

Université A/MIRA de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



Les psychothérapies 3

Polycopié préparé par :
Dr. HATEM Wahiba

Semestre : 01

Unité d'enseignement : Fondamentale

Matière : Les psychothérapies 3

Crédits : 05

Coefficients : 02

Enseignante de la matière : Dr. Hatem

Objectif de cet enseignement :

-Permettre à l'étudiant de connaître les différentes techniques thérapeutiques, s'appuyant sur diverses assises théoriques, utilisées dans le traitement des troubles psychologiques.

Les prérequis :

L'étudiant doit préalablement avoir acquis les notions fondamentales liées à la personnalité et aux troubles.

Contenu de la matière

Présentation de cas pratiques de prise en charge de quelques troubles psychologiques

Mode d'évaluation : Examen, évaluation continue

Introduction

Si la psychopathologie est la science qui étudie les perturbations du comportement et de l'expérience de l'homme, les psychothérapies devraient être définies comme les approches destinées à les améliorer.

La psychothérapie n'est pas une démarche anodine. La proposition peut venir d'un tiers : médecin, proche, collègue,... qui constate que nous n'allons pas bien, que nous sommes triste, irritable, angoissé, sans énergie, tenant des propos inhabituels,.....

Lorsque la souffrance psychique est intense, ou qu'elle dure et qu'elle requiert le recours à une aide spécialisée. Pouvoir mettre des mots sur des émotions qui nous submergent, rompre un silence qui nous isole, exprimer une colère retenue, parler de la honte qui nous ronge a-t-il vraiment une valeur thérapeutique ?

La psychothérapie peut être indiquée dans différentes situations problématiques, difficultés transitoires ou durables, symptômes qui perturbent la vie quotidienne ou relationnelle, pathologies psychiatriques. Elle peut être une alternative aux médicaments mais elle peut aussi y être associée.

Une psychothérapie adéquate peut permettre de dépasser une situation problématique, de modifier un comportement autodestructeur, d'améliorer la reconnaissance de signes annonciateurs d'une crise psychique, l'acceptation d'un traitement nécessaire, d'influencer positivement un pronostic, et, ce qui est très important, de favoriser le développement des ressources propres (Kolatte E., 2013).

L'enseignement de la matière « Les psychothérapies » s'étale sur trois semestres avec l'objectif de permettre aux étudiants de connaître les différentes techniques thérapeutiques, s'appuyant sur diverses assises théoriques, utilisées dans le traitement des troubles psychologiques. Après avoir abordé lors de l'année précédente « Les psychothérapies 1 et 2 » où l'accent a été mis sur les psychothérapies psychanalytiques et les psychothérapies cognitives et

comportementales, nous nous pencherons dans « Les psychothérapies 3 » sur la présentation de cas pratiques de prise en charge de quelques troubles psychologiques.

1. La relaxation

Cas clinique

Louis, 11 ans, consulte pour **une énurésie primaire et des tics** de plus en plus gênants. Le neurologue qui le suit depuis 6 mois a prescrit du Temesta® matin et soir ainsi que de la Béclamide® trois fois par jour. En même temps, et parce que **les tics persistent**, il a conseillé aux parents de consulter pour **une relaxation** thérapeutique. Mère et fils sont présents lors du premier entretien : Louis est le deuxième d'une fratrie de deux, né comme l'aîné par césarienne. Il a été élevé par une nourrice jusqu'à l'âge de 8 mois, puis la famille a déménagé : c'est à ce moment-là que des troubles du sommeil et surtout d'endormissement (qui, dit la mère, persistent aujourd'hui) sont apparus. Malgré la distance, il va voir régulièrement cette nourrice à laquelle il est très attaché. Il a parlé à l'âge de 3 ans (entrée à la maternelle) et la mère décrit ainsi son fils : « Il est trop possessif, le cordon ombilical est très difficile à couper... Il est trop affectueux... D'ailleurs, il n'admet pas que son frère ait la même mère ! » Les tics sont apparus à l'entrée au CP ; ils se manifestent essentiellement à l'école, à la maison seulement quand il est très fatigué. Ce sont des grimaces incessantes, accompagnées de haussements d'épaule et de mouvements oculaires très impressionnants. Les copains se moquent de lui, dit-il. La mère a souffert elle-même de tics lorsqu'elle était enfant, on la disait également très possessive (elle est la deuxième de la fratrie, comme son fils), mais elle ajoute : « Les liens du sang, je n'y crois pas, j'ai eu deux césariennes, je les ai pas vus arriver. » À ce moment de l'entretien, Louis demande à sortir du bureau pour aller aux toilettes... La mère poursuit alors l'inventaire des difficultés de son fils : il n'a pas de copains, il est très lent, son professeur principal ne le supporte pas et le met à la porte de son cours quand « il fait ses tics ». En mathématiques, il ne sait pas raisonner et il est nul en expression écrite. Les seules choses qui l'intéressent, ce sont l'histoire et le dessin (copier des dessins). À la maison, elle décrit un enfant capricieux.

– « Et avec son père ? – Ils se heurtent, il a peur de lui car il a une grosse voix. » Seul, Louis évoque d'emblée sa souffrance par rapport à ses cauchemars, cauchemars qui persistent quand il est éveillé. C'est pourquoi il a peur de s'endormir : « Une grande paire de ciseaux qui s'approche de moi, s'écarte, puis revient. »

Aucun tic pendant ce premier entretien.

