

Article

« Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs »

Conrad Lecomte et Tania Lecomte

Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 1, 1999, p. 19-38.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031583ar>

DOI: 10.7202/031583ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs

Conrad Lecomte*

Tania Lecomte**

Les thérapies cognitives comportementales (TCB) ont vu leur succès s'accroître récemment, en particulier dans le traitement des délires chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Plusieurs questions demeurent sans réponse, particulièrement quant aux ingrédients actifs dans l'efficacité de ce mode d'intervention. Les auteurs proposent une réflexion intégrative où les facteurs communs comme les variables du client, du thérapeute et de la relation, servent de pistes d'exploration et d'explication.

Les traitements psychothérapeutiques des personnes souffrant de troubles mentaux graves ont connu plusieurs revirements importants ces dernières décennies (Scheidlinger, 1994). Initialement de nature psychanalytique, les traitements psychologiques préconisés sont devenus comportementaux d'abord, dans le but de favoriser le développement d'habiletés d'adaptation et de faciliter l'intégration communautaire. Ainsi, à la fin des années 60 et au début des années 70, les institutions psychiatriques sont prises d'assaut par des technologies d'apprentissage social, comme l'« économie de jetons ». Puis, malgré leurs succès, les traitements psychologiques, même behavioristes, ont été en grande partie mis de côté lors de l'arrivée de neuroleptiques efficaces dans la diminution des symptômes psychotiques. Les troubles graves, dorénavant considérés des maladies du cerveau, ne requéraient que peu de traitements psychologiques.

Toutefois, la médication n'offre à ce jour que des résultats partiels. Certes, la plupart des personnes voient leurs symptômes psychotiques diminuer, du moins ceux qui entraînent le plus de souffrance exprimée,

* Ph.D., Département de psychologie, Université de Montréal.

** Ph.D., Center for research on treatment and rehabilitation of psychosis, Université de Californie à Los Angeles, et titulaire d'une bourse post-doctorale du CQRS.

comme les délires et les hallucinations. Par contre, l'efficacité de ces molécules n'est pas absolue, car près de 30 % des personnes souffrant de tels symptômes n'expriment que des gains mineurs alors que 7 % n'obtiennent aucune amélioration symptomatique après la prise de neuroleptiques (Johnstone et Sandler, 1998). L'imperfection des neuroleptiques se voit aussi au faible impact sur les symptômes négatifs, comme l'apathie ou l'absence de motivation, et à une incapacité de réparer certains handicaps persistants dans le fonctionnement et l'adaptation des personnes souffrant de troubles graves. Ces défaillances des traitements pharmacologiques ont ravivé l'intérêt pour les traitements psychologiques et de réadaptation.

Les recherches sur l'économie de jetons dans les années 70 ayant su démontrer l'efficacité des traitements comportementaux dans l'apprentissage de comportements adaptatifs (Paul et Lentz, 1977), plusieurs chercheurs et cliniciens ont choisi de continuer dans cette voie dans le but de contrer les handicaps et déficits sociaux des personnes souffrant de troubles graves. En effet, alors qu'aucun traitement psychologique n'avait démontré des effets sur les symptômes, d'améliorer l'adaptation et les comportements sociaux et familiaux semblait une cible thérapeutique plus réaliste. De fait, les programmes d'entraînement aux habiletés sociales de Liberman (1994), ainsi que les interventions familiales de résolution de problèmes (Brabender et Falloon, 1993) favorisent, dans la plupart des études mentionnées, une amélioration des comportements adaptatifs (Dilk et Bond, 1996).

Ce développement récent et rapide de nouvelles approches pour le traitement de ces troubles n'est pas étranger à l'évolution de la compréhension de la symptomatologie, en particulier de la schizophrénie. En effet, de l'approche symptomatologique unitaire des années 80, on est passé, pour la schizophrénie, à des notions pluridimensionnelles expérientielles et comportementales. Cette perspective multiple a facilité l'émergence de traitements plus nuancés et spécifiques mieux adaptés au caractère pluridimensionnel de cette maladie (Kingdon et Turkington, 1998). Parmi ces nouveaux traitements, les multiples modalités de la thérapie cognitive comportementale semblent des plus prometteuses.

En fait, depuis le déclin des approches analytiques en institution psychiatrique, peu d'interventions thérapeutiques ont choisi comme cible la diminution des symptômes positifs (Scheidlinger, 1994), comme le délire, chez les individus dits « résistants » aux traitements neuroleptiques. Les tenants de la thérapie cognitive comportementale se sont particulièrement intéressés à ces individus et, en ciblant le traitement des délires, ont su démontrer l'efficacité de leur approche dans la dimi-

nution de ce symptôme auprès de 50 % des sujets de leur étude (Garety et al., 1997).

Cette approche thérapeutique vise à diminuer la détresse associée aux symptômes psychotiques, à aider au développement de stratégies d'adaptation ainsi qu'à améliorer l'humeur et l'estime de soi des clients. L'intervention est individuelle, basée sur une relation de collaboration entre le thérapeute et le client, et dure en moyenne 6 mois, à raison d'une fois ou deux par semaine. Kingdon et Turkington (1998) décrivent l'intervention comme étant très flexible et respectueuse du client, mettant un fort accent sur le développement du rapport thérapeutique. Une part importante du travail consiste à diminuer l'anxiété et la colère manifestées par les personnes paranoïdes, avant de travailler sur le délire comme tel, afin de créer un climat réassurant. Puisque la diminution du délire est décrite comme entraînant souvent des affects dépressifs (le délire servant de protection pour l'estime de soi), une grande partie de l'intervention est utilisée pour travailler sur ces affects. Le travail sur le délire lui-même se fait en partie par l'utilisation de devoirs où le client est incité à faire une « recherche » sur les possibilités de véracité du délire (par exemple recherche sur la mafia ou les extra-terrestres). Ces « recherches » sont utilisées dans un but d'argumentation socratique afin de diminuer la croyance au délire.

