

LES TPAE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE INTÉGRATIVE : DEUX DÉMARCHES COMPLÉMENTAIRES

DR. CHRISTINE NASSAR – PSYCHOLOGIE CLINIQUE / LIBAN

Prof. À l'Univ. Libanaise, chercheur et psychothérapeute

E.mail : chnassar@hotmail.com

Résumé : Face au nombre des thérapies croissant sans cesse et envahissant la profession où chacune se prétend unique et supérieure, une foulée d'efforts s'est déployée, ces trois décennies, afin d'évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et leur dissémination.

Ces efforts aboutirent à deux formes d'issues différentes mais complémentaires, voire: les TPAE et la psychothérapie intégrative. En matière d'identification des TPAE (traitements psychologiques appuyés empiriquement), des critères sont définis – l'efficacité, la spécificité et la réduction des coûts sont mentionnés en premier lieu- et exigés pour y inclure un traitement psychologique quelconque. Quant à la psychothérapie intégrative, elle est née de la pratique clinique ayant montré l'incapacité de s'enfermer dans une seule orientation thérapeutique vu qu'aucune approche n'est cliniquement adéquate pour tous les cas, même s'ils semblent souffrir des mêmes problèmes (divers facteurs, personnels en premier lieu, entrent en action); en plus, aucune théorie ou technique ne peut répondre à la complexité des problèmes psychologiques vécus par l'individu: à personnalité originale, complexe et une.

Autrement dit, la meilleure perspective en thérapie consisterait à développer les stratégies du niveau-clé impliqué dans le maintien du problème et de l'impact maximum aidant à intervenir à différents niveaux de changement.

Nous rapportons une expérience de prise en charge psychologique menée auprès d'un jeune homme atteint de bégaiement accompagné d'anxiété sociale. Ce cas clinique illustrera la diversité et la richesse de l'approche intégrative basée sur le développement de la stratégie de l'impact maximum pour travailler avec le patient ayant des problèmes à plusieurs niveaux. Et, en sachant que les interventions psychologiques et les devoirs à domicile lui faciliteront les changements aux différents niveaux de sa symptomatologie, celui-ci investit plus de temps et d'énergie; ce qui précipita la guérison.

Mots-clés : TPAE, Psychothérapie intégrative, bégaiement accompagné d'anxiété sociale, stratégie de l'impact maximum

Face au nombre des thérapies croissant sans cesse et envahissant la profession où chacune se prétend unique et supérieure, une foulée d'efforts s'est déployée ces trois dernières décennies afin d'évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et leur dissémination.

Ces efforts aboutirent à deux formes d'issues différentes mais complémentaires: les TPAE⁽¹⁾ et la Psychothérapie Intégrative⁽²⁾.

Le point de départ pour identifier les TPAE fut l'évaluation des interventions psychologiques, aux Etats Unis, en fonction des coûts et de la démonstration empirique de celles-ci, tous deux considérés en tant que critères essentiels pour le remboursement des services psychologiques. D'où la création d'un groupe de travail au sein de la Division 12 (Psychologie clinique) de l'APA (American Psychological Association) appelé, en réponse à l'arrivée de nouvelles données empiriques, à réviser d'une façon continue les critères d'évaluation et des traitements répondant à ces critères ainsi que les méthodes de dissémination privilégiées (Hunsley et coll., 1999 a)⁽³⁾. De même, un autre groupe de travail mettant l'accent sur les TPAE et les programmes de prévention auprès des enfants vit récemment le jour (Spirito, 1999)⁽⁴⁾.

Parallèlement à la première issue (identification des TPAE), une progression vers la découverte des principes intégratifs assimilant ou adaptant le meilleur de chaque école s'est dessinée, au cours de ces dernières décennies, s'affirmant de plus en plus en tant que fruit né de la pratique

propre à d'éminents psychothérapeutes tels: Norcross, Lazarus, Prochaska & Diclemente, Arkowitz, .. etc. Il s'agit de la psychothérapie intégrative où le thérapeute est appelé à utiliser des techniques issues de systèmes thérapeutiques différents sans, nécessairement, accepter les fondements théoriques de ces méthodes. Autrement dit, il s'agit d'une théorisation à minima, d'une sorte de théorie de la pratique⁽⁵⁾ centrée sur l'analyse du processus de changement.

Divergences:

A première vue, ces deux démarches cliniques semblent différentes; en effet, en matière d'identification des TPAE, un traitement psychologique n'est inclus dans la catégorie dont l'efficacité est établie que s'il répond aux critères définis à cet égard⁽⁶⁾. Ce qui exige qu'il doit démontrer non seulement qu'il produit les effets escomptés mais, aussi, mettre en relief la spécificité de ses mécanismes d'action (sa spécificité). Autrement dit, un traitement est efficace et spécifique dans la mesure où ses résultats sont supérieurs à ceux d'une intervention rivale dont l'efficacité est déjà établie (autre traitement psychologique ou médication), ou une intervention placebo qui permet un contrôle des processus non spécifiques, ...

Mais, en ce qui concerne la psychothérapie intégrative, on pourrait dire avec Norcross et Godfried⁽⁷⁾, que ce qui caractérise l'intégration en psychothérapie, c'est le refus de s'enfermer dans une seule orientation théorique et le désir d'aller voir ailleurs ce qu'on peut apprendre d'autres manières de penser la psychothérapie et le changement du

comportement (Norcross & Arkowitz, 1992); l'effet ultime de cette démarche qui, selon Goldfried, Castonguay et Safran (1992), n'est pas encore pleinement atteint, est d'augmenter l'efficacité et les possibilités d'application de la psychothérapie. Ceci va de pair avec le point de vue propre à Discroll (1984) qui se demande: "La centration sur une composante plutôt que sur une autre ne devrait-elle pas se faire en fonction des caractéristiques du patient plutôt que de la formation du thérapeute?"