Le père vient à la seconde rencontre : en présence de son fils, il montre beaucoup d'agacement en même temps qu'il banalise les symptômes et les met sur le compte de caprices. Il reconnaît que sa femme s'occupe trop de Louis, mais ne propose pas pour autant de participer davantage à son éducation : « Je n'ai pas de temps, j'ai trop de travail. » Il soupçonne Louis de « faire ses tics exprès pour embêter les professeurs ». Il accepte cependant l'idée d'un suivi pour stopper la prise de médicaments et parce que le neurologue leur a conseillé de venir. Les premières séances sont pour Louis une véritable découverte, il se montre très intéressé par la nomination, le toucher, la mobilisation des membres, il met beaucoup de temps à faire sa reprise, garde les yeux grands ouverts, sans aucun tic – il semble au contraire très calme. La relaxation, investie grâce au transfert au neurologue qui l'adresse, permet assez vite à Louis d'assouplir le lien fusionnel à sa mère, lien avec lequel il se débat longtemps. Les tics à l'entrée au CP semblaient effectivement adressés à la maîtresse : celle-ci était l'objet d'un conflit impossible à résoudre pour lui, parce que ne pouvant être que la rivale de la mère et donc désinvestie de sa mission de transmettre un savoir. Chaque année, le même scénario se reproduisait, les tics venant ponctuer ce mal-être, le père restant à l'écart du conflit scolaire mère–maîtresse. Dès les premières séances, Louis parle de ses cauchemars : « Je les fais toujours, mais maintenant je ne les vois plus quand je me réveille. » Arrive plus tard le séjour de ski avec sa classe, auquel il avait renoncé à cause de son énurésie et parce qu'il ne s'était jamais séparé de sa mère. Il décide d'y aller (sa mère s'empresse de prévenir tous les responsables de l'énurésie de son fils). À son retour, il dit n'avoir pas eu le temps de faire des séances de relaxation pendant la durée du séjour, mais il est très content car l'énurésie ne s'est pas manifestée. Il vient seul maintenant à ses séances de relaxation. Louis parle très peu de lui ; en revanche, il est de plus en plus à l'aise dans sa posture, dans son attitude vis-à-vis des autres enfants ; les troubles du sommeil ont totalement disparu au moment de la respiration ; quant aux tics, il ne les a jamais ni évoqués, ni montrés. Le neurologue nous a fait savoir qu'il avait considérablement diminué les doses de médicaments et, sur le plan scolaire, le passage en cinquième est programmé.

L'expérience de Louis montre la complexité des enjeux aboutissant à une demande de relaxation, les aménagements ainsi que les décalages que permet le déroulement d'une cure, et l'importance du transfert initial, ici au neurologue, qui a fait d'emblée l'hypothèse que cet enfant ne souffrait pas de troubles

neurologiques, mais pouvait bénéficier d'une relaxation thérapeutique. (Bergès-Bounes M. & al., 2008, pp.6-7)

Historique de la technique utilisée

La relaxation s'inscrit dans la tradition de « l'art de guérir » bien avant l'apparition de l'hypnose en Europe. Elle remonte aux origines de la médecine des civilisations antiques.

La relaxation basée des études scientifiques est née simultanément en Allemagne avec **Schultz** (1884-1970)



et aux États-Unis avec **Edmund Jacobson** (1888-1983).



Effets physiologiques de la relaxation

La relaxation provoque des modifications psychologiques subjectives qui dépendent du cadre dans lequel la relaxation est réalisée, de la personne, de ses attentes...

Le « retrait » du monde extérieur pendant la relaxation favorise l'attention sur soi. La réduction des stimulations, la voix du thérapeute qui accompagne le relaxé et qui focalise son attention favorise la concentration et l'apaisement.

Le fonctionnement du corps est sous le contrôle du système nerveux autonome (SNA) qui comporte 2 parties :

- Le système nerveux sympathique (SNS) excitateur, il accélère le fonctionnement de presque tous les organes ;
- Le système nerveux parasympathique (SNPS) inhibiteur qui ralentit presque tous les organes.

La relaxation correspond à la mise au repos du SNS et l'activation du SNPS avec des modifications physiologiques :

1. Modification du rythme cardiaque : **diminution de la fréquence cardiaque** ;
2. **Diminution du rythme respiratoire** ;
3. **Diminution de la pression artérielle** ;
4. **Hypométabolisme** : diminution des besoins en oxygène de l'organisme et diminution du métabolisme de base : diminution de la sécrétion de cortisone, de l'adrénaline, normalisation de l'hormone thyroïdienne, du cholestérol après relaxation ;
5. **Augmentation de la circulation périphérique** (Chapelle F. & al., 2014, pp.182-183).

Nous aborderons dans ce qui suit, une des 2 relaxations pionnières : **Le Training autogène de Schultz**

La première méthode de relaxation qui s'appuie sur des travaux de recherche de physiologie et de psychologie. Elle est issue de la tradition de l'hypnose.

- Les exercices du training autogène suivent une progression dont les bases sont principalement physiologiques et dont l'extension se fera à partir d'une zone corporelle limitée pour finalement se généraliser à l'ensemble du corps.
- La technique classique utilise des **formules répétitives** pour focaliser la concentration mentale.
- Le cadre de la séance : environnement calme et agréable, température moyenne, demi-obscurité. (facilite la concentration par réduction des stimuli extérieurs)
- Attitude corporelle : confortable, **assis** le dos appuyé sur un fauteuil, la tête droite ou tête penchée vers l'avant et les avant-bras appuyés sur les cuisses ou **allongé**.
- Les enchaînements doivent être progressifs.
- La durée de la relaxation varie de quelques minutes au début à une trentaine de minutes.
- Le sujet est invité à s'exercer chez lui 2 ou 3 fois par jour 1 à 5 minutes par exercice.

Au début de chaque séance

- **Induction au calme** : « je suis tout à fait calme » une seule fois en début de séance (on peut aussi proposer un autre symbole de tranquillité comme un paysage agréable permettant de rentrer plus facilement dans l'idée de détente avec des résonances d'ordre émotionnelles), l'état de repos étant un but à atteindre ultérieurement par décontraction générale du corps.
- **Expérience de la pesanteur** : « le bras (droit ou gauche) est lourd », le sujet est invité à se concentrer sur cette formule répétée lentement

5 ou 6 fois de suite. C'est la décontraction musculaire qui est recherchée. Avec l'entraînement, le sujet fera l'expérience de la généralisation, c'est-à-dire le moment où de façon tout à fait spontanée, dans intervention volontaire, la pesanteur se fera également sentir dans d'autres membres. Schultz intègre dans sa formule les parties du corps qui se sont spontanément alourdies. Par exemple : « Mes bras sont lourds » ou « mes bras et mes jambes sont lourds » et « tout mon corps est lourd », pour terminer par « je suis tout à fait calme et tout mon corps est lourd ». Ainsi se termine la 1^{ère} étape spécifique du training.