En tentant de discerner quelles personnes montraient une baisse significative dans la mesure des délires parmi les clients qui n'avaient apparemment pas bénéficié de l'intervention, Garety et al. (1997) ont trouvé qu'une flexibilité cognitive, une certaine capacité d'insight et un plus grand nombre d'hospitalisations récentes étaient les variables discriminantes. Les délires étant perçus comme un mode de pensée irrationnel au contenu erroné, Levine et al. (1998) ont choisi d'utiliser uniquement la techniques de dissonance cognitive afin de diminuer la croyance au délire. De pair avec une approche de groupe où chaque participant avait préalablement accepté l'axiome « pour chaque événement, il existe plusieurs explications différentes », ils ont su démontrer une baisse significative dans les délires en seulement six rencontres de groupe chez des personnes souffrant de schizophrénie paranoïde, suggérant ici encore une certaine flexibilité cognitive de la part des clients.

Que la thérapie d'orientation cognitive comportementale réussisse à diminuer les délires chez des individus ne réagissant pas aux neuroleptiques, même chez seulement 50 % d'entre eux, semble un exploit. Toutefois, une revue de littérature plus poussée amène à constater que plusieurs interventions ne ciblant pas précisément la diminution des symptômes obtiennent tout de même des résultats semblables. Certaines

interventions familiales visant la diminution des émotions exprimées (EE) ainsi que la résolution de problèmes, dénotent une baisse dans le taux des rechutes causées par l'expression de symptômes positifs (Brabender et Falloon, 1993 ; Halford et Hayes, 1991). De plus, Tarrier et al. (1993), en comparant un groupe suivant un programme d'inspiration cognitive comportementale (visant l'augmentation de stratégies d'adaptation face aux symptômes) avec un groupe suivant un programme de résolution de problèmes, ont obtenu une diminution des délires des participants dans les deux groupes, quoique l'effet ait été légèrement supérieur dans le groupe ciblant les stratégies d'adaptation. Dans les deux groupes, l'amélioration symptomatique était corrélée à la gravité de la pathologie initiale, d'où l'inférence par ces auteurs et par d'autres (Garety et al. 1997 ; Sellwood et al., 1994) que l'amélioration symptomatique serait en lien avec une motivation accentuée par une plus grande souffrance.

Au Québec, des personnes souffrant de schizophrénie ayant participé à un programme de réadaptation visant l'augmentation de l'estime de soi et la gestion du stress, ont montré dans les deux cas une baisse significative des délires, une fois comparées à un groupe contrôle, et cet effet a été maintenu au suivi de six mois (Lecomte et al., sous presse ; Leclerc et al., non publié). Pourquoi les quelques études comparant diverses modalités d'intervention obtiennent-elles des résultats comparables ? Comment expliquer pareil paradoxe ? Qu'est-ce qui contribue à l'efficacité de ces interventions, en particulier de la thérapie cognitive comportementale ?

Paradoxes, contradictions et convergences

D'abord, évaluer l'efficacité d'interventions psychologiques comme celle de la thérapie cognitive comportementale implique l'évaluation de différentes modalités de traitements souvent confondues et peu articulées. Wykes et al. (1998) ont identifié jusqu'à 15 modalités thérapeutiques différentes catégorisées sous la seule rubrique de thérapie cognitive comportementale (TCC). Malgré tout, il est intéressant d'observer que l'utilisation de diverses composantes de la TCC, étudiées de façon isolée ou combinée, amène des résultats positifs essentiellement comparables (Huq et al., 1988).

Ces premières conclusions invitent déjà à plusieurs considérations concernant la nature même des mécanismes du changement thérapeutique. Certains, comme Garety et al. (1998), s'interrogent sur l'efficacité relative des différentes composantes de la thérapie cognitive comportementale et sur les caractéristiques des clients manifestant des progrès suite à

cette thérapie, alors que d'autres tentent de mieux définir quel traitement pourrait être plus efficace pour tel type de problème (Wykes et al. 1998). Cette dernière position s'apparente à la proposition de Paul (1966) tentant d'identifier quel traitement spécifique conviendrait le mieux pour quel problème spécifique.

Toujours sous la rubrique « TCB », on retrouve l'approche plus globale et holistique de Brenner et al. (1994) qui utilisent un programme structuré et linéaire où l'amélioration des symptômes et cognitions se fait par le biais d'activités allant du simple au complexe. Enfin, pour plusieurs, les caractéristiques du client et le jugement clinique du thérapeute sont les critères retenus pour choisir l'approche et les techniques thérapeutiques les plus pertinentes. Dans tous les cas, ainsi que dans les études mentionnées préalablement n'utilisant pas une approche dite TCB, les approches préconisées amènent des résultats positifs immédiats, la plupart du temps comparables.