Convergences

Or, développer les psychothérapies sur des bases empiriques solides fut une cause défendue depuis déjà longtemps par les psychothérapeutes intégratifs tels: Lazarus (1967, 1971), Beutler (1983), Dryden (1984), Feusterheim & Glazer (1983), Garfield (1980), Segraves (1982), .. etc qui prônent, tous, l'efficacité de la thérapie éclectique pour des cliniciens qui voudraient vérifier empiriquement l'utilité d'un ensemble de méthodes. Mais, il faut être très attentif car, selon Fisher (1986), fonder sa pratique sur des bases empiriques peut être pris au moins dans deux sens différents: le premier est l'utilisation de la recherche pour nourrir la pratique, comme le choix des techniques cliniques et des attitudes interpersonnelles; le second est l'évaluation objective et rigoureuse des effets des psychothérapies.

Ainsi, on pourrait dire que les remarques auxquelles les psychothérapeutes intégratifs attirent l'attention rencontrent celles des opposants au mouvement ayant défini les critères utilisés pour l'identification des TPAE pour qui, ces critères souffrent de plusieurs lacunes importantes; même ceux convaincus de la nécessité d'identifier des TPAE, tels Ladouceur et coll.⁽⁸⁾, relèvent certaines lacunes relatives aux critères proposés par le Groupe de travail (issu de la Division 12 de l'APA): d'abord, certains des critères ne sont pas opérationnels et laissent place à beaucoup de subjectivité, par ex., on mentionne la nécessité de deux bonnes études sans définir clairement ce qu'on entend par une bonne étude: s'agit-il nécessairement d'un essai randomisé?⁽⁹⁾ .. etc; puis, l'évaluation empirique des traitements psychologiques pourrait aller loin et restreindre, par là, les diverses possibilités thérapeutiques s'avérant, par ailleurs, efficaces pour certains patients ..etc. De telles conséquences sont non souhaitables et non souhaitées.

Ce qui poussa Ladouceur et ses coll., après avoir remis les critères d'identification des TPAE en question et les avoir critiqués, à conclure que "dans le contexte actuel de réorganisation du système de santé, la psychologie clinique et la psychiatrie ont tout avantage à faire valoir ces connaissances" car "on peut s'attendre à ce que les exigences d'incompatibilité, relativement aux services qu'ils offrent, incitent les cliniciens à accorder une attention croissante aux TPAE"⁽¹⁰⁾ mais, seulement quand ils connaissent dans quelle mesure ceux-ci sont efficaces lorsqu'ils sont appliqués dans des conditions naturelles et, le cas échéant, auprès de quels patients et dans quelles conditions.

Ce point de vue concernant les TPAE rencontre celui de Pagès⁽¹¹⁾ qui, introduisant la trad. fr. Du "Handbook of psychotherapy integrative", attire l'attention aux bénéfices apportés à la psychothérapie grâce à la collaboration engagée entre sociologues et psychologues "dans une exploration des liens entre les conflits et défenses, au sens psychanalytique, et des conflits et défenses d'une autre nature, psychosociaux liés à l'histoire sociale de l'individu et

de sa famille, à l'ascension ou à la déchéance sociale, à la défense du statut social"; tout ceci a conduit, dit-il, à une double analyse, psychologique et sociale, des projets parentaux et de la formation des idéaux chez le sujet. Ainsi, on va au-delà de la prise en compte d'effets du groupe ou du système familial, on va au sens des thérapies systémiques qui reste, pour l'essentiel, dans la sphère psychologique. Ce croisement entre les deux perspectives, psychologique et sociologique, et leur introduction dans une démarche thérapeutique, ont produit des résultats surprenants, en termes de levée de résistances et d'accélération du traitement. Or, il est impossible de tenir compte de la spécificité de ces facteurs dans une évaluation empirique; pourtant, l'évaluation d'un traitement psychologique quelconque demeure incomplète et, même fautive, s'ils ne sont pas pris en considération.

L'essentiel à tirer demeure dans le fait que l'étude du singulier a besoin de catégories générales dans ce sens que: des études par catégories (de clients, de traitements et autres) peuvent fournir des repères utiles pour lire un cas singulier, en même temps que les cas singuliers sont des gisements d'hypothèses pour les études catégorielles: c'est une procédure de recherche commune. Autrement dit, les deux démarches (les TPAE et la psychothérapie intégrative) sont convergentes et se complètent.

En plus, pour améliorer les psychothérapies intégratives, on a besoin d'études comparatives visant à évaluer les avantages, s'il y en a. Il est nécessaire, aussi, de connaître les processus et les schémas du changement: quelles sont les techniques les plus appropriées à chacun des processus du changement? .. Quels modèles de changement pouvons-nous espérer avec différents problèmes propres à différents patients et à différents niveaux de changement?

Ainsi, les perspectives d'avenir sont aussi, tel que Norcross et Godfried⁽¹²⁾ affirment, de travailler à développer les stratégies du niveau-clé et de l'impact maximum pour intervenir à différents niveaux de changement vu que, plus les thérapeutes pourront identifier le niveau-clé impliqué dans le maintien du problème, plus ils pourront utiliser efficacement avec leurs patients le temps limité dont ils disposent.

On pourrait affirmer, de même, avec Prochaska et Diclemente⁽¹³⁾ qu'un des plus gros défis à notre créativité serait de développer la stratégie de l'impact maximum pour travailler avec des patients ayant des problèmes à plusieurs niveaux (cas souvent rencontrés dans les conditions naturelles du traitement dont le cas que nous allons exposer afin d'illustrer les faits déjà mentionnés); en effet, si les patients savent que les interventions thérapeutiques ou les devoirs à la maison (les tâches assignées) peuvent faciliter le changement aux niveaux symptomatiques: situationnel, cognitif, interpersonnel, familial et intrapsychique, on peut espérer qu'ils seront plus disposés à investir plus de temps et d'énergie. Il s'agit ici d'utiliser notre modèle intégratif pour produire un effet synergique qui peut aider les clients à progresser plus pleinement et plus efficacement à chaque niveau de changement: fait que notre expérience clinique en psychothérapie affirme.