Expérience de la chaleur : « le bras (droit ou gauche) est chaud », la décontraction vasculaire est visée, dans le sens d'une vasodilatation périphérique, elle suit en général la détente musculaire. L'établissement d'une sensation de chaleur localisée puis progressivement généralisée procure un effet calmant comparable à l'endormissement. Au fil des séances, répéter l'induction globalisée : « je suis tout à fait calme, tout mon corps est lourd et chaud ». Deuxième étape du training

Contrôle du cœur : « Mon cœur bat calme et fort », le but de cet exercice est de montrer au sujet sa possibilité de maîtriser cette fonction, uniquement par la concentration. La relation entre le système cardio-vasculaire et les facteurs psychiques n'est plus à démontrer. Pour faciliter cet exercice, il est nécessaire de demander au préalable au sujet de se représenter son propre cœur et d'essayer de le sentir en mettant sa main droite sur sa région précordiale, en début de séance, avant l'expérience de la pesanteur et ainsi d'aller à la découverte de ses battements cardiaques. Troisième étape du training.

Contrôle respiratoire : « je respire calmement », avec l'entraînement, le rythme respiratoire devient plus tranquille, régulier que le sujet peut le ressentir, on peut alors proposer la formule : « je suis toute respiration » pour intensifier les sensations. Le relaxé est juste invité à accueillir sa respiration. Autre formule proposée : « mon corps est tout à fait lourd, tout à fait chaud, mon cœur travaille très calmement, suis toute respiration ». Quatrième étape du training

- **Chaleur au niveau de l'abdomen :** « Mon plexus solaire est tout chaud » ou « Mon plexus solaire est inondé de chaleur », on invite le relaxé à ressentir dans toute la région abdominale une douce chaleur qui a une action sédative et assoupissante. La région du plexus solaire est située entre l'appendice xiphoïde et le nombril, la montrer au sujet pour une meilleure représentation et lui demander de poser sa main sur l'abdomen en état de concentration. Cinquième étape du training (Chapelle F. & al., 2014, pp.184-186).



- **Fraîcheur du front :** « Mon front est très frais », le sujet est invité à se concentrer sur une fraîcheur légère et passagère, comme si un souffle frais caressait le front. La technique a conduit à un état où tout le corps repose, décontracté, avec une sensation de pesanteur et de chaleur, avec une activité cardio-respiratoire calme et une sensation de chaleur abdominale agréable. Sixième étape du training.

- **La reprise :** est progressive, on invite la personne à se réorienter « ici et maintenant », à récupérer son état de conscience habituel ainsi que son tonus musculaire, elle se fait par une mobilisation douce des membres, des étirements, une amplification de la respiration : de profondes inspirations, expirations, et par l'ouverture des yeux en dernier. Il est recommandé de rester étendu quelques minutes après la fin de l'exercice pour une complète récupération. (Chapelle F. & al., 2014, p.187).

Les indications

Loin d'être une panacée, la relaxation a pourtant des indications assez larges. Sur le plan des patients concernés, certains troubles somatiques. Dans le registre des troubles psychiatriques, les états anxieux ou les troubles psychosexuels sont de bonnes indications. Les patients psychotiques peuvent être inclus, avec prudence dans des programmes de relaxation, mais certains auteurs considèrent qu'il y a plutôt contre-indication dans ce cas-la. De même, les personnes en état dépressif grave répondent mal à des sollicitations de ce type.

Les résultats attendus sont partiels, les relaxations ne prétendent pas un effet curateur radical. C'est pourquoi la relaxation est plus souvent insérée comme technique dans un programme psychothérapeutique qu'employée seule.

2. Le psychodrame

Le mot et la méthode ont été inventés par **Jacob-Levy MORENO** (1892-1974).



Il en donne une définition assez vague « Science qui explore la vérité par des méthodes dramatiques »

- Il s'agit d'une technique de jeu improvisé au sein d'un groupe à des fins de changements pour l'individu.
- Dans les années 1930, Moreno et les psychanalystes s'opposaient ouvertement, avant que le psychodrame institué par Moreno ne soit repris et profondément remanié par les psychanalystes, si bien qu'actuellement existent un psychodrame directement inspiré de Moreno et un psychodrame psychanalytique.
- Quelle que soit l'orientation théorique, le psychodrame présuppose que, dans certaines circonstances, la parole n'est pas suffisante : la mise en scène, la mise en acte du corps et de la parole sont indispensables pour engager un processus psychothérapeutique.

Le psychodrame de Moreno

Caractéristiques

Moreno était médecin d'origine roumaine qui émigra aux USA, passionné de théâtre, il créa le « théâtre impromptu » (1921), expérience qui allait lui donner l'idée de la technique. Le « théâtre impromptu » consistait à faire des improvisations théâtrales à partir d'événements d'actualité. Il constata que le jeu

dramatique pouvait permettre à certaines personnes de prendre conscience de leurs difficultés personnelles et de trouver des issues à leurs conflits. En 1923, naît la technique du psychodrame, qui est selon Moreno à fois une technique psychothérapeutique et une modalité pour améliorer les rapports sociaux. En cela, il s'oppose à l'option individualiste de la psychanalyse et intègre dans la technique le thérapeute et le groupe.