Cette problématique a quelque chose de « déjà vu ». En effet, l'ensemble des recherches portant sur l'efficacité, et en particulier les études comparatives en psychothérapie, font ressortir l'absence de différences notables entre les approches, en dépit d'efforts rigoureux de différenciation des traitements (Lecomte, 1987). Malgré des efforts importants d'opérationnalisation des approches, en particulier par l'utilisation de manuels systématiques et par l'articulation de méthodologie de schèmes de recherche préconisant le démantèlement de composantes thérapeutiques, aucune forme d'intervention spécifique ne se différencie clairement des autres comme plus efficace (Lecomte, 1987). L'analyse des recherches portant sur les modalités d'intervention auprès des populations souffrant de troubles mentaux graves semble à ce stade suggérer le même type de résultats. De plus, le développement de ces nouvelles approches thérapeutiques apparaît vouloir suivre un parcours relativement comparable à celui des études sur les processus et l'impact en psychothérapie (Bergin et Garfield, 1994). Dans les deux domaines, on retrouve, dans un premier temps, une tentative de la part des chercheurs de démontrer l'efficacité et la supériorité de leur approche. Cette étape implique des efforts d'opérationnalisation visant l'articulation d'approches thérapeutiques spécifiques pour mieux en démontrer l'efficacité. Puis, lorsque plusieurs approches se sont développées, les études comparatives s'élaborent. Les résultats de ces études sont, la plupart du temps, troublants et complexes à interpréter. De surcroît, les résultats sont pour l'essentiel d'une efficacité comparable.

En ce qui concerne l'évolution des nouvelles thérapies psychologiques auprès de personnes atteintes de troubles graves, en particulier

les approches cognitives et comportementales, deux grands constats se dégagent :

- 1) Certains programmes d'interventions semblent encore avoir comme objectif d'arriver à mettre en place des traitements précis s'adressant à des problèmes spécifiques (Wykes et al., 1998). Une telle approche semble reposer sur le mythe de l'uniformité du thérapeute et parfois même du client (Kiesler, 1966), à savoir que l'un et l'autre sont pour l'essentiel interchangeables. Cette approche suggère d'ailleurs que le changement thérapeutique dépend d'abord et avant tout de l'application systématique de techniques et de procédures spécifiques.
- 2) Depuis la fin des années 80, la plupart des modalités thérapeutiques mises en place tentent d'arriver à des traitements qui répondent à des exigences de précision et de spécificité. Ce courant semble vouloir opérationnaliser la désormais célèbre formule de Gordon Paul (1966) : « Quel traitement est plus efficace pour cette personne avec ce problème spécifique et sous quelles conditions ? » Il est encourageant de constater que le nombre d'approches thérapeutiques s'accroît constamment pour tenter de répondre aux besoins spécifiques des clients. Malgré le nombre croissant de catégories de traitements et les multiples possibilités d'application de composantes, en particulier des thérapies cognitives comportementales, il reste encore difficile, voire impossible, d'arriver à répondre de façon rigoureuse à la question de Paul (1966). En fait, le développement de nouvelles approches soulève de nouvelles questions touchant la nature même du changement thérapeutique.

Or, ces deux constats illustrent une évolution semblable des applications thérapeutiques et des recherches auprès de personnes souffrant de troubles graves aux étapes que nous retrouvons dans l'étude de l'efficacité des psychothérapies en général (Bergin et Garfield, 1994). Dans un premier temps, la plupart des travaux de recherche portant sur l'efficacité thérapeutique tentent d'évacuer, d'ignorer ou de reléguer à un rôle de second plan, les variables encombrantes du thérapeute et surtout l'influence de la relation thérapeutique. Du même coup, plusieurs efforts sont faits pour tenter de définir et catégoriser les variables du client. Souvent ces tentatives de rigueur s'éloignent de l'expérience subjective unique du client. Il ne faut peut-être pas s'étonner que les résultats de recherche portant sur l'efficacité soient alors difficiles à comprendre et parfois contradictoires. En effet, même si les caractéris-

tiques du thérapeute, de la relation et du client sont ignorées, leur influence se fait sentir de manière déroutante sur les résultats obtenus. Alors s'amorce un courant de réflexion fondamentale sur les processus du changement, ou au contraire, de nouveaux efforts de spécification tant des variables du traitement que du client sont déployés.

Voilà, en bref, les grandes étapes qu'a parcourues le champ des études en psychothérapie, et que semble reprendre l'étude de l'efficacité des thérapies cognitives comportementales auprès de personnes souffrant de troubles graves. Au terme de ce parcours, plusieurs chercheurs dont Lambert et Gergin (1994) en arrivent à la conclusion que l'efficacité des diverses interventions psychologiques ne peut être attribuée aux seules techniques spécifiques, mais aussi à un ensemble de facteurs, communs aux diverses méthodes de traitement, dont entre autres la relation thérapeutique. Les efforts les plus récents pour tenter d'établir la contribution spécifique de la thérapie cognitive pour le traitement de la dépression (Castonguay et al., 1996) par exemple ont d'ailleurs conclu que l'obtention de résultats positifs n'est possible que dans le contexte d'une alliance thérapeutique positive et que si le thérapeute utilise les techniques cognitives avec flexibilité et pertinence. Pourquoi en serait-il différent dans le traitement des troubles graves ?

Les facteurs communs

Déjà en 1936, Rosenweig a abordé l'hypothèse des facteurs communs en psychothérapie. Cependant, il faudra attendre en 1976 pour que Frank articule et documente cette proposition. Quoique modifiées et nuancées depuis (Grencavage et Norcross, 1990), les dimensions communes à toute démarche thérapeutique sont définies selon les paramètres suivants : 1) un cadre thérapeutique stable et sécurisant, 2) un processus d'influence interpersonnelle où le thérapeute représente une force socioculturelle, 3) une relation thérapeutique déterminante, 4) un processus d'implication du client, 5) un processus d'intervention offrant un cadre explicatif inspirant, 6) un processus d'apprentissage cognitif et affectif caractérisé par l'augmentation de l'espoir, la maîtrise et l'acquisition de nouveaux comportements.

