

LES ATELIERS
DU PRATICIEN

Sous la coordination de
MATHILDE LALUBIN

AVEC MATHILDE LALUBIN • EMERIC LANGUÉRAND • ROMAIN LEMARÉCHAL • ANNIE STOKER
Préface de Didier Pleux

PRATIQUER LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ÉMOTIVE RATIONNELLE



DUNOD

© Dunod, 2024
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-087834-5

Table des matières

Présentation des auteurs

Préface

Introduction

PARTIE 1 Les bases de la REBT

Chapitre 1 – Introduction aux bases de la REBT

1 ● LES ORIGINES DE LA REBT

- Le courant comportementaliste
- Le courant cognitiviste
- Les théories de l'attribution
- La thérapie de la construction personnelle
- La sémantique générale
- L'approche psychanalytique
- La théorie des schémas
- Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

2 ● LES DIFFÉRENCES ENTRE LA THÉRAPIE COGNITIVE DE BECK ET LA REBT

3 ● LES PRINCIPAUX CONCEPTS

- Les croyances irrationnelles
- Les différents niveaux de cognition
- Les émotions

4 ● LES OBJECTIFS DE LA REBT

Chapitre 2 – Les différentes étapes de la thérapie

1 ● L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN REBT

2 ● LES PREMIERS RENDEZ-VOUS

Avez-vous déjà rencontré un psy ?

Quoi ? Comment ? Depuis quand ?

L'histoire du patient

Définition des objectifs

Explication de la méthode REBT

3 ● LE FORMAT DES SÉANCES

Schéma d'une session de travail

4 ● LE SUIVI DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE

5 ● LA FIN DE LA THÉRAPIE

PARTIE 2 La pratique et le modèle ABCDE

Chapitre 3 – Identifier le A : l'évènement activateur

1 ● LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE A

2 ● CONTESTER LES COGNITIONS EN A OU EN B ?

3 ● QUEL A TRAVAILLER ?

Le A critique

Quand le A est difficile à circonscrire

Quand le A est flou

Le patient « métaphysique »

4 ● LE C DEVIENT UN A : LE MÉTA-PROBLÈME

Repérer et travailler un méta-problème

Les différents types de méta-problèmes

Recommandations

Quand le méta-problème n'en est pas un

Chapitre 4 – Identifier le C : les conséquences émotionnelles et comportementales

1 ● LES CONSÉQUENCES ÉMOTIONNELLES

Les composantes du processus émotionnel

Les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles
Les difficultés à préciser le C émotionnel

- 2 ● LES CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES**
- 3 ● ACCEPTER DE MODIFIER LE C ÉMOTIONNEL**
- 4 ● POINTS CRUCIAUX DU CHANGEMENT DU C COMPORTEMENTAL**
- 5 ● GESTION DE L'ÉCHEC**

Chapitre 5 – Le B d'ABC : identifier les croyances irrationnelles

- 1 ● LES DIFFÉRENTS TYPES DE CROYANCES IRRATIONNELLES**
 - Les croyances irrationnelles de base de type exigence dogmatique
 - Les croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation
 - Les croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration
 - Les croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine
- 2 ● LA PLACE DU B DANS ABC**
 - Le chaînage d'inférences
 - L'interprétation inductive
 - L'identification par induction
 - L'hypothèse du pire
 - Le questionnement socratique et l'individualisation
 - L'utilisation des associations fréquentes entre certaines émotions et certaines croyances irrationnelles
 - Les questionnaires et outils psychométriques

Chapitre 6 – Faire le D : la contestation

- 1 ● LES DIFFÉRENTS TYPES DE CONTESTATION**
 - La contestation logique
 - La contestation empirique
 - La contestation pragmatique
- 2 ● LES DIFFÉRENTS STYLES DE CONTESTATION**

Le style didactique
Le style socratique
Le style humoristique
Le style métaphorique

3 AIDES À LA CONTESTATION

La modélisation vicariante
La contestation du terroriste
La contestation de la meilleure amie (du meilleur ami)
L'utilisation de la projection temporelle
La contestation paradoxale et inversée

4 LES NIVEAUX D'ABSTRACTION

5 ENTRAVE À LA CONTESTATION

Précautions concernant la contestation des croyances irrationnelles

Chapitre 7 – Le E : produire de nouveaux effets

1 LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX COMPORTEMENTS COGNITIFS : LES CROYANCES RATIONNELLES

Construire des croyances rationnelles
Les erreurs sur les croyances rationnelles

2 METTRE À L'ÉPREUVE LA NOUVELLE CROYANCE RATIONNELLE (OU TRANSFORMER LA CROYANCE RATIONNELLE EN CROYANCE EFFICIENTE)

La REBT et les stratégies comportementales
La *shame attack*
L'utilisation du questionnement socratique associé à la visualisation

3 LA DIFFICULTÉ DU CHANGEMENT

Le système des croyances : un réseau interconnecté
La REBT, un changement philosophique

PARTIE 3 Les perspectives

Chapitre 8 – Les recherches sur l'efficacité de la REBT

- 1 ● LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION : UN PARCOURS HISTORIQUE ET EMPIRIQUE**
- 2 ● PORTÉE THÉRAPEUTIQUE DE LA REBT : UNE ANALYSE COMPARATIVE DES EFFETS CLINIQUES**

Chapitre 9 – La REBT et la troisième vague des TCC : ACT et approches processuelles

- 1 ● SIMILITUDES ET RESSEMBLANCES DE LA REBT AVEC LA TROISIÈME VAGUE DES TCC**
 - D'un point de vue philosophique
 - D'un point de vue technique, une articulation entre la REBT et l'ACT
- 2 ● CONJUGUER LA PRATIQUE DE LA REBT ET ACT : LA REBT À LA LUMIÈRE DE L'HEXAFLEx**
 - Acceptation, défusion et contestation des croyances
 - Conscience de soi, valeurs et engagement
 - REBT et flexibilité psychologique
- 3 ● LA DIMENSION TRANSDIAGNOSTIQUE ET PROCESSUELLE DE LA REBT**
 - La REBT et les tendances à l'action
 - L'émotion de l'émotion, émotion seconde ou émotion secondaire
- 4 ● VERS UNE SYNTHÈSE ÉVOLUTIVE : UNE PSYCHOTHÉRAPIE RÉSILIENTE ET VALEUR-ORIENTÉE**

PARTIE 4 Illustrations cliniques

- 1 ● CHARLES ET LES RUMINATIONS**
- 2 ● LUCIE ET LA JALOUSIE**
- 3 ● NICOLAS ET LES ANGOISSES SUR LA SANTÉ**
- 4 ● LÉA ET LES TOC**
- 5 ● COLIN ET SON ADDICTION**
- 6 ● ANNICK ET LE DEUIL**
- 7 ● LAURE ET LA RANCŒUR**
- 8 ● WILLIAM ET LA SÉPARATION**
- 9 ● LINA ET L'AFFIRMATION DE SOI**

Conclusion

Bibliographie

Présentation des auteurs

Mathilde Lalubin

Mathilde Lalubin est psychologue et psychothérapeute en cabinet libéral, enseignante et superviseuse à l'AFTCC (Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives) et intervenante au DU (Diplôme d'université) de neuropsychologie spécialité TCC de l'Université de Caen.

Emeric Languérand

Emeric Languérand est psychologue et psychothérapeute attaché à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Spécialiste des thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles, il enseigne à l'Université de Nice-Côte d'Azur et dirige l'enseignement de l'AFTCC.

Romain Lemaréchal

Romain Lemaréchal est psychologue et psychothérapeute dans un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et en cabinet libéral. Il est enseignant et superviseur à l'AFTCC et intervenant au Master de psychologie sociale, au DU d'addictologie et au DU de neuropsychologie spécialité TCC de l'Université de Caen.

Annie Stoker

Annie Stoker est psychologue et psychothérapeute en cabinet libéral. Elle est intervenante à l'Université de Caen sur les TCC dans le Master de psychologie sociale et le DU de neuropsychologie.

Tous les auteurs sont cofondateurs de l'Association Francophone de Thérapie comportementale émotive rationnelle (AFREBT).

Préface

Fin des années 1970, début des années 1980, je termine mes études de psychologie tout en étant éducateur spécialisé dans un foyer de semi-liberté pour jeunes délinquants récidivistes. À cette époque, je n'ai pas besoin d'assister aux cours, je me contente de participer aux travaux dirigés obligatoires. Pour obtenir les valeurs universitaires de psychologie, il suffit d'être « psychanalytiquement correct » et de savoir réciter, sans contestation, le catéchisme enseigné : l'Inconscient est déterminant, l'Œdipe est réel et il existe toujours un sens caché derrière tout langage ou comportement, etc. Ma pratique quotidienne d'éducateur me rend rapidement suspicieux sur le bien-fondé de ce qu'on veut m'apprendre à la fac ; ainsi, pour l'hypothèse psychanalytique, les délinquants ne sont en fait que des carencés affectifs quand je vois surtout des carencés éducatifs. Cette affirmation du psychanalyste J. Bowlby sera reprise par Michel Lemay (« J'ai mal à ma mère ») et demeure tout aussi tenace avec le récent essai de Boris Cyrulnik « Quarante voleurs en carence affective »... Mais, à l'époque dont je vous parle, les thèses psychanalytiques ne rencontrent aucune critique, c'est « la » vérité. Alors, quand notre foyer d'action éducative bascule dans le tout « psy » avec les psychothérapies de groupe de Desoille, je ne peux que me révolter malgré ma récente formation de psychologue. Mais un rebelle solitaire ne fait pas long feu et je dois démissionner de l'institution dès le milieu des années quatre-vingt. Je tente alors de trouver un poste de psychologue mais toutes les portes sont fermées, je suis jugé pas assez « psy », trop pragmatique, trop concret, trop ras des pâquerettes...

Après quelques mois de recherche infructueuse, je décide de retourner aux États-Unis, ce pays qui avait été ma terre d'accueil pendant l'année qui suivit le baccalauréat. J'étais sûr que, là-bas, je ne souffrirais plus de la doxa psychanalytique française. Et puis, avec mes jeunes délinquants, j'avais commencé une étude sur les interactions entre leur façon de penser et leur comportement et je voulais la partager : je faisais l'hypothèse que les

passages à l'acte délictueux signaient toujours une grande impulsivité, une actualisation pulsionnelle jamais tempérée par une pensée réflexive. On agit comme on pense...

Quand j'arrive aux États-Unis, en Alaska plus précisément, j'essaye de trouver un emploi de psychologue : mes entretiens d'embauche sont prometteurs mais une énième crise du pétrole supprime tous mes espoirs. Je décide de rester quelques mois pour me former à d'autres approches « psy ». Et, quand je partage avec Marc, mon ami psychologue Alaskan, mes hypothèses quant à l'impact de la façon de penser « délinquante » sur leurs passages à l'acte, il me dit tout simplement : ici, c'est ce qu'on appelle les « thérapies cognitives »... J'avais donc redécouvert la roue !

Et quand j'évoque ma rébellion et ma démission dues au diktat psychanalytique français, Marc me dit : « Dans notre pays, depuis 30 ans, nous avons un psy qui dénonce la supercherie de Freud et c'est justement celui qui a créé les thérapies cognitives : Albert Ellis ». Je me devais de le rencontrer !

J'écris à l'Institut RET (*Rational Emotive Therapy*) pour nouer un contact, il m'est répondu que je suis le bienvenu pour me former chez eux... Ce que j'allais faire 2 ans plus tard, après un retour en France où j'allais ouvrir mon propre cabinet de consultation psychologique. Tous les ans, pendant une dizaine d'années, je passe une semaine à l'Institut d'Ellis de New York.

Albert Ellis y assure à chaque fois une matinée de « théorie » et un après-midi de supervision. Je tombe rapidement sous son charme et il va devenir un de mes mentors ! Désormais, je n'entends plus les cours dogmatiques de mon UER de psychologie de Caen qui ne cessaient de répéter les mêmes « vérités » psychanalytiques. Dans son Institut, Ellis n'hésite pas à chanter ses contre-vérités et ses « Mother, you destroyed me, too bad ! » et autres « Fuck Oedipus complex » m'enthousiasment. Mais il n'est pas qu'un briseur de tabous, il est aussi et surtout un grand psychothérapeute et son enseignement clinique s'avère des plus pertinents : derrière ses propos le plus souvent provocants, comme son fameux « stop musturbation ! », il nous instruit sur l'incontournable acceptation inconditionnelle de soi, des autres et du réel. Ses « disputes » des pensées irrationnelles, source d'émotions dysfonctionnelles et donc de pathologie chez les patients, se veulent une véritable conversion philosophique et non le simple apprentissage de pensées alternatives. Et son

humanité m'impressionne, rien à voir avec nos penseurs freudiens très doctes et peu empathiques. Ellis nous fait vite comprendre que lui, comme nous, nous sommes dans le même bateau : des humains faillibles. Et j'aime, bien sûr, son ton affirmé et son côté conflictuel, il n'hésite jamais à dire les choses spontanément, authentiquement. En effet, s'il est beaucoup plus doux avec ses patients, il ne fait pas de cadeaux à ses futurs thérapeutes...

Je me souviens du premier jour de formation : l'institut nous avait prévenus par courrier qu'il nous fallait amener un magnétophone portable et Ellis s'assure que l'on a bien respecté la consigne. Je suis embarrassé quand il me demande où est le mien car je n'ai pas voulu me charger de cet appareil pour le voyage... Il m'assène un « Ils n'ont pas de magnétophone en France ? ». Il n'est jamais dans une empathie affective mais tout simplement cognitive : « Je comprends peut-être ton attitude mais je ne suis pas indulgent ! ». Le contraire de cette bienveillance qui semble dominer toute notre culture actuelle ; Ellis fait autorité, il se permet de contester l'irrationalité d'un patient sans jamais lui enseigner, de façon autoritariste, sa façon de penser. Un psy affirmé, déséquilibrant mais jamais un gourou ! Et son humour nous fait comprendre qu'il ne se prend pas au sérieux, il est humain, profondément humain...

Je me souviens de sa question lors d'une séance de supervision : « Didier (prononcé Dijay ou Dideuuuurrr), what's your problem besides being french ? » (« À part être français, quel est ton problème ? »).

Ellis est aussi et surtout l'expert des cognitions irrationnelles et je me souviens de ses séances du vendredi soir où une bonne centaine de personnes assistent à ses interventions où il travaille avec des patients volontaires : il disait de nombreuses fois à son interlocuteur « qu'est-ce que vous pensez ? » et si la réponse se faisait attendre il ponctuait par un « si vous ne trouvez pas, je vais vous le dire !... » Et la plupart du temps il visait juste, tellement lucide sur la fabrique humaine de « demandes, d'attentes et d'exigences » irrationnelles... Comme il était pertinent avec ses « shame attacks » pour nous faire comprendre l'endoctrinement que nous subissons tous avec ce fameux regard ou cotation de l'autre, ce besoin d'approbation destructeur. Je me souviens d'une de ses conférences sur la côte ouest américaine : y assiste une assemblée d'un millier de personnes et il demande un volontaire pour une « shame attack ». Un homme se lève et lui dit qu'il va révéler ce qui lui fait honte depuis longtemps : « Docteur Ellis, j'ai un tout petit pénis ! ». Et

Ellis de lui dire : « Montrez-le nous ! ». Ce qu'il fit... J'étais, en tant qu'Européen, moins fanatique de ce genre de show mais je savais qu'Ellis par ses provocations ne pensait qu'à détruire nos automatismes de pensée délétères et surtout ceux liés au « regard d'autrui ».

Ellis qui aurait pu avoir la renommée d'un Aaron Beck, plus consensuel, moins provocateur et qui avait repris l'essentiel de l'approche RET. L'approche RET allait être rebaptisée REBT (*Rational Emotive Behavioral Therapy*) à la fin des années 1990. Quand on évoquait le sujet de tout ce que Beck lui devait (et que ce dernier reconnut à la mort d'Ellis) sans jamais évoquer ses sources, il souriait et nous disait « *pain in the ass* mais c'est comme ça... ». L'acceptation, toujours cette volonté de ne pas se dire « comment les choses auraient dû se passer » mais de simplement constater « ce qui est » quand rien ne peut être changé. Oui, Ellis aimait la philosophie et j'ai eu la chance d'échanger avec lui au moment de la parution du « Livre noir de la psychanalyse » en 2005, 2 ans avant son décès. Cet entretien va devenir le fil conducteur de mon chapitre sur « La force du Conscient »... Je le cite : « La REBT est une des philosophies existentialistes. Elle fait l'hypothèse que pour comprendre les humains il faut connaître leur propre philosophie sur eux et sur le monde. La plupart des gens sont existentiellement perturbés parce qu'ils ne savent pas se servir de leur conscience, ils pensent de travers et cela de façon quasi innée. »¹

« Nous sommes des humains faillibles, donc émotionnels, nous ne sommes pas des robots, “être” mieux, c'est retrouver un émotionnel gérable avec soi et la réalité. Et si cette réalité redévient trop difficile, nous exacerbé de nouveau émotionnellement, il est désormais souhaitable de retravailler sur soi et non d'incriminer la réalité, l'autre et ses prétendus déclencheurs. Il s'agit bien d'autoévaluer sa propre appréhension du monde, ce qui détermine “mon existence”. »²

Albert Ellis m'a bien sûr beaucoup influencé dans mon exercice de psychothérapeute puisque je n'ai jamais pratiqué que son approche. Auteur, j'ai surtout écrit des livres sur le thème de la guidance parentale, mais chacun d'eux n'est que le reflet de ses hypothèses. Dans chaque essai, je reprends son point de vue et calque ma façon de faire avec la sienne...

Dans ma « préretraite », je consulte encore et je suis de plus en plus persuadé de la pertinence de son affirmation peu de temps avant sa mort : « In a sense

we could say that virtually all “emotional” disturbances arise from Low Frustration Tolerance. » Oui, nombre de pathologies trouvent leur origine dans l’intolérance aux frustrations. J’aurais voulu qu’Ellis lise mon « Complexe de Thétis » pour qu’il voie à quel point je suis son héritier !

Mais il a désormais d’autres héritiers au pays de Sartre : Annie Stoker, Mathilde Lalubin, Romain Lemaréchal et Emeric Languérand poursuivent l’aventure de la REBT d’Ellis avec ce précieux guide pour psychothérapeutes. Et à une époque où de nombreux thérapeutes sont souvent des « ravis de la crèche », je sais qu’eux ne confondront jamais leur mission de soignant avec la tiédeur ambiante !

Didier Pleux
Docteur en psychologie du développement, psychologue clinicien,
psychothérapeute
Février 2024

¹ Borch-Jacobsen M., Cottraux J., Pleux D., Van Rillaer J, Meyer, C. (2005), *Le livre noir de la psychanalyse (Vivre, penser et aller mieux sans Freud)* (p. 688), Les Arènes.

² Ibidem p. 689.

Introduction

Albert Ellis (1913-2007) était un psychologue new-yorkais qui a consacré sa carrière professionnelle au développement de son approche psychothérapeutique qu'il a appelée *rational emotive behavior therapy* (REBT) soit, en français, « thérapie comportementale émotive rationnelle ». Il existe plusieurs ouvrages de référence sur cette psychothérapie, mais ils sont généralement en anglais (par exemple, DiGiuseppe *et al.*, 2014). L'objectif de cet ouvrage est de promouvoir l'approche de la REBT dans les pays francophones en proposant un manuel théorique et pratique écrit en français. Il s'adresse aux psychothérapeutes formés aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui souhaitent s'initier ou se perfectionner à la REBT. Les auteurs ont fait le choix de conserver l'appellation REBT afin de rester fidèles à son créateur et de garantir un langage commun en utilisant un sigle reconnu internationalement.

Après une présentation des origines théoriques et des principaux concepts de la REBT, le modèle ABCDE sera présenté, dans une deuxième partie, ainsi que les outils thérapeutiques. La troisième partie permettra de positionner la REBT par rapport aux autres courants psychothérapeutiques existants, ainsi que d'exposer les perspectives envisagées. Dans une dernière partie, le modèle et les techniques seront illustrés à travers des présentations de cas cliniques.

Partie 1

Les bases de la REBT

Chapitre 1 – Introduction aux bases de la REBT

Chapitre 2 – Les différentes étapes de la thérapie

Chapitre 1



Introduction aux bases de la REBT

- 1 Les origines de la REBT
- 2 Les différences entre la thérapie cognitive de Beck et la REBT
- 3 Les principaux concepts
- 4 Les objectifs de la REBT

1) LES ORIGINES DE LA REBT

Depuis sa création par Ellis en 1956, de nombreux auteurs et chercheurs ont contribué au développement de la REBT. Ellis a lui-même écrit de nombreux articles sur la REBT, des guides pour s'aider soi-même à destination des patients (Ellis et Harper, 1961) et des manuels pour former les thérapeutes à son approche (Ellis, 1962). Ellis s'est aussi fait connaître en proposant des conférences sur son approche et en créant un institut de formation pour les professionnels appelé « Albert Ellis Institute ». De cette façon, de nombreux

patients ont pu bénéficier de cette thérapie novatrice qu'il a nommée en 1956 *rational therapy* (« thérapie rationnelle ») et en 1993 *rational emotive behavior therapy* (« thérapie comportementale émotive rationnelle »).

Le changement de nom était nécessaire parce que la thérapie a été rapidement associée à la position philosophique du rationalisme du XVIII^e siècle. Le rationalisme postulait que la raison et l'intellect étaient importants au détriment des comportements et des émotions.

Avec le changement de nom, Ellis précise le rôle essentiel des composantes émotionnelles et comportementales dans le traitement des perturbations psychologiques des patients (Watson, 1998). En effet, les patients consultent généralement un professionnel de la santé mentale (psychologue ou psychiatre) lorsqu'ils perçoivent ou ressentent les conséquences négatives de leurs comportements et/ou de leurs émotions. Ces conséquences négatives peuvent être des sensations internes désagréables, voire douloureuses (anxiété, dépression, colère, culpabilité, fatigue, manifestations somatiques, etc.), des répercussions d'ordre social (relations conflictuelles, isolement, défaut d'assertivité, etc.) ou encore des inconvénients plus individuels (difficulté pour atteindre des objectifs de vie ou résoudre des problèmes, échec professionnel, etc.).

Pour développer son approche de la REBT, Ellis s'est intéressé aux différents courants philosophiques et psychologiques contemporains.