L'effet recherché est d'abord cathartique. C'est le jeu spontané et interactif avec les autres participants qui doit permettre cette catharsis. La spontanéité créatrice –celle que nous avons lorsque nous étions enfants et que nous aurions perdue- est activement recherchée par Moreno. Cette recherche de spontanéité doit nous permettre de sortir des rôles qui nous sont assignés et qui sont induits « par les interactions entre un sujet et son entourage ». Explorer les rôles anciens, et en expérimenter de nouveaux, telles sont les fonctions du psychodrame (Moreno, 1965).

Technique

Cinq paramètres interviennent dans tout psychodrame :

1. Un espace scénique délimité telle une scène de théâtre où l'on s'exprime par le jeu, la parole et le corps ;
2. Un ou plusieurs acteurs (ou protagonistes) qui expriment leurs problèmes, leurs conflits, leurs perceptions (selon qu'il s'agit d'un psychodrame individuel ou collectif) ;
3. Un meneur de jeu qui est animateur du jeu mais aussi thérapeute (il gère l'analyse des situations), il peut ainsi au cours du jeu renverser les rôles, ou suggérer l'incarnation par l'acteur de tel personnage investi ;
4. Les « ego-auxiliaires » expérimentés, capables d'incarner les personnages évoqués par l'acteur (ou jouant parfois le double de l'acteur) ;
5. Un public (membres d'un groupe ou d'une session) invité à réagir au jeu et participant à l'élaboration du sens. Il permet l'émergence du jeu (le groupe est constitué sur ce projet).

Remarque : celui qui bénéficie du psychodrame est appelé acteur ou protagoniste et non patient, ce qui souligne l'aspect premier du jeu.

- La séance se déroule en 3 temps : l'échauffement du groupe, l'action dramatique, l'analyse collective du jeu (Moreno, 1965).
- Le processus thérapeutique est donc basé sur la spontanéité, la créativité, la catharsis (abréaction et prise de conscience) et

l'analyse de l'ici et maintenant (interactions, nature des rôles subis, affects ressentis, modification de la représentation de l'autre...) l'ensemble du groupe participe à cette analyse.

Indications et limites

Les indications sont larges. Le psychodrame s'adresse aussi bien aux enfants et aux adolescents qu'aux adultes. Le psychodrame morenien est souvent utilisé en groupe ou individuellement : pour certains troubles caractériels, pour les conflits conjugaux ou parentaux mais aussi à des fins de formation et d'évolution personnelle par l'intermédiaire des jeux de rôles issus du psychodrame. (Moro M. R. & Lachal C.,2012).

Exemple concret de psychodrame

Jeanne, 42 ans, mariée, mère de quatre enfants, exerçant comme médecin généraliste : elle se ronge les ongles depuis toujours. "*Je me rappelle qu'à la veille de mon mariage, je suis allée chez le coiffeur, et la manucure m'a dit : 'Mademoiselle, je ne sais pas ce que je vais faire de vos ongles... je ne peux pas vous les rallonger'.*" Lorsqu'elle était plus jeune, sa grand-mère avait essayé promesses, cajoleries, produit à mettre sur les doigts... Rien n'y avait fait.

Le psychodrame se déroule au sein du groupe. Au fil de la conversation, soudain, une rage extraordinaire se déchaîne chez Jeanne : "*Pas déranger mon petit frère ! Mais ma poupée, c'est lui qui l'a cassée.*" Elle se rappelle alors que lorsqu'elle avait trois ans, un petit frère est né, et pour sa naissance, on avait donné "son" lit au bébé. Elle, on l'avait mise dans une chambre avec ses frères aînés, et on avait exilé son frère le plus âgé, le temps de trouver une maison plus grande.

La catharsis a bien eu lieu lors du psychodrame : Jeanne a conscientisé qu'elle avait voulu étouffer le petit frère avec un coussin, qu'elle n'avait pas réussi et que c'est depuis ce temps-là, elle se rongait les ongles. Elle exprime : "*Je me rognais les griffes pour ne pas arracher les yeux au petit frère.*" Jeanne, depuis la séance de psychodrame, a cessé de se ronger les ongles. Sauf une fois où elle s'était querellée avec son mari. (Bourahla A., 2019)

3. Le psychodrame psychanalytique

Caractéristiques

Un objectif commun avec le psychodrame morenien « réduire l'écart entre l'apparence du sujet et sa réalité profonde » et pour cela « remonter aux sources du conflit ».

Les psychanalystes ont conservé la technique (mise en scène) dépouillée de sa théorisation, articulant le jeu psychodramatique aux concepts psychanalytiques : être dans une situation, éprouver des affects, des sensations, des fantasmes, des identifications projectives... et connaître le sens de ce qu'on éprouve, telles sont les opérations du psychodrame analytique.

Technique

Un entretien individuel pose l'indication du psychodrame, en accord avec le patient.

- Il n'y a pas de scène au sens propre, simplement deux espaces délimités, un pour le travail d'élaboration du thème et son commentaire, l'autre pour le jeu. On laisse le patient choisir son thème de jeu, individuellement ou en groupe.
- Le thérapeute principal, ou directeur de jeu, psychanalyste de formation, utilisera essentiellement la constatation non directive et l'interprétation : il interprétera le contenu des thèmes et les modalités de jeu en termes de désirs ou de défenses avec les significations inconscientes ; les fantasmes sous-jacents aux conduites sont aussi interprétés. Les interprétations sont en général données en fin de séance. Le jeu est favorisé par le transfert qui s'installe.

En général, le directeur de jeu ne joue pas. Il conduit l'entretien en début de séance et l'activité interprétative lui est réservée.

Les cothérapeutes, qui doivent au moins avoir fait une psychanalyse personnelle prennent le rôle que le patient leur attribue, et la dynamique de leur jeu doit favoriser le processus psychanalytique et le travail d'élaboration du patient (ils sont des représentants de l'inconscient).