Or, plusieurs facteurs communs ont été étudiés empiriquement en lien avec les résultats thérapeutiques. Par exemple, l'alliance thérapeutique a fait l'objet de plusieurs recherches comme dimension commune liée à l'obtention de résultats positifs dans plusieurs approches thérapeutiques (Gaston, 1990). Dans ce type de recherche, les facteurs communs sont considérés comme des ingrédients actifs au même titre que les autres modalités d'intervention.

Quel éclairage la perspective des facteurs communs peut-elle apporter à la clarification et à la compréhension des résultats obtenus par les thérapies cognitives comportementales auprès de personnes souffrant de troubles graves ? D'abord, la littérature scientifique récente concernant l'étude de l'impact des thérapies cognitives comportementales sur le traitement des hallucinations et des délires soulève sur l'efficacité et, en particulier, sur les processus thérapeutiques du changement, des interrogations et des questions qui nécessitent d'explorer de nouvelles avenues. L'éclairage qu'offre la perspective d'intégrer la contribution des facteurs communs à l'exploration et à la compréhension des processus de changement thérapeutique semble correspondre à certaines interrogations soulevées par plusieurs auteurs et chercheurs (Garety et al., 1998). Ces interrogations peuvent être regroupées sous cinq rubriques : les variables du client, les caractéristiques du thérapeute, l'alliance thérapeutique, l'intervention et le cadre thérapeutique.

Les variables du client

Pendant longtemps, les variables du client souffrant de délires et d'hallucinations ont été définies comme des catégories unitaires pathologiques évaluées à partir de critères externes. L'expérience subjective affective, en particulier, était ignorée voire jugée non pertinente (Garety et al., 1998). L'arrivée des applications de la psychologie cognitive et des processus du traitement de l'information (Chadwick et al., 1996) a permis d'opérer une véritable révolution dans la conceptualisation des délires et des hallucinations. D'une perspective unidimensionnelle, fixe, irrationnelle où l'affectivité et les pensées étaient évacuées, nous en sommes rendus à une position pluridimensionnelle, dynamique où l'expérience subjective affective et inférentielle est déterminante pour le traitement thérapeutique (Garety et al., 1998).

La littérature scientifique sur les facteurs communs souligne l'importance cruciale des caractéristiques du client dans l'obtention de facteurs positifs. En effet, Lambert et Bergin (1994), suite à une évaluation sur plus de 30 ans de recherches sur l'efficacité thérapeutique, estiment que près de 65 % du changement thérapeutique est lié aux variables spécifiques du client. Parmi ces variables, l'expérience cognitive comme les croyances et les attentes, l'expérience affective et l'expérience comportementale sont souvent citées (Castonguay, 1994). L'analyse critique des recherches réalisées auprès de personnes atteintes de troubles graves confirme le caractère central des variables liées à l'expérience subjective du client. En effet, certains résultats soulignent l'importance de l'insight, de la motivation, ainsi que de la flexibilité cognitive du client

comme déterminantes dans la diminution des délires lors d'une TCB Garety et al., 1997; Sellwood, 1994; TARRIER et al., 1993). Ces résultats préliminaires tendent à confirmer les recommandations de plusieurs chercheurs (Orlinsky et Howard, 1986) qui soulignent l'importance de tenir compte activement de l'expérience subjective du client dans l'élaboration de processus thérapeutiques. D'ailleurs, les travaux de Bandura (1992) qualifient les attentes d'efficacité du client comme variables déterminantes possédant un processus actif spécifique dans tout processus d'intervention. Comme le soulignent avec force Orange et al. (1997), il est impérieux de contextualiser l'expérience subjective du client psychotique afin de lui redonner toute la signification subjective d'une expérience pluridimensionnelle souvent chaotique mais possédant des formes et des contenus spécifiques.

Les caractéristiques du thérapeute

Les tenants d'approches cognitives et comportementales ont eu tendance à attribuer leur succès clinique à la force de leurs techniques. La contribution du thérapeute se limitait souvent à sa compétence à bien appliquer et utiliser des techniques. Nous retrouvons ces mêmes tendances dans l'élaboration des techniques cognitives et comportementales pour traiter les délires et les hallucinations. Il est peu question du thérapeute. Pourtant, tout clinicien œuvrant auprès des populations lourdement atteintes ne peut aborder son travail sans évoquer longuement sa propre expérience subjective et ses nombreuses impasses. Ce n'est qu'après une lecture attentive du protocole d'intervention que l'on peut identifier, ici et là, des bribes d'information suggérant des attitudes thérapeutiques spécifiques. Kingdon et al. (1994), par exemple, décrivent l'importance d'une attitude non confrontante, voire empathique, dans la thérapie cognitive comportementale. D'autres soulignent l'importance de ne pas contredire le client dans ses croyances (Levine et al., 1998). Nous sommes toutefois loin de reconnaître l'importance des réactions subjectives émotionnelles, cognitives et comportementales du thérapeute et leur impact sur les résultats thérapeutiques (Safran et Segal, 1990).

Considérant les exigences du travail clinique auprès de populations gravement atteintes, il semble des plus pertinents de s'attarder à reconnaître les caractéristiques du thérapeute ainsi que son expérience subjective et intersubjective dans l'élaboration du processus thérapeutique. Par exemple, Henry et al. (1993) ont démontré que les clients traités par des thérapeutes critiques manifestaient des indices de détérioration. Suite à une analyse de l'ensemble des travaux de recherche portant sur les processus et les résultats thérapeutiques, Lambert (1989)

conclut que les caractéristiques du thérapeute contribuent jusqu'à huit fois plus à l'obtention de résultats positifs que l'utilisation de techniques spécifiques.