Le courant comportementaliste

Les travaux des chercheurs comportementalistes sur le conditionnement classique (Pavlov, 1927) et opérant (Skinner, 1963) ont été une source d'inspiration importante. En effet, leurs expériences ont mis en évidence que certaines réactions physiologiques ou certains comportements peuvent apparaître par apprentissage grâce à la répétition et la présence de renforcements. Ellis adhérait, comme les comportementalistes, à l'idée que les comportements qui ont été acquis peuvent être modifiés. Ce dernier point représente un intérêt majeur au niveau thérapeutique, car les expérimentations démontrent qu'il était possible de faire disparaître des réactions, si elles étaient gênantes, grâce à l'acquisition de nouveaux comportements plus appropriés et en modifiant leurs conditions d'apparition.

Le courant cognitiviste

Malgré l'intérêt d'Ellis pour les travaux des comportementalistes, il a également été influencé par les recherches sur l'apprentissage social. Par exemple, les travaux de Bandura (1969) remettent en question le recours au conditionnement comme méthode principale pour expliquer les changements de comportement et les apprentissages humains (DiGiuseppe *et al.*, 2014). Cela a fait évoluer la thérapie comportementale vers une perspective cognitive, en prenant en compte les composantes plus personnelles de l'individu dans l'émergence de nouveaux comportements, notamment l'importance de l'apprentissage par modélisation. Mahoney (1974) affirme, dans son manifeste, que l'apprentissage vicariant (par l'observation d'autrui), concept central dans les enseignements de Bandura, est un exemple flagrant de médiation cognitive (Ravon, 2010). Bandura (1969) a aussi développé une doctrine dite du déterminisme réciproque selon laquelle la réciprocité des interactions causales complexes et continues entre l'homme et son environnement permet de considérer qu'il est au moins aussi libre qu'extérieurement déterminé. L'homme est libre dans la mesure où il peut, par autorégulation, influencer les événements futurs (Ravon, 2010).

Les théories de l'attribution

L'hypothèse centrale des théories de l'attribution est que les humains recherchent constamment des causes aux événements internes ou environnementaux et que la compréhension de ces causes leur permet de fonctionner de manière plus adaptative (Heider, 1958 ; Kelley, 1967 ; Weiner, 1985). Le style d'attribution fournit une explication aux différentes réactions que peuvent avoir des individus différents dans une situation analogue. Si un individu attribue sa réussite ou son échec à des facteurs internes (liés à lui-même, aux efforts fournis, à la qualité de son travail...), il aura tendance à ne pas réagir de la même manière que s'il les attribue à des facteurs externes (liés à la chance, à l'examinateur, à Dieu...).

La théorie de l'attribution est définie par Heider en 1958 comme le processus par lequel « *l'homme appréhende la réalité et peut la prédire et la maîtriser* ». L'attribution est un moment capital de l'analyse de l'action par un sujet et elle détermine, pour une large part, ses comportements et ses réactions à

l'environnement.

Parmi les nombreuses théories de l'attribution, l'une des plus connues est la théorie de la covariation proposée en 1967 par Kelley : les individus, comme les scientifiques, utilisent certains indices informationnels afin de tirer des conclusions sur la causalité des événements observés (Hayes et Hesketh, 1989). Selon ce modèle, trois types d'informations influencent les causes auxquelles un comportement est attribué :

- le *consensus* (le comportement de la personne est semblable aux comportements d'autres personnes dans la même situation),
- le *caractère distinctif* (le comportement de la personne est différent du comportement qu'elle a habituellement dans des situations similaires),
- la *cohérence* (le comportement de la personne est cohérent en comparaison aux comportements qu'elle a déjà eus dans d'autres situations).

La combinaison spécifique de ces indices détermine si un événement donné sera attribué à l'individu lui-même, à l'environnement externe ou à une combinaison de facteurs personnels et environnementaux.

Par conséquent, un changement dans les attributions des patients peut être obtenu en attirant l'attention sur des indices informationnels qui n'ont pas été pris en compte auparavant et qui sont incompatibles avec leurs déductions actuelles, ou en corrigeant leur évaluation des informations disponibles sur la covariation (Hayes et Hesketh, 1989).

Par exemple, si une personne se dit déprimée ou anxieuse et que ses réactions sont liées à une perception inappropriée des causes, le thérapeute peut lui demander s'il est *consensuel* de réagir de cette façon dans cette situation (« est-ce que vos collègues sont également affectés quand le directeur fait des remarques négatives sur le travail ? »), si cette réaction se *distingue* des autres réactions qu'elle a déjà eues dans le même genre de situation (« avez-vous déjà réagi différemment face à des remarques négatives sur votre travail ? ») et sur l'aspect *cohérent* de sa réaction (« connaissant vos réactions habituelles, est-ce qu'il est cohérent de réagir de cette façon quand on critique votre travail ? »). En questionnant la personne sur ces différents aspects, le thérapeute va tester la véracité de ses propos et l'aider à trouver d'autres

façons de traiter les informations.

La thérapie de la construction personnelle

L'idée selon laquelle les humains réagissent aux événements déclencheurs à travers le prisme de leur système de croyances se retrouve aussi dans les travaux de George Kelly (1955) sur la thérapie de la construction personnelle (Watson, 1998).

D'après cette approche, les humains se créent des pensées sur la façon dont le monde est ou devrait être. Ils ne réagissent pas simplement en fonction des situations ni de ce qu'ils ont appris socialement, mais ils construisent de manière créative leurs réponses individualisées aux situations qu'ils rencontrent. Ils se font une vision du monde, en fonction de leurs souvenirs, leurs expériences et leurs vécus, qui peut se transformer en croyances sur le fonctionnement de la vie telle qu'elle devrait être. Ces croyances peuvent entraîner une perturbation et affecter leurs comportements (Watson, 1998).

La thérapie de la construction personnelle implique d'évaluer et de comprendre les systèmes de constructions des patients concernant leur vision personnelle du monde et de les aider à évaluer si leurs constructions sont bénéfiques pour vivre de façon satisfaisante. Si leurs constructions entraînent des perturbations, le thérapeute aide les patients à devenir flexibles en abandonnant les constructions qui conduisent à un comportement inadapté grâce au raisonnement logique et scientifique.

La sémantique générale

La façon dont les personnes mettent des mots sur leurs constructions personnelles a rapidement intéressé Ellis qui a pris en compte les travaux d'Alfred Korzybski (1933) sur la théorie de la sémantique générale pour développer son approche. La sémantique générale est l'étude du langage et de la façon dont sa structure et son utilisation peuvent façonner et déformer l'expérience et les communications humaines. Cette théorie défend l'idée que les humains sont plus efficents et moins perturbés émotionnellement s'ils suivent la méthode scientifique et la vérification empirique des idées.

La prémissse la plus importante de la sémantique générale est que le langage

est trop souvent incomplet. Tout mot désignant un objet ou une action, par sa nature même, laisse de côté certaines caractéristiques importantes de l'événement, de la chose ou de l'action que le mot tente d'identifier. L'expression « *La carte n'est pas le territoire* » de Korzybski traduit bien cette idée : aussi détaillée que soit une carte, elle omettra toujours certains aspects de la région qu'elle représente (DiGiuseppe *et al.*, 2014). La réalité, loin d'être indépendante des individus, est produite par son système nerveux, ainsi que ses postulats culturellement, historiquement et socialement conditionnés.

L'approche psychanalytique

Ellis, qui a pratiqué la psychanalyse avant de développer son approche, a conservé de ce courant la notion d'exigence : exigences pulsionnelles du *ça* et exigences moralisatrices du *surmoi*. De ces exigences pulsionnelles et moralisatrices découlent des façons de penser la vie très éloignée de la réalité que l'on peut appeler des croyances irrationnelles. Selon lui, la pathologie naîtrait de la difficulté des humains à faire la distinction entre désir et réalité (DiGiuseppe *et al.*, 2014).

La REBT postule que les humains sont perturbés quand ils font d'une envie et d'un désir, une exigence absolue. Lorsqu'ils sont perturbés, ils pensent que ce qu'ils veulent doit être et ils n'arrivent pas à faire la différence entre ce qu'ils veulent et ce qui est. La régulation émotionnelle implique que l'on parvienne à faire la distinction entre ce que l'on veut et ce que l'on peut obtenir en réalité.

La psychanalyste Karen Horney (1945) a évoqué la puissance de la morale du *surmoi* qui est une instance qui exige et qui oblige, mais qui ne tient pas compte de la réalité du *moi*. Elle parle de la tyrannie des « *should* » et des « *must* » dans le langage humain. En français, il s'agit de ces « *il faut* » et « *je dois* » qui sont des injonctions ou des pensées impératives très puissantes et une source de souffrance.

La théorie des schémas

Il existe une multitude de travaux issus de courants de recherches très variés qui ont tenté de définir le fonctionnement humain sous des angles différents.

Le terme de schéma a été fréquemment utilisé pour expliquer les façons de penser et de réagir des individus. Un schéma peut être défini comme une structure de connaissances qui est utilisée pour stocker des informations. Bartlett (1932) définissait les schémas comme « *une organisation active des réactions passées, ou des expériences passées, qui doit toujours être supposée opérer dans toute réponse organique bien adaptée. En d'autres termes, chaque fois qu'il y a un ordre ou une régularité dans le comportement, une réponse particulière n'est possible que parce qu'elle est liée à d'autres réponses similaires qui ont été organisées en série, mais qui fonctionnent, non pas simplement comme des membres individuels venant l'un après l'autre, mais comme une masse unitaire* ». Selon sa théorie sur le stockage des souvenirs, les informations stockées en mémoire à long terme servent de référence lorsqu'un individu rencontre de nouvelles informations.

Piaget (1976), surtout connu pour ses travaux sur le développement de l'enfant, a créé une théorie du développement cognitif qui inclut les schémas qu'il considérait comme des structures mentales modifiées par de nouvelles informations. Piaget a appelé l'*assimilation* et l'*accommodation* les deux processus qui permettent la construction des schémas au cours du développement de l'enfant. L'*assimilation* permet de comprendre les nouvelles expériences en fonction des schémas déjà disponibles en lien avec des expériences vécues. L'*accommodation* modifie les schémas déjà présents pour les adapter aux nouvelles informations.

Beck, qui a travaillé avec Ellis et qui a fortement contribué au développement des thérapies comportementales et cognitives, a également évoqué l'existence de schémas qui servent de filtres au traitement de l'information et de guides aux comportements (Beck, 1976 ; Beck et Emery, 1985 ; Beck et Freeman, 1990).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

La prise en compte de la façon de penser pour expliquer les perturbations émotionnelles et comportementales a ouvert la voie au développement des TCC. Ellis s'est rapidement intéressé aux processus cognitifs, ce qui a fait de lui l'un des principaux fondateurs des TCC. Une source d'inspiration importante a été la philosophie stoïcienne, notamment cette célèbre citation

d'Epictète (90 avant J.-C.) : « *Les gens ne sont pas troublés par les choses, mais plutôt par l'idée qu'ils s'en font* ». L'individu ressent ce qu'il pense : ce ne sont pas les événements ou les autres qui le font se sentir bien ou mal, c'est lui-même qui le fait.

Selon les TCC, les pensées des individus ont une influence sur leurs émotions et leurs comportements et donc, il peut être possible de changer des comportements gênants et des émotions dysfonctionnelles en modifiant leur façon de penser. Il est aussi possible de modifier les pensées en changeant certains comportements ou en réduisant la charge émotionnelle.

L'individu peut prendre conscience de ces pensées et y accéder en observant les autoverbalisations automatiques, appelées aussi les cognitions, qui sont accessibles en faisant un effort de prise de conscience du discours intérieur sur soi, les autres ou la réalité. Le contenu de ces autoverbalisations peut être des croyances auxquelles la personne adhère depuis toujours et qui sont crédibles à ses yeux. Lorsqu'elles sont utilisées de façon rigide et qu'elles sont fortement reliées à des émotions intenses et/ou dysfonctionnelles, elles sont le plus souvent irrationnelles.

Le système de croyances d'un individu s'est construit tout au long de sa vie et s'est installé durablement en fonction des événements qu'il a été amené à vivre. Ces croyances sont irrationnelles si elles expriment une exigence, utilisent un langage inadapté ou représentent des stéréotypes. Les croyances irrationnelles conditionnent largement les réactions de l'individu au niveau des émotions et des comportements.

2) LES DIFFÉRENCES ENTRE LA THÉRAPIE COGNITIVE DE BECK ET LA REBT

Comme en TCC, les thérapeutes qui pratiquent la REBT se concentrent sur le lien entre les cognitions et les émotions, mais ils font l'hypothèse que les variations émotionnelles sont liées aux pensées absolutistes (les exigences dogmatiques) et à d'autres types de croyances irrationnelles.

Beck a développé son propre modèle de thérapie cognitive qui est l'une des TCC les plus répandues, encore actuellement, grâce aux nombreux écrits et travaux qu'il a menés avec son équipe, notamment sur la dépression (Beck,

1976 ; Beck *et al.*, 1979). L'une des principales différences entre la REBT et la thérapie cognitive de Beck porte sur les types de croyances ciblées. Ellis (1987) a constamment soutenu que le modèle cognitif de Beck de la dépression (Beck *et al.*, 1979) est incomplet, car il ne prend pas en compte le rôle principal joué par les croyances d'exigence qui est, selon lui, la variable cognitive centrale dans les réponses psychopathologiques.

Ce qui distingue aussi la REBT des autres thérapies cognitives est la prise en compte de trois niveaux de cognitions différents :

- *Les cognitions conscientes de nature inférentielle* qui correspondent à nos perceptions de la réalité et les inférences que nous faisons automatiquement, qui s'imposent à nous. Ces cognitions ou biais cognitifs peuvent être des déductions incorrectes qui prennent la forme de pensées automatiques négatives, d'hypothèses erronées, d'attributions internes et externes, etc.
- *Les cognitions inconscientes de nature évaluative* qui évaluent l'importance des inférences et qui sont *dérivées* des exigences impératives plus centrales (intolérance à la frustration, catastrophisation et évaluation globale de la valeur humaine).
- *Les cognitions inconscientes de nature dogmatique* qui se présentent comme des *exigences*, des demandes impératives sur comment la réalité doit être. Elles découlent des schémas des patients qui structurent le monde tel qu'ils voudraient qu'il soit (« le monde doit... »). Les exigences peuvent aussi porter sur l'individu lui-même (« je dois... ») et les autres (« tu dois... »).

Un thérapeute qui pratique la thérapie cognitive reconnaît l'importance des inférences et il travaille avec son patient sur ses perceptions erronées, ses pensées automatiques négatives et ses biais d'attributions négatives. Ces inférences peuvent être testées empiriquement pour déterminer si elles sont vraies ou non. Ces pensées automatiques négatives sont facilement accessibles à la conscience et il est souvent aisé de les tester dans la réalité en demandant au patient de procéder à des vérifications.

Le thérapeute qui pratique la REBT reconnaît que ces cognitions inférentielles sont associées à la pathologie, mais ne croit pas qu'elles soient centrales. Il existe des cognitions qui sont en grande partie de nature

évaluative et qui sont plus proches de la perturbation émotionnelle parce qu'elles évaluent l'importance des inférences. Dans le vocabulaire de la REBT, ces cognitions sont des *dérivées* des croyances irrationnelles plus fondamentales de base, les *exigences dogmatiques*. Les gens construisent le monde pour qu'il soit tel qu'ils le souhaitent en se formulant des pensées impératives (dogmatiques, absolutistes) sur eux-mêmes, les autres et la réalité (DiGiuseppe *et al.*, 2014). Ellis a identifié trois types de « *must* » :

- Exigences sur soi (« je dois... »)
- Exigences concernant les autres (« tu dois... »)
- Exigences concernant la réalité (« le monde, la vie, la réalité doit... »)

Les différentes écoles de TCC se distinguent par l'importance qu'elles accordent aux différents niveaux de cognition. La REBT s'organise autour du concept de croyances rationnelles et irrationnelles, alors que la thérapie cognitive de Beck s'organise autour des concepts de pensées et de schémas automatiques (David, 2006).

Ce qui distingue aussi la REBT des autres TCC est l'importance donnée à ce qu'Ellis (1987) a appelé les *troubles secondaires* ou *troubles du second niveau*, c'est-à-dire les perturbations qui résultent de la dramatisation de *troubles primaires*.

3 ♦ LES PRINCIPAUX CONCEPTS

Les croyances irrationnelles

Ellis, qui a consacré une grande partie de sa vie au développement de la REBT, avait pratiqué la psychanalyse au début de sa carrière. Il s'est rapidement détourné de ce courant au profit d'une approche plus directive après avoir fait le constat qu'explorer le passé des patients entraînait une meilleure connaissance de soi, mais pas nécessairement les changements attendus. Il a soutenu que les humains peuvent surmonter les effets des expériences passées en réévaluant leurs perceptions du passé et en réévaluant leurs interprétations de son influence.

D'après Ellis, les événements passés ou présents, positifs ou négatifs contribuent aux émotions, mais ne les induisent pas directement ou ne les provoquent pas. Le patient a appris à penser de manière irrationnelle s'il a évolué dans un environnement qui pensait de cette manière ou s'il a vécu des événements négatifs ou positifs qui l'ont amené à penser de cette manière. Le passé joue donc un rôle important dans l'émergence des croyances irrationnelles, mais le patient les a activement répétées au fil du temps et les entretient dans le présent pour en faire des lois internes ou des synthèses subjectives sur lui-même, les autres et la vie en général.

Malgré l'influence des facteurs génétiques et environnementaux dans la genèse des croyances irrationnelles et des pathologies mentales, il est possible de les modifier, notamment s'il existe des comportements problématiques que le patient veut changer. Les croyances irrationnelles peuvent être modifiées et transformées en croyances rationnelles par des efforts actifs et persistants. Penser de façon plus rationnelle permet de se comporter de façon plus adaptée en réduisant la détresse émotionnelle et autorise le patient à atteindre des objectifs de vie sains.

Les différents niveaux de cognition

Les différents niveaux de cognition font référence aux travaux d'Abelson et Rosenberg (1958) qui ont utilisé les termes de « cognitions chaudes et froides » pour faire la distinction entre l'évaluation (chaude) et la connaissance (froide) sur une situation donnée. Les cognitions froides se réfèrent à la façon dont les gens développent des représentations pertinentes de la situation (croyances rationnelles), tandis que les cognitions chaudes se réfèrent à la façon de traiter et d'évaluer les cognitions froides (croyances irrationnelles) (David et McMahon, 2001 ; David *et al.*, 2002). Ainsi, les cognitions froides se réfèrent à la façon dont les personnes développent des représentations pertinentes des situations. Ces circonstances sont souvent analysées en termes de cognitions de surface (accessibles facilement consciemment) et de cognitions profondes (accessibles consciemment, mais plus difficilement). Les cognitions de surface se réfèrent aux descriptions, aux déductions et aux attributions, tandis que les cognitions profondes renvoient aux croyances fondamentales, c'est-à-dire les schémas (Eysenck et Keane, 2000).

Si le thérapeute s'occupe uniquement de l'exactitude des cognitions froides,

il peut passer à côté de ce qui active réellement l'émotion du patient. En effet, les humains peuvent imaginer toutes sortes de choses. Certaines semblent peu probables, mais si le thérapeute se limite à convaincre son patient de la faible probabilité de ce qu'il énonce, il passera à côté de ce qui active vraiment le patient qui sera lié à une cognition chaude. Le patient peut avoir la connaissance que ce qu'il craint est peu probable, mais maintenir un fort niveau de peur en lien avec un événement qui lui paraît possible bien que peu probable. Le simple fait de convaincre quelqu'un de la faible probabilité qu'un événement se produise ne suffit pas à réduire la peur suscitée par cet événement, a fortiori si cet événement peut (ou va) se représenter dans le futur (David, 2006). La REBT prête de l'intérêt aux cognitions chaudes des patients sur les événements peu probables pour les aider à aller mieux au quotidien face à ces événements redoutés.

Les émotions

Ressentir des émotions est essentiel pour l'être humain. Si les émotions sont ressenties de façon adaptée, elles lui permettent de se protéger du danger et de mener des actions qui lui sont favorables. Cependant, la pratique de la REBT impose de distinguer deux types d'émotions en réaction à des événements négatifs :

- Celles qui sont utiles, saines, fonctionnelles et adaptées, qui conduisent à un comportement fonctionnel et adapté.
- Celles qui sont inutiles, malsaines, dysfonctionnelles et inadaptées, qui conduisent à un comportement inadapté.

La distinction entre les deux émotions est essentielle pour orienter la thérapie sur l'émotion malsaine qui est en lien avec des pensées irrationnelles. En effet, les émotions désagréables ne sont pas une preuve de psychopathologie. Elles sont même plutôt saines lorsqu'un individu est exposé à un événement négatif. Par exemple, une personne qui vient de perdre un proche ressentira de la tristesse, voire du chagrin, qui ne justifiera pas une action thérapeutique. En revanche, si à la suite de ce décès, la personne ressent de la culpabilité, de la colère, de l'abattement ou de l'anxiété, de façon intense et prolongée, elle aura certainement besoin d'être aidée pour réduire cette détresse émotionnelle. Le thérapeute qui pratique la REBT pourra amener cette

personne à verbaliser ses croyances, à les analyser et à voir avec elle si elles sont irrationnelles et en quoi elles le sont. Il l'aidera aussi à trouver des croyances plus rationnelles qui entraîneront des émotions négatives de la même catégorie que celles engendrées par les croyances irrationnelles, mais plus fonctionnelles. Selon Ellis, la pensée irrationnelle conduit à l'anxiété, à la dépression, à la colère ou à la culpabilité, tandis que la pensée rationnelle entraîne respectivement de l'inquiétude, de la tristesse, de l'agacement, du regret.

4) LES OBJECTIFS DE LA REBT

Si la découverte de la REBT est plutôt ancienne, elle continue d'être d'actualité devant les bénéfices considérables obtenus auprès des patients suivis par des thérapeutes formés. Comme pour toutes les approches psychothérapeutiques, la qualité de la relation avec le patient est très importante. Contrairement aux courants psychanalytique et humaniste, les thérapeutes se concentrent davantage sur le présent plutôt que sur les causes historiques possibles des problèmes. De plus, les échanges sont directifs et la relation est collaborative pour déterminer les problèmes à traiter et les objectifs thérapeutiques.