- En psychodrame analytique individuel, le groupe de thérapeutes varie de 4 à 8. Pour le psychodrame de groupe, on compte en général 2 à 3 cothérapeutes pour 1 à 4 patients.
- La technique de jeu s'appuie sur 3 temps :
 - La distribution des rôles et leur mise en acte ludique ;
 - La mobilisation du corps et de la parole et leur utilisation au cours du jeu ;

-L'interprétation qui porte sur les contenus mais aussi les contenants et les résistances, en particulier les résistances à respecter les règles du psychodrame.

Ce sont surtout les souvenirs qui sont représentés. Un déploiement de l'imaginaire dans les scènes est favorisé, suivi d'une analyse des identifications, des contenus, et de ses modalités d'expression. De plus, le psychodrame analytique se caractérise par l'analyse du transfert pour éviter toute manipulation et tout passage à l'acte.

Indications et limites

- Comme dans toute technique psychothérapique, le but recherché est un travail d'élaboration.
- Les indications peuvent être exploratoires (à but diagnostique ou à but de traitement), sachant que certaines thérapies menées sous formes de psychodrames se poursuivent par des psychothérapies individuelles « verbales » (cure type ou PIP).
- Le psychodrame psychanalytique est possible chez les enfants, les adolescents et les adultes.
- Le psychodrame sous ses multiples formes est donc, dans certaines situations, une alternative psychothérapique intéressante qui intègre des paramètres qu'ignore la cure type tels que le jeu, le corps et le groupe. (Moro M. R. & Lachal C., 2012).

Principales techniques TCC selon les troubles psychiques

1. Phobie sociale

C'est une anxiété sociale intense inadaptée qui fait que le sujet a peur des relations sociales et tend à les éviter. Autant l'anxiété sociale adaptée est normale et ne pose pas problème, autant quand elle devient pathologique, elle peut avoir des conséquences dommageables importantes pour le sujet (souffrance psychique, isolement, échec ou limitation dans les études et le travail...). Très souvent, au cœur de la phobie sociale, se trouvent d'intenses sentiments de honte et la peur que les autres puissent « découvrir combien l'on est mauvais et inférieur en réalité ». Cette honte, intime et masquée, apparaît souvent au deuxième plan, après l'anxiété sociale qui est plus visible : la honte est parfois inconsciente. Pourtant, cette honte pourrait être le moteur de la phobie sociale. Ces patients ont souvent une estime de soi basse. Ainsi, la première étape de la stratégie thérapeutique consiste à travailler sur le sentiment de honte et à **rehausser l'estime de soi** par un travail de **restructuration cognitive** autour des pensées automatiques irrationnelles associées à la honte. Entretien socratique, colonnes de Beck, exercices de

psychologie positive sur ses propres qualités permettent dans une première étape d'atteindre cet objectif. Une fois cela fait, la deuxième étape cible l'anxiété sociale elle-même. Des exercices **d'exposition aux stimuli sociaux** (regards, échanges non verbaux et verbaux...) sont alors utiles pour désensibiliser le sujet à ces stimuli anxiogènes. Ensuite il s'agit de l'amener à se préparer aux relations sociales en utilisant des techniques **d'affirmation de soi** par les jeux de rôles avec le thérapeute en individuel ou en groupe, puis en effectuant des exercices relationnels dans des situations réelles. Des exercices d'exposition en situation réelle (par exemple, demander son chemin une dizaine de fois à des passants...) sont souvent nécessaires, en présence du thérapeute d'abord, puis le patient seul ensuite. (Bouvet C., 2020, pp.123-124).

➤ **Affirmation de soi**

Techniques pour les situations sociales de grande fréquence :

Le disque rayé

Le « disque rayé » consiste, dans une situation où l'on est en opposition avec quelqu'un –par exemple, situation de vente ou de refus de vente-, à répéter de façon tranquille et opiniâtre son point de vue sans varier le moins du monde (sans donner de justification ou exprimer des sentiments agressifs) comme un disque rayé répète toujours la même chose. Cette technique doit être utilisée avec une certaine prudence : elle est souvent plus proche d'un comportement agressif que d'un comportement assertif.

L'écran de brouillard

Est une technique qui enseigne l'acceptation de la critique manipulatoire mais d'une façon particulière, d'une part en reconnaissant qu'il y a certainement du vrai dans la critique, d'autre part que l'on reste seul juge de ce que l'on fait ; par exemple : « Je sais bien que cela vous ennuie que je ne vienne pas au rendez-vous, mais c'est la seule chose que je puisse faire. »

La recherche de l'information disponible

C'est une technique qui enseigne la reconnaissance d'indices simples donnés par l'autre sur ce qui peut l'intéresser. Cette technique mobilise l'empathie et l'identification pour permettre une meilleure rencontre sociale.

L'affirmation négative

L'« affirmation négative » consiste à accepter les fautes et les erreurs commises en se mettant d'accord avec les critiques hostiles ou constructives qui s'adressent aux défauts.

L'enquête négative

Elle enseigne la stimulation active de la critique afin de l'utiliser ou la faire cesser pour pouvoir supporter la critique et la rendre directe et par-là même non manipulatoire.

Parler de soi

« Parler de soi » consiste à accepter que la discussion s'engage à la fois sur les aspects positifs et négatifs de la personnalité de façon à faciliter l'expression et à accroître les communications sociales.

Techniques pour modifier l'inhibition :

Elles mettent en œuvre le doublage (jouer en se mettant derrière le sujet) ou l'utilisation d'un souffleur. Pour certains sujets très inhibés et ne pouvant parler : les faire jouer, comme s'ils étaient acteurs d'un film muet. Il est également possible de mettre à la place d'une personne réelle un oreiller ou une chaise vide, ce qui peut soit angoisser soit faciliter l'expression.

Assertion couverte, ou interne

Avant le jeu de rôle, le patient se représente la situation problème tout en ayant une réponse affirmative d'où il retire des conséquences positives. Cette technique très utile est sans difficulté.