En effet, nous avons toujours adopté, en tant que psychothérapeute, la démarche propre à la psychothérapie intégrative lors de nos traitements psychologiques et ce, pour plusieurs raisons; parmi les plus importantes et qui paraissent les englober toutes; nous citons, en premier lieu, le fait

qu'aucune approche n'est cliniquement adéquate pour tous les cas, même s'ils semblent souffrir des mêmes problèmes vu l'importance de divers facteurs influençant l'intervention thérapeutique tels: les diverses variables liées à la personnalité propre au patient et au psychothérapeute qui déterminent, d'une façon considérable, la relation thérapeutique élaborée différemment entre le psychothérapeute et chacun de ses patients, or celle-ci dépend de l'interaction intime et interpersonnelle liée entre les deux; la co-morbidité diverse rattachée souvent au problème en tant que cause et effets, .. Ce qui complexifie le diagnostic susceptible de représenter les besoins et la réponse au traitement auprès de chacun des patients qui consultent en clinique et qui affichent, généralement, un tableau clinique très complexe.

A cela, faudrait-il ajouter le fait qu'aucune théorie ni technique ne peut répondre à la complexité des problèmes psychologiques vécus par des individus ayant, chacun, une personnalité originale, propre à lui, complexe (complexité comprise dans le sens de richesse et non dans le sens pathologique) et caractérisée par l'interaction intime entre les diverses dimensions: psycho-affectives, socio-culturelles, bio-physiologiques, intellectuelles, cognitives, .. qui la constituent.

Cas clinique

En guise d'illustration, nous exposerons la prise en charge d'un cas complexe propre à un patient atteint de bégaiement accompagné de phobie sociale avec qui le recours aux TPAE et à la démarche intégrative se révéla nécessaire pour pouvoir aborder et traiter sa symptomatologie complexe, ainsi que pour faire face aux multiples aspects de sa personnalité demeurant immature de par l'effet d'une éducation familiale caractérisée par la carence affective (mauvais traitement du père et indifférence de la mère) paraissant responsable du déclenchement de son bégaiement et affectant, par la suite, son potentiel de socialisation.

Histoire de la maladie

Mr B., âgé de 23 ans, est le 2ème d'une fratrie de 5 (3 garçons et 2 filles) et il travaille chez un agent de mobilier. Il souffre du bégaiement depuis l'âge de 8 ans; or, ce trouble affecte, tel qu'il est connu, la communication de l'individu avec son entourage vu les répétitions et les prolongations qui le caractérisent et qui risquent de l'exposer à la risée des autres; ce qui le pousse à éviter les fréquentations sociales et à se priver des expériences vitales à sa socialisation comme à son évolution normale.

On ne note, comme antécédents, aucune affection organique (il parlait normalement jusqu'à l'âge de 8 ans); mais, par contre, on note une enfance très tourmentée et marquée par une forte carence affective parentale (paternelle et maternelle) suite à son évolution au sein d'une atmosphère familiale très perturbée où les disputes entre le père et la mère régnaient et où le père commençait, sous l'emprise de la forte dose d'alcool qu'il buvait, à frapper la mère et tous ceux qui osaient essayer la défendre (Mr B. recevait, lui, le plus grand lot de la brutalité paternelle car il ne supportait pas de voir sa mère frappée par le père); à souligner, à cet égard, un incident qui a fortement marqué le déclenchement du bégaiement et de son acuité chez lui: suite au divorce des parents, il avait fui la maison et s'est caché chez la mère; le père l'avait cherché durant un mois, et en le retrouvant il l'a

brutalement puni (il l'a accroché à une corde de fer et commença à le frapper durement); il se rappelle, qu'à ce temps-là, il fut incapable de prononcer un mot sans déployer un grand effort. La crainte de ce père et l'incapacité de défendre ses propres droits vis-à-vis de lui (jusqu'au temps de la consultation, le père venait toujours toucher tout le salaire de B. sans lui laisser un sous; et celui-ci n'osait pas contester), nés de ce mauvais traitement, apparaissent en tant que première assise à sa souffrance et semblent se généraliser à toutes les autres situations vitales.

En effet, au travail, il est fortement exploité de la part de son employeur qui le maltraitait et l'obligeait à travailler du matin jusqu'à la nuit pendant les 7 jours de la semaine et ce, pour une paie minime; il est toujours le "bouc émissaire" ("je suis habitué à la tristesse la fatigue et l'exploitation", "je suis le bouc émissaire", dit-il à ce propos)

Et, comme si tout cela ne suffit pas, l'indifférence affective que la mère affiche à son égard (cette mère tant défendue par lui et cause de ses problèmes avec le père) active de plus en plus sa souffrance: il vit actuellement avec elle, accompagné de ses deux frères, et elle le traite comme s'il était un locataire: même en ayant trop faim et sans argent, elle ne lui prépare rien à manger ni ne lui donne de l'argent pour en acheter.

Deux autres événements ont marqué, également, l'évolution de son bégaiement: le premier est rattaché à la moquerie des camarades de classe et de certains instituteurs depuis son entrée à l'école; le deuxième est rattaché à la mort de sa 1ère fiancée où il demeura, dit-il, incapable de prononcer un mot durant une semaine.