Autant il paraît primordial de tenir compte de l'expérience subjective du client autant l'expérience subjective du thérapeute mérite d'être reconnue. Paradoxalement, les thérapeutes d'orientation cognitive comportementale soulignent l'importance d'offrir du soutien aux familles et au personnel prenant soin de personnes psychotiques, et de prévenir les risques d'épuisement professionnel, sans pour autant intégrer ces mêmes considérations pour eux-mêmes dans leur travail thérapeutique (Kuipers, 1998). Tous les efforts d'opérationnalisation des thérapies cognitives sous forme de manuels, en particulier dans le traitement de la dépression, n'ont en fait que contribué à souligner que l'expérience thérapeutique quelle qu'elle soit demeure essentiellement la rencontre de deux subjectivités (Castonguay et al., 1996).

L'alliance thérapeutique

L'analyse des programmes d'orientation cognitive et comportementale proposée pour le traitement des hallucinations et des délires ne mentionne qu'à mots voilés l'importance de l'alliance thérapeutique (Brabender et Falloon, 1993). Pour ces auteurs, la relation thérapeutique n'est là que pour soutenir et faciliter l'utilisation des techniques cognitives et comportementales.

Par ailleurs, les méta-analyses réalisées sur des centaines d'études tendent à indiquer que la relation thérapeutique explique une large portion de la variance du changement thérapeutique obtenu quelle que soit l'approche utilisée (Lambert et Bergin, 1994; Beutler, 1989). De façon plus spécifique, plusieurs chercheurs (Gaston et al., 1991) estiment que la qualité de l'alliance thérapeutique contribue à plus de 45 % de la variance des résultats thérapeutiques obtenus. De tels résultats ne peuvent être ignorés. Depuis quelques années, des chercheurs et thérapeutes d'orientation cognitive et comportementale ont commencé à reconnaître l'importance de l'alliance thérapeutique (Goldfried, 1982). Les travaux de Castonguay et al. (1996) sont particulièrement éclairants. Ils démontrent que l'application rigoureuse de techniques cognitives (manuel de Beck et al., 1979) focalisant sur les distorsions cognitives des clients souffrant de dépression est en corrélation négative avec l'obtention de résultats positifs. L'analyse détaillée de ces résultats de recherche a permis d'établir que lorsque l'alliance est problématique entre des thérapeutes et leurs clients, l'application unique et rigoureuse des techniques cognitives est alors associée à des effets négatifs. Parallèlement, Frank et

Gunderson (1990) ont trouvé une forte corrélation entre la création d'une bonne alliance thérapeutique et un faible taux de rechutes ainsi qu'une meilleure réponse aux traitements chez des clients souffrant de schizophrénie. Ces recherches sont importantes parce qu'elles illustrent bien le caractère central et déterminant de la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, même si les techniques cognitives ont maintes fois démontré leur efficacité thérapeutique, ces études démontrent clairement que la présence active d'une alliance thérapeutique optimale est incontournable.

Au-delà des recommandations invitant le thérapeute à être flexible dans l'utilisation des techniques cognitives et comportementales, il semble impérieux de reconnaître et d'intégrer la contribution fondamentale de l'alliance thérapeutique dans les interventions auprès de personnes souffrant de délires et d'hallucinations. Jusqu'ici les thérapeutes cognitivistes se sont surtout attardés au fonctionnement intrapersonnel du client (pensées, croyances, attributions) pour expliquer le changement thérapeutique et articuler leurs interventions. Malgré des résultats plutôt positifs, plusieurs recherches présentent des résultats difficiles à interpréter. Peut-être devient-il pertinent de reconnaître le caractère intersubjectif de toute démarche thérapeutique ?

Méthodes d'intervention

Au-delà des techniques thérapeutiques spécifiques, certains auteurs (Wolfe et Goldfried, 1988) suggèrent de tenter d'expliquer certaines facettes du changement thérapeutique en identifiant des stratégies et des principes d'intervention communs à toutes les approches thérapeutiques. À partir d'une telle grille d'analyse, Goldfried (1992) propose les stratégies suivantes : a) développer une perspective réaliste de soi, des autres et du monde, b) faciliter des expériences correctrices, c) offrir des expériences de vérification de la réalité, d) offrir un ensemble d'explications cohérentes et inspirantes, e) faciliter et offrir des expériences de régulation de soi, de régulation interactive et de maîtrise.

Même si on retrouve sous diverses formes ces principes d'intervention dans toutes les orientations thérapeutiques, nulle part ailleurs sont-ils mieux articulés et élaborés que dans les thérapies cognitives et comportementales (Bergin et Garfield, 1994). Les travaux de Beck et al. (1979) sur la dépression, de Ingram et Hollon (1986) ou de Young (1994) sur les schémas, tout comme ceux de Garety et al. (1998) auprès des psychotiques, sont autant d'illustrations éclairantes de l'application systématique de plusieurs des principes ci-haut énumérés. Par exemple, la plupart des traitements d'orientation cognitive comportementale offerts aux

personnes souffrant de délires proposent au client une explication de sa maladie à partir d'une perspective dite « normalisante » (Kingdon et Turkington, 1994), ainsi que différentes explications alternatives facilitant la modification des croyances liées aux délires.

Malgré la présence de ces principes ou stratégies facilement identifiables dans les approches cognitives et comportementales, trop peu de chercheurs et de praticiens les utilisent pour expliquer les processus de changement thérapeutique. Beck et Haaga (1992) recommandent justement une telle démarche explicative en soulignant la nécessité de raffiner la compréhension des mécanismes d'intervention.