Un face au groupe

Cette technique consiste à placer quelqu'un au centre d'un groupe pour qu'il ait une succession d'interactions verbales ou non verbales. Par exemple, des échanges de compliments ou l'acceptation pure et simple de compliments représentent une technique très intéressante : par sa durée et sa répétition, elle permet au sujet de s'habituer au contact social.

Le jeu en implosion

Il consiste à exagérer le rôle et à provoquer une certaine angoisse chez le patient, qui perd alors le contrôle de la situation. Ce jeu doit être poursuivi jusqu'à ce que le sujet expérimente une décroissance de l'angoisse. Le principe est le même que pour les autres traitements par exposition prolongée.

Affirmation par la confrontation

Elle consiste à enseigner au patient lorsqu'il se trouve en face d'une personne qui refuse de voir un élément de la réalité, à confronter cette personne aux faits qu'elle nie. Par exemple, la gêne qu'il crée ou une attitude « de mauvaise foi » plus ou moins délibérée. Il est évident que cette technique peut être utilisée aussi par le thérapeute pour confronter le patient à ce qu'il « scotomise » de la réalité dans ses relations avec les autres.

Travail corporel en groupe

S'affirmer, c'est affirmer son corps et son droit d'être là, à sa place. Beaucoup de patients socialement inhibés souffrent dans leurs corps : leurs muscles sont bloqués dans des zones électives qui reflètent leur difficulté

d'être socialement et ils souffrent souvent d'un blocage respiratoire qui rend leur expression verbale difficile et peut entraîner le rejet par des personnes peu patientes. Des techniques corporelles peuvent être utilisées pour désinhiber certains sujets : toucher le corps de l'autre, être touché, exercices de contact visuel, frapper sur un coussin pour exprimer sa colère, crier, exercices gestuels. (Cottraux J., 2020, pp. 151-152)

Les progrès technologiques (la réalité virtuelle) offrent de nouvelles perspectives prometteuses dans la prise en charge des phobies.

La thérapie d'exposition par réalité virtuelle est basée sur les principes de la TCC, la TERV permet d'exposer les participants, de façon progressive et hiérarchisée, à des situations, des avatars, des objets, des lieux ou d'autres stimuli anxiogènes créés par ordinateur afin de neutraliser le vécu anxieux qu'ils génèrent.

- La TERV ne diffère pas des thérapies d'exposition classiques, mais elle utilise une nouvelle modalité d'exposition immersive, la réalité virtuelle (RV).
- La RV a l'avantage de générer chez les participants des réactions similaires à celles observées dans un univers réel tout en étant sécuritaire, confidentiel, flexible, interactif et contrôlable, s'adaptant ainsi plus facilement aux besoins évolutifs des patients.
- La TERV nécessite le recours à une technologie coûteuse encore difficile d'accès en dehors des centres hospitaliers et des centres de recherche équipés. Néanmoins, la miniaturisation et la réduction des coûts des équipements de réalité virtuelle devraient favoriser la diffusion de ce type de thérapie dans les années à venir (Mirabel-Sarron C. et al., 2018, p.157).

2. Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Ils sont composés d'obsessions (des pensées intrusives incontrôlables et angoissantes, comme attraper une maladie grave ou avoir causé la mort de quelqu'un...) et de compulsions (les actes comportementaux ou cognitifs que le sujet fait pour limiter l'angoisse, comme des rituels de vérification, de lavage ou de comptage...). La stratégie pour améliorer ce trouble peut passer par des approches comportementales ou cognitives ou les deux. L'approche cognitive consiste en un travail de **restructuration cognitive** des pensées automatiques (par exemple : « si je touche un objet non désinfecté, je vais attraper une maladie grave »). Des pensées alternatives peuvent alors prendre place (« le risque est extrêmement faible que cela se produise »), limitant ainsi l'impact anxiogène de ces pensées. La stratégie comportementale consiste en une stratégie d'exposition graduée aux situations qui déclenchent l'anxiété

(par exemple, toucher un objet non désinfecté...). La particularité de ce type d'**exposition** est qu'elle doit s'accompagner d'une **prévention de la réponse**, c'est-à-dire des compulsions, sans quoi elle ne ferait que répéter le cercle vicieux du problème sans produire d'habituation et d'extinction. Par exemple, le sujet peut être amené, dans une première étape d'exposition, à toucher un objet non désinfecté sans se laver les mains ensuite, durant un certain temps, de façon à ce que l'habituation puisse s'exercer. (Bouvet C., 2020, p.125).

Exemple : un patient qui souffre d'obsession de souillure (contamination) avec rituel de lavage important (de 10 à 45 mn de lavage des mains selon les situations).

Prise en charge en thérapie comportementale

Quelques situations rapportées par le patient

Situations déclenchantes	niveau d'anxiété
Serrer la main de quelqu'un	25/100
Ouvrir une porte	30/100
Toucher la rampe dans le métro	40/100
Toucher par terre	50/100
Toucher la cuvette des toilettes	100/100
Mettre la main dans une poubelle	100/100

Le premier exercice peut facilement être utilisée au cabinet du thérapeute : si le fait de serrer une main déclenche une angoisse, le premier exercice peut consister à serrer la main du patient et lui demander de ne pas se laver ou s'essuyer la main en attendant que l'anxiété finisse par diminuer. Il s'installe dans la salle d'attente et note l'évolution de son anxiété. Au bout d'un certain temps, l'anxiété finit par diminuer et revenir à un niveau de base.

➤ Ne pas se laver les mains après avoir serré une main

Temps	Début	10mn	20mn	30mn	40mn	50mn	60mn	70mn
Anxiété	25%	25%	25%	20%	15%	10%	10%	5%

L'intérêt de l'exercice test est de s'assurer de la bonne compréhension des consignes, de la bonne évaluation des patients de leur niveau d'anxiété et aussi que le patient expérimente la réalité de la réduction de leur anxiété quand il se confronte à la situation redoutée. Il est demandé au patient de poursuivre le même type d'exercice de façon quotidienne.