Ce sont les modifications de comportements qui sont recherchées afin de permettre aux patients d'aller mieux et d'agir de façon adaptée dans leur quotidien. Ellis a été l'un des premiers à utiliser des exercices qu'il faisait pratiquer à ses patients pendant et en dehors des séances. Il était plutôt en faveur d'une psychologie intégrative et utilisait différents outils dans la mesure où ceux-ci pouvaient permettre aux patients de modifier les comportements qu'ils voulaient changer.

Bien que le modèle ABCDE soit très précis avec des étapes à respecter, il ne s'agit pas d'appliquer une procédure identique pour tous, mais plutôt de faire preuve d'imagination pour s'adapter au cas par cas de manière à prendre en compte les caractéristiques particulières de chaque individu.

La REBT est une approche efficace pour traiter les personnes qui ont la capacité et le désir d'apporter des changements dans leur vie. En réduisant les perturbations et les comportements gênants à l'aide du travail sur le système de croyances, il est possible de réduire la présence de certains symptômes ou

d'apprendre à vivre mieux avec ce qui ne peut pas être modifié.

L'objectif n'est pas de débarrasser les personnes de leurs croyances irrationnelles, mais plutôt de minimiser leurs perturbations émotionnelles et leurs comportements gênants en acquérant une philosophie de vie plus réaliste et plus réalisable (Corey, 1996). La finalité de cette approche psychothérapeutique est d'aider les patients à aller mieux, mais aussi de changer les comportements pour qu'ils deviennent plus efficaces au quotidien. *L'acceptation inconditionnelle de soi, des autres et de la réalité* favorise grandement la réalisation de ce projet et procure une meilleure qualité de vie à court, moyen et long terme.

Afin de permettre aux lecteurs de comprendre le processus thérapeutique de l'approche REBT, les différentes étapes de la thérapie seront décrites, puis chaque lettre du modèle ABCDE sera expliquée avec précision.

Chapitre 2



Les différentes étapes de la thérapie

- 1 L'alliance thérapeutique en REBT
- 2 Les premiers rendez-vous
- 3 Le format des séances
- 4 Le suivi de l'efficacité de la thérapie
- 5 La fin de la thérapie

Lorsqu'une personne va voir un psychothérapeute, le processus thérapeutique commence dès le premier rendez-vous. Celui-ci se joue sur deux plans :

- la construction de l'alliance thérapeutique,
- l'organisation de la thérapie avec l'évaluation, le choix des domaines problématiques, l'établissement des objectifs etc.

Le fait de prendre le temps d'établir un bon contact avec le patient permet de l'amener à préciser sa demande, et inversement, le fait de l'amener à préciser ses problématiques améliore l'alliance thérapeutique. Plus le patient se sentira écouté et compris, plus il sera en confiance et à même de réfléchir dans le sens de ce qui le perturbe le plus et réciproquement.

Vient ensuite le temps du travail thérapeutique où patient et thérapeute s'engagent dans un travail structuré grâce au modèle ABCDE d'Ellis expliqué plus loin. Ce modèle permet au thérapeute de savoir comment procéder et, apprenant le modèle au patient, à ce dernier d'avoir une vision éclairée de la thérapie, et de collaborer activement. Cette collaboration permettra d'atteindre les objectifs et d'arriver au terme de la thérapie.

1 L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN REBT

Le concept d'alliance thérapeutique est dû à Freud : « *Le premier but du traitement est bien d'attacher le patient à la cure et à la personne du médecin. Pour cela, on n'a rien d'autre à faire que de lui laisser du temps. Lorsqu'on témoigne au patient d'un intérêt sérieux, qu'on élimine soigneusement les résistances qui émergent au début et qu'on évite certaines interventions malencontreuses, celui-ci instaure de lui-même un tel attachement et relie le médecin à l'une des images de toute cette série de personnes dont il avait l'habitude de recevoir des marques d'amour.* » (Freud, 1913)

Cette conception de la relation thérapeutique a évolué en TCC avec Alford et Beck (1997) qui l'ont définie comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage et aux changements cognitifs du sujet. Cependant, « *le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Les auteurs conseillent donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du rôle du thérapeute.* » (Cottraux, 2004)

Selon Bordin (1979), l'alliance de travail se compose de trois éléments :

- Les liens : la relation entre le thérapeute et le patient faite de

confiance et d'engagement,

- Les objectifs : le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur les problèmes pour lesquels le patient demande de l'aide et le thérapeute s'engage à l'accompagner,
- Les tâches : ce que le thérapeute et le patient feront pour que le patient atteigne ses objectifs. Les tâches sont plutôt attribuées au patient mais peuvent parfois être celles du thérapeute (appeler un médecin pour faire du lien, demander à un collègue une précision sur un concept qu'il maîtrise mieux pour améliorer sa prise en charge, demander l'accord du patient pour évoquer son cas en supervision, etc.).

La REBT est réputée pour son approche *directive* et il peut même parfois lui être reproché de ne pas se préoccuper de l'alliance thérapeutique. « *En effet, la REBT ne considère pas la relation comme un élément spécial en soi, ni ne consacre un temps démesuré à la relation en soi, ni aux activités de construction de la relation. Il s'agit plutôt de chercher à résoudre les problèmes dès le début et de définir des objectifs de changement.* » (Grieger et Boyd, 1980) Et concernant la directivité, elle ne doit pas être confondue avec l'autoritarisme. Au contraire, la REBT repose sur un ensemble de principes et de techniques thérapeutiques qui intègrent la chaleur, l'empathie et la bienveillance du thérapeute. En conséquence, le patient est enclin à penser que le thérapeute s'intéresse vraiment à lui et, ce qui est encore plus important, le patient est amené à percevoir que le thérapeute est compétent.

En REBT, le thérapeute pense que son patient n'est pas « TROP fragile » pour faire face à un questionnement direct, car il rencontre quotidiennement les problèmes qui l'ont amené à venir consulter. Le patient souffre davantage de ses problèmes que du questionnement du thérapeute. Ellis n'hésitait pas à parler du piège du confort dans la thérapie et dans la vie et répétait plutôt « *no pain, no gain* », ce qui signifiait que l'apprentissage passait par l'inconfort que la thérapie pouvait générer en déséquilibrant les croyances du patient.

Le thérapeute établit un lien chaleureux avec le patient, lui montrant qu'il est compris, respecté et soutenu dans son cheminement thérapeutique. Cette chaleur crée un environnement de confiance où le patient se sent en sécurité pour explorer ses pensées, ses émotions et ses comportements.

L'empathie joue également un rôle fondamental. Le thérapeute en REBT

s'efforce de comprendre le point de vue du patient, de se mettre à sa place et de ressentir avec lui les émotions qui peuvent surgir lors de la thérapie. Cette empathie permet au patient de sentir qu'il n'est pas seul dans son parcours et qu'il est accompagné par quelqu'un qui se soucie de son bien-être.

La bienveillance est un autre pilier fondateur de la REBT. Le thérapeute en REBT n'est pas là pour juger ou critiquer le patient, mais plutôt pour l'aider à développer une compréhension plus saine de lui-même et de ses pensées irrationnelles. La bienveillance du thérapeute crée un espace où le patient peut explorer ses croyances sans craindre d'être critiqué ou rejeté, car même s'il travaille sur la remise en question de ses croyances irrationnelles, le thérapeute est toujours dans un profond respect et un non-jugement de la philosophie de vie du patient, qu'il la partage ou non. Le patient perçoit le respect et l'engagement du thérapeute à l'aider à surmonter ses difficultés.

En revanche, la directivité du thérapeute se manifeste par le fait qu'il guide activement le patient dans l'exploration de ses pensées irrationnelles et dans l'acquisition de compétences pour les remettre en question et les remplacer par des pensées plus rationnelles. Cette approche directe, mais toujours empreinte de respect, permet au patient de reconnaître les compétences professionnelles du thérapeute et sa crédibilité dans le domaine de la thérapie.

Le patient se sent compris, soutenu et encouragé à travailler sur lui-même.

2) LES PREMIERS RENDEZ-VOUS

Avez-vous déjà rencontré un psy ?

Lors du premier rendez-vous, le thérapeute a l'habitude de demander au patient s'il a déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre avant même de recueillir d'autres informations. Cela permet d'obtenir de nombreux éléments. Que le patient ait effectué un seul rendez-vous ou un suivi, le thérapeute aura des informations sur ce qui lui a convenu et ce qui ne lui a pas convenu, ce qui permet au thérapeute de comprendre ses attentes. Se dessinent alors déjà si ces attentes sont réalistes ou irréalistes et donc une certaine prédition de la réussite du nouveau suivi entrepris.

Le thérapeute lui demande également ce qui a été utile dans sa ou ses

thérapies précédentes. Que ses suivis aient été de la même obéissance ou non, le patient a pu déjà avancer, au minimum en mettant en mots ses difficultés et son histoire, en apprenant à regarder ses problèmes avec un peu de recul et à verbaliser son vécu.

Exemples de questions :

- Qu'avez-vous fait avec votre ancien thérapeute ?
- Qu'est-ce qui vous a aidé ?
- Qu'est ce qui ne vous a pas convenu ?

Les échanges suivants illustrent comment le thérapeute peut poser ce type de questions :

Thérapeute : Avez-vous déjà eu l'occasion de rencontrer un psychologue ou un psychiatre ?

Patiante : Oui, un thérapeute TCC.

Thérapeute : Cela vous a-t-il été utile ?

Patiante : Oui, très. J'y suis allée parce que je n'arrivais plus à sortir de chez moi et on a travaillé là-dessus. Ça a très bien fonctionné. En revanche, c'était trop cadré. Le thérapeute ne me posait jamais d'autres questions sur ma vie. Il ne connaissait rien de moi. Maintenant je voudrais un espace de parole où celle-ci serait totalement libre.

Thérapeute : Qu'entendez-vous par « totalement libre » ? Car dans ma pratique, le thérapeute guide le patient pour éviter justement ce système de libre association d'idées totale qui amène à s'éloigner du sujet plutôt qu'à rester centré dessus pour l'analyser.

Patiante : Oui je vois ce que vous voulez dire. Et je pense que j'ai besoin d'une méthode de type TCC avec un cadre, mais là, j'aimerais pouvoir évoquer des choses qui me touchent plus personnellement. C'était un peu impersonnel ce précédent suivi.

Parfois, les précédents suivis ont été très libres et c'est davantage le patient qui menait les séances en fonction de ce qu'il avait envie d'évoquer. Dans ce cas-là, ces suivis ont pu soulager le patient, lui permettant de se *sentir* mieux. Il est alors nécessaire d'expliquer au patient que le suivi a plutôt pour objectif de l'aider à *aller* mieux en le rendant responsable de son mieux-être, en étant acteur de son suivi. La thérapie est une collaboration où le patient vient parce qu'il rencontre un problème et face à ce problème, le patient en est le spécialiste et le thérapeute, le spécialiste de la REBT. Le thérapeute et le patient mettent alors en commun leur expertise pour trouver comment le résoudre. Pour cela, le patient sera actif et acteur du suivi. Le thérapeute lui explique par la suite qu'il attend de lui qu'il s'approprie la thérapie au travers de tâches à la maison comme des notes, des observations de ses émotions

dysfonctionnelles, de l'analyse de ses croyances sur le monde, lui-même et les autres et de leur changement en croyances rationnelles.

Quoi ? Comment ? Depuis quand ?

Lors des premiers rendez-vous, le thérapeute explore le problème :

- Facteur déclenchant de la prise de rendez-vous
- Description des symptômes, des facteurs initiaux et des facteurs de maintien

Lors de la première séance de thérapie REBT, le thérapeute adopte une approche directive et engageante pour aider le patient à exprimer ses préoccupations. Après avoir établi une atmosphère de confiance et de respect, le thérapeute commence par poser des questions ouvertes pour encourager le patient à partager les raisons pour lesquelles il a décidé de consulter.

Exemples de questions :

- Pour commencer, pourriez-vous me parler de ce qui vous a poussé à venir me voir aujourd'hui ?
- Qu'est-ce qui vous préoccupe ou vous trouble en ce moment ?

En posant cette question, le thérapeute cherche à obtenir une compréhension des problèmes spécifiques auxquels le patient est confronté. Il peut s'agir de problèmes émotionnels tels que l'anxiété, la dépression, la colère ou de comportements dysfonctionnels tels que la procrastination, les conflits relationnels, les addictions, etc.

Le thérapeute recueille des informations sur le problème et sa survenue afin d'identifier les facteurs de causalité possibles. Des questions peuvent être posées pour recueillir des informations détaillées sur les symptômes récents du patient.

Le thérapeute peut demander :

- Comment savez-vous que vous avez ce problème dans votre vie ?
- Parlez-moi de la dernière fois que cela s'est produit ?
- Combien de temps cela dure-t-il ?

- Comment cela finit-il ?
- À quelle fréquence ?
- Depuis quand avez-vous ce problème ?
- Quels genres de réactions ont eu les personnes de votre entourage ?

Le thérapeute explore ces points de la manière suivante dans cet extrait :

Thérapeute : Sachant que votre problème d'agoraphobie a été traité, qu'est qui vous amène aujourd'hui ?

Patiene : Je n'arrive pas à gérer mes émotions. Je suis quelqu'un de stressée, d'introvertie. Je suis bourrée de psoriasis.

Thérapeute : Vous êtes très stressée et vous n'arrivez pas à gérer vos émotions. C'est-à-dire ?

Patiene : Par exemple, j'ai essayé de me sevrer de la cortisone, pour mon psoriasis, eh bien j'ai eu mal, et là, tout de suite, je me suis fait un scénario catastrophe. Pareil pour ma tendinite, dès que j'ai mal, je me fais un scénario catastrophe.

Les symptômes peuvent être de cinq types :

- affectifs : périodes de tristesse, d'irritabilité, etc.
- comportementaux : restriction des activités, incapacité à accomplir les tâches quotidiennes, procrastination, etc.
- cognitifs : soucis permanents, pensées pessimistes et négatives, etc.
- de l'ordre du fonctionnement social : conflits, isolement social, etc.
- somatiques : perte d'appétit, perturbation du sommeil, etc.

Le thérapeute pose des questions pour évaluer dans chaque domaine le problème et ses effets. Les questions peuvent être utilisées pour orienter le déroulement de la séance, de sorte que les questions importantes soient développées en détail et que les sujets non pertinents soient condensés (Pozner et Dodd, 1993).

Le thérapeute a intérêt à demander au patient d'être explicite et concret dans l'élaboration de la nature de son problème avec des questions permettant de spécifier le problème dans son expression concrète. En effet, une même information peut traduire un diagnostic ou un autre, une source de difficulté ou une autre. Si un patient dit qu'il est mal quand il voit du monde, cela peut s'expliquer par un simple déficit de compétences sociales ou par une anxiété sociale. Mais si le patient explique au thérapeute, au travers d'exemples concrets, qu'il se rabaisse, se dénigre et a une attitude très négative et

pessimiste vis-à-vis de lui et de la vie, il est possible qu'il s'agisse en fait d'une dépression. Faire préciser le problème du patient permet d'entrer dans une démarche d'analyse fonctionnelle qui peut être complétée par la passation de questionnaires afin d'aider à préciser le diagnostic. Et cela, tout au long de la thérapie car il n'existe pas d'analyse ou de diagnostic définitif de la nature du problème.

Cependant, la REBT définit davantage la pathologie sur une base philosophique, comme des croyances et des comportements qui font obstacle à l'intérêt personnel du patient que sur une base médicale. La pathologie, l'étiologie et même les problèmes seraient des désignations arbitraires, inutiles, voire contre productives pour la thérapie car elles confondent le patient en tant que personne avec son problème (ou son étiquette diagnostique) (Walter et Peller, 1992). Mais s'il le souhaite, le thérapeute peut explorer le problème du patient ainsi :

Thérapeute : Pouvez-vous m'en dire plus sur ce qui ressemble à de l'anxiété ?

Patiente : Cela a commencé quand j'avais 25 ans. J'ai eu une inflammation digestive sévère et j'ai perdu 8 kg. Là, j'étais tellement mal que je ne pouvais plus sortir de chez moi. Dès que j'essayais, je faisais des crises d'angoisse. Alors j'ai travaillé à fond. J'étais chargée de communication et je me suis mise en free-lance en bossant comme une malade. Puis quelques années après, j'avais trop tiré sur la corde et j'ai eu de nouveau un problème digestif. Ça m'a beaucoup angoissée. Puis ça a été mieux pendant quelque temps jusqu'à ce que j'aie une nouvelle explosion de douleurs physiques qui a à nouveau entraîné beaucoup d'angoisses. Là, je me suis dit que ce n'était pas normal ces douleurs, j'ai repris toute une démarche de diagnostic médical et j'ai eu enfin des réponses. J'ai un trouble de la constipation distale, alors que je pensais être diarrhéique, et de l'endométriose qui appuie certainement sur ma hernie discale, entraînant mes douleurs de sciatique... C'est aussi à ce moment-là que j'ai fait cette TCC.

Thérapeute : J'entends deux choses me semble-t-il ? Tout d'abord ces problèmes physiques importants qui ont généré une perte de confiance dans votre corps et donc de l'anxiété sur votre santé. Mais j'entends aussi un fonctionnement où vous alterniez entre trop de tout et un repli total. Qu'en pensez-vous ?

Patiente : Oui en effet, c'est tout à fait ça.

Thérapeute : Est-ce que ce fonctionnement en tout ou rien se retrouve dans d'autres domaines de votre vie ?

Patiente : Oui, dans les relations amoureuses c'est pareil. Dès que quelque chose ne va pas, je me fais un scénario catastrophe.

Thérapeute : On entend bien le versant anxieux présent également dans les relations amoureuses. Y a-t-il aussi un fonctionnement en tout ou rien ?

Patiente : Complètement. Je pars toujours à fond dans la relation puis une fois que je n'ai plus ces sensations fortes, je passe à autre chose.

Thérapeute : Et dans le travail ?

Patiante : Ah ben là, tout le monde me dit que je dois me calmer ! Je travaille beaucoup et je m'inscris toujours en parallèle à une ou deux formations.

Thérapeute : On peut donc constater que vous avez des phases avec beaucoup d'énergie où vous êtes à fond, puis des phases où ça ne va pas. Comme des hauts et des bas. Ça vaudrait peut-être le coup d'explorer un peu avec des questionnaires ?

Patiante : Oui, c'est vrai, mais je n'ai pas de phases où je suis déprimée.

Thérapeute : C'est noté. On pourra quand même vérifier tout ça pour affiner nos hypothèses de travail. Vous êtes d'accord ?

La patiente est arrivée avec un diagnostic de trouble anxieux. Celui-ci est bien présent. Mais en explorant, le thérapeute remarque d'autres symptômes avec un niveau d'énergie qui n'est pas bien régulé avec des phases hyperactives et des phases d'angoisses. Le thérapeute va alors proposer à la patiente de passer des questionnaires entre les deux séances pour affiner le diagnostic et permettre d'améliorer la connaissance des symptômes invalidants pour la patiente.

Toutes ces étapes permettent d'établir la conceptualisation du cas et le plan de traitement. Le thérapeute est toujours prêt à modifier la conceptualisation en écoutant de nouvelles informations et cela grâce au partage de ses hypothèses avec le patient dans une démarche scientifique qui consiste à tester cette conceptualisation du problème.

Lors de ces premières étapes, qui peuvent prendre une ou deux séances, le thérapeute doit accepter que le patient ne lui révèle pas forcément tout. La révélation de soi est parfois compliquée pour plusieurs raisons. Le patient peut avoir manqué de modèles à reproduire dans la reconnaissance des émotions et dans leur révélation. Cela peut s'expliquer du fait que certaines cultures ne cherchent pas à identifier les émotions ou même découragent leur expression. La difficulté à se dévoiler peut être particulièrement évidente si les patients considèrent leurs comportements problématiques comme socialement inacceptables. Le thérapeute peut avoir à consacrer un certain nombre de séances à l'établissement d'un climat de confiance avant que ces problèmes fassent surface. Il se peut aussi que les patients travaillent sur des problèmes « faciles » pendant la majeure partie des premières séances et qu'ils mentionnent au bout de ces séances un problème à forte charge émotionnelle. Si, au départ, le patient ne se dévoile pas, le thérapeute peut utiliser le renforcement à chaque fois qu'il le fait. En outre, il est suggéré d'accorder une période suffisante pour que la peur du patient s'apaise, ce qui

sera difficile si le thérapeute est très actif ou s'il semble impatient. Le thérapeute peut informer le patient qu'ils ne sont pas obligés de parler de certains problèmes, mais qu'il est utile de parler de ce qui rend la chose si difficile.

Dans tous les cas, il est important d'accepter de prendre le temps. C'est un écueil dans lequel chaque jeune thérapeute peut tomber, par souci de bien faire, d'aider au plus vite son patient, d'autant que la REBT se centre justement rapidement sur les problèmes du patient.

Inversement, le thérapeute est parfois confronté à un patient qui décrit avec moult détails ses problèmes, sautant même d'un problème à un autre. Ce type d'appropriation de l'espace dans la thérapie est d'autant plus courant que le patient a suivi auparavant une thérapie de type psychanalytique où la libre association d'idées est de mise. Or, en REBT, le thérapeute évite ce fonctionnement éparpillé pour se concentrer, pas à pas, sur des problèmes spécifiques, analysant un problème à la fois. Aussi, que ce soit sous forme de journal de la semaine détaillé ou d'associations libres, le thérapeute REBT va recentrer le patient pour comprendre ce qui le perturbe dans l'ici et le maintenant. Cela amène à préciser ce qui permettrait au patient d'aller mieux et donc à fixer des objectifs thérapeutiques et à développer des stratégies pratiques pour les atteindre.

L'**histoire du patient**

En REBT, comme dans toute thérapie comportementale et cognitive, l'anamnèse est un processus qui consiste à recueillir des informations relatives au passé du patient afin de se faire une image globale de la personne en thérapie. Ces informations se veulent pertinentes sur la vie du patient, y compris des événements importants qui peuvent éclairer la genèse de son fonctionnement psychique, comportemental, émotionnel et relationnel, ainsi que les éléments qui ont contribué au développement du problème ciblé.

Les éléments suivants seront inclus dans l'anamnèse :

- Le lieu de naissance, les déménagements et/ou le parcours migratoire.
- La composition familiale, la place dans la fratrie, ainsi que les circonstances entourant la naissance et la grossesse de la mère

(enfant voulu ou non désiré, grossesse à risque ou enfant prématuré).