Le cadre thérapeutique

Frank (1976) est sans doute celui qui a le plus souligné l'importance du cadre thérapeutique comme environnement thérapeutique. Ce cadre joue un rôle de protection, de sécurité, de stabilité et de stimulation pour le client. Dans les thérapies cognitives comportementales offertes aux clients souffrant de délires et d'hallucinations, ce cadre prend plus d'importance encore. La plupart des auteurs s'entendent sur l'importance d'offrir un cadre structurant et sécurisant aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Cette structure, tant pour la constance dans l'heure et le lieu des rencontres que pour le type d'échange, aide les clients à maintenir leurs frontières personnelles et à diminuer le stress vécu. Le contenu des délires de plusieurs comprend des aspects paranoïdes, d'où l'importance d'offrir un traitement structuré qui peut engendrer un climat de confiance et une alliance thérapeutique. Drake et Sederer (1986) ont remarqué que les thérapeutes actifs, offrant une intervention structurée et supportante, obtenaient de meilleurs effets thérapeutiques que les thérapeutes non structurants. Un style d'interaction sans directionnalité peut en fait susciter de l'anxiété chez des clients souffrant de troubles graves (Jensen, 1982). Tous les traitements qui démontrent de l'efficacité dans la diminution des symptômes, sont aussi des interventions où les buts visés sont énoncés très clairement et répétés souvent. En énonçant le ou les buts de la thérapie en début de chaque rencontre, le thérapeute contribue à diminuer le niveau d'anxiété et à créer une atmosphère sécurisante. De plus, l'établissement de buts personnels étant souvent une des lacunes retrouvées chez les personnes souffrant de troubles graves, la formation de buts précis lors d'une intervention thérapeutique peut servir de modèle incitatif et même faciliter la généralisation des apprentissages (Vaccaro, 1992). Le cadre thérapeutique représente souvent une première étape fondamentale vers la maîtrise des difficultés en contribuant à donner un lieu d'espoir et de sécurité.

L'avenir de la TCB : une question de sagesse cumulative

Il est de plus en plus évident que la thérapie cognitive comportementale avec ces diverses modalités est efficace dans le traitement symptomatique des délires et des hallucinations. Voilà des résultats prometteurs. D'autant plus que toute une gamme de modalités thérapeutiques récemment développées manifestent des taux d'efficacité tout aussi remarquables (Chadwick et Birchwood, 1994). Parallèlement, une série de questions touchant ces résultats positifs ou demeurent sans réponse ou amènent des explications pour le moins ambiguës et déroutantes. Voici quelques-unes de ces questions.

- Quelles composantes thérapeutiques spécifiques contribuent à l'obtention de résultats positifs ?
- Comment expliquer la variabilité dans les résultats obtenus avec les mêmes modalités thérapeutiques ?
- Quels clients et surtout quelles variables du client prédisent le plus les résultats thérapeutiques ?
- Quelle devrait être la durée optimale d'un traitement ?
- Comment maintenir les gains thérapeutiques ?

Fondamentalement, malgré sa relative jeunesse, ce nouveau champ d'application en est à s'interroger sur les mécanismes et les processus du changement thérapeutique. Plusieurs chercheurs commencent à tenter d'identifier et d'opérationnaliser les principes et mécanismes thérapeutiques sous-jacents à l'application des techniques cognitives et comportementales (Wykes et al., 1998).

En 1952, Eysenck fut le premier à vérifier empiriquement que la psychothérapie était efficace. Depuis, on a maintes fois démontré l'efficacité de plusieurs modalités thérapeutiques auprès d'une diversité de problèmes. Puis, on a procédé à des études comparatives de diverses approches thérapeutiques et de diverses modalités thérapeutiques pour finalement constater l'existence de facteurs communs agissant de façon déterminante dans l'obtention de résultats positifs, quelle que soit l'approche thérapeutique préconisée. Ces facteurs communs ont été depuis contextualisés dans une matrice complexe où interagissent les variables du client, du thérapeute et des techniques. La plupart des recherches contemporaines qui tentent de mieux cerner comment s'opère le changement thérapeutique étudient certaines variables spécifiques soit du client, du thérapeute et des techniques soit de la relation, tout en tenant compte du caractère complexe, interactif et dynamique de la psychothérapie.

Depuis 1978, quatre *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, édités par Bergin et Garfield, témoignent des efforts patients et rigoureux de maints chercheurs.

Curieusement, il semble qu'à chaque fois que de nouvelles applications thérapeutiques sont élaborées pour répondre aux besoins spécifiques de nouvelles populations, comme par exemple pour les personnes atteintes de troubles graves ou encore pour les toxicomanes, le processus de quête du savoir repart au point de départ en ignorant l'ensemble des connaissances acquises auprès d'autres populations. Peut-être est-il possible d'éviter pareil écueil dans le développement, encore récent, de traitements psychologiques auprès de personnes atteintes de troubles graves ?

Si on tentait de formuler comment les thérapies cognitives comportementales pourraient mettre à profit les résultats les plus probants accumulés dans l'ensemble des recherches portant sur les processus et les résultats thérapeutiques, quelles seraient les recommandations à retenir ?