Par la suite, les situations sont progressivement analysées et travaillées pour que le patient s'expose à des situations de plus en plus angoissantes. La mise en place d'exercice et leur réussite va entraîner progressivement une généralisation de l'amélioration à d'autres situations qui ne sont pourtant pas traitées

Prise en charge en thérapie cognitive

Le patient croit à son obsession, il y répond donc sans la remettre en question. Le but de la thérapie cognitive va être d'aider le patient à critiquer ses obsessions.

Une approche classique consiste à travailler sur les scénarios catastrophes que les patients mettent en place. Pour découvrir le scénario, le thérapeute utilise la technique dite de la flèche descendante. (Chapelle F. et al., 2014, pp.43-44). Elle consiste à prolonger jusqu'à ses conséquences extrêmes (on parle de scénario catastrophe) la cognition dysfonctionnelle. (Bouvet C., 2020, p.110).

3. Les troubles addictifs

Ils se caractérisent par la dépendance du sujet à un produit (parfois à un comportement comme le jeu, ou Internet...), comme des drogues, la cigarette ou l'alcool. Cette dépendance entraîne des conséquences négatives pour le sujet en termes de santé, d'insertion sociale et professionnelle, de vie familiale, etc. La stratégie TCC s'adapte le plus souvent au degré de motivation du sujet, selon le modèle de Prochaska et DiClemente. Cette évaluation est évaluée et travaillée par les **entretiens motivationnels**. De fait, l'arrêt d'une addiction est difficile et devient impossible si le sujet n'est pas motivé pour cela. La première étape de la stratégie thérapeutique est d'évaluer le stade de changement dans lequel se trouve le sujet puis d'appliquer la stratégie la plus pertinente pour ce stade. Les techniques utilisées vont être cognitives (**restructuration cognitive** de pensées dysfonctionnelles, gérer les pensées favorisant la rechute), comportementales (**exposition** au produit, à l'envie de l'utiliser ; mais aussi : résolution de problèmes, apprendre de nouveaux comportements comme refuser un verre entre amis – **jeux de rôles- prévention de la rechute**), émotionnelles ou corporelles (**relaxation, gestion du stress...**). (Bouvet C., 2020, p.127).

L'entretien motivationnel est une intervention brève qui repose sur la relation entre le patient et son thérapeute, elle abandonne les méthodes thérapeutiques traditionnelles confrontationnelles en faveur d'attitudes faisant émerger des réponses pour le changement du consommateur lui-même.

- Décrit pour la première fois par Miller
- Il s'agit d « une méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et résoudre son ambivalence » (Miller & Rollnick)
- Sa durée : entre 1 et 6 séances
- Il se déroule en 2 parties : la première vise à réaliser un portrait global de la situation et à faire progresser le patient vers une décision de changement, la deuxième a pour objectif de consolider la décision de changement et de développer des actions pour y parvenir.

- Pour les concepteurs de l'EM, Les patients sont responsables de leurs progrès.

Exemple :

T: pouvez-vous me dire ce que vous connaissez déjà sur les effets de la consommation d'alcool sur la grossesse?

P: tout le monde sait qu'on est supposée ne pas trop boire quand on est enceinte. Cela peut atteindre le fœtus. Je fais le nécessaire pour vivre le plus longtemps possible avec ce bébé. Je veux boire mais sans dépasser le seuil de sécurité.

T: vous êtes comme tout le monde, vous vous intéressez à la santé de votre bébé. Je pense cependant que nous allons être en désaccord par rapport à ce qu'est un « seuil de sécurité ». Je ne suis pas sûr qu'il puisse exister un seuil de sécurité de consommation d'alcool pendant la grossesse.

P: êtes-vous en train de dire que je ne devrais pas boire du tout?

T: ce serait mon conseil, mais bien entendu, c'est votre choix en fin de compte. Qu'en pensez-vous ?

4. Les troubles schizophréniques

Ce sont des troubles psychotiques, parmi les plus connus. Ils s'expriment de manières très différentes, tantôt de façon dite « positive » (délires, hallucinations, troubles du comportement...), tantôt de façon dite « négative » (retrait social, inhibition, perte d'élan vital...) mais, à chaque fois, ces symptômes montrent une importante perturbation du rapport à la réalité (à soi-même, aux autres, à la réalité matérielle, ...). Ces troubles sont souvent chroniques et nécessitent une **prise en charge médicale psychiatrique** (traitement), parfois lourde (hospitalisations, ...). Les TCC, et les psychothérapies en général, ne suffisent pas pour accompagner et soigner ces troubles, cependant elles peuvent contribuer à l'amélioration de l'état du patient et à la mise en place d'une meilleure qualité de vie et d'un rapport à la réalité plus adapté. Les approches TCC peuvent intervenir à plusieurs niveaux et à différents moments du trouble. Plusieurs thérapeutes peuvent être impliqués dans ces prises en charge. Tout d'abord, un psychothérapeute peut avoir pour rôle de **soutenir** le patient et de l'aider au quotidien à surmonter les stress qu'il subit. De plus, en utilisant des programmes d'**éducation thérapeutique du patient**, un thérapeute peut apporter des informations précises et utiles aux patients et aux familles pour mieux gérer le trouble et les crises qu'il peut entraîner. Cela concourt aussi à développer l'**insight** (la conscience du trouble et de ses conséquences par le patient), qui, lui-même améliore le suivi médical et psychothérapique et, donc, le pronostic. Ensuite, en agissant par le biais de programmes de **remédiation cognitive** pour réduire les perturbations des fonction exécutives (attention, fluidité cognitive,...), la

prise en charge peut améliorer la façon dont le sujet comprend le monde et, donc, s'y adapte. De plus, des interventions de **restructuration cognitive** sont aussi pertinentes pour modifier les croyances dysfonctionnelles, même quand celles-ci sont délirantes (« Dieu me parle, il dit qu'il faut que je me suicide... »). Des de développement des **habiletés sociales** sont aussi tout à fait utiles, de même que des **stratégies de résolution de problèmes**. Enfin, pour aider à une meilleure gestion des émotions ainsi qu'à un meilleur rapport à soi-même, des techniques de **relaxation** et de **pleine conscience** sont parfois utilisées. Il est important aussi de **travailler avec l'entourage**, de façon à réduire l'expression émotionnelle familiale trop intense, qui est un stresser reconnu pour les patients souffrant de schizophrénie. (Bouvet C., 2020, pp.132- 133).