- Les caractéristiques sociodémographiques de la famille du patient, l'atmosphère familiale, le style éducatif. Des éléments qui pourraient être liés à des carences éventuelles peuvent également être mentionnés, tels que la dépendance à l'alcool d'un parent ou son absence, la surprotection ou le fait d'être un enfant surresponsabilisé.
- Le parcours scolaire et professionnel du patient, en soulignant les aspects socioprofessionnels perturbés par le trouble, tels qu'un licenciement dû à des accès de colère ou à des absences répétées injustifiées etc.
- Les événements de vie importants tels que décès, mariage, ruptures affectives, divorce, déménagements, enfants, etc. ou significatifs pour le patient. Cela peut inclure des anecdotes marquantes ou des remarques ressenties comme particulièrement blessantes ou répétitives. Les expériences potentiellement traumatisques, telles qu'un décès violent d'un proche, un accident de voiture, une maladie grave, des abus ou une agression, sont également explorées.

Thérapeute : On a vu comment vos difficultés étaient apparues. Et enfant, comment cela se passait-il ?

Patiante : Ma mère disait que j'étais épuisante !

Thérapeute : Vos parents sont-ils vivants ?

Patiante : Oui. Ils ont divorcé quand j'avais 3 ans. Ma mère avait rencontré quelqu'un, mon beau-père, avec qui elle est toujours aujourd'hui. Mon père, lui, est parti vivre en Bretagne. C'est ma mère qui nous a élevées. Elle travaillait beaucoup et elle était jeune. On a été élevées avec les autres enfants de ses collègues. Elle était commerçante et on était avec les enfants des autres commerçants de la ville où on vivait. Elle faisait aussi pas mal la fête car elle était jeune mais ça s'est calmé par la suite.

Thérapeute : Et votre père ?

Patiante : Il ne s'occupait pas de nous et de toute façon, il était bizarre. Très brutal et sans filtre. Hyper speed, nerveux. Je l'ai déjà vu attraper ma sœur par le bras et la faire dévaler l'escalier.

Thérapeute : Comment va votre sœur aujourd'hui ?

Patiante : Elle va bien. Contrairement à moi, elle est ultra-stable. Elle a une vie très calme.

Thérapeute : Avez-vous d'autres frères ou sœurs ?

Patiante : Oui, j'ai un demi-frère et une demi-sœur du côté de mon père.

Thérapeute : Et eux, comment vont-ils ?

Patiante : Mon demi-frère est très stable et ma demi-sœur est plutôt comme moi. Assez instable.

Thérapeute : Y a-t-il d'autres éléments que vous ne m'avez pas donnés et qu'il vous semble

important de me dire ?

Patiente (*elle réfléchit*) : Non je crois pas.

Il peut être intéressant de préciser comment l'entourage se positionne par rapport à la problématique et de présenter les éléments qui mettent en évidence un éventuel impact de la pathologie ou du problème cible sur les aspects relationnels.

Le thérapeute veillera à ne pas recueillir uniquement les difficultés du patient, mais aussi ses ressources, ses forces et évoquer ses loisirs et centres d'intérêt.

Les informations pertinentes recueillies sur les événements de vie importants dans les domaines aussi bien personnel que professionnel, fournissent un contexte précieux pour comprendre le fonctionnement actuel du patient et contribuent à la planification de l'intervention thérapeutique. Une grande partie est recueillie lors du premier rendez-vous, mais il ne s'agit pas de dérouler un questionnaire rigide et oppressant. Les informations pourront être précisées dans le détail au fur et à mesure des séances.

Il est important de rappeler qu'en REBT, ce sont les croyances que le patient a sur une situation et l'impact émotionnel qui en découle qui déterminent le degré d'importance de l'événement, plutôt que l'événement lui-même (par exemple, deux personnes peuvent réagir très différemment émotionnellement lorsque leur mère s'évanouit, en interprétant le malaise de manière plus ou moins catastrophique).

Définition des objectifs

Ensemble, le thérapeute et le patient vont se mettre d'accord sur les domaines problématiques pour spécifier ce que le patient veut faire. Les patients énoncent généralement leurs problèmes en termes vagues ou les expriment comme des problèmes externes. L'une des premières tâches de la mise en place d'une thérapie consiste donc à se mettre d'accord sur la définition du ou des problèmes. Cependant, si le patient souhaite travailler d'abord sur un problème qui ne semble pas, pour le thérapeute, être le vrai problème du patient mais plutôt une sorte d'écran, le thérapeute se rangera au souhait du patient. Cela peut aussi être un moyen pour lui de vérifier que le thérapeute peut vraiment l'aider. Le thérapeute se concentre sur *la façon* dont le problème l'affecte. De cette manière, il attire doucement son attention sur les

aspects comportementaux et émotionnels du problème, et finalement le lien entre ses croyances et ses émotions et comportements.

Pour mener à bien la thérapie, il est nécessaire d'en fixer les objectifs. Et cela de manière précise.

Exemples de question :

- À la fin de notre thérapie, que voudriez-vous obtenir de notre suivi ?
- Comment saurons-nous que nous avons fini notre thérapie ?

Il est essentiel que le thérapeute et le patient collaborent pour déterminer des objectifs de manière objective et mesurable. Cette approche vise à rendre les progrès thérapeutiques tangibles et vérifiables, ce qui facilite l'évaluation des avancées réalisées au fil du temps. En définissant des objectifs mesurables, le thérapeute et le patient disposent d'un moyen clair de suivre les progrès tout au long de la thérapie. Ainsi le thérapeute demandera au patient de compter et noter le nombre de fois où il a été confronté à ce qu'il n'arrive pas à gérer et qui constitue l'objectif.

Le thérapeute fera attention à ce que les objectifs soient réalistes pour être atteignables. Cela permet de garder le patient motivé et engagé dans le processus thérapeutique. Lorsque des progrès mesurables sont observés, le patient peut ressentir un sentiment d'accomplissement et de confiance en ses capacités à changer. En revanche, si les objectifs ne sont pas atteints comme prévu, cela offre une occasion d'examiner les obstacles et de modifier les approches thérapeutiques si nécessaire. Le thérapeute peut utiliser ces objectifs comme points de référence pour évaluer si les améliorations souhaitées ont été atteintes et si les stratégies thérapeutiques mises en place sont efficaces. Cela encourage la responsabilité thérapeutique mais aussi l'implication et l'engagement du patient envers le processus. Et cela, tout au long de la thérapie. En effet, il est courant qu'au cours du suivi, le patient soit découragé ou que son implication diminue. Reprendre les objectifs, au travers de mesures objectives, permet de réaliser le chemin parcouru et de relancer sa motivation.

Le suivi objectif des objectifs aide également à prévenir les pièges de la pensée irrationnelle tels que l'intolérance à la frustration en s'attendant à des résultats immédiats. Mais aussi à la catastrophisation en pensant que l'absence de progrès signifie un échec total. La REBT vise à encourager un

examen réaliste et objectif de la progression et à cultiver une attitude de persévérance et de flexibilité dans l'atteinte des objectifs fixés.

Lors de la première séance, le thérapeute encourage le patient à exprimer les problèmes spécifiques qu'il souhaite résoudre et les changements souhaités dans sa vie. Le thérapeute pose des questions pour clarifier ces objectifs et les formuler de manière précise, concrète et réaliste, c'est-à-dire réalisable dans les conditions actuelles. Ils reposent sur une évaluation objective des compétences et des ressources du patient ainsi que des contraintes du monde réel. Un objectif réaliste tient compte de ses limites et de ce qui est raisonnablement atteignable dans un laps de temps donné. Il ne repose pas sur des attentes démesurées ou des fantasmes irréalistes, mais plutôt sur des actions concrètes et réalisables. Le thérapeute peut faire ainsi :

Thérapeute : Si nous travaillons ensemble, que voudriez-vous que nous fassions ?

Patiente : J'aimerais vraiment me remettre à l'équilibre.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Patiente : Être moins dans les extrêmes, repérer les signaux avant l'épuisement pour rétablir une vie qui respecte mon système nerveux.

Thérapeute : Donc vous voudriez être capable d'écouter les signaux qui préviennent que vous commencez à vous emballez pour pouvoir ralentir et donc préserver votre état psychique et physique. C'est ça ?

Patiente : Oui tout à fait.

Thérapeute : Et concernant l'anxiété, pensez-vous qu'il soit important de travailler dessus ?

Patiente : oui aussi.

Thérapeute : Que souhaiteriez-vous qu'on arrive à faire ?

Patiente : J'ai complètement perdu confiance dans ma santé physique avec tout ce qu'il m'est arrivé. Je panique pour un rien dès que quelque chose ne va pas chez moi. Si je pouvais retrouver confiance, ce serait vraiment ce que j'aimerais. *Retrouver confiance est le moyen thérapeutique.*

Thérapeute : Si vous retrouviez confiance dans votre santé, qu'est-ce qui serait différent ?

Patiente : Je ne m'empêcherais pas de faire certaines choses.

Thérapeute : Comme ?

Patiente (*elle réfléchit...*) : En fait non, je ne m'empêche plus de faire quoi que ce soit grâce à mon premier suivi TCC.

Thérapeute : Alors comment saurons-nous que ça y est, vous avez retrouvé confiance dans votre santé ? Comment le verra-t-on ? Qu'est-ce qui sera différent quand vous aurez moins d'anxiété ?

Patiente : J'arrêterai de vérifier ou de mettre en place des stratégies pour être sûre de ne pas vérifier.

Thérapeute : OK, donc on peut mettre ça aussi en objectif ?

Patiente : oui, ça serait bien.

Si le patient choisit un objectif irréaliste, il sera inatteignable car les croyances a priori qui le soutiennent sont irrationnelles et ne sont pas fondées sur la réalité. Par exemple, un patient qui souhaiterait ne plus ressentir d'émotions désagréables sera amené par le thérapeute à un objectif plus rationnel comme « ressentir des émotions appropriées et savoir agir grâce à elles ». Ou si un patient exprime une anxiété sociale significative, le thérapeute et le patient peuvent collaborer pour formuler un objectif tel que : « être capable de participer à une réunion professionnelle sans ressentir de symptômes d'anxiété excessive et être capable de poser au moins une question devant le groupe ».

Les patients formulent souvent leurs objectifs sous forme de processus thérapeutique plutôt qu'en résultat comportemental. Par exemple : « je veux comprendre pourquoi je suis si déprimé » ou « je veux avoir confiance en moi ». Cette formulation implique le processus qui amènera à réaliser l'objectif, mais pas l'objectif en lui-même. En effet, pour atteindre un objectif comme « avoir plus d'activités sociales », le thérapeute et le patient seront amenés à comprendre pourquoi la personne est si déprimée et à lui donner confiance en elle.

Explication de la méthode REBT

Explication didactique

Une fois l'objectif fixé, le thérapeute va expliquer comment se déroule un suivi REBT.

Les explications seront assez générales au début et, au fur et à mesure que le suivi avancera, les explications seront de plus en plus pointues.

Thérapeute : Pour atteindre notre objectif, nous travaillerons en TCC, thérapie comportementale et cognitive et plus particulièrement en thérapie comportementale émotive rationnelle qui est ma spécialité en TCC. Il s'agit d'analyser le lien entre vos pensées et vos émotions qui amène à adopter un comportement dysfonctionnel, qui vous met en difficulté. En effet, si votre comportement n'est pas celui que vous souhaiteriez adopter, la REBT fait l'hypothèse que c'est parce que vous vous dites des choses qui ne collent pas avec la réalité, ce qui vous fait ressentir une émotion qui ne vous permet pas de vous adapter en fonction de cette réalité.

La patiente écoute attentivement.

Thérapeute : C'est aussi une thérapie dont vous êtes actrice. Vous ne venez pas en séance en réfléchissant de quoi vous avez envie de parler, mais vous préparez les rendez-vous. Vous êtes la spécialiste de votre problème et moi la spécialiste de REBT. Aussi, pour vous apporter mon expertise, et surtout vous l'apprendre, pour que vous deveniez autonome, pour résoudre vos difficultés, c'est vous qui ramènerez le matériel sur lequel nous travaillerons. Ce sera sous forme d'observations au début, puis d'analyses et enfin de changements. Je pense que vous connaissez déjà cette méthode de travail puisque vous avez eu un suivi TCC.

Patiene : Oui en effet.

Le journal ou cahier de thérapie

Ensuite, le thérapeute demande au patient de repérer, entre les séances, les informations nécessaires. Le processus d'auto-observation commence par une prise de conscience de ses propres pensées, émotions et comportements. Le patient apprend à identifier les événements, antécédents ou situations spécifiques qui déclenchent ses réactions émotionnelles. Le thérapeute l'encourage à être attentif à ses réactions émotionnelles dans ces différentes situations. Il est encouragé à adopter une attitude d'observation neutre envers ses propres pensées et émotions, sans jugement. Cela signifie simplement prendre note de ce qui se passe à l'intérieur de lui, sans essayer de supprimer ou de juger ses émotions. Dans un premier temps, en réponse aux déclencheurs identifiés, le patient apprend à qualifier ses émotions en les nommant. Cela est d'autant plus important qu'il sera amené à vérifier si l'émotion est saine et fonctionnelle. Puis, il notera ses pensées automatiques. Ces pensées automatiques sont généralement rapides et peuvent sembler aller de soi. Elles sont liées aux croyances irrationnelles.

En plus des notes qualitatives, le thérapeute demande au patient de noter le nombre de fois où il s'est éloigné de son objectif. Cette mesure se fait au début du suivi, puis dès que c'est nécessaire. La période pendant laquelle le patient note le nombre de perturbations varie selon la sévérité du trouble. Plus celui-ci est sévère, plus la période de comptage est courte pour éviter une prise de notes trop fastidieuse. En effet, si le patient passe 4 heures par jour à effectuer des vérifications liées à son TOC, lui demander de les noter sur une journée de travail et une journée de repos sera suffisant.

Pour ce faire, le thérapeute propose au patient de tenir un journal de son ou ses problèmes. Cela lui permettra de procéder à l'évaluation spécifique du problème en étant aussi concret et détaillé que possible. Le fait d'être spécifique aide à obtenir des données fiables et valides sur les situations

activantes, les pensées, les émotions et les comportements ainsi que les conséquences. Le patient pourra prendre des notes dans un tableau d'observation générale (situations, émotions/sensations, pensées, comportements, conséquences) mais aussi un tableau plus spécifique comme un agenda du sommeil dans les troubles du sommeil, un agenda alimentaire pour un TCA, un agenda du TOC, etc. L'important dans ce type de tableau est de retrouver les informations sur les contingences d'apparition de la perturbation émotionnelle (circonstances lors de l'apparition de la perturbation), ce que la personne ressent, ce qu'elle se dit, ce qu'elle fait ainsi que les conséquences internes et environnementales, immédiates et à plus long terme. Cependant, assez rapidement, le tableau ABC de la REBT sera donné au patient. Ces notes peuvent prendre la forme du papier crayon ou de notes sur le téléphone. Si le patient choisit ce deuxième format, il est nécessaire qu'il soit expert dans l'utilisation de cet outil pour pouvoir faire des allers-retours entre ses notes d'auto-observation et ses notes d'analyse de ses croyances irrationnelles et l'élaboration de croyances rationnelles ainsi que la revue des tâches.

Thérapeute : Pour ramener ce sur quoi nous travaillerons, j'aimerais que vous notiez différentes choses. Puisqu'on aimerait que vous arriviez à écouter les signaux que vous envoie votre corps, ce qui n'est pas possible aujourd'hui puisque lorsque votre corps s'allume, vous paniquez, nous allons travailler autour de ces signaux. J'aimerais que vous notiez quand ça s'allume. Quand vous avez des émotions, que se passe-t-il ? On va ainsi commencer à démêler le problème en fonction de nos axes de travail : l'axe cognitif, c'est-à-dire les pensées, l'axe émotionnel, ce que vous ressentez et l'axe comportemental, comment vous agissez. Et ce qui serait bien, c'est que vous notiez cela dans un tableau. Je vous montre.

Le thérapeute montre le tableau avec les colonnes ABC correspondant au modèle ABC d'Ellis et réexplique au patient car le thérapeute fait beaucoup de psychoéducation lors des premières séances.

Thérapeute : Je ne vous demande pas de remplir ce tableau parfaitement. Il n'y a pas d'exigence de performance ici. Vous pouvez noter ce que vous voulez. Est-ce que cela vous paraît réalisable ?

Patiene : Oui, tout à fait. Cela me va bien de prendre des notes, je sais que ça va m'aider à comprendre et à avancer.

Ce processus permet donc de faciliter le travail thérapeutique en offrant au thérapeute des informations précieuses sur ce que vit le patient, ses pensées et ses émotions. Cela permet d'avoir une vision un peu plus globale de ce qui peut l'activer, avant de rentrer dans le détail et de travailler les croyances

irrationnelles avec le modèle ABC.

Le cadre

Pour finir, le thérapeute expliquera au patient le cadre de la REBT.

- le nombre de séances : en TCC, « *les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de personnalité ou la réhabilitation des psychotiques* » Cottraux (2004). Dans la réalité, il faut parfois entre 1 à 3 ans de suivi, même pour un trouble anxieux, pour que le patient apprenne à gérer ses difficultés en devenant autonome dans la thérapie et en dehors. En revanche, le patient est libre d'arrêter la psychothérapie à tout moment. Il est alors pertinent de prévoir au moins une dernière séance pour faire le bilan du parcours réalisé et reprendre avec le patient ce que le suivi lui a apporté. Cela lui permettra de continuer de pratiquer la REBT et de pouvoir expliquer ce qu'il a déjà travaillé s'il reprend un jour un suivi.
- la fréquence : il n'est pas toujours possible que le patient vienne toutes les semaines, et pour le thérapeute de le voir selon ce rythme. Elle varie donc d'une fois toutes les semaines à toutes les 3 semaines, avec un maximum d'une fois par mois, car en deçà de ce rythme, le patient, surtout au début, n'a pas assez intégré la méthode REBT pour avancer suffisamment entre les séances, et l'efficacité en sera altérée.
- la durée de la séance : elle varie de 45 à 60 minutes.

Les conditions pour la prise de RDV et les conditions d'annulation dépendent de chaque thérapeute et sont indiquées au patient dès le début du suivi.

Thérapeute : Concernant le nombre de séances. Dans la littérature, une TCC dure 10 à 25 séances. Mais ça, c'est dans la littérature. Il est fréquent que l'on voit les patients plus longtemps, à savoir entre 1 à 3 ans. C'est une vraie démarche qui nécessite de prendre le temps. En revanche, vous arrêtez quand vous voulez. Vous n'aurez peut-être pas fait une TCC en entier. Et vous avez le droit. Cela vous aura forcément apporté quelque chose. Et vous serez libre de reprendre quand vous l'aurez décidé.

La patiente écoute attentivement.

Thérapeute : Concernant le rythme des séances. Cela dépend de vous. Le rythme idéal est tous les 15 jours. Mais ça, c'est l'idéal. Ce n'est pas toujours possible. En fonction de votre emploi du temps et du temps que vous pouvez consacrer à la thérapie. Et aussi en fonction de l'aspect financier. La séance coûte X euros, et ça n'est pas le même budget de venir tous les 15 jours ou tous les mois. C'est donc vous qui décidez si vous venez toutes les 2, 3 ou 4 semaines.

Patiante : Tous les 15 jours ça me va. Je peux financièrement et j'ai vraiment envie d'avancer.

Thérapeute : OK. Pour les rendez-vous, vous pouvez prendre le temps de réfléchir ou regarder plus tard avec votre agenda sous les yeux ou on peut regarder maintenant. C'est comme vous voulez.

Le thérapeute se met en action comme pour clore la séance pour ne pas mettre le patient en difficulté s'il préfère prendre le temps de réfléchir mais n'ose pas le dire.

Patiante : Non, je préfère prendre rendez-vous maintenant.

Thérapeute : OK, alors ce que je vous propose si cela vous va, c'est de prendre deux trois rendez-vous d'avance. Comme ça, c'est calé dans votre agenda et dans le mien. La seule chose que je vous demande, c'est de me prévenir 2 jours avant si vous annulez un rendez-vous car sinon, cela ne me permet pas de redonner le créneau et je devrais vous faire régler un dédommagement du coût de la séance.

Patiante : Oui, c'est marqué en salle d'attente et c'est normal.

Il est important pour le patient de voir qu'un suivi est une vraie démarche dans laquelle il s'engage, mais dans laquelle il n'est aucunement enfermé. Pour autant, respecter certaines conditions est nécessaire au bon déroulement du suivi. Certains thérapeutes mettent même ces éléments par écrit.

3 LE FORMAT DES SÉANCES

Il existe un format de séance qui est relativement commun aux TCC. L'intérêt pour le thérapeute est de s'assurer que tous les aspects de la thérapie sont accomplis à chaque séance. Suivre un format de séance est rassurant pour le thérapeute en lui évitant de se sentir dépassé par la masse d'éléments à vérifier. En ayant une structure pour chaque séance, le thérapeute peut gérer son temps de manière efficace et se concentrer sur les points importants. Ellis lui-même s'absténait de commencer ses séances par « comment allez-vous ? ».

Côté patient, en utilisant un modèle qui structure la séance, celui-ci a une vision claire de ce à quoi s'attendre à chaque séance. Cela favorise la

compréhension de la méthode thérapeutique et réduit l'anxiété liée à l'inconnu.

