

Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive



*Association Francophone
de Formation et de Recherche en
Thérapie Comportementale et Cognitive*



*Association pour l'Etude,
la Modification et la Thérapie
du Comportement*

2014

**Juillet
Vol. XIX - n° 2**

Éditorial

Que de chemin parcouru, que de chemin à parcourir encore !

Valentino Pomini
Rédacteur en chef

Cher Lecteur,

Comme vous le verrez dès la lecture de son sommaire, ce numéro fait la part belle aux troubles obsessionnels-compulsifs et aux enfants.

Je n'ai nulle envie évidemment d'omettre ici la revue de littérature de Philippe Kempeneers et ses collègues sur l'éjaculation précoce qui, en termes de public concerné (15 à 30% de la population masculine, tout de même) touche probablement plus de monde que les trois autres articles réunis ! Mais voilà, la sexologie et la sexothérapie font peut-être partie d'un monde un peu à part, pas toujours forcément fréquenté par la majorité des psychothérapeutes. Et l'on ne peut que se réjouir d'accueillir dans nos colonnes une contribution sur ce domaine, puisque depuis que la revue est en ligne, aucun papier n'a concerné la sexothérapie comportementale et cognitive. Chers auteurs spécialistes de ces questions, à vos plumes !

Mais revenons à nos enfants et à nos troubles obsessionnels-compulsifs. Je ne suis pas un vieux thérapeute à la retraite, à barbe blanche et chevelure cendre, dégarnie voire hirsute, devisant du bon vieux temps avec d'anciens collègues : je suis imberbe - du moins quand je me rase, j'ai encore quelque cheveux noirs, et mes collègues sont loin d'avoir le loisir de deviser du bon vieux temps. Et pourtant, en composant ce numéro, je n'ai pas pu m'empêcher de raviver des souvenirs liés à mes débuts dans la psychiatrie publique lausannoise, et à ma formation en TCC. En effet, au début des années 90, époque à laquelle je me suis formé dans cette approche, les patients souffrant de TOC dans les services psychiatriques publics lausannois constituaient l'indication la plus courante pour une TCC. Démunis face à ces patients difficiles, les psychiatres n'hésitaient pas à m'adresser leurs

cas les plus difficiles, pensant obtenir avec la TCC des résultats sinon miraculeux du moins meilleurs que ceux qu'ils pouvaient espérer à la force de leur thérapie psychodynamique, systémique ou simplement biologique. La thérapie cognitive de la schizophrénie balbutiait : si on pratiquait les premières méthodes de remédiation cognitive, l'approche anglaise du traitement psychologique des délires et hallucinations nous était à peine connue. La thérapie dialectique des troubles de personnalité commençait à se faire connaître, mais on n'était pas encore au point de la pratiquer. On hésitait donc à orienter vers la TCC les patients présentant ces diagnostics. Quant aux troubles anxieux ou à la dépression, ils représentaient probablement des troubles que mes collègues estimaient suffisamment adaptés à leurs méthodes d'intervention thérapeutiques pour ne pas devoir les envoyer en TCC.

Ainsi donc, la TCC du TOC m'accompagna dans mes débuts, et cela non sans difficulté, car bien que convaincu de son intérêt, il m'apparaissait souvent difficile de bien la conduire ; et je compris assez vite que je n'étais pas le seul dans cette situation. Combien aurais-je aimé à l'époque pouvoir lire un article comme celui de Valérie Perreault et Kieron O'Connor sur l'approche basée sur les inférences.