- 1) D'abord, reconnaître la pluridimensionalité des variables du client se manifestant autant de façon interne qu'externe. Déjà, les nouvelles thérapies cognitives comportementales formulées à l'intention des personnes souffrant de délires et d'hallucinations ont commencé à identifier et opérationnaliser certaines des dimensions centrales de l'expérience subjective du client (Garety et al., 1998).
- 2) Définir et articuler l'influence déterminante des variables du thérapeute sur l'évolution du processus thérapeutique et sur l'obtention de résultats positifs. Au-delà de la compétence technique, le thérapeute doit apprendre à réguler son expérience subjective et son expérience interactive auprès des personnes présentant des troubles et des vulnérabilités graves. La lecture de protocoles d'intervention des thérapies cognitives comportementales mentionnent bien, ici et là, quoiqu'en marge, quelques trucs ou considérations à respecter pour le thérapeute. Un travail important reste à accomplir afin de reconnaître et d'opérationnaliser les variables du thérapeute.

On peut facilement supposer que cette tâche s'impose impérieusement au clinicien qui doit offrir des services thérapeutiques à des populations souffrant de troubles graves, surtout dans la perspective où celui-ci tient compte justement de l'expérience subjective de la vulnérabilité des clients. Dans une large mesure, il est possible de postuler que l'avenir des thérapies cognitives comportementales reposera en grande partie sur la capacité du thérapeute à recon-

naître l'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles ainsi que son expérience subjective dans l'évolution du processus thérapeutique.

- 3) De plus, l'utilisation pertinente des techniques d'intervention ne peut être envisagée sans la reconnaissance de l'influence prépondérante de la relation thérapeutique. Comme l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant l'influence la plus déterminante du succès thérapeutique, il semble primordial que les thérapies cognitives comportementales lui accordent toute son importance. Les travaux de Linehan (1993) et de Young (1994) offrent en ce sens des exemples de thérapies cognitives modifiées dans un effort pour intégrer la relation thérapeutique au programme d'intervention auprès des personnes souffrant de troubles de la personnalité.

L'avenir des thérapies cognitives comportementales dans leur application auprès de personnes souffrant de troubles graves dépendra, dans une large mesure, de la capacité à utiliser les résultats les plus probants portant sur les processus thérapeutiques qui contribuent à obtenir des résultats positifs. À l'instar de l'évolution récente de la psychothérapie, ces thérapies devront procéder à des modifications substantielles pour intégrer les facteurs essentiels au changement thérapeutique (Orlinsky et al., 1994). Au-delà des allégeances théoriques, les résultats de recherche sur les processus et les résultats thérapeutiques invitent à reconnaître le caractère contextuel, interactif et dynamique de la psychothérapie où s'entremêlent les variables du client, du thérapeute et des techniques.

RÉFÉRENCES

- BANDURA, A., 1986, *Social Foundations of Thought and Action*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- BECK, A. T., HAAGA, D. A., 1992, The future of cognitive therapy, *Psychotherapy*, 29, 34-38.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford Press.
- BERGIN, A. E., GARFIELD, S. L., 1994, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley.
- BEUTLER, L. E., 1989, Differential treatment selection: the role of diagnosis in psychotherapy, *Psychotherapy*, 26, 271-281.

- BRABENDER, V., FALLOON, A., 1993, *Models of Inclient Group Psychotherapy*, Washington, D.C., American Psychological Association Press.
- BRENNER, H., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P., 1992, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia Patients*, Toronto, Hogrefe and Huber.
- CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., 1994, Psychotherapy integration: An idea whose time has come, *Applied and Preventive Psychology*, 3, 159-172.
- CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., WISER, S., RAUE, P.J., HAYES, A. M., 1996, Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497-504.
- CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P., 1996, *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Chichester, England, Wiley.
- CHADWICK, P. D., BIRCHWOOD, M., 1994, Challenging the omnipotence of voices : A cognitive approach to auditory hallucinations, *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- DILK, M. N., BOND, G. R., 1996, Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346.
- DRAKE, R. E., SEDERER, L. I., 1986, The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry*, 27, 313-326.
- EYSENCK, H. J., 1952, The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FOWLER, D., GARETY, P.A., KUIPERS, L., 1995, *Cognitive Behaviour Therapy for People with Psychosis : A Clinical Handbook*, Chichester, Wiley.
- FRANK, A. F., GUNDERSON, J. G., 1990, The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome, *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-235.
- FRANK, J. D., 1976, Psychotherapy and the sense of mastery, in Spitzer, R.L., Klein, D.F., éds, *Evaluation of Psychotherapies: Behavioral Therapies, Drug Therapies and their Interactions*, Baltimore, The John Hopkins University Press.
- GARETY, P., DUNN, G., FOWLER, D., KUIPERS, E., 1998, The evaluation of cognitive behaviour therapy for psychosis, Chapitre 6, in Winkes, T., Tarrier, N., Lewis, S., éds, *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, Chichester, UK, Wiley and sons.

- GARETY, P., FOWLER, D., KUIPERS, E., FREEMAN, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P., HADLEY, C., JONES, S., 1997, London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- GASTON, L., 1990, The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations, *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- GASTON, L., MARMAR, C. R., CALLAGHES, D., THOMPSON, L. W., 1991, Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process, *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.
- GOLDFRIED, M R., 1982, *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*, New York, Springer-Verlag.
- GRENCAVAGE. L., NORCROSS, J. C., 1990, What are the commonalities among the therapeutic factors, *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- HALFORD, W. K., HAYES, R., 1991, Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic clients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation, *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- HENRY, W. P., STRUPP, H. H., BUTLER, S. F., SCHACHT, T. E., BINDER, J. L., 1993, Effects of training in time-limited psychotherapy: Changes in therapist behavior, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- HUQ, S. F., GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., 1988, Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- INGRAM, R. E., HOLLON, S. D., 1986, Cognitive therapy for depression from an information processing perspective, in Ingram, R.E., éd., *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, San Diego, CA., Academic Press.
- JENSEN, J. L., 1982, The relationship of leadership technique and anxiety level in group therapy with chronic schizophrenics, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 237-248.
- JOHNSTONE, E. C., SANDLER, R., 1998, Pharmacological treatments in schizophrenia, Chapitre 24, in Mueser, K.T., Tarrier, N., éd., *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston, Allyn and Bacon.
- KIESLER, D. J., 1966, Several myths of psychotherapy research and the search for a paradigm, *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