Schéma d'une session de travail

- 1) Vérifier l'effet a posteriori de la dernière séance. Il est possible que le patient, lors de la dernière séance, ait été « bousculé », c'est-à-dire que ce qui a été travaillé a pu lui générer des émotions importantes. Il peut avoir quitté le cabinet de manière tout à fait normale et pour autant, une fois l'émotion retombée, voir les choses autrement. Le thérapeute prend donc le temps de vérifier s'il souhaite revenir sur un point à la suite de la dernière séance.
- 2) Bilans : humeur, symptômes, médicaments. Le thérapeute vérifie comment l'humeur, les symptômes et le traitement du patient évoluent, quel est l'impact dans la vie du patient.
- 3) Changement dans la vie du patient. Le thérapeute demande si le patient a un changement ou un événement important qu'il est nécessaire de lui partager. Si le patient a quelque chose à partager, le thérapeute lui demande s'il veut le mettre à l'ordre du jour.
- 4) Revue de tâches. Le thérapeute reprend les tâches qui avaient été assignées entre les deux séances. Si le thérapeute ne vérifie pas, le patient arrêtera de les faire puisque cela n'est pas repris en séance. En revanche, s'il y a trop de choses à discuter sur la réalisation ou non de la tâche assignée, le thérapeute peut proposer de la mettre en agenda de séance. Ces quatre premières séquences restent courtes et ne prennent pas plus de 10 minutes dans la séance afin de maximiser le temps de travail. La majeure partie du temps de la séance est réservée au travail thérapeutique et l'établissement de l'agenda de séance permet d'éviter que la séance se transforme en « bavardage » mais bien à être en position de travail où le thérapeute va reprendre un rôle directif. L'établissement de l'agenda de séance permet d'éviter de tomber dans certains pièges comme le patient qui esquive un sujet à forte charge émotionnelle ou le thérapeute qui part sur un sujet qui n'est pas ce que le patient souhaite travailler.
- 5) Établissement de l'agenda de séance. Que travaille-t-on aujourd'hui ?

- 6) Faire le travail dans le cadre du modèle ABCDE.
- 7) Résumé du travail effectué. Le thérapeute demande au patient de reprendre ce qui a été travaillé en séance pour voir ce qui a été assimilé. Souvent, il est nécessaire d'accompagner le patient pour l'aider à bien formaliser les choses. Cette étape est très intéressante car elle fournit au thérapeute des informations utiles pour vérifier s'il a été assez clair ou au contraire confus ou abstrait et qu'il n'a pas réussi à bien transmettre au patient ce qu'ils étaient en train de faire. Les séquences 8 et 9 sont elles aussi assez brèves.
- 8) Attribution des tâches et identification des obstacles à leur réalisation. L'attribution de ou des tâches découle de la séance de travail. Il n'y a pas de protocole mais bien un ajustement à ce qui a été travaillé. La tâche assignée peut aussi être d'approfondir un domaine de compréhension avec la lecture d'article, de passage de livre ou l'écoute d'un podcast.
- 9) Questions de clôture. Le thérapeute demande au patient un retour. Cela peut être concernant ce qu'il a dit ou fait, avec une critique des éventuels points négatifs (ce qui a déplu au patient) ou concernant ce qui lui a été utile lors de la séance. Là encore, cette question permet au thérapeute d'ajuster son style thérapeutique en fonction de chaque individu. En effet, même si le thérapeute a dit dès le départ au patient qu'il était autorisé à dire tout ce qu'il souhaite au thérapeute, il n'osera pas forcément lui faire part de ce qui le dérange. C'est donc au thérapeute de faciliter l'expression des critiques. Ensuite, soit il peut le traiter maintenant, soit il propose de le mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Ce modèle structuré permet au thérapeute de maximiser son efficacité. Il organise les informations et prévient les oubliés pour garantir une prise en charge complète. Il est plus facile pour lui de suivre l'évolution du patient au fil du temps. Cela permet de détecter les changements, d'évaluer les résultats de l'intervention et d'ajuster le plan de traitement en conséquence.

Ce modèle de séance peut également contribuer à l'autonomie du patient car il est encouragé à réfléchir sur le travail effectué. Cela favorise une compréhension approfondie en lui permettant de s'approprier la démarche thérapeutique. Et cela lui donne la possibilité d'oser s'exprimer dans un cadre

bienveillant.

Bien que ce modèle de séance puisse être bénéfique, il n'est pas une obligation et il est préférable qu'il reste flexible pour s'adapter à chaque patient. Ainsi, cela permet des ajustements en fonction de la situation et des réponses du patient, garantissant ainsi une approche individualisée. Le thérapeute conserve la liberté d'utiliser son expertise et son jugement professionnel pour décider du meilleur modèle à appliquer à chaque séance, en tenant compte de la dynamique de la relation thérapeutique.

4) LE SUIVI DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE

Régulièrement, thérapeute et patient font le point sur les avancées réalisées au cours des séances. Les avancées sont mesurées en fonction des objectifs. Et surtout, lorsqu'il y a des progrès, le thérapeute valide comment le patient a réussi à atteindre ses objectifs. Il peut demander au patient : « *comment avez-vous réussi à aller à la boulangerie ?* ». C'est encore l'occasion de synthétiser et d'ancrer le travail effectué. Cela permet également d'ajuster la thérapie et parfois, de revoir les objectifs.

5) LA FIN DE LA THÉRAPIE

Lorsque les objectifs sont atteints, le thérapeute et le patient décident ensemble de mettre fin à la thérapie. Pour ce faire, les séances sont alors progressivement espacées pour s'assurer que l'amélioration est stable. Parfois, de nouveaux objectifs sont fixés. Sinon, le thérapeute explique au patient qu'il pourra reprendre RDV s'il en ressent le besoin car faire appel à son thérapeute, demander de l'aide, est une de ses forces dont le thérapeute a fait prendre conscience au patient. Ce n'est aucunement un échec.

Les chapitres qui suivent présentent les différentes composantes du modèle ABCDE. Dans un souci didactique et pour coller au plus près de la réalité clinique, ils ne respectent pas l'ordre alphabétique. En effet, les situations activatrices A, ainsi que les conséquences émotionnelles et/ou comportementales C avec lesquelles elles sont en lien, sont recherchées en priorité. Cette étape préalable est cruciale pour ensuite pouvoir rechercher les

croyances irrationnelles en B (*Beliefs* en anglais). Après la découverte de croyances irrationnelles, thérapeute et patient vont contester celles-ci, ce qui correspond au D (*Dispute* en anglais). Enfin, l'élaboration de nouvelles croyances rationnelles associée à l'incontournable travail de modification comportementale aboutit à un changement efficace E. L'ordre sera donc : ACBDE.

Partie 2

La pratique et le modèle ABCDE

Chapitre 3 – Identifier le A : l'événement activateur

**Chapitre 4 – Identifier le C : les conséquences
émotionnelles et comportementales**

**Chapitre 5 – Le B d'ABC : identifier les croyances
irrationnelles**

Chapitre 6 – Faire le D : la contestation

Chapitre 7 – Le E : produire de nouveaux effets

Chapitre 3



Identifier le A : l'évènement activateur

- 1 Les différents niveaux de A
- 2 Contester les cognitions en A ou en B ?
- 3 Quel A travailler ?
- 4 Le C devient un A : le méta-problème

En REBT, le modèle ABC correspond à une séquence au cours de laquelle un événement *activateur* A est évalué par des *croyances* (*beliefs*) B qui influencent grandement les *conséquences* C émotionnelles et comportementales. Ce n'est pas l'événement négatif A qui est à l'origine de nos réactions dysfonctionnelles en C, ce sont nos croyances irrationnelles B à propos de celui-ci. Deux personnes face à une même situation ne vont pas forcément réagir de la même façon. Leurs réactions peuvent au contraire être très contrastées. D'une part, du fait des croyances rationnelles et irrationnelles respectives de chacune, mais

également par une prise d'informations différente sur la situation qui est forcément parcellaire et orientée du fait de l'état émotionnel et des motivations de chacune par exemple. En conséquence, l'idée, la représentation que chaque personne se fait de la situation n'est pas la même. Cette représentation de la situation est évaluée par leurs croyances B qui orienteront les conséquences émotionnelles et comportementales C. Ainsi, un événement déclencheur A peut se lire à différents niveaux.

1) LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE A

Prenons l'exemple de Marie, une jeune étudiante de Master qui consulte pour se « libérer » de son anxiété sociale. Au cours d'une séance, elle décrit sa présentation d'un cas clinique devant une vingtaine de personnes : « J'étais très anxieuse en arrivant, la salle était pleine. Dès mon introduction, j'ai bien vu qu'ils étaient blasés, que ça ne les intéressait pas du tout. Surtout Milan qui me fixait. Je me suis sentie nulle, je me faisais pitié d'être aussi nulle. J'aurais voulu être téléportée ailleurs. J'étais trop mal, l'angoisse totale. ». Dans cette brève présentation, il est possible de distinguer trois facettes de la situation activatrice A, présentée par Marie. La première correspond à ce que les sens de Marie, ici la vue, lui ont donné comme informations sur la situation générale. C'est la réalité perçue ou *A perception*. C'est la réalité telle que la personne la décrit après avoir été filtrée par ses sens, telle que sa mémoire la restitue ou plutôt, la reconstitue en séance et telle qu'elle la croit vraisemblablement. L'orientation de l'attention peut être influencée par l'état émotionnel de la personne antérieurement à l'événement activateur. Ainsi, l'anxiété ressentie par Marie avant sa présentation a peut-être orienté ses perceptions vers ce qu'elle redoutait : les personnes ayant une attitude de désintérêt. Dans notre exemple, Marie a « vu », que « la salle était pleine », que Milan la « fixait » et que les autres semblaient regarder ailleurs. La seconde facette a trait aux inférences qui s'opèrent automatiquement dans l'esprit de la personne, comme un prêt-à-penser face à la situation. C'est la réalité inférentielle ou *A inference*, la conclusion que la personne tire sur la base de ce qu'elle a perçu. La pensée de Marie « ils étaient tous blasés », « ça ne les intéressait pas du tout » pourrait être une inférence tirée du fait que les autres regardaient ailleurs. Cette inférence est une pensée que la personne crée à partir de sa représentation subjective de l'événement. Elle peut donc

être distordue, biaisée. Marie pense qu'ils sont « tous blasés » alors qu'elle n'a peut-être pas posé son regard sur toutes les personnes de l'auditoire pendant toute son allocution. Cela pourrait révéler une distorsion cognitive de type « tout ou rien » et/ou un biais attentionnel en lien avec son anxiété. Que l'événement inféré soit vrai ou non, la personne y réagit par des troubles émotionnels et le thérapeute le traite donc comme un événement réel. Ainsi, qu'il soit vrai ou faux que les autres étudiants étaient tous « blasés », ne change rien au fait que Marie a été perturbée émotionnellement par cette possibilité. Aussi, le thérapeute ne cherchera pas à vérifier si cela est vrai ou non, mais à comprendre en quoi cette possibilité la perturbe de façon inadaptée. La troisième facette n'a pas été dépeinte par Marie, et pour cause, elle n'est pas atteignable, du moins dans la majorité des situations de la vie quotidienne. C'est la réalité confirmable ou *A confirmable*, un consensus social sur ce qui s'est passé. S'il était possible que de nombreux observateurs aient été témoins du même événement et qu'ils le décrivent tous de la même manière, cela se rapprocherait davantage d'une réalité confirmable. Dans l'exemple, cela correspondrait au recueil des ressentis sincères de toutes les personnes présentes pendant la présentation de Marie ou à l'observation de la manière dont toutes les personnes de l'auditoire la regardaient tout au long de son exposé.

Ainsi, en REBT, le thérapeute peut repérer jusqu'à six éléments dans la description d'un événement qui a perturbé la personne qui le consulte :

- 1) Le *A confirmable* : ce qui s'est passé, l'événement activateur tel qu'il pourrait être validé par un groupe d'observateurs ;
- 2) Le *A perception* : comment la personne a *perçu* l'évènement activateur, ce qui s'est passé, sa description subjective de celui-ci ;
- 3) Le *A inférence* : ce que la personne a *déduit* de ce qui s'est passé ; sa conclusion sur ce qu'elle pense qu'il s'est produit ou pourrait se produire ;
- 4) Le *B dérivé* : comment la personne a *évalué* ce qui s'est passé.
- 5) Le *B impératif* : ce que la personne pense *qui doit ou ne doit pas* se produire : l'acceptation ou la non-acceptation par la personne de la perception et des déductions évaluées de ce qui s'est passé.
- 6) Le *C émotionnel et comportemental* : la ou les conséquences émotionnelles et comportementales de la personne vis-à-vis de ce

qui s'est produit ou aurait pu se produire.

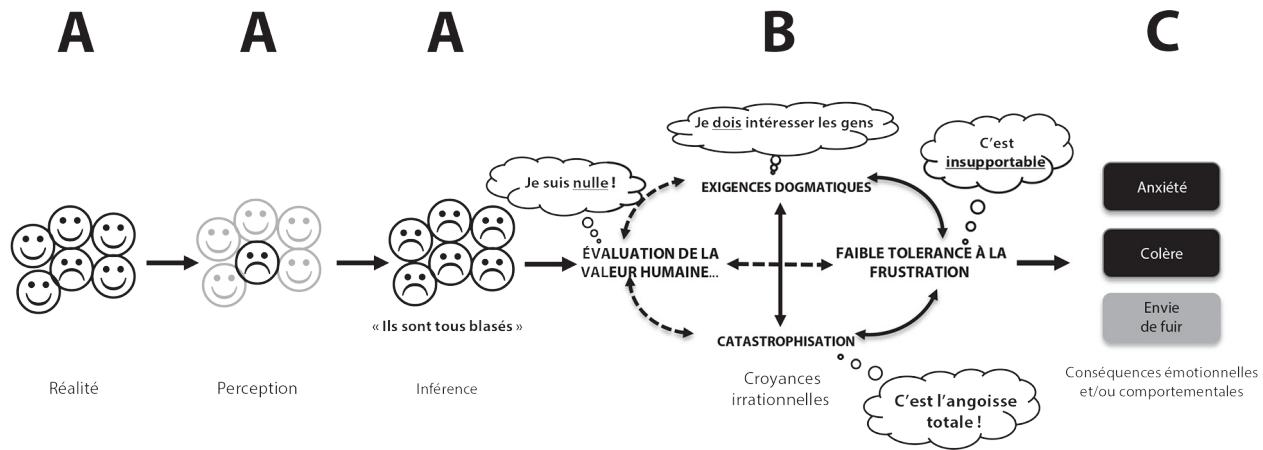


Figure 1. Les trois niveaux de A dans le modèle ABC (exemple de Marie)

Le thérapeute trouvera toujours au moins un des trois premiers éléments qui représentent les aspects de l'événement activateur A. On trouvera également un des points quatre et cinq qui représentent les croyances rationnelles ou irrationnelles B du patient. Et toujours le six, qui constitue les conséquences émotionnelles et comportementales C. Dans l'exemple de Marie, la réalité est que les étudiants ne sont pas très vifs à 9 heures du matin et sont eux-mêmes stressés de devoir présenter leurs travaux (1). Marie perçoit des personnes peu expressives qui la fixent (2). Elle en déduit qu'elle n'intéresse personne, (3) qu'elle est (donc) nulle (4), (car) elle devrait arriver à intéresser les gens (5). Elle a honte, son anxiété est majorée, elle s'en veut et elle lutte contre une terrible envie de fuir (6). La [figure 1](#) résume les différents niveaux de A dans le modèle ABC appliqué à la situation de Marie.

Il est important de bien comprendre que ce n'est pas la réalité perçue ou inférée en A de l'événement activateur qui est la cause de la réaction émotionnelle douloureuse C. En REBT, c'est l'évaluation en B de l'événement activateur A qui *est* la composante centrale de l'émotion douloureuse en C. Que la perception A de la personne soit vraie ou non, c'est ce qu'elle *se dit* de cet événement, comment elle *l'évalue* en B, qui va engendrer cette perturbation C. En conséquence, la personne qui perçoit mal A (distorsions) et qui a des demandes irrationnelles *et* des croyances dérivées B ([figure 2](#)) est plus susceptible d'être perturbée émotionnellement que la

personne qui a des perceptions justes, des inférences justes mais des croyances irrationnelles en B ([figure 3](#)).



Figure 2. Intensité de la perturbation émotionnelle quand A et B sont perturbés

En effet, si Marie *perçoit* que personne n'est intéressé et qu'elle *croit* qu'elle *doit* captiver son auditoire ([figure 2](#)), elle souffrira davantage que si elle perçoit que la plupart des étudiants l'écoutent avec attention et que seuls quelques-uns s'ennuient fermement ([figure 3](#)). Même si elle croit qu'elle doit intéresser les gens, elle sera moins activée car elle aura une perception plus juste de la réalité A et donc moins d'indices pour déclencher sa croyance irrationnelle en B. Ainsi, les éléments cognitifs de l'événement activateur A ont un effet sur le C bien que ce soit un dysfonctionnement moins important.



Figure 3. Intensité de la perturbation émotionnelle quand B est perturbé

La personne qui continue de distordre la réalité en A, mais qui pense rationnellement en B ([figure 4](#)) peut encore ressentir des émotions négatives saines (adaptatives) et agir de manière adaptée. Pour autant, cette personne sera plus souvent activée. Si elle a tout le temps l'impression que personne ne l'aime, même si elle pense de manière rationnelle que cela n'est pas *terrible* mais bien regrettable que personne n'est *obligé* de l'aimer, elle ressentira bien une émotion désagréable, elle sera peut-être déçue ou triste, peut-être même un peu inquiète à l'idée d'évoluer dans un environnement où personne ne l'aime.



Figure 4. Intensité de la perturbation émotionnelle quand A est perturbé

2) CONTESTER LES COGNITIONS EN A OU EN B ?

Ellis distingue la solution cognitive, dite *inélégante*, et la solution philosophique, dite *élégante*. La solution cognitive, aussi appelée solution empirique, est une discussion autour de la réalité perçue et inférée (A). Un travail thérapeutique sur ces distorsions cognitives peut donc être approprié. Il est intéressant de corriger ces biais cognitifs pour limiter les conséquences émotionnelles (C) certes saines, mais désagréables. Cette approche privilégie la vérification du caractère erroné des cognitions activées dans une situation spécifique. Dans notre exemple, un thérapeute cognitif demanderait à Marie si vraiment *personne* n'était intéressé. Il lui demanderait également de vérifier comment elle *sait* que personne n'était intéressé, selon quel critère. Par quelle preuve dans la réalité elle peut déduire que personne n'était intéressé. Dans cette situation précise, il pourrait même encourager Marie à interroger chaque étudiant qui était présent sur ce qu'il a pensé et ressenti devant sa présentation (A confirmable). Si les retours ne correspondaient pas au A inférence de Marie (« je n'intéresse personne ») cela pourrait l'aider à réviser cette inférence et à peut-être se rendre compte qu'elle a été intéressante. Renforçant d'autant sa croyance irrationnelle impérative : « je *dois* être intéressante ». Selon Ellis, cette solution est dite inélégante car la personne a certes la possibilité de corriger ses perceptions et inférences lui permettant de se rassurer sur le fait qu'elle est bien plus intéressante qu'elle ne le pense, mais cette approche ne lui fournit pas de solution face au risque de ne pas intéresser un auditoire dans le futur. En effet, si à un moment de sa vie la réalité correspondait à sa vision déformée (« je n'intéresse personne »), elle ne saurait pas y faire face. Même si la probabilité était faible, il n'est pas exclu que Marie soit dans un environnement où elle n'intéresserait personne. Dans ce cas de figure, si Marie continue de coller à sa croyance impérative B « je *dois* intéresser les gens », elle souffrira de nouveau de constater que la réalité n'y correspond pas. Elle continuera de développer des comportements dysfonctionnels censés lui assurer de briller académiquement comme le perfectionnisme ou bien la consommation croissante d'anxiolytiques ou autres produits par exemple. En revanche, si elle remet en cause sa croyance

et la remplace par une croyance plus réaliste comme « je souhaite intéresser les gens, je vais travailler dur pour cela, mais je ne peux pas exiger d'y arriver à chaque fois et cela ne fait pas de moi une personne intéressante », elle fera l'expérience que cela est certes désagréable de ne pas intéresser les gens, qu'elle en est attristée, mais pourra plus aisément décider de l'action à mener dans l'acceptation de cette réalité douloureuse, si elle advenait.

La solution philosophique en REBT est de supposer le pire tout en pouvant y faire face et de ressentir des émotions saines et adaptatives. Le thérapeute pose en hypothèse le pire qu'il puisse arriver. Cela donne : « nous ne savons pas si c'est vrai, mais supposons pour l'instant que ça l'est. Que vous dites-vous à propos de cela ? ». Si le patient peut faire face au pire, il pourra se concentrer sur la réalité et choisir quel comportement et attitude adopter.

3 ♦ QUEL A TRAVAILLER ?

De nombreux patients viennent en thérapie avec de multiples problèmes et pléthore de A. L'objectif thérapeutique est de sélectionner un problème cible sur lequel travailler. Thérapeute et patient dressent une liste des problèmes, ils en échangent et décident lequel va être traité en premier. Tant que possible, il est préférable de laisser le choix au patient. Néanmoins des exceptions peuvent être soulignées. Tout d'abord le thérapeute peut souhaiter choisir un problème aux conséquences affectives mineures ou dans un domaine moins compliqué, pour pouvoir mieux enseigner les principes de la REBT au patient. Ce faisant, des progrès peuvent être réalisés en très peu de séances ce qui renforce l'alliance, les attentes positives, la motivation et la participation du patient. Le thérapeute peut aussi décider de travailler sur un problème qui, s'il n'est pas résolu avec succès ou rapidement, entraînera une succession de problèmes graves ultérieurs dans un futur proche. Par exemple, Julien a été condamné par la justice pour des faits de violences au cours de règlements de comptes sur fond de trafic de drogue. Il est en détention à domicile sous surveillance électronique avec des permissions de sorties, car il vient d'être embauché. En début de séance, Julien exprime le souhait de travailler sur une situation de conflit avec son binôme au travail. Il prévient ensuite qu'il ne sera peut-être pas présent au prochain rendez-vous car il passe en jugement pour une ancienne affaire de défaut de permis. Il précise que la juge qui statuera, le détestait et que lui-même la hait, au point d'avoir

prévu de lui dire agressivement tout le mal qu'il pense d'elle. Le thérapeute décide alors que la colère et le dégoût de Julien vis-à-vis de la juge sont cliniquement plus importants que sa colère envers son collègue. S'il agresse verbalement la juge, il aura sûrement, en retour, un jugement peu clément à son égard qui se soldera, il le sait, par une incarcération pour finir sa peine. Cela entraînerait alors d'autres problèmes plus graves pour Julien, comme la perte de son couple, ne plus voir ses enfants qu'une semaine sur deux et d'annihiler son insertion professionnelle récente. Le thérapeute va donc chercher à expliquer ce raisonnement pour obtenir un accord sur l'objectif immédiat de la séance et maintenir l'alliance thérapeutique.