Chers lecteurs, vous y apprécierez sûrement la minutie avec laquelle cette variante de la thérapie cognitive permet de travailler sur la question du doute obsessionnel qui, chez certains patients, est à la base de cette résistance à l'approche comportementale par l'exposition avec prévention de la réponse ou aux techniques de contre-argumentation enseignées par Beck et ses successeurs. Perreault et O'Connor montrent bien comment

ces idées surévaluées correspondent à une conviction quasiment délirante dans les conséquences négatives associées au doute. Ceci me conduisait souvent à débattre sans fin avec mes collègues sur un diagnostic différentiel TOC-psychose ; et ma superviseuse d'alors à me répéter inlassablement : « le TOC est un problème de risque » (sous-entendu à accepter de prendre puis à tolérer), mais sans jamais m'inciter à analyser puis modifier avec la précision de Perreault et O'Connor les processus cognitifs en jeu. La comparaison que font les auteurs entre un modèle phobique du TOC et leur modèle, les comparaisons entre TCC et TBI ainsi que la description détaillée du traitement inciteront, j'espère, à réfléchir et appliquer ce modèle, nous pousseront à inviter nos collègues canadiens pour nous former et l'essayer dans les meilleures conditions de compréhension et de pratique. Certes, comme nombre de nouvelles pratiques thérapeutiques cognitivo-comportementales, la TBI doit encore faire ses preuves empiriques selon les standards de la pratique basée sur l'évidence. Mais je ne doute pas qu'elle représente déjà aujourd'hui une alternative assez convaincante pour combler les lacunes que nombre d'entre nous, amateurs de thérapie cognitive pour le traitement du TOC, attendions pour améliorer notre efficacité auprès de certains de ces patients difficiles et redoutables.

Que de chemin parcouru donc au cours de ces deux ou trois dernières décennies. Et les articles sur la TCC de l'enfant qui complètent ce numéro ne peuvent que conforter mon opinion. Ici point de souvenirs, je n'ai jamais été un thérapeute d'enfants ; si ce n'est peut-être une sympathique et joviale thérapie contre la phobie des oiseaux, où mes propres enfants s'étaient révélés d'innocents mais efficaces co-thérapeutes. Ils avaient réussi mieux que quiconque à convaincre une petite fille à transformer la terrifiante épreuve que représentaient la vue et l'approche des pigeons, en un jeu, au début un peu déroutant mais ensuite passionnant, où ils partaient à la découverte des oiseaux dans les parcs, s'amusaient à les approcher, les nourrir ou à leur faire peur au gré de leur fantaisie. Je

n'avais presque plus qu'à observer avec fascination la simplicité avec laquelle ils avaient conduit tout cela, sans jamais vraiment savoir pourquoi ils le faisaient, simplicité que je n'aurais sans doute jamais pu même effleurer. Quelle efficacité pour cette petite fille qui avait fini par compromettre sa scolarité à cause de ces maudits volatils sur le chemin de l'école ou dans les préhauts !

Je ne peux m'empêcher de penser combien dans nos contrées l'offre TCC réellement spécialisée pour les enfants et les adolescents reste encore limitée, insuffisante. La formation y est carrément inexistante, ou presque. Les collègues suisses romands qui pratiquent les TCC auprès d'enfants et d'adolescents sont pour la plupart des thérapeutes formés aux TCC de l'adulte qui ont adapté pour leur clientèle ce qu'ils avaient appris dans les cours classiques de TCC chez l'adulte, parsemant leur parcours de quelques ateliers de formation. Et pourtant il existe des thérapeutes vraiment spécialisés, issus de cursus de formation ciblés sur les enfants et adolescents, s'étalant sur 5 années. Ceux-là, chez nous, doivent aussi savoir l'allemand. Car cette formation est en Suisse uniquement donnée dans la langue de Goethe. Mais les temps changent : si nos collègues thérapeutes germanophones ont été en mesure de monter des formations complètes et rigoureuses dans ce domaine, nul doute que nous pouvons et devons leur emboîter le pas et offrir à notre tour non pas des modules isolés, voire parfois de pâles copies de ce qui se fait en TCC adulte, mais de véritables cursus, sérieux et spécifiques, qui conduiront les futurs thérapeutes à se spécialiser dans un domaine où dominent encore trop souvent des thérapies peu empiriquement fondées.

Cher Lecteur, je n'ai que trop parlé. Il est grand temps maintenant de prendre connaissance de ces contributions. Et qui sait, peut-être raviveront-elles aussi quelques souvenirs anciens qui rappelleront tout le chemin parcouru jusqu'à aujourd'hui ? sans faire pour autant oublier celui qu'il nous reste encore à parcourir...