L'analyse fonctionnelle mit en évidence les faits suivants:

Situation: quand je suis anxieux, tendu et ému, le bégaiement s'intensifie à tel degré que je n'arrive plus à prononcer un seul mot (degré: 100 sur une échelle visuelle de zéro à cent)

Emotion: la colère, la gêne, la nervosité et l'agressivité envers ceux qui se moquent de moi, et mon anxiété augmente à un tel degré que j'ai envie de pleurer

Cognition: les monologues intérieurs sont de type: "comment pourrai-je m'en débarrasser pour que je puisse me reposer et vivre heureux comme les autres"; et par rapport à sa rencontre avec une personne étrangère, son monologue est de type: "le mot ne sortira plus et je n'arriverai pas à parler, la personne se moquera alors de moi et, pour me défendre, je la frapperai"

Comportement: je tends la tête en arrière, j'ouvre la bouche et je remue le pied en parlant

Anticipation: on va se moquer de moi; alors, je ne pourrai pas supporter la situation et je m'y défendrai en agressant les autres.

Les schémas inadaptes apparaissant dominants chez lui sont: le schéma de la carence affective ("maman ne s'intéresse pas à moi et me traite tel un étranger", "les étrangers sont plus affectifs et tendres avec moi que mes parents") et le schéma de dépendance lié au premier ("je sais que mes employeurs m'exploitent, mais je ne pourrai pas les quitter car ils sont plus tendres et affectifs avec moi que mes parents et je ne peux vivre ni savoir comment me comporter sans eux")

Par rapport aux facteurs responsables du déclenchement du trouble chez Mr B. on souligne les faits suivants: pas de prédispositions génétiques; le mauvais traitement de la part des parents, les coups reçus (son père le frappe jusqu'à maintenant devant les gens) et la carence affective déclenchent le trouble tandis que la forte émotion, l'anxiété, la nervosité, l'état de tristesse, la peur de rencontrer une personne étrangère, la peur d'être la risée des autres le précipitent. D'autres facteurs personnels tels le déséquilibre observé chez lui au niveau de la respiration (entre l'inspiration et l'expiration) sont à ajouter.

Il a consulté différents neurologues et a été traité par chimiothérapie (lexotanil, en particulier), mais sans succès.

Enfin, le diagnostic réalisé grâce à: l'observation, les entretiens, la psychométrie et l'analyse fonctionnelle (synchronique et diachronique) décela l'existence d'un bégaiement chez B. (les différentes caractéristiques principales mises en évidence par le DSM IV en ce qui concerne ce trouble se retrouvent chez lui) accompagné d'une phobie sociale, type spécifique vu que l'anxiété sociale est vécue seulement dans les situations où il risque de rencontrer une personne étrangère et que celle-ci découvre qu'il bégai

Le traitement:

Par retour aux principes, mentionnés plus haut quant à l'adjonction des critères propres aux TPAE avec ceux de la psychothérapie intégrative, nécessaire dans les conditions naturelles (en clinique privée, par ex.), nous trouvons que l'intervention thérapeutique multidimensionnelle, développée par Ladouceur à partir des travaux d'Azrin et Nunn (1974) afin de pallier aux limites thérapeutiques des différentes techniques comportementales basées principalement sur l'apprentissage d'un nouveau rythme d'expression dont les résultats furent excellents mais la généralisation et le maintien des gains thérapeutiques posèrent de sérieux problèmes, semble la plus adéquate en tant que traitement pour le bégaiement chez B.: elle constituera, donc, un point de départ pour ce traitement car on est censé, au départ, attaquer directement le trouble de la parole chez lui⁽¹⁴⁾.

Mais, l'anxiété sociale, quoique causée par ce bégaiement, joue un rôle d'importance majeure dans son activation; et le traitement psychologique visant à améliorer la parole en utilisant les techniques adéquates (elles seront exposées un peu plus loin) sans essayer d'aider le patient à se débarrasser de l'anxiété éprouvée par lui lors de sa confrontation aux situations sociales redoutées n'aurait pas de résultats positifs; à cet effet, la "désensibilisation systématique" s'avère la meilleure technique pour diminuer ou faire disparaître l'anxiété.

Le traitement devrait, alors, inclure, d'une façon intercalée, différentes techniques thérapeutiques dont les unes seront adressées au bégaiement et les autres à la phobie sociale:

Le traitement (Déroulement de la thérapie)

Après quatre séances incluant la prise de contact, le diagnostic, l'analyse fonctionnelle et la psychométrie, la thérapie proprement dite débute; elle prendra 15 séances:

Les deux premières séances sont consacrées à: 1- l'entraînement à la prise de conscience (1ère séance), où il fut expliqué au patient qu'il y a quatre critères pour identifier le bégaiement: l'hésitation, la répétition, la prolongation et le blocage (avec des ex. à l'appui), ce qui lui permettra de prendre conscience de ses bégaiements et

lui facilitera sa diminution; puis, il lui fut demandé de lire un texte (qu'on a enregistré) pendant une minute, on lui demanda de le réentendre et d'essayer de définir, par lui-même, le genre de son bégaiement; Mr B. se rend compte, alors, qu'il souffre des quatre genres du bégaiement. Ensuite, son bégaiement fut mesuré selon la formule:

Syllabes bégayées/ Syllabes prononcées x 100 = ... %

A souligner, ici, qu'à partir de 15 %, le bégaiement est très sévère (chez B., le bégaiement est à 29 %, il est donc très très sévère) et que le SPM (syllabes prononcées par minute) mesure le débit verbal: cette variable sera prise comme ligne de base comparative permettant de mesurer l'effet positif du traitement, durant la psychothérapie.

L'observation du patient, durant son débit verbal permet de constater la tension musculaire dans les joues et la perturbation de son rythme respiratoire où l'inspiration dépasse l'expiration (symptômes physiologiques du bégaiement) ainsi que la forte émotion, la nervosité et l'impatience qui renforcent son bégaiement.

