Selon les conclusions tirées, en cours de thérapie, patient et thérapeute conviennent de poursuivre sur la voie adoptée ou au contraire de réorienter le travail, voire de formuler de nouvelles hypothèses, pour augmenter l'efficacité thérapeutique. A l'issue du traitement, la dernière évaluation vise à mesurer le chemin parcouru, à conclure

quant à l'adéquation de l'approche TCC pour la résolution des problèmes présentés et à anticiper des situations dans lesquelles le patient serait potentiellement à risque de.

Cette démarche expérimentale est extrêmement dynamique, afin de pouvoir intégrer en cours d'application, de nouveaux éléments issus tant de l'environnement du patient (p.ex, survenue d'un facteur de stress comme la perte d'un être cher en cours de thérapie et nécessitant d'adapter le travail), que de son histoire ou tableau clinique (p.ex, patient qui, en cours de thérapie, rapporte des traumatismes infantiles ou avoue une consommation de toxiques venant complexifier le tableau clinique et le travail entrepris) et, enfin, des bilans d'évaluation. Le thérapeute ne reste pas dans une application statique et rigide de modèles mais les adapte de cas en cas aux spécificités de la personne qui vient le consulter, dans un questionnement régulier et partagé avec le patient, des hypothèses de départ formulées et de la méthode thérapeutique choisie.

Malgré la flexibilité de cette démarche thérapeutique, il arrive que lors de l'analyse fonctionnelle déjà ou plus tard en cours de traitement, l'indication à la TCC ne soit pas retenue ou soit remise en question par le thérapeute. Il survient aussi parfois que le patient lui-même ne puisse adhérer au modèle de compréhension et de traitement de son trouble qui lui a été proposé. Dans ce cas, patient et thérapeute envisagent, ensemble, des alternatives qui peuvent, le cas échéant, nécessiter l'orientation du patient vers d'autres types de prises en charge.