Économies de jetons

Cette technique se justifie essentiellement chez des sujets très régressés. Le principe en est simple : il consiste à établir une liste de comportements que contractuellement l'institution et le patient désirent voir modifier et, en parallèle, une liste de renforçateurs que le sujet désire obtenir en échange de l'émission de comportements. Le sujet reçoit en échange de l'émission du comportement, dans des conditions qui sont spécifiées par un programme, des jetons ou des points positifs de crédit. Le renforcement doit avoir lieu aussitôt après l'émission du comportement. Il peut ensuite convertir ce jeton, ou des points de crédit, en renforçateurs. Les renforçateurs sont des objets de « luxe », des privilèges ou encore du temps passé avec des thérapeutes, etc. Cela ne peut se faire sans la motivation du patient et sans son accord. Il doit être informé sur les buts et les moyens de l'opération. L'ensemble des principes du conditionnement opérant, de même que l'apprentissage par imitation, s'appliquent à ce type de programme. L'avantage des jetons sur d'autres formes de renforçateurs est qu'ils permettent un renforcement immédiat du comportement dont il a été décidé avec le patient d'accroître la fréquence.

Si le sujet améliore son comportement, il faut pouvoir substituer aux renforçateurs matériels des renforçateurs sociaux que sont l'attention, l'approbation, le contact verbal et visuel, etc. (Cottraux J., 2020, p.338).

Réhabilitation psychosociale

Le thérapeute fonctionne comme un enseignant et un groupe de cinq à six patients comme des élèves. Thérapeute et patients ont chacun un manuel qui couvre la zone particulière de la vie sociale qui est à modifier. La vidéo et le jeu de rôle sont systématiquement utilisés pour mettre en place la compétence sociale à l'étude, ainsi : la capacité à converser, préparer la nourriture, trouver un logement, trouver un emploi, l'argent et sa gestion, la prise de médicaments, les programmes de vie sociale indépendante, la gestion des crises à domicile, etc. Un exemple peut être donné dans le module de gestion des médicaments, module qui couvre les domaines de compétence suivants : • obtenir de l'information sur les neuroleptiques ; • savoir prendre correctement les médicaments et en évaluer les

effets ; • savoir reconnaître les effets secondaires des médicaments ; • savoir discuter des problèmes des médicaments de santé avec les professionnels ; en particulier : « Comment retenir l'attention du docteur pressé ? » Un programme complet implique plus de cent heures par patient sur neuf semaines. (Cottraux J., 2020, p.343).

Remédiation cognitive

La schizophrénie est un trouble neurodéveloppemental qui se manifeste par des dysfonctionnements de l'agentivité : les personnes souffrant de schizophrénie ne reconnaissent pas la source de leurs gestes, leurs paroles, leurs monologues intérieurs. Ce qui les conduit à la sensation d'être contrôlé physiquement ou qu'une voix extérieure leur parle.

Chez les sujets psychotiques, les symptômes déficitaires peuvent rendre compte du pronostic social. En effet, les répercussions fonctionnelles des déficits observés en mémoire verbale, en mémoire de travail, en attention soutenue, en fluence verbale ou encore pour des tâches de classement présentent des conséquences néfastes sur la vie quotidienne : elles interfèrent avec l'acquisition de compétences psychosociales, la résolution de problèmes interpersonnels ou encore l'acquisition de compétences dans les activités quotidiennes. La remédiation cognitive se sert de programmes composites avec une attention particulière portée au processus dysfonctionnel de la pensée logique. Elle fait travailler les patients sur la « mémoire de la source ». Cette mémoire permet de savoir qui est l'auteur d'une action, de nous rappeler l'origine d'une information verbale, visuelle, sonore, textuelle, etc. Pascal Vianin et ses collaborateurs (2009), à la suite d'autres auteurs, ont mis au point un programme de REmédiation COgnitive pour patients présentant une Schizophrénie ou un trouble associé (RECOs). Du fait de la très grande hétérogénéité du profil cognitif des patients schizophrènes, ils soulignent qu'un programme de remédiation cognitive doit être adapté à la nature des déficits de chaque patient, comme lors de toute démarche psychoéducative. Les cibles du traitement sont les fonctions exécutives perturbées : mémoire, attention, raisonnement. Au cours du programme, les patients sont amenés à verbaliser, catégoriser, organiser et planifier. Les stratégies de résolution de problèmes sont également utilisées car elles permettent de modifier la tendance des patients les plus déficitaires à persévérer dans leur fonctionnement. Ce programme aborde aussi la rééducation métacognitive qui concerne trois niveaux : • l'auto-évaluation : degré d'insight et conscience du trouble ; • le comportement délirant ralenti et désorganisé, en particulier les processus de la modification des symptômes positifs en cherchant une réattribution plus objective de la source des souvenirs ; • le processus de résolution de problèmes, d'apprentissage sans erreur et la verbalisation. (Cottraux J., 2020, pp.346-347).

Il est important de souligner que les stratégies thérapeutiques utilisées sont d'autant plus efficaces lorsqu'elles s'appliquent au sein d'une relation marquée par une bonne alliance thérapeutique.

Lectures conseillées

1. Cottraux J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*, 7^{ème} édition, Paris : Elsevier Masson.
2. Fontaine O. & Fontaine P. (2006)., *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, France : Retz.