La 2ème séance fut consacrée à la technique d'entraînement à la respiration régularisée et à la relaxation dans le but de diminuer sa tension musculaire (la méthode de Jacobson fut utilisée, après avoir expliqué au patient les deux méthodes de relaxation: celle de Schultz et celle de Jacobson), car elle est la plus convenable pour lui. Une fois terminée, des exercices d'entraînement à la bonne respiration (la respiration équilibrée) furent entamés où l'accent fut mis sur la nécessité de rythmer l'inspiration (1-2-3..) avec l'expiration de l'air (...-3-2-1) et où on lui a expliqué l'intérêt de ce genre d'exercices (il lui apprend à être patient.); puis, il lui fut demandé de citer les inconvénients et les inhibitions résultant chez lui du bégaiement et ce, dans le but de nous assurer de sa prise de conscience vis-à-vis des conséquences néfastes de ce bégaiement sur lui et, encore, afin de renforcer sa motivation pour la guérison. Et, comme Mr B. est très motivé et n'ayant pas ressenti la fatigue, la séance fut prolongée par l'entraînement à d'autres exercices: découper un texte de trois phrases en syllabes, puis le lire: syllable par syllable, mot par mot, deux mots par deux mots, phrase par phrase, le texte en entier; on lui rappelait toujours, quand le mot ne sortait plus, qu'il faudrait s'arrêter, inspirer l'air puis reprendre la parole. A la fin de la séance, il lui est demandé d'exécuter ces exercices à la maison comme tâche assignée.

La 3ème séance fut consacrée à l'anxiété sociale accompagnant le bégaiement et renforçant sa fréquence et son acuité; ici, encore, un retour aux TPAE s'impose afin de choisir les techniques les plus propices et ayant montré leur efficacité dans ce domaine. La technique de la "Désensibilisation Systématique" s'avère comme 1er choix dans ce domaine, alors on commence à l'appliquer; or, comme elle est formée de 3 phases: l'entraînement à la relaxation, l'hierarchie de l'anxiété et l'exposition (d'abord, en imagination puis In vivo) et que le patient fut entraîné à la relaxation, cette technique débute, alors, avec l'hierarchie des situations anxiogènes: évaluées sur une échelle de zéro à cent et citées en ordre depuis la moins jusqu'à la plus anxiogène, ces situations sont les suivantes: - faire la connaissance d'un nouveau camarade; -faire la connaissance d'une fille présentée à lui par sa sœur; -entrer dans un nouveau magasin où le vendeur est un jeune homme de son âge; - consulter un docteur pour la 1ère fois; - aller acheter du matériel mobilier; - aller charger le cellulaire (le tél. Mobile) où la fonctionnaire est du sexe opposé;-être confronté

à la moquerie d'un ami; - subir le dédain des amis; - enfin, la situation la plus dure pour lui consiste dans le mauvais traitement des parents.

A la fin de cette séance, une sorte d'analyse fonctionnelle (grille SECCA) fut effectuée afin de remettre en évidence: les émotions qu'il ressent en situation d'anxiété sont: la tension, peur qu'on se moque de lui, incapacité de parler, tremblement des lèvres et sentiment d'infériorité; les sensations corporelles sont: le sentiment d'étouffer, agitation des muscles, difficulté de respiration; les monologues intérieurs sont du type: et si le pire arrive?; maintenant, le mot ne sortira plus, alors on se moquera de moi, je ne supporterai pas cela et j'ai peur de me disputer avec celui qui se moquera de moi (de le frapper) pour me défendre. Fin de la séance suite au résumé fait par le patient de ce qu'il a compris, au feed-back où il dit que rien ne lui a déplu dans la séance et, enfin, à l'agenda fixé pour la séance suivante avec un rappel pour les exercices qu'il a à exécuter comme tâche assignée.

Durant la quatrième séance, un retour aux exercices concernant le bégaiement (exercices de relaxation, de respiration régularisée, de découpage des mots auxquels il fut ajouté de nouveaux exercices concernant la lecture de textes plus longs avec, à la fin, une conversation ordinaire portant sur son travail et rappel permanent en ce qui concerne la nécessité de s'arrêter pour inspirer l'air chaque fois que le mot ne sort pas.

Les 3 colonnes de Beck furent expliquées avec des exemples inspirés du vécu du patient à l'appui, tout en insistant sur la distinction mais, en même temps, la relation existant entre la situation (et le comportement), l'émotion ressentie et la pensée automatique accompagnant, précédant ou suivant l'émotion; ce travail fut proposé au patient en tant qu'auto-enregistrement (hors de la séance, au domicile) une fois assurée qu'il l'a compris.

A la 5ème séance, un retour alternatif à la désensibilisation systématique eut lieu et le patient fut exposé, en imagination, à la situation la moins anxiogène: faire la connaissance d'une nouvelle personne présentée à lui par un ami (l'exposition fut répétée 4 fois où l'anxiété diminua, alternativement, de 60 à 50 puis de 50 à 40, à 30, à zéro %; puis, il fut exposé à la deuxième situation mentionnée dans l'hierarchie, voire: faire la connaissance d'une fille présentée à lui de la part de sa sœur (même procédure et après 3 répétitions, l'anxiété diminua jusqu'à 30 %: arrêt de la séance avec rappel concernant les exercices à domicile.

Retour au bégaiement, à la 6ème séance, pour entraîner le patient à l'anticipation du bégaiement (lui apprendre à faire une pause quand il prévoit un bégaiement, avec des exercices à l'appui); puis, l'entraîner à des activités incompatibles avec le bégaiement (lui apprendre à cesser de parler, lors d'un bégaiement, pour expirer et ensuite inspirer lentement; ce qui détend les muscles de sa poitrine et de sa gorge et l'aide à émettre les mots désirés); il lui est demandé, ensuite, de résumer ce qu'il a compris et d'exécuter, à la maison, des exercices l'aidant à maîtriser cette technique.