De nouveaux problèmes et de nouvelles crises ne manquent pas de surgir dans la vie du patient, l'amenant à évoquer de nouveaux problèmes avant d'avoir résolu ceux en cours de traitement. Parfois même, l'émotion jaillit, soudainement, en début ou au cours de la séance. Des signaux émotionnels sont émis par le patient qui interpellent le thérapeute, car ils semblent n'avoir aucun rapport avec les émotions travaillées jusqu'alors. Comme, un patient qui consulte et travaille sur ses émotions d'anxiété et qui se présente très en colère. Il est alors important de vérifier si cette nouvelle émotion est reliée aux activateurs travaillés. Si ce n'est pas le cas et que ce nouveau A se révèle n'avoir réellement aucun rapport avec ce qui était travaillé jusqu'alors, thérapeute et patient décident sur quel activateur ils souhaitent travailler. Si le patient souhaite aborder ce nouvel A, la thérapie pouvant être utile dans l'ici et maintenant, il est sage d'accepter. Ce serait peut-être une erreur de ne pas travailler avec les émotions exprimées au cours de la séance. En effet, la thérapie ne peut pas toujours porter sur les situations passées qui ont posé problème récemment. Les thérapeutes qui insisteraient de manière rigide pour s'en tenir au programme de la semaine précédente risqueraient, non seulement, de ne pas être utiles, mais aussi, de mettre en péril leur relation avec le patient. En conséquence, le thérapeute peut commencer à faire une analyse A-B-C au moment même, en direct, pendant la séance. Voici un exemple d'un tel échange :

Thérapeute : Jacqueline, je remarque que vos yeux sont rouges et que votre posture semble déprimée.

Patiente : Oui, vous avez raison ! (*sanglots*)

Thérapeute : Vous semblez être bouleversée en ce moment. Je me demande si vous pouvez me dire l'émotion que vous ressentez.

Patiante : Eh bien, c'est dur. Ma vie entière est foutue. Je n'ai plus de raison de vivre.

Thérapeute : Je comprends. Diriez-vous que vous ressentez de la déprime à ce sujet ?

Patiante : Oui.

Thérapeute : Eh bien, pourquoi ne pas parler de cela maintenant plutôt que des autres problèmes que vous avez évoqués ? Parce que tant que vous croyez cela, vous allez vous sentir déprimée et pleurer.

Toutefois, le thérapeute doit être attentif aux stratégies d'évitement du patient. La présentation d'un nouveau problème peut être un moyen d'éviter l'évocation de sujets difficiles ou gênants. Par exemple, Nadine, souffrant d'hyperphagie, évoquait un certain nombre d'autres problèmes pour éviter d'avoir à approfondir l'exploration des situations en lien avec son trouble qui l'activaient émotionnellement, ce qu'elle voulait à tout prix ne pas ressentir. Le comportement de diversion peut donc être un exemple d'intolérance à la frustration.

Ce phénomène peut également être porté par des patients qui pensent que s'ils règlent tous les problèmes de leur quotidien, les crises s'arrêteront. Si le patient soulève de façon répétée de nouveaux problèmes au cours de plusieurs séances, le thérapeute a intérêt à le confronter directement en soulignant cet aspect de son comportement.

Dans d'autres cas, le thérapeute peut noter un thème commun dans les nouveaux problèmes ou une corrélation entre eux et le problème original ou central, et il peut utiliser le nouveau matériel comme une occasion d'atteindre le noyau. C'est une démarche inductive. Elle vise à tirer des conclusions en analysant les similitudes et les différences entre des expériences spécifiques pour extraire un principe général à propos d'une certaine classe d'événements.

Prenons, par exemple, le cas de Sonia, une jeune femme qui abordait différents problèmes dans différents secteurs de sa vie au fil des séances. Le travail sur chaque situation a fait émerger un thème commun d'intolérance à la frustration, appelée également « basse tolérance à la frustration ». Jeune trentenaire, elle consultait pour un trouble panique avec agoraphobie. Elle sortait peu de chez elle par crainte de se confronter à certains lieux et consommait des anxiolytiques quand elle devait vraiment sortir. Le traitement du trouble fut efficace, Sonia s'exposait plusieurs heures par jour et progressait rapidement. Elle souhaita ensuite aborder un autre problème : sa

procrastination. Celle-ci se révéla liée à l'intolérance à la frustration ; Sonia ne supportait pas de travailler ses cours le week-end qui pour elle était dévolu à la détente, au repos. Elle n'acceptait pas les exigences de certains professeurs et donc se « vengeait » en ne les respectant jamais totalement. Puis Sonia loupa un rendez-vous et ne donna plus de nouvelles pendant 2 mois. Elle reprit contact en expliquant avoir eu honte de ne pas rappeler, mais qu'elle ne s'en sortait pas, tous ses troubles étaient revenus. Il s'avéra que Sonia avait arrêté de s'exposer 2 semaines après sa « disparition » car cela la « saoulait ». Elle avait conscience que cela était trop tôt, mais c'était promis de le refaire quand elle le « sentirait », en aurait envie. L'envie n'était jamais revenue. Elle avait rapidement recommencé à éviter certains lieux et reprenait des anxiolytiques pour pouvoir aller faire du shopping le week-end. Elle avait arrêté sa formation car elle avait agressé verbalement une professeure qu'elle trouvait « trop dure », « méchante ». Après quelques séances le thérapeute synthétisa les différents problèmes abordés pour mettre en évidence le thème central : l'intolérance à la frustration ([figure 5](#)). Sonia fut totalement d'accord avec la synthèse et la paraphrasa en disant « Ouais, ça me gave quand ça marche pas comme je veux ».

Le A critique

Lorsque le patient raconte la situation dans laquelle il a été perturbé émotionnellement, il le fait souvent avec de nombreux éléments. Il faut alors déterminer ce qui, dans le A, a déclenché le B qui a abouti à un C dysfonctionnel : le A critique. Le thérapeute fait préciser au patient quel élément précis de A, parmi tous les éléments de la situation, a été le déclencheur du B qui a entraîné un C dysfonctionnel. Si le thérapeute ne recherche pas l'élément déclencheur précis, il risque de chercher des croyances irrationnelles sur des stimuli qui ne gênent pas le patient et donc de ne pas trouver de croyances irrationnelles. Ce qui peut rendre la recherche de l'élément déclencheur difficile est qu'il peut faire partie d'une séquence d'événements (qui amène à préciser le A) ou de stimuli à présentation parallèle (plusieurs A précis cohabitent dans la même situation, chaque déclencheur d'un B entraînant l'émotion dysfonctionnelle).

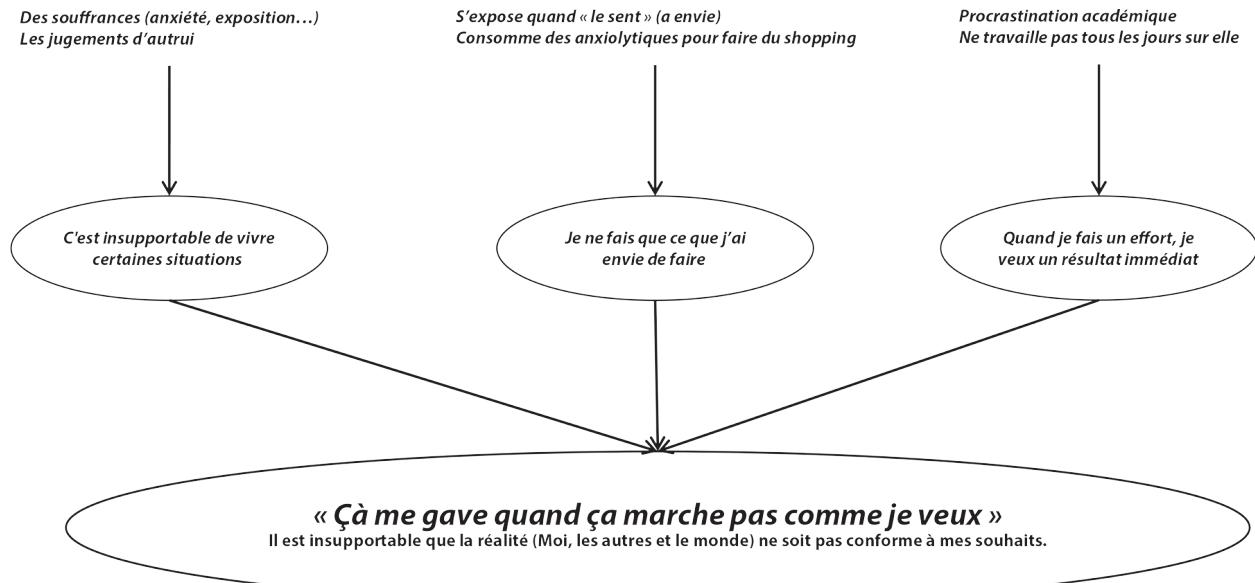


Figure 5. Démarche inductive dans la thérapie de Sonia

Par exemple, Éliane, une patiente qui parle de sa peur panique éprouvée dès qu'elle sort de chez elle pour faire les courses. « Faire les courses » est un activateur bien trop vaste et donc vague. Le thérapeute demande à Éliane de préciser ce qui la panique quand elle fait ses courses. Pour trouver l'élément déclencheur dans le A, les questions sont posées étape par étape, de manière séquentielle. Il est important de vérifier, à chaque étape de précisions du A, que l'émotion dysfonctionnelle est présente. Si l'émotion n'apparaît pas, c'est une « fausse piste », le A n'est pas critique et il faut reformuler la question.

Thérapeute : Pouvez-vous me dire ce qui vous fait peur, au point de paniquer, quand vous faites vos courses ?

On incite le patient à se remémorer la situation et à associer un élément plus précis de celle-ci qui est associé à l'émotion de panique.

Patiante : J'ai peur de me sentir mal.

Thérapeute : Y a-t-il quelque chose en particulier qui vous fait peur dans le fait de vous sentir mal ?

Ici, le fait de se sentir mal pourrait être l'élément déclencheur de B.

Patiante : Oui, j'ai peur de faire un malaise.

Faire les courses – se sentir mal – faire un malaise = Séquence d'événements

qui amène à une précision du A.

Thérapeute : Et si vous faisiez un malaise, y a-t-il quelque chose qui vous ferait peur ?

Patiene : Que les gens me jugent.

Faire un malaise – être jugée = Stimuli à présentation parallèle.

Ainsi, dans cet exemple, les déclencheurs précis sont le fait de faire un malaise et le jugement d'autrui, et non les courses comme présenté initialement. C'est avec cette précision sur le A, et surtout l'élément déclencheur du A que le thérapeute va pouvoir chercher les croyances irrationnelles du patient qui l'ont amené à ressentir une émotion perturbée.

Quand le A est difficile à circonscrire

Les patients qui viennent consulter veulent souvent donner de nombreux détails en A. Cela leur semble important, pour différentes raisons, comme la peur que le thérapeute ne comprenne pas bien la situation, ou bien parce qu'ils se sentent écoutés et qu'ils peuvent croire à la fonction cathartique de la verbalisation de leur vécu. Beaucoup ont, au départ, une représentation très caricaturale d'une séance de psychothérapie : le patient « déballe tout » et le psy interviendra, peut-être, de temps en temps, pour reformuler ou partager une hypothèse, si possible obscure. En REBT, deux raisons poussent le thérapeute à recentrer le patient. Tout d'abord, le temps que dure la séance est limité. Il essaye d'avoir toutes les possibilités pour avancer à chaque séance sur le cœur de la thérapie à savoir la construction et le fonctionnement sur la base de croyances rationnelles, aussi, ce temps précieux et onéreux est gardé pour aller chercher les croyances irrationnelles et celles-ci sont rattachées à l'élément dans le A qu'il doit trouver. La deuxième raison est que si le thérapeute laisse le patient décrire avec trop de détails le A, cela renforce l'idée que l'expression verbale de ce qui a perturbé le patient est salvatrice et que la catharsis (favoriser la guérison émotionnelle et le soulagement du stress par la libération des émotions retenues) lui permettra d'aller mieux. Encore une fois, le patient pourra se sentir mieux, soulagé, mais il n'aura pas appris à agir différemment grâce à une croyance rationnelle et des émotions adaptatives, autrement dit être mieux dans le réel. Pire, il risque de s'endoctriner et croire encore davantage que A cause C, puisque le travail sur le B devient secondaire. Aussi, bien que permettant aux patients d'avoir un

espace de parole, le thérapeute REBT va le recentrer. En effet, l'entretien passe sur un mode plus directif. Le thérapeute explique au patient que ce n'est pas le fait d'avoir de nombreux éléments qui va permettre d'avancer dans la séance, mais de déterminer, parmi tous les éléments lequel a déclenché l'émotion non adaptative. Prenons l'exemple de Maud. Elle pense beaucoup et prend beaucoup de place, au travail et dans sa vie privée aussi. Et c'est la même chose au cabinet. Elle vient pour des difficultés relationnelles. Elle a du mal à bien fonctionner avec les autres et en souffre.

Patiente : La dernière fois, au travail, mon boss, Jean-Marc, m'a pris la tête. On était en réunion, il fallait construire une opération commerciale sur un nouveau produit. Évidemment, Marie, qui ne dit jamais rien, m'a laissée me débrouiller et Virginie, elle, depuis qu'elle est avec le directeur de la production, elle se pense au-dessus de tout le monde. Parce qu'évidemment, elle a toujours une façon de vous regarder. Un peu comme mon ancienne collègue, quand j'étais encore chargée de communication. Je venais d'arriver dans l'entreprise, et elle n'avait pas du tout accepté qu'on me confie certaines de ses missions. Elle... *Le thérapeute l'interrompt.*

Thérapeute : Excusez-moi Maud, je vous coupe. J'aimerais que vous restiez centrée sur la réunion où votre boss vous a pris la tête comme vous dites. Sauf si vous préférez qu'on travaille sur votre arrivée dans l'entreprise ?

Patiente : Non, non, je préfère qu'on parle de la réunion.

Thérapeute : OK. Alors si c'est le cas, je vous propose qu'on reste centrés sur la réunion. Qu'est-ce qui vous a posé le plus problème ?

Patiente : C'est quand Jean-Marc a posé le problème concernant l'offre commerciale et que les deux cruches n'ont rien dit. Et comme d'habitude, je n'ai pas pu m'empêcher de prendre les choses en main.

Thérapeute : Donc, on est bien à ce moment où votre boss parle d'un problème rencontré et que personne ne réagit ?

Patiente : C'est exactement ça.

Thérapeute : OK, alors essayons de voir exactement ce qu'il s'est passé pour vous à ce moment précis.

Patiente : OK.

Quand le A est flou

Il arrive que les thérapeutes soient face à des patients qui rencontrent des difficultés à présenter A, en restant vague ou en niant qu'un événement spécifique a déclenché un certain B qui, à son tour, a déclenché leurs émotions et leurs comportements perturbés C. Les raisons possibles de cette imprécision peuvent être multiples. La REBT étant une thérapie du changement cognitif, elle dépend de trois antécédents indispensables chez le

patient : accepter de se dévoiler, reconnaître avoir un problème psychologique et adhérer au modèle REBT.

La conviction qu'il est acceptable et nécessaire de se dévoiler

La cause principale de la difficulté du patient à se dévoiler est le plus souvent la peur. La première est la crainte de susciter la désapprobation du thérapeute en révélant certains éléments. Par exemple, Francis qui avait été sous l'emprise d'une mère et d'une femme tyrannique et égocentrique et qui consultait pour comprendre et ne plus avoir ses comportements de soumission et de non-affirmation. Depuis plusieurs mois, il fréquentait une nouvelle femme sans jamais avoir rencontré ses enfants. Le week-end de la rencontre avec ceux-ci, il avait été menacé et agressé verbalement à plusieurs reprises par le fils de sa troisième femme sans qu'elle ne réagisse et n'y voit un réel souci. Il avait alors décidé de la quitter et de ne jamais la revoir. Ce qu'il fit. Il stoppa également sa thérapie. Il revint un an et demi plus tard pour des problèmes de déprime. Pendant les entretiens son regard était fuyant, il se positionnait de profil et éludait dès que le thérapeute lui posait des questions sur sa situation familiale et affective actuelle. Le thérapeute lui partagea ce qu'il constatait de son comportement non verbal et de ses évitements face à certaines questions et Francis lui « avoua » qu'il était revenu avec sa femme et qu'il redoutait de le décevoir et de ressentir de la honte à l'idée d'être méprisé par lui. Le travail sur la dépendance au jugement d'autrui pouvait reprendre.

La seconde est la peur d'affronter certains événements, de s'y confronter, ce qui pousse le patient dans des stratégies plus ou moins conscientes d'évitement émotionnel. Le patient redoute les réactions émotionnelles que l'évocation de la situation risque de provoquer en lui. Il va parler « autour » d'elle sans jamais « plonger dans » l'exposition de celle-ci. Pour ces patients, passer plus de temps à parler du A peut être utile. Pendant un certain nombre de séances, en restant dans une écoute active et empathique, le thérapeute va inciter le patient, de façon constante, à évoquer A. Au fil des entretiens, accompagné dans une exposition progressive et régulière, le patient va ressentir de moins en moins de crainte à préciser plus avant le A. Il va pouvoir également vérifier à chaque séance que le thérapeute ne le juge jamais et qu'il ne surréagit pas à la présentation du A.

La capacité à reconnaître l'existence d'un problème psychologique

Un problème complexe dans l'identification du A est sa non-identification par le patient. Il n'est pas conscient de ce qui déclenche ses croyances et ses émotions. Certains patients ne sont pas conscients de ce qui les contrarie, par un manque d'introspection. Soit ils n'identifient pas bien leurs émotions et les traduisent par des termes comme « ça va pas », ou des cognitions telles que « je me prends la tête ». Soit les patients n'ont pas passé assez de temps à réfléchir au problème et ne savent pas trop par où commencer. Ils apportent un mal-être global et nébuleux qu'ils subissent sans comprendre grand-chose aux logiques psychologiques sous-jacentes qui sont à l'œuvre en eux, dans certaines situations clés. Il est important de noter qu'une partie importante de ces patients n'a pas de culture « psy ». Dans leur environnement social ou culturel, ils n'ont pas appris à se questionner sur leurs ressentis, leurs styles de pensées, ce qui peut sous-tendre leurs comportements. Pour ces patients, il est nécessaire que le thérapeute propose des points didactiques où il va expliquer les notions de psychologie nécessaires et suffisantes pour que le patient comprenne les mécanismes en jeu. En conséquence, les méthodes thérapeutiques vont prendre sens pour lui. L'alliance sera renforcée et le travail collaboratif également. Un patient, Robert, a déclaré qu'il était déprimé depuis des semaines mais qu'il ne savait pas pourquoi. Les patients confrontés à ce problème choisissent souvent de réduire leur malaise en adoptant une vision fataliste de leur problème en créant une attribution interne, globale et incontrôlable à leur dépression : « je suis dépressif ». La conséquence logique est qu'ils se créent ainsi un nouvel A à propos duquel ils se dépriment davantage. Lorsque Robert n'identifie pas du tout un A, le thérapeute peut l'aider en posant des questions précises qui vont lui permettre de se concentrer sur son état affectif et ses fluctuations, ce qui va aider à circonscrire des A plus précis : « Quand la dépression a-t-elle commencé ? », « Est-ce que quelque chose a changé dans votre vie au cours des derniers mois ? », « Anticipez-vous des changements dans votre vie au cours des prochains mois ? », « À quel moment de la journée êtes-vous le plus souvent déprimé ? », « Qu'est-ce qui semble aggraver la déprime ? ». Si le patient répond qu'il ne sait pas, le thérapeute peut lui demander : « Pouvez-vous me dire ce que vous pensez des événements, des pensées ou des sentiments qui aggravent la situation ? » Si cette tactique échoue, il peut être utile de

demandeur au patient de noter son humeur et les événements correspondants tous les jours, jusqu'au prochain rendez-vous.

La difficulté à localiser A est également très fréquente chez les patients qui souffrent de troubles psychophysiologiques en lien avec le stress, comme la migraine ou les céphalées de tension. Une patiente peut se plaindre de maux de tête, par exemple, mais insister pour dire que tout va bien dans sa vie. Elle ne fait pas de lien entre ses douleurs et des zones de tensions dans son quotidien (A). Pour les patients qui ne font pas ces liens entre ce qui les fait souffrir et des situations problématiques A dans leur vie (dans nos exemples la dépression et les maux de tête), deux stratégies peuvent être efficaces. La première stratégie consiste à demander au patient non pas ses problèmes, mais des informations sur la manière dont il pourrait améliorer sa vie ou se réaliser davantage avec son problème, les maux de tête par exemple. Deuxièmement, le thérapeute peut aider le patient à apprendre à identifier les problèmes et à reconnaître les zones de tension dans les intérêts, les désirs, en posant des questions ciblées comme pour le patient Robert. L'approche la plus constructive de l'identification du problème consiste à effectuer une analyse comportementale. Par exemple, il est possible de demander à la patiente souffrant de maux de tête de tenir un journal dans lequel elle note les antécédents manifestes et cachés (événements, pensées et sentiments) ainsi que les conséquences de chaque épisode de maux de tête. Au fur et à mesure que ces données s'accumulent sur un certain nombre de semaines, des schémas se dégagent généralement. La recherche confirme l'efficacité de cette stratégie (Finn *et al.*, 1991).

L'adhésion au modèle REBT

L'approche REBT prône la recherche des croyances irrationnelles du patient dans les situations de son quotidien où il est perturbé. Elle ne recherche pas un quelconque événement « fondateur » caché dans le passé. Elle vise à faire conscientiser au patient, puis l'aider à modifier ses croyances irrationnelles qui vivent dans l'ombre de son inconscient cognitif, orientant ses perceptions, ses déductions, ses ressentis, ses choix et ses actions. De plus, le changement émotionnel ou comportemental nécessite un travail confrontant et constant qui nécessite énergie et attention. Les seuls échanges avec le thérapeute sur la logique du problème ne sauraient avoir un impact probant sur la résolution de celui-ci. Il est donc important que le patient soit en accord avec cela et qu'il

adhère aux principes de la REBT. Sinon, il risque de ne pas comprendre pourquoi le thérapeute souhaite approfondir autant l'analyse d'une situation précise, alors que lui, souhaiterait peut-être aborder toutes les situations diverses et variées qui lui posent problème dans sa semaine. Il est également important de lui préciser qu'il est préférable d'être actif entre les séances.