- KINGDON, D., TURKINGTON, D., 1998, Cognitive behaviour therapy for schizophrenia, Chapitre 4, in Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, S., édés, *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, Chichester, UK, Wiley and sons.
- KINGDON, D., TURKINGTON, D., JOHN, C., 1994, Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: The amenability of delusions and hallucinations to reasoning, *British Journal of Psychiatry*, 164, 5, 581-587.
- KUIPERS, E., 1998, Working with carers : Interventions for relative and staff carers of those who have psychosis, Chapitre 11, in Wykes, T., Tarrier, N. Lewis, S., édés., *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, Chichester, UK, Wiley and sons.
- KUIPERS, E., GARETY, P., FOWLER, D., FREEMAN, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P., HADLEY, C., 1997, London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Effects of treatment phase, *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- LAMBERT, M. J., 1989, The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome (Special Issue: Psychotherapy process research), *Clinical Psychology Review*, 9, 4, 469-485.
- LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E., 1994, The effectiveness of psychotherapy, in Bergin, A.E., Garfield, S.L., édés., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley.
- LECLERC, C., LESAGE, A., RICARD, N., LECOMTE, T., CYR, M., non publié, *Effects of a Stress Management Module for Persons Suffering from Schizophrenia (PSS): An Experimental Study*.
- LECOMTE, C., 1987, Et maintenant que faire? Les psychothérapeutes face à l'éclectisme, in Lecomte, C., Castonguay, L.G., *Rapprochement et intégration en psychothérapie: psychanalyse, humanisme et behaviorisme*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- LECOMTE, T., CYR, M., LESAGE, A., WILDE, J., LECLERC, C., RICARD, N., sous presse, Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, juillet 1999.
- LEVINE, J., BARAK, Y., GRANEK, I., 1998, Cognitive group therapy for paranoid schizophrenics: Applying cognitive dissonance, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12, 3-12.
- LIBERMAN, R. P., 1994, Psychosocial treatments for schizophrenia, *Psychiatry*, 57, 104-114.

- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Disorder*, New York, Guilford Press.
- ORANGE, A. M., ATWOOD, G. E., STOLOROW, R. D., 1997, *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, New-Jersey, Analytic Press.
- ORLINSKY, D. E., HOWARD, K. E., 1986, Process and outcome in psychotherapy, in Garfield, S.L., Bergin, A.E., eds, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3^e éd.), New York, Wiley.
- ORLINSKY, D. E., GROWE, D., PARKS, B. K., 1994, Process and outcome in psychotherapy, in Garfield, S.L., Bergin, A.E., eds., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley.
- PAUL, G. L., 1966, *Insight vs Desensitization in Psychotherapy*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- PAUL, G. L., LENTZ, R. J., 1977, *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Clients: Milieu versus Social-learning Programs*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- ROSENWEIG, S., 1936, Some implicit factors in diverse methods of psychotherapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- SAFRAN, J. D., SEGAL, Z. V., 1990, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, New York, Basic Books.
- SCHEIDLINGER, S., 1994, An overview of nine decades of group psychotherapy, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 3, 217-225.
- SELLWOOD, W., HADDOCK, G., TARRIER, N., YUSUPOFF, L., 1994, Advances in the psychological management of positive symptoms of schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, 6, 201-215.
- TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSUPOFF, L., UGARTEBURU, I., 1993, A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic clients: 1 Outcome, *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- VACCARO, J. V., 1992, Group treatment or group rehabilitation: Comment on Kahn and Kahn, «Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia», *Community Mental Health Journal*, 28, 6, 555-560.
- WOLFE, B. E., GOLDFRIED, M. R., 1988, Research on psychotherapy integration: Recommendation and conclusions from an NIMH Workshop, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.

- WYKES, T., TARRIER, N., LEWIS, S., 1998, Innovation and outcome in the psychological treatments for schizophrenia : The way ahead ? Chapitre 1, in Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, S., eds., *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, Chichester, UK, Wiley and Sons.
- YOUNG, J. E., 1994, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*, Sarasota, Professional Resource Press.

ABSTRACT

Beyond cognitive behavioral techniques in the treatment of severe mental disorders: Common factors

Cognitive behavioral therapies have recently experienced success especially in the treatment of delusions in persons suffering from severe mental disorders. Many questions remain unanswered particularly regarding active ingredients in the efficiency of this mode of intervention. The authors propose an integrative reflection where common factors such as variables of both client and therapist as well as their relationship serve as leads for exploration and explanation.

RESUMEN

Más allá y por encima de las técnicas behavioristas en el tratamiento de los desórdenes graves : los factores comunes

Las terapias cognoscitivas behavioristas (TCB) han visto recientemente aumentar su éxito, particularmente en el tratamiento de los delirios en las personas que sufren de desórdenes mentales graves. Muchas preguntas permanecen sin respuesta, particularmente en cuanto a los ingredientes activos de la eficacia de este modo de intervención. Los autores proponen una reflexión integrativa en donde los factores comunes como las variables del cliente, del terapeuta y de la relación, sirven de pistas de exploración y de explicación.