Avant de terminer la séance, une revue des tâches assignées, durant la séance précédente, eut lieu par rapport aux colonnes de Beck où la discussion prit la forme de la méthode socratique: la situation qu'il avait enregistrée se rapportait à une dispute ayant eu lieu entre lui et sa mère; là, on eut recours à la méthode analytique car elle est la plus apte à rattacher le présent au passé qui est à l'origine de sa pensée automatique "mes parents ne s'intéressent pas à moi"

: alors, on lui explique que ce sentiment est le résultat des circonstances très difficiles qu'il a vécues, étant enfant, et du mauvais traitement qu'il avait reçu. Et, faute de pouvoir changer la situation, on lui explique que ce mauvais traitement est, d'après notre expérience clinique avec les familles, dû à leur croyance comme quoi c'est la meilleure façon d'élever l'enfant; que le père est, probablement, mû par des sentiments de culpabilité face à son échec à jouer son rôle de père et, pour oublier cela, il s'était mis à boire (bien sûr c'est une mauvaise façon de gérer les problèmes, mais il n'en possédait pas une meilleure); ainsi, le cercle vicieux s'est fermé sur lui, et il tomba dans la dépendance à l'alcool; ce qui accentua, de plus en plus, le problème initial, .. S'habituant à réfléchir de cette façon, Mr B. fut capable de gérer la pensée négative qui l'obsédait envers ses parents.

Durant la 7ème séance, on continue le traitement du bégaiement par l'entraînement correctif (apprendre au patient à recommencer les activités incompatibles après un bégaiement où on le lui rappelait lorsqu'il oubliait), puis par l'entraînement préventif (pratiquer les activités incompatibles quand il anticipe un bégaiement); toujours des exercices à l'appui, pendant la séance. A noter, ici, l'effet positif du traitement chez B. observé à travers sa conversation; il affirme, en lui demandant à ce propos, que le degré du progrès réalisé chez lui est de 70 % environ. Puis, une revue de son auto-enregistrement concernant les colonnes de Beck eut lieu: cette fois, une préparation aux 5 colonnes de Beck fut semée sous forme de discussion socratique portant sur la situation problématique enregistrée "mon amie m'a délaissé pour retourner à celui qu'elle aimait avant moi", la pensée automatique "elle m'a trompé, je dois alors me venger d'elle", l'émotion "tristesse": le fait de le tromper constituant une hypothèse parmi tant d'autres hypothèses possibles pour expliquer le délaissement de l'amie, on l'encourage alors à y réfléchir, mais d'une façon plus positive et réaliste; la pensée alternative qu'il émit, après réflexion, fut "elle n'arrive pas à oublier facilement son premier amour", "c'est, peut être, dans mon intérêt"; la tâche assignée pour la semaine suivante consisterait, donc en plus des exercices concernant le bégaiement, à remplacer les 3 colonnes par les 5 colonnes (on lui expliqua qu'il faudrait, en plus des pensées alternatives et leur évaluation sur une échelle de zéro à 8 mises en 4ème colonne, ajouter une 5ème colonne consacrée à réévaluer l'émotion et la pensée automatique)

De nouveau, on revient à la désensibilisation systématique, lors des séances: 8 à 11 pour continuer l'exposition aux situations anxiogènes enregistrées par lui dans l'hierarchie; comme à la séance 5, les scènes sont répétées jusqu'à ce que l'anxiété déclenchée par chacune des situations anxiogènes devienne nulle ou presque.

La tâche attribuée, consistant en la pratique à domicile d'une désensibilisation systématique et d'une exposition prolongée en réalité aux différentes situations anxiogènes pour lui (enregistrées dans l'hierarchie) fut réalisée avec succès de la part de Mr B., sauf en ce qui concerne les deux situations se rapportant aux parents (le père, en particulier) et aux amis. Le travail thérapeutique à réaliser devrait être alors, à ce stade, à polarité affirmative et expressive que les jeux de rôle assurent. Ainsi, le travail débute avec la scène la moins anxiogène, voire: faire la connaissance d'un nouvel ami (séance 12) puis, celle de s'affirmer vis-à-vis du père (séance 13); ces scènes seront répétées avec inversion des rôles, modèle et discussion jusqu'à ce qu'il réussisse le rôle; puis, il

est donné comme tâche attribuée à domicile.

A souligner que les tâches attribuées à domicile ont toujours été effectuées par Mr B., vu sa forte motivation à se débarrasser du trouble qui lui handicape la vie; ce qui accéléra sa guérison.

Ainsi, la séance 14 fut consacrées à assurer une fiche aide-mémoire axée sur le schéma de la carence affective au rôle majeur dans le déclenchement de son bégaiement: "je dois me débarrasser des idées enfantines qui dominent mon esprit à propos du fait que mes parents et les gens se moquent de moi à cause de mon bégaiement; de telles idées ne sont que le résultat de la carence affective dont j'ai été sujet quand j'avais besoin de leur soutien; et, en vérité, mes parents ne me haïssaient pas, mais ils ne savaient pas comment se comporter .."; celle-ci, bien que destinée aux états dépressifs, aiderait beaucoup Mr B., en la lisant souvent et par habitude, à maîtriser ses pensées automatiques issues de ses schémas inadaptés, surtout après avoir pris conscience de son importance suite à l'explication qui a suivi son énoncé.