Le patient « métaphysique »

Certains patients donnent l'impression de vivre une « crise d'identité ». Lorsque le thérapeute leur demande pourquoi ils sont venus en thérapie, ils répondent : « pour me trouver », « savoir qui je suis ». La REBT considère le patient comme un processus évolutif et non pas comme une entité à trouver. Les thérapeutes communiquent au patient qu'ils n'enseignent pas la découverte de soi, mais plutôt la construction de soi. Il y aura peu de progrès si le thérapeute ne peut pas déterminer ce que le patient aimeraient faire qu'il ne fait pas dans sa vie. Dans ce sens, le thérapeute REBT répondra en demandant au patient de remplacer la question « Qui suis-je ? » par « Qu'est-ce que j'aime et qu'est-ce que j'apprécie ? ». Une fois que le thérapeute a découvert ce que le patient ne fait pas qu'il apprécierait de faire, il identifie ce qu'il ressent et qui l'empêche de faire ce qu'il aimeraient faire. La réalisation d'une activité souhaitée devient alors l'événement déclencheur A. L'idée de faire l'activité désirée suscite alors des croyances irrationnelles B et des émotions dysfonctionnelles et malsaines C.

Une autre catégorie de patients vient en thérapie avec ce que les thérapeutes appellent une « névrose existentielle » (Frankl, 2006). Les patients se plaignent que « la vie n'a aucun sens ». Une clarification thérapeutique pourrait consister à demander : « Que faudrait-il faire pour que votre vie ait un sens ou que devriez-vous faire pour donner un sens à votre vie ? ». Ces patients peuvent nourrir l'idée irrationnelle qu'ils doivent poursuivre des motifs nobles ou des objectifs prestigieux pour être heureux. Leur existence banale et quotidienne ou leur incapacité à poursuivre leurs motivations et leurs objectifs serait l'événement déclencheur A. Un abord plus confrontant peut être de se positionner d'emblée en posant le postulat que la vie n'a, intrinsèquement, pas de sens ; le thérapeute ne peut répondre à cette question. En revanche, chaque humain peut lui donner du sens, son sens, en se questionnant sur ce qui le rend heureux dans cette réalité, sur ce qui le motive

et ensuite d'avancer dans cette direction. Cela aide le patient à poser ses propres objectifs de vie à long terme (Languérand, 2024). Une fois ceux-ci précisés, il devient plus aisément de débusquer les situations A qui empêchent (indirectement) la personne d'atteindre ses objectifs de vie.

Pour définir le A, le thérapeute peut garder à l'esprit les suggestions suivantes :

- Éviter le langage abstrait.
- Parler dans le langage du patient en tirant les données de son expérience.
- Garder le patient sur la bonne voie, rester centré sur la situation activatrice en lien avec l'émotion problème ; non seulement pour réduire le problème de la dispersion de l'attention, mais aussi pour servir de modèle au patient.
- Poser des questions précises au patient.
- Poser des questions sur les changements de vie récents ou imminents.
- Demander des exemples récents.
- Demander des comptes rendus des événements et des expériences émotionnelles.

4) LE C DEVIENT UN A : LE MÉTA-PROBLÈME

L'un des événements activateurs les plus importants que le thérapeute va rapidement rechercher est la perturbation secondaire, c'est-à-dire le problème sur le problème que l'on appelle aussi métaproblème. En d'autres termes, lorsque le patient se rend compte qu'il a un problème qu'il soit émotionnel comme la dépression ou comportemental comme une rechute dans un problème d'addiction, qui est le problème primaire, il peut focaliser son attention sur celui-ci ou sur certains de ses aspects qui deviennent alors un nouvel activateur A2. Face à ce nouvel activateur, il va élaborer une série de pensées et de croyances en B2 tout aussi dysfonctionnelles, voire davantage, que celles du premier problème. Ces croyances entraînent alors des

conséquences émotionnelles et comportementales en C2 tout aussi inappropriées ou inadéquates, voire plus, créant ainsi un problème secondaire qui nécessite lui-même une analyse REBT. Ce concept est présenté [figure 6](#).

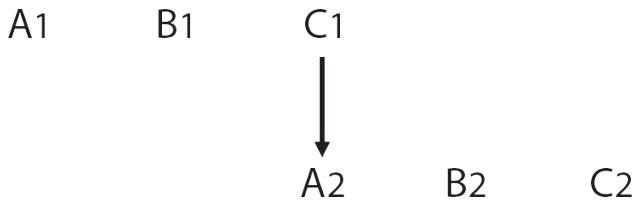


Figure 6. La conséquence devient un évènement activateur

Ce méta-problème complique inévitablement le premier et rend évidemment sa résolution plus ardue. Pour illustrer le cycle possible des événements, prenons l'exemple de Karim ([tableau 1](#)). Il évoque en séance sa difficulté à se lever le matin du fait, selon lui, d'un « manque de motivation » qui l'« agace profondément ». Le thérapeute l'encourage à préciser la situation activatrice A1 : Karim décrit une absence d'envie, d'énergie et d'espoir. Avec l'aide du thérapeute, il précise ensuite son ressenti émotionnel C1 qui se trouve être un cumul de tristesse, d'anxiété et de culpabilité. Il est à noter que l'agacement ou la colère initialement présentés par Karim ne sont pas présents à ce stade. Le thérapeute s'intéresse alors à ce que Karim se dit à lui-même face à sa difficulté à se lever, son absence d'envie et d'énergie A1 qui l'amène à ressentir cette souffrance émotionnelle en C1. Karim précise sans trop de difficulté les cognitions B1 qui tournent en boucle dans sa tête : « Je suis un naze », « Je ne sers à rien » « Je fais souffrir tout le monde, c'est horrible ». Grâce à ce travail de clarification méthodique, Karim et le thérapeute font le constat que l'ensemble du problème primaire les orienterait vers une hypothèse de syndrome dépressif. Face à ce constat partagé, (C1/A2), la colère C2 de Karim émerge, accompagnée des cognitions B2.

Tableau 1. Exemple de Karim

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
N'arrive pas à se lever du lit Est sans envie, sans	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Je ne sers à rien »	<i>Émotions :</i> Tristesse Anxiété

espoir, sans énergie	« Ça ne s'arrêtera jamais » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je suis un naze » « Je fais souffrir tout le monde, c'est horrible »	Culpabilité Ruminations (Dépression)
A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
Dépression (C1 = A2)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « C'est pas possible » « Je peux pas me sentir comme ça » « C'est grave » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je dois être capable de surmonter ça » « Faut que je me bouge »	<i>Émotions :</i> Colère

Certains patients souffrent de pathologies qui peuvent être en grande partie dues à des *déséquilibres biochimiques* comme la dépression endogène ou les troubles psychotiques. Une psychothérapie, quelle qu'elle soit, peut s'avérer difficile pour améliorer les symptômes primaires de ces patients (Davison et Neale, 1990). En revanche, il y a souvent un symptôme secondaire (dépression, honte, culpabilité, haine de soi...) qui peut être la cible d'une intervention pour aider ces patients à apprendre à s'accepter avec leur pathologie, à vivre au mieux avec, au lieu de se déprimer, de se détester, de se culpabiliser à propos de celle-ci. Le même principe s'applique, bien sûr, aux patients moins perturbés.

Repérer et travailler un métaproblème

Certains indices de l'existence d'un problème secondaire apparaissent lorsque le patient décrit son problème primaire et qu'il semble très perturbé dès son évocation ou lorsqu'il a des demandes de résolution du problème primaire résolument absolutistes. Comme dans l'exemple de Karim qui minimisait son problème de dépression en présentant son propre diagnostic d'un manque de motivation et qui était déjà en colère en l'énonçant. Pour déterminer si le

patient a un problème émotionnel secondaire à propos du problème primaire, il est adapté de lui poser la question directement. Par exemple, si le problème primaire est l'anxiété, le thérapeute pourrait demander : « Comment vous *sentez-vous* d'être si anxieux ? » cherchant ainsi le C2 en ayant placé l'anxiété comme activateur en A2 pour ensuite pouvoir trouver les croyances irrationnelles en B2. Une autre option est de demander : « Que vous *dites-vous* d'être si anxieux ? » pour chercher les croyances irrationnelles en B2 en ayant là aussi placé l'anxiété en A2 pour accéder au C2. Dans cette deuxième approche, moins orthodoxe, le thérapeute sera attentif aux manifestations émotionnelles du patient quand il exprimera ses cognitions afin de se faire une idée plus précise de l'émotion ressentie. Il vérifiera ensuite avec le patient que les émotions en C2 sont bien reliées à A2 avant d'explorer les cognitions en B2. La stratégie thérapeutique privilégiée en REBT consiste, une fois un méta-problème mis au jour, à se concentrer en *premier lieu* sur le problème secondaire et *ensuite* seulement sur le problème primaire. Dans l'exemple de Karim, son *émotion seconde* de colère, sous-tendue par une non-acceptation de sa possible dépression en B2, freinait, empêchait de pouvoir travailler sereinement sur celle-ci car Karim ne souhaitait pas travailler sur une problématique qu'il minimisait, qu'il pensait ne pas devoir exister.

Les différents types de méta-problèmes

Les méta-problèmes sur le C émotionnel

En REBT, le C regroupe les conséquences émotionnelles qui incluent les manifestations somatiques, physiques des émotions ainsi que les conséquences comportementales. Dans ce sens, les patients peuvent devenir anxieux à cause des *signes physiques* de l'anxiété, un problème particulièrement important dans l'agoraphobie (Goldstein et Chambless, 1978). Ces patients semblent se concentrer sur les symptômes physiologiques de l'anxiété et croient qu'ils sont des signes de mort imminente, de malheur ou de malaise insupportable : « je suis terrifié par la panique. Lorsque je monte dans la voiture et que je sens l'anxiété arriver, je sais que je ne pourrai pas le supporter ! Et je me dis que je ne dois pas m'inquiéter. ». Sonia par exemple ([tableau 2](#)) consulte pour un trouble panique avec agoraphobie. En analysant avec le modèle ABC, elle se rend compte que les interprétations

irrationnelles (B1 et B2) des symptômes physiques de son anxiété (A1 et C1/A2) alimentent son anxiété, aggravant à chaque étape ses ressentis jusqu'à ce qu'elle trouve un apaisement dans la fuite. Cette dernière renforçant encore davantage ses croyances irrationnelles et ses stratégies d'évitement conduisant à la chronicisation du trouble.

Tableau 2. Exemple de Sonia

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
Chaleur, rythme cardiaque +, souffle court, jambes en coton	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Ça va pas » « C'est pas normal, y'a aucune raison » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je ne devrais pas être mal »	<i>Émotions :</i> Anxiété <i>Comportements :</i> Rythme cardiaque ++ Souffle court ++ Jambes en coton ++
A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
Rythme cardiaque ++ Souffle court ++ Jambes en coton ++ (C1 = A2)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Je vais m'écrouler » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je serai faible » « Je suis trop nulle ! » « Non, c'est trop dur »	<i>Émotions :</i> Anxiété +++ (Émotion seconde) <i>Comportements :</i> Fuit

Les méta-problèmes sur le C comportemental

Il n'est pas rare que les patients s'en veuillent aussi de leurs *difficultés comportementales*. Ainsi, le patient qui souffre d'addiction peut se sentir coupable ou honteux d'être dépendant, d'avoir une pathologie à haut risque de dérapage et de rechute. Prenons l'exemple de Yann ([tableau 3](#)) qui après bien des essais infructueux pour avoir une consommation contrôlée d'alcool a décidé d'être abstinente. Pendant 3 semaines, il maintient son abstinence en anticipant et gérant efficacement les situations à risques. Un soir, un ami

sonne chez lui avec des bières, pris de court et non préparé à cette situation, il laisse son ami entrer chez lui et n'ose pas refuser la bière que celui-ci lui propose. Il dérape. Les cognitions de Yann en B2 témoignent, pour partie, de sa non-acceptation de son trouble.

Tableau 3. Exemple de Yann

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
Un ami propose une bière à l'improviste Ne veut pas craquer mais a très envie d'accepter	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Ça me ferait du bien ! » « Oh allez, juste une » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Il ne faut pas » « Faut que je tienne » « C'est trop dur »	<i>Émotions :</i> Joie (à l'idée de boire) Anxiété (à l'idée de boire) <i>Comportements :</i> Boit
A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
Boit (C1 = A2)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « À quoi bon ? » « J'ai aucune volonté » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je n'aurais pas dû boire » « Je dois pouvoir me contrôler quand je le veux » « Je suis faible »	<i>Émotions :</i> Culpabilité Colère Tristesse <i>Comportements :</i> Boit de nouveau

Les métaproblèmes défensifs

Les émotions secondes peuvent conduire à des comportements d'évitement, empêchant la personne de faire face aux véritables enjeux et pouvant conduire à la chronicité de l'émotion et/ou du comportement et de la souffrance. Prenons l'exemple d'Isaac, qui souffre d'un deuil pathologique. Son père décédé 3 ans auparavant lui manque énormément. Isaac évite tous

lieux, objets, souvenirs, films, photographies se rapportant à son père pour se préserver de la douleur, sans se rendre compte que cela entretient sa dépression. Il ne décrit jamais son émotion comme de la dépression mais comme une « grosse tristesse ». Il n'est plus allé, non plus, sur la tombe de son père depuis l'enterrement et dit ne pas comprendre. Le thérapeute lui propose de visualiser sa venue sur la tombe en imagination, il accepte :

Patient : J'y suis. C'est dur la vache... (*pleurs*)

Thérapeute : Vous ressentez une grosse tristesse ?

Patient : Oui

Thérapeute : Que vous dites-vous de vous voir si triste ?

Patient : Faut pas qu'on me voie comme ça ! Ils ne me connaissent pas comme ça !

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Patient : Mes amis, mes proches, pour eux j'suis un roc, j'suis solide ! Faut pas qu'ils me voient comme ça !

Thérapeute : Imaginons qu'ils vous voient, dans ce moment de grosse tristesse... *Isaac interrompt*

Patient : Non, faut pas qu'ils me voient comme ça ! Faut que je me tienne !

Thérapeute : Imaginons qu'ils vous voient, dans ce moment de grosse tristesse, en train de pleurer.

Patient : Ce serait terrible, je pourrais pas les regarder... Ils comprendraient pas.

Thérapeute : Que ressentiriez-vous si cela arrivait ?

Patient : Je me cacherais, je serais pas bien, je pourrais pas les regarder... *Rougit, évite le thérapeute du regard*

Thérapeute : Est-ce qu'on pourrait dire que vous ressentiriez de la honte ?

Patient : Oui, carrément.

Thérapeute : Vous avez honte d'être aussi triste ?

Patient : Oui, carrément. C'est pas moi.

L'émotion seconde de honte empêchait Isaac de pouvoir se montrer triste et donc d'obtenir du soutien social. Il s'épuisait à paraître « fort » et vivait très mal sa « double vie ». Travailler la honte en premier a permis, ensuite, de pouvoir aborder la dépression et le deuil de manière bien plus efficace.

Les méta-problèmes sur le B

Les patients ayant commencé à comprendre leur problème dans le cadre du suivi en REBT, peuvent présenter des problèmes secondaires

particulièrement gênants. Plus ils deviennent « experts », plus ils s'en veulent d'avoir réagi de façon excessive, en se blâmant d'avoir eu des croyances irrationnelles en B1. Le problème émotionnel particulier ressenti par ces patients est la honte et/ou la culpabilité. Si l'on pense à l'exemple de Karim présenté précédemment, et que l'on imagine un scénario différent pour son problème secondaire ([tableau 4](#)), il aurait pu être que Karim se mette en colère à propos de ses croyances irrationnelles en B1 : « Voilà que je recommence à penser de façon irrationnelle. Bon sang, je ne m'arrêterai jamais. Qu'est-ce qui me prend ? J'aurais dû apprendre depuis le temps que je suis en thérapie ».

Tableau 4. Exemple alternatif de Karim

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
N'arrive pas à se lever du lit Est sans envie, sans espoir, sans énergie (Dépression)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Je ne sers à rien » « Ça ne s'arrêtera jamais » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je suis un <i>naze</i> » « Je fais souffrir tout le monde, c'est <i>horrible</i> »	Émotions : Tristesse Anxiété Culpabilité Rumination Dépression
A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
« Je suis un <i>naze</i> » « Je fais souffrir tout le monde, c'est <i>horrible</i> » (B1 = A2)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> « Je recommence à penser de façon irrationnelle » « Je ne changerai jamais » <i>Croyances irrationnelles :</i> « Je suis <i>nul</i> , j'aurais dû apprendre depuis le temps que je suis en thérapie »	Émotions : Colère Culpabilité ++

Recommandations

Lorsque thérapeute et patient travaillent sur un méta-problème, il est facile pour le patient de revenir en arrière, d'aller et venir entre les deux niveaux. Le thérapeute surveille quel sujet est abordé et reste sur la bonne voie. Chaque changement de piste, opéré par le patient lui est signalé. Ensuite, thérapeute et patient doivent échanger pour définir le niveau le plus pertinent d'un point de vue clinique. Une fois qu'une perturbation de second niveau a été identifiée comme étant A, la thérapie se déroule de la manière habituelle : C est clarifié, les croyances irrationnelles sont identifiées et le patient est aidé à les contester, ce que l'on nomme la contestation ou *Dispute*.

Attention toutefois, toute émotion seconde n'est pas forcément une cible thérapeutique. En effet, il est important de différencier le méta-problème ou problème secondaire d'une simple émotion seconde qui serait saine, fonctionnelle. Il est normal et rationnel que le patient soit malheureux d'avoir un problème émotionnel et/ou comportemental. Si ce n'était pas le cas, s'il restait indifférent à son malaise, ce serait alors irrationnel et nuisible. Le fait que le patient soit malheureux de se sentir malade est fonctionnel, car cela l'incite à rechercher une aide psychothérapeutique pour résoudre ses difficultés ; il ne s'agit donc pas d'un méta-problème. En revanche, si les émotions qui apparaissent dans le méta-problème sont au contraire résolument dysfonctionnelles (anxiété, dépression, culpabilité ou colère par exemple) elles deviennent le plus souvent un obstacle à la résolution du problème primaire.

Quand le méta-problème n'en est pas un

Quand l'objectif du patient est un changement comportemental, comme arrêter de fumer ou de procrastiner ou l'adoption d'un comportement souhaité comme refaire du sport ou être plus poli, le thérapeute peut vouloir rechercher une émotion seconde après chaque échec. Par exemple, imaginons un patient qui a pour objectif comportemental d'arrêter de fumer. Le thérapeute lui demande quand il a fumé pour la dernière fois et poursuit en lui demandant comment il s'est senti (C2) lorsqu'il a échoué dans sa tâche comportementale (C1). Le thérapeute recherche le problème secondaire de façon automatique, sans réfléchir. Le patient fait alors état d'une déception liée au fait qu'il n'a pas réussi à changer son comportement. Le thérapeute recherche ensuite la croyance irrationnelle qui se cache derrière cette émotion

négative. Le thérapeute a donc identifié un problème secondaire sans avoir préalablement identifié le problème primaire. Cette intervention pourrait être correcte, mais elle ne cible pas l'objectif déclaré du patient de changer son comportement. En outre, l'émotion négative ressentie face à l'échec de son objectif thérapeutique n'est pas dysfonctionnelle ; elle est fonctionnelle. L'exemple suivant illustre une nouvelle fois ce mauvais choix de l'activateur par le thérapeute :

Thérapeute : Quel est le problème sur lequel vous aimeriez travailler aujourd'hui ?

Patient : Je veux arrêter de procrastiner et finir mon mémoire. (*C1 comportemental*)

Thérapeute : À quand remonte la dernière fois que vous avez procrastiné ?

Patient : Je voulais travailler sur mon mémoire hier soir mais j'ai regardé la télévision à la place.

Thérapeute : Comment vous êtes-vous senti après avoir procrastiné et regardé la télé ? *Recherche de C2*

Patient : Je me sentais mal. *C2 émotionnelle vague*

Thérapeute : Qu'entendez-vous par « mal » ? *Demande de précision*

Patient : Je me sentais un peu coupable. *C2 émotionnelle précise*

« Un peu coupable » peut se référer à une émotion dysfonctionnelle de culpabilité. Qui serait alors une véritable émotion seconde à travailler. Ou à du remords, formulé dans une version atténuée de la culpabilité, qui serait alors une émotion fonctionnelle qui ne devrait pas être travaillée.

Thérapeute : Est-ce du remords, c'est-à-dire, une émotion désagréable parce que vous vous en voulez d'avoir mal agi, ou de la culpabilité, c'est-à-dire une émotion destructrice ?

Patient : Beaucoup de remords...

Thérapeute : OK, regardons ce que vous vous disiez à propos de la procrastination pour avoir autant de remords. (*B2*)

Dans cet exemple, l'accent est entièrement mis sur la méta-émotion (c'est-à-dire « mal ») mais elle n'était pas suffisamment précise. Le thérapeute a insisté pour obtenir une description plus claire du C2 qui s'est révélée être de forts remords. Cette réaction émotionnelle à l'échec de la maîtrise de son comportement (C2) peut souvent être une émotion saine, fonctionnelle, bien que négative voire intense comme dans notre exemple, qui pourrait motiver le patient à apprendre et à pratiquer de nouvelles stratégies de maîtrise de soi. Il est donc très important de faire la distinction entre les méta-émotions secondes saines et malsaines.

Le C devient A :

- C'est un problème secondaire sur le problème primaire.
- Le C1 comportemental ou émotionnel devient un activateur A2 d'une émotion seconde C2.
- Questions à poser :
 - « Comment vous sentez-vous à propos de votre émotion ? »
 - « Comment vous sentez-vous à propos de votre comportement ? »
- N'est travaillé que si l'émotion C2 est dysfonctionnelle.

En REBT, il est primordial de bien avoir défini l'activateur A et la conséquence C avant de pouvoir travailler à accéder aux croyances irrationnelles en B qui sont les cibles de choix dans cette approche. Le [chapitre 4](#) se focalise sur l'identification du C émotionnel et/ou comportemental en lien avec le A critique.