Et, comme la diminution du bégaiement et de l'anxiété sociale a atteint 65 %, selon l'évaluation du patient qui avoue être bien à l'aise, la technique prévention de la rechute s'impose (à la 15ème séance); ceci consiste à lui demander de définir la situation qu'il considère comme étant la plus problématique et qu'il pourrait rencontrer dans l'avenir, sa réponse fut alors: "perdre la personne que j'aime, tel qu'il m'est arrivé quand j'ai perdu ma première fiancée"; et, en lui demandant qu'est-ce qu'il ferait pour l'affronter, il dit: j'essaierai de penser d'une façon objective et logique: par ex., "au lieu de penser, comme avant, que je porte malheur aux autres et que je n'ai pas de chance avec les filles, je penserai que c'est mon destin et que je devrais m'y adapter. Quant à la tension nerveuse, je m'en débarrasserai grâce à la relaxation, à la respiration régularisée et aux activités incompatibles au bégaiement.

A la fin de cette séance, on ré-enregistra sa relecture pour le même texte enregistré au début du traitement et on repassa les mêmes échelles psychométriques (l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton, le questionnaire sur les inquiétudes du Penn State, pourquoi s'inquiéter, l'échelle d'affirmation de soi et le questionnaire des conduites interpersonnelles) déjà passée au début du traitement. L'amélioration apparut, alors, évidente au clair de la comparaison effectuée entre les divers résultats obtenus (avant et à la fin du traitement); en effet, le SB diminua de 29 à 6 % (c'est à dire bégaiement moyen); les résultats se rapportant aux différentes échelles appliqués marquent une amélioration nette: de 62 à 42 (échelle pourquoi s'inquiéter), de 60 à 43 (moyenne normale) (questionnaire du Penn State), de 138 à 86 (l'échelle d'affirmation de soi); de 25 au début du traitement à 43 (fin du traitement) au niveau de l'échelle positive et de 59 à 41 au niveau de l'échelle négative (questionnaire des conduites interpersonnelles). Enfin, la repassant du test d'Erikson qui est une mesure subjective et qui évalue les comportements d'évitement causés par le bégaiement, mit en évidence la disparition de la majorité des symptômes.

Postcure

Un mois après le traitement, Mr B. est revu pour un enregistrement post-thérapeutique. Il se dit amélioré, de plus en plus, au niveau du bégaiement (où le bégaiement a presque disparu) comme au niveau de l'anxiété sociale (où il

s'affirme, maintenant, face à son père à qui il ne permet plus de toucher sa propre paie, ainsi que face à son employeur qui fut obligé de raccourcir le temps du travail et sa durée tout en augmentant sa paie de peur qu'il le quitte).

Trois mois après le traitement, lors de la deuxième séance de postcure, Mr B. dit qu'il va très bien, ce dont on s'est aperçu nous-même ainsi que tous ceux qui le connaissent.

Conclusion

Comme conclusion, nous ne pouvons que ré-affirmer notre position déjà mentionnée: les deux démarches (les TPAE et la psychothérapie intégrative) se complètent; l'exemple illustrative a bien mis ce fait en évidence; en effet, sans recours aux traitements psychologiques appuyés empiriquement tels ceux relatifs au bégaiement et à la phobie sociale, la psychothérapie de Mr B. n'aurait pas été aussi efficace (le traitement a produit les effets escomptés, voire: aider le patient à dépasser son trouble et reprendre le rythme d'une vie normale) et, en même temps, spécifique (l'intervention psychologique réalisée avec Mr B. apparut supérieure à la médication administrée à lui par le neurologue et qui apparut sans effet; de même, laissé sans traitement durant des années, situation pouvant être considérée comme contrôle, le trouble s'aggrava chez lui au lieu de disparaître).

De plus, on pourrait dire que, sans recours à la psychothérapie intégrative qui refuse de s'enfermer dans une seule orientation théorique pour se concentrer sur les caractéristiques du patient, le traitement psychologique de Mr B. n'aurait pas réussi vu la complexité de son cas; en effet, sans intégrer, selon ses besoins et les caractéristiques de sa symptomatologie mis en évidence par le diagnostic, les techniques empruntées aux diverses méthodes thérapeutiques, voire: celles comportementales, cognitives, analytiques, gestaltistes, .. , tour à tour, aucune des méthodes thérapeutiques n'aurait abouti, toute seule, à la guérison de Mr B.

Références

- Azrin N.H., Nunn R.C., A rapid method of eliminating stuttering by a regulated-breathing method, *Behav. Res. Ther.*, 1974, 12, 279-286.
- Beutler L.E., *Eclectic Psychotherapy: A systematic approach*, Elmsford, N.Y.:Pergamon, 1983.
- Caron C., Ladouceur R., A multidimensional behavioral treatment for child stutterers, *Behavior Modification*, 1989, 13, 206-215..
- Chambless D.L., Hollon S.D., Defining empirically supported therapies, *Journal of consulting and clinical psychology*, 1998, 66 : 7-18.
- Dugas M., Ladouceur R., Traitement multidimensionnel et progressif des bégues sévères, *Science et Comportement*, 1989, 18, 231-233.
- Fensterheim H. & Glazer H.I., *Behavioral psychotherapy: Basic principles and case studies in an integrative clinical model*, New York: Plenum, 1983
- Fisher J., Eclectic Casework, In J.c.Norcross (Ed), *Handbook of eclectic psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel, 1986.
- Gatz M., Fiske A., Fox L.S., Kaskie B., Kasl-Godley J.E., McKallum T.J., Wetherell J.L., Empirically validated psychological treatments for older adults, *Journal of Mental Health and Aging*, 1998, 41: 9-46.
- Goldfried M.R., Castonguay L.G. & Safran J.D., Care issues and future directions in psychotherapy integration, In J.C.
- Norcross & M. R. Goldfried (Eds), *Handbook of psychotherapy integration*, N.Y.: Basic Books, 1992.
- Hunsley J., Dobson K.S., Johnston C. & Mikail S.F., Empirically supported treatments in psychology: Implications for Canadian professional psychology, *Review of Canadian Psychology*, 1999a 40: 289-302..

Kendall P.C., Chambless D.L. (Eds), Empirically supported psychological therapies (Numéro special), *Journal of consulting & clinical psychology*, 1998, 66: 3-167..

Ladouceur R., Fontaine O., Cottraux J., Thérapie comportementale et cognitive, Masson, Paris, 1993, 100-106.

Ladouceur R., Boisvert J.M., Loranger M., Morin C.M., Pépin M., Blais M.C., Les traitements psychologiques appuyés empiriquement: Etat de la question et critique, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003, 13, 2: 53-65.

Lazarus A.A., In support of technical eclecticism, *Psychological Reports*, 1967, 21, 415-416.

Nathan P.E., Gorman J.M. (Eds) A Guide to treatments that work, N.Y.: Oxford University Press, 1998.

Norcross John C., Goldfried Marvin R. (sous la direction de), Psychothérapie Intégrative, trad. fr. par Francine Bernier et Jean-Gabriel Offroy, Desclée de Brower, 1998; titre original: *Handbook of Psychotherapy Integration*, Harper Collins Publishers, N.Y., 1992.

Sanderson W.C., Woody S.R., Manuals for empirically validated treatments: A Project of the Task Force on Psychological Interventions, *The Clinical Psychologist*, 48: 7-11, 1995..

Seligman MEP, The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study, *American psychologist*, 50: 965-974, 1995.

Spirito A. (Ed), Empirically supported treatments in pediatric psychology (Numéro special), *Journal of Pediatric Psychology*, 24: 87-174, 1999.

Westen D., Morrison K., A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies, *Journal of consulting and clinical psychology*, 69: 875-899, 2001.

Woody S.R., Sanderson W.C., Manuals for empirically supported treatments: 1998 update, *The clinical Psychologist*, 51.: 17-21, 1998

Abstract:

Psychological Treatments with an Empirical Basic (TPAE) and Psychotherapy Integration: two complementary Approaches

In front of the flow of therapies growing incessantly and invading the profession where each therapy claims itself single and superior, many efforts were deployed these three decades in order to evaluate the efficacy of the psychological treatments and their dissension.

The issue of these efforts took two different by complementary forms. The TPAE and the Psychotherapy Integration; to identify the TPAE, many criterias (efficacy, specificity, reduction of cost, ..) were defined and required in order to include any psychological treatment. As for the descent of Psychotherapy Integration, it was the disability for the therapist to enclose himself in one therapeutic orientation because any clinical approach is adequate to all cases even when they suffer from the same problems (several factors – personal, first of all – interplay together); besides, any theory or technique can answer to the complexity of the psychological problems lived by a person characterised by an original personality: complex and one.

Otherwise, the best perspective in therapy consists in developing the strategies of Key-level in maintenance of problems which help to intervene about many levels of change.

We report an experience about the treatment of a young man with stuttering accompanying from a social anxiety as an illustration for the diversity and the richness of Integration; approach based on the key-level strategy able to work with patients having different problems.

www.psy-tunisia.com

الجمعية التونسية للطب النفسي

www.arabpsynet.com

دليل المكتبة النفسية العربية

www.arabpsynet.com/Psy-books.htm

شبكة العلوم النفسية العربية
خزينة علوم النفس
تصرفات - محطيات - اطلال
www.arabpsynet.com

ARABIC EDITION - FRENCH EDITION

Arabpsynet Psy. books Selection

Books Titles	Publisher / Country	Authors	Year
Hand Books			
Contemporary Psychiatry	Elmagasli Library- Egypt	Ahmed Okasha	2003
Psychophysiology	EGYPT	Ahmed Okasha	1990
Treasures of Psychology	Elmagasli Library- Egypt	Kamel Dessouqui	1985
Psychic and Mental Medicine	Dir. Ennahda Elarabia	Kamel Dessouqui	
Collected Papers of Psychiatry and Psychology	Dir. Ennahda Elarabia	Mustapha Zhour	
Psychopathologic Study	Dir. Elghad	Yahia Raïhoua	1979
Sexuality and Psyche in Human Life		Kamel Ali	
Psychiatry Handbook	BERLIT	Fahri Dabbagh	1983
Mental Health	Dir. Elmagasli - Anman	Samer Jani Radhouane	2002
Electronic dictionary of psychological sciences	Cisen computer Center	Jamel TURKY	2002
Psychiatry Encyclopeda	Madbouly Library	Abdemonaan Hetri	
Encyclopedia of Famous Psychologists	Madbouly Library	Abdemonaan Hetri	

Arab Psy Books Guide ENGLISH VERSION

Bienvenue sur psy-Tunisia

ATyEP

Psy-Tunisia est le site web de la Société Tunisienne de Psychiatrie (STP) et celui de l'Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé (ATPEP).

Il est destiné à tous les acteurs dans le domaine de la santé mentale.

L'espace scientifique est ouvert à toutes les contributions validées par le comité scientifique. Pour pouvoir écrire et publier vos articles, vous devez avoir un **MOT DE PASSE** pour accéder à l'espace administratif et au **FORUM INTERNE**. Pour cela il faut directement le demander au webmestre, [Classeur](mailto:Classeur@psy-tunisia.com). Les rubriques publiées sont **librement consultables**.

L'espace associatif est ouvert à toutes les associations scientifiques psychiatriques et psychologiques. La **STP** et **l'ATPEP** y hébergent déjà leurs sites. Si vous voulez faire héberger votre association sur Psy-tunisia [Classeur](mailto:Classeur@psy-tunisia.com).

ANNONCES
2èmes Journées Nationales de la psychiatrie Ennahda Soussou - 23-24-25 Janvier 2004

Séminaire de Formation à la recherche en psychiatrie en INVITATION LIBRE

Société Tunisienne de Psychiatrie