Chapitre 4



Identifier le C : les conséquences émotionnelles et comportementales

- 1 Les conséquences émotionnelles
- 2 Les conséquences comportementales
- 3 Accepter de modifier le C émotionnel
- 4 Points cruciaux du changement du C comportemental
- 5 Gestion de l'échec

Ce qui pousse les patients à passer la porte d'un thérapeute, en première intention, n'est pas l'envie d'explorer ou de se débarrasser de leurs croyances irrationnelles. Pour la plupart, ils ne sont pas conscients de celles-ci, ni même qu'elles existent, et encore moins des liens qu'elles entretiennent avec leurs émotions et comportements. Ils entreprennent cette démarche pour apaiser une souffrance émotionnelle et/ou modifier ou se débarrasser d'un comportement qu'ils jugent délétère. C'est ce que la théorie de la REBT considère comme C : l'émotion ou les émotions vécues, le comportement du patient, ou les deux (Ellis, 1962). Dans ce sens, de nombreux théoriciens des émotions considèrent le comportement comme une partie intégrante de l'émotion (Frijda, 1986). Pour mieux comprendre il est important de définir ce qu'est une émotion ainsi que les dimensions qui la composent.

1 ► LES CONSÉQUENCES ÉMOTIONNELLES

Les composantes du processus émotionnel

L'émotion est à l'interface des stimuli environnementaux et des réponses comportementales de la personne. Elle est déclenchée par une évaluation cognitive d'un stimulus pertinent pour les besoins, buts ou valeurs de celle-ci. Une émotion mobilise toutes les ressources de l'organisme sur ce qui est le plus important pour la personne à un moment donné. Ainsi, pour Frijda (2003) les émotions sont des états motivationnels (impulsions, désirs, aversions) ou des changements d'état motivationnels qui poussent à modifier ou au contraire, maintenir sa relation à un objet (soi, l'autre, le monde, la vie) malgré les difficultés qui se dressent. Elles ont un caractère impérieux et monopolisent l'attention au détriment de toutes autres distractions. Plusieurs théoriciens de l'émotion postulent l'existence d'un système émotionnel formé de composantes distinctes qui entretiennent des liens et sont articulées entre elles (Arnold, 1960 ; Scherer, 1984 ; Smith et Ellsworth, 1985 ; Frijda, 1986 ; Roseman *et al.*, 1994). Selon ces modèles, cinq composantes font consensus :

- a) *L'évaluation cognitive (appraisal)* qui donne du sens à l'environnement en évaluant les stimuli de celui-ci relativement à un ensemble de critères (pertinence, implication, maîtrise et normes)

propres à la personne. Cette composante est largement impliquée dans la différenciation des émotions ;

- b) La *tendance à l'action* qui est la composante motivationnelle de l'émotion, elle correspond à l'état où l'individu se prépare à changer, ou à maintenir, sa relation avec les environnements internes et externes. Elle est la sélection et l'activation, mais pas encore la réalisation, de plans de comportements, comme les impulsions d'approche et d'évitement (Frijda *et al.*, 1989). Nous pouvons avoir plusieurs tendances à l'action en même temps qui auront toutes la même fonction (se protéger d'un danger en fuyant ou en se cachant par exemple dans une émotion de peur). Celle qui aboutira à un comportement concret dépendra en grande partie de l'évaluation cognitive des contraintes situationnelles et culturelles. Il est important de distinguer les tendances à l'action comme composantes du processus émotionnel, des actions proprement dites qui sont davantage les conséquences comportementales de l'émotion. Ainsi, il peut y avoir une tendance à l'action à l'approche comme lors d'une interaction amoureuse par exemple, alors que le comportement effectif est un comportement de passivité comme d'éviter tout contact avec l'être désiré. Elles influencent également grandement notre sentiment subjectif et se reflètent dans les cognitions ;
- c) Les *réactions physiologiques* végétatives et somatiques qui accompagnent la tendance à l'action, préparent le corps à l'effort dans sa future interaction avec l'environnement : rythme cardiaque, respiration, taux de différentes hormones, tension musculaire, système digestif, etc. ;
- d) L'*expression motrice* est modifiée au cours du processus émotionnel. Elle a une grande importance dans la communication des états émotionnels en situation sociale : l'expression du visage, la voix, la gestuelle, la posture, etc. ;
- e) Le *sentiment subjectif (feeling)* correspond à la prise de conscience émotionnelle par la personne. Elle perçoit des modifications de son état en lien avec l'émotion vécue. Cette perception subjective est alimentée par les quatre autres composantes du processus émotionnel. Selon le modèle de Lane (2000), cette prise de conscience émotionnelle peut s'effectuer à cinq niveaux de

complexité : 1) percevoir les sensations corporelles et les marqueurs somatiques associés à l'émotion ; 2) repérer les tendances à l'action qui se mettent en place ; 3) identifier clairement et être capable de nommer l'émotion ; 4) être capable de différencier les émotions complexes ou contradictoires ; 5) identifier et se représenter la complexité du vécu émotionnel tant chez soi que chez autrui. En conséquence, le sentiment subjectif en lui-même et ce qui pourra en être verbalisé, est hautement variable d'un individu à l'autre.

Selon ces modèles à plusieurs composantes, le comportement (*tendance à l'action, réactions physiologiques et expressives*) fait partie intégrante du processus émotionnel. En effet, les *réactions physiologiques* et les *expressions motrices* bien que composantes du processus émotionnel, n'en sont pas moins des comportements observables. Cliniquement, toutes les composantes du processus émotionnel peuvent apporter une aide précieuse dans l'identification de l'émotion en C. Ainsi, si l'on reprend les composantes *physiologiques* et *expressives*, elles présentent un intérêt double en REBT : elles peuvent correspondre au C comportemental que le patient souhaite changer (par exemple, une personne qui veut arrêter de hurler sur ses enfants) et/ou aider à préciser le C émotionnel (par exemple, aider la personne à déduire l'émotion ressentie à partir des sensations corporelles internes et externes : gorge serrée, pression thoracique, fébrilité pour l'anxiété). La *tendance à l'action* n'est pas observable par autrui, elle ne peut donc être considérée comme un comportement. En revanche, elle peut être perçue par la personne qui vit l'émotion. Étant spécifique d'une émotion, cette tendance à l'action peut être un puissant indicateur de l'émotion vécue (C émotionnel). A fortiori face à un patient qui ne l'assume pas, et qui la régule donc de manière dysfonctionnelle en la masquant par exemple. Le *sentiment subjectif* n'est, lui aussi, pas observable en tant que tel. En interaction avec toutes les autres composantes émotionnelles, il forme un ensemble composite d'informations d'origines différentes (cognitives, comportementales, physiologiques, expressives, corporelles) plus ou moins parcellaires qui peut être perçu selon différents niveaux de complexité en fonction de la personne et des circonstances. Il peut permettre à la personne de labelliser une émotion C à un certain niveau de complexité. La [figure 7](#) présente les différentes composantes de l'émotion relativement aux composantes du modèle ABC.

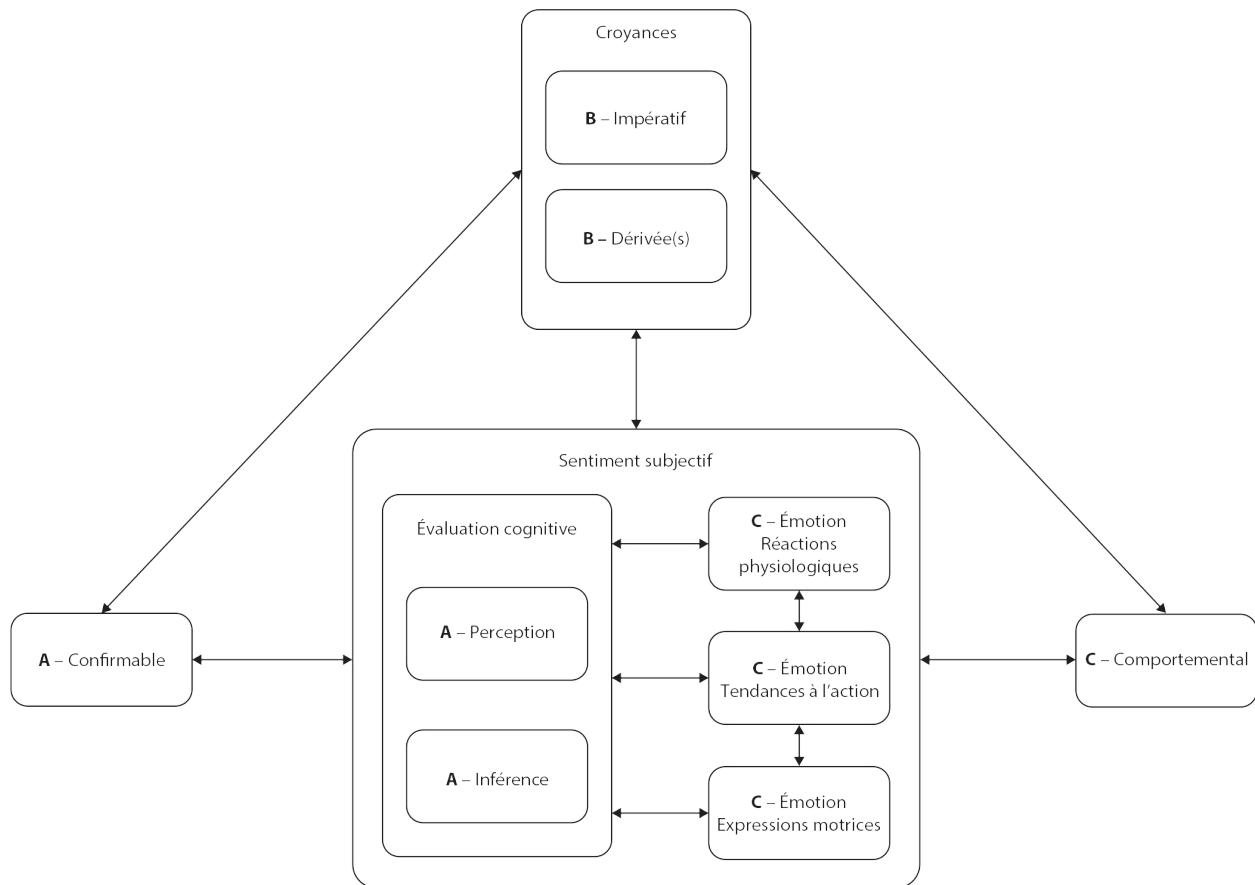


Figure 7. Composantes du modèle ABC et composantes du processus émotionnel

Les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles

Quelle que soit leur valence, les émotions ont une fonction adaptative, en préparant l'organisme à agir avec efficacité, en mobilisant l'énergie nécessaire et suffisante pour exécuter des actions en lien avec les objectifs de l'individu. Elles motivent également l'apparition de certains comportements, régulant leur intensité et leur direction. Elles facilitent les interactions sociales, en communiquant les états affectifs et l'humeur de la personne. Dans ce sens, les émotions à valence négative ne sont pas considérées en REBT comme forcément indésirables et perturbées. Selon Darwin (1872), les émotions indiquent à l'individu qu'il a un problème qui nécessite une attention et une réaction. En conséquence, toutes les émotions négatives ne

sont pas forcément des cibles pour le changement.

Dans la plupart des psychothérapies, l'amélioration thérapeutique est conceptualisée comme un changement *quantitatif* de l'émotion négative. En début de suivi, il est demandé aux patients d'évaluer leur état émotionnel perturbé sur l'échelle SUDS (échelle des unités subjectives de détresse en français), développée par Wolpe (1961 ; 1990), ou tout autre score d'auto-évaluation. Selon ces approches, les émotions diffèrent le long d'un continuum d'intensité de l'excitation physiologique et de l'expérience phénoménologique, c'est-à-dire l'expérience vécue et retranscrite par le patient. L'intervention thérapeutique est probante si le score à l'évaluation SUDS a baissé, indiquant une réduction de l'intensité émotionnelle. Ce point de vue pose un problème majeur. À quel moment les émotions fonctionnelles et saines deviennent-elles dysfonctionnelles et malsaines sur une échelle quantitative et comment cela se produit-il ?

En réponse, Ellis a proposé que les émotions aient, en fait, *deux continuums* (Ellis, 1994 ; Ellis et DiGiuseppe, 1993) qui correspondent à des émotions *qualitativement* différentes. Un continuum pour l'émotion perturbée, malsaine, dysfonctionnelle, l'autre pour l'émotion non perturbée, saine, fonctionnelle.

Cette distinction entre une émotion fonctionnelle et dysfonctionnelle peut être décrite au moyen d'un graphique à deux axes X et Y (Backx, 2012). L'axe X représente l'intensité de l'émotion fonctionnelle et l'axe Y l'intensité de l'émotion dysfonctionnelle. Étant donné que la REBT postule que les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles non seulement coexistent, mais sont également indépendantes les unes par rapport aux autres, les scores peuvent se trouver à n'importe quel endroit sur les axes X et Y pour un individu donné. La [figure 8](#) représente un ensemble de scores sous la forme d'un nuage. Chacun de ces scores, peut être considéré comme un vecteur, dont la longueur représente la « quantité », l'intensité de l'émotion ; la direction étant la « qualité » de l'émotion, c'est-à-dire si elle est fonctionnelle ou dysfonctionnelle. Ainsi, un thérapeute utilisant le modèle de Wolpe va œuvrer à réduire la longueur du vecteur, à baisser les scores à 0 autant que possible, comme le montre la flèche en pointillé. Comme il n'y a pas de distinction entre les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles, les deux s'en trouveront réduites *quantitativement*. En revanche, lorsqu'un thérapeute intervient selon le modèle REBT, il cherche à changer la direction du vecteur.

Ainsi, seules les émotions dysfonctionnelles seront réduites *qualitativement*, ce qui se traduira par la flèche ronde et pleine de la [figure 8](#). Une fois que les scores sont déplacés par la flèche pleine, les émotions dysfonctionnelles sont réduites, mais les émotions fonctionnelles peuvent rester élevées.

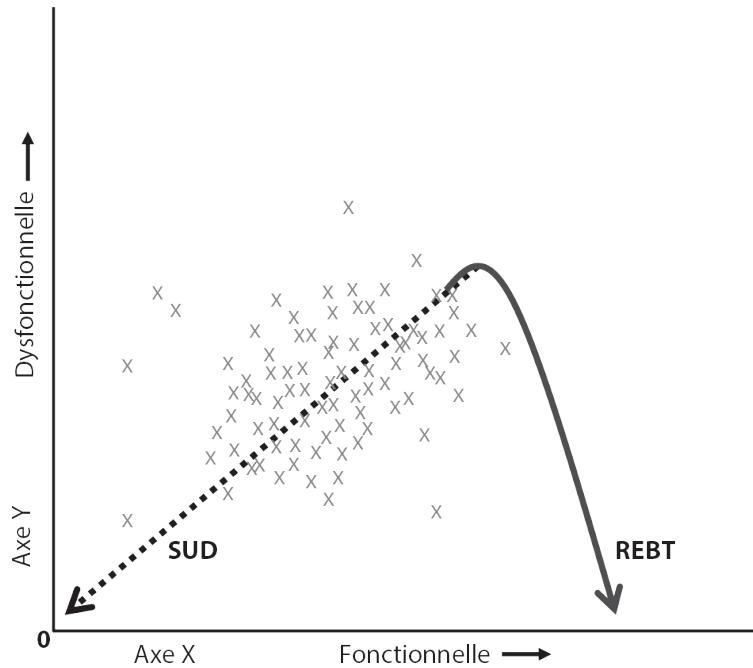


Figure 8. Ensemble d'émotions négatives et la direction du changement selon l'approche quantitative traditionnelle et selon l'approche qualitative de la REBT

Dryden, reprenant le modèle d'Ellis (DiGiuseppe *et al.*, 2014), rappelle que selon la loi de Yerkes-Dodson (1908), une excitation physiologique sympathique intense interfère avec tout type de performance. Elle entraîne un dysfonctionnement de l'attention du fait que la personne se concentre davantage sur le sujet à propos duquel elle éprouve des émotions, sur la résolution de problèmes et cela réduit donc sa capacité à concevoir des comportements adaptatifs. En conséquence, une émotion fonctionnelle ne peut, selon lui, l'être à 100 %. L'augmentation de l'activation sympathique déboucherait alors sur des réactions dysfonctionnelles. La [figure 9](#) présente le modèle traditionnel des émotions de Wolpe, la théorie d'Ellis, et la révision proposée par Dryden.

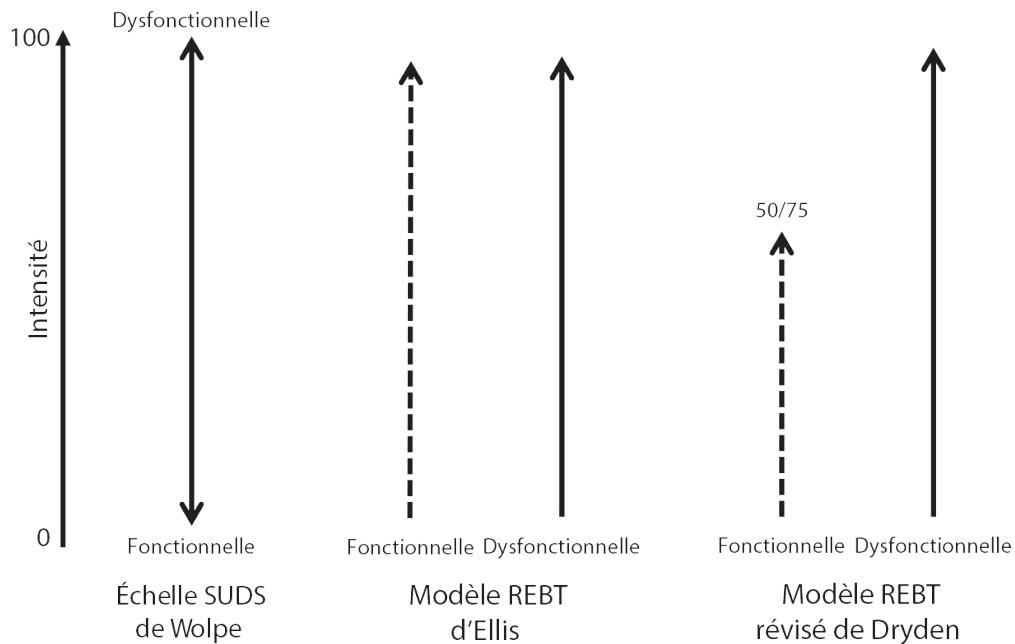


Figure 9. Modèles d'intensité émotionnelle de Wolpe, Ellis et Dryden

Les praticiens et théoriciens de la REBT affirment que ces deux continuums existent et qu'ils peuvent être distingués l'un de l'autre (David *et al.*, 2004). C'est un point crucial de la théorie REBT, mais aussi l'un de ses aspects les plus problématiques en raison de la difficulté à établir une définition opérationnelle des termes. Pour David *et al.* (2005), les émotions négatives fonctionnelles font référence à une expérience subjective négative, à des croyances rationnelles et à des conséquences comportementales adaptatives, tandis que les émotions négatives dysfonctionnelles font référence à une expérience subjective négative, à des croyances irrationnelles et à des conséquences comportementales inadaptées. Ainsi, lorsque nous pensons à des croyances rationnelles, nous faisons en réalité l'expérience d'une émotion *qualitativement* différente même si elle peut être *quantitativement* élevée. Un bon exemple de ce principe pourrait être la réaction émotionnelle du général De Gaulle face à la défaite de la France et à l'occupation nazie. Il a eu une réaction émotionnelle intense mais adaptative à l'invasion. Son émotion intense l'a conduit à s'engager et à tolérer une forte frustration, à adopter un comportement orienté vers un but et à résoudre bien des problèmes en chemin tout en tenant compte de la réalité et des contraintes du moment. Une colère dysfonctionnelle, sous tendue par des croyances irrationnelles telles que « je vais leur montrer ! », « ça ne doit pas se passer comme ça » ; « c'est insupportable, il faut agir tout de suite » l'auraient peut-être poussé à prendre

d'assaut une base ennemie avec un char, se condamnant à une mort certaine. Que se serait-il passé s'il avait rencontré un psychothérapeute désireux de l'aider à éprouver une émotion moins intense ?

En REBT, seules les émotions négatives dysfonctionnelles sont ciblées par l'intervention psychothérapeutique. Une émotion perturbée entrave la capacité des patients à faire face à l'adversité, à réagir aux problèmes, à atteindre leurs objectifs et entraîne souvent un comportement autodestructeur. En outre, certaines émotions sont physiologiquement néfastes comme l'anxiété, qui peut entraîner des troubles psychosomatiques comme les colites, ulcères duodénaux et hypertension, ou la colère intense, accablante, qui épuise et qui peut aussi mener, à plus long terme, à développer des problèmes cardiovasculaires. Ainsi, s'il est tout à fait approprié pour un patient de se sentir triste, voire très triste, à la suite d'une perte (par exemple, lors du décès d'un parent, du départ d'un conjoint ou de la maladie d'un enfant), lorsque la tristesse se prolonge ou devient invalidante et se transforme en dépression, elle devient une cible potentielle pour une intervention thérapeutique. Ce n'est plus une émotion négative fonctionnelle de tristesse mais une émotion négative dysfonctionnelle de désespoir. Ainsi, le thérapeute peut reconnaître la gravité d'un événement activateur négatif A, communiquer son empathie pour le problème auquel le patient est confronté, sans être de connivence avec l'affliction du patient générée par des croyances irrationnelles en B. La REBT postule que les individus peuvent influencer leurs réactions émotionnelles et comportementales, en changeant leurs cognitions, en apprenant des scripts émotionnels adaptatifs, et pas seulement changer l'intensité de leurs émotions (DiGiuseppe et Tafrate, 2007). La distinction entre les C perturbés et non perturbés sert à mettre clairement l'accent sur l'un des principaux objectifs de la thérapie : transformer la souffrance, les émotions négatives dysfonctionnelles, en émotions appropriées, adaptatives, bien que négatives et, peut-être, intenses. Il est parfois difficile de les distinguer des émotions négatives fonctionnelles, mais voici quelques suggestions pour les différencier, qualitativement et quantitativement :

D'un point de vue *phénoménologique*, c'est-à-dire l'expérience vécue et retranscrite par le patient, une émotion adaptive n'est pas vécue intérieurement par la personne comme une « souffrance », même si elle peut être intense et négative.

Physiologiquement, une réponse affective dysfonctionnelle peut être beaucoup plus forte, accompagnée d'une hyperréactivité intense ou prolongée du système nerveux autonome.

Sur le plan *cognitif*, les émotions dysfonctionnelles se distinguent des émotions fonctionnelles par les pensées irrationnelles qui les accompagnent (B).

Sur le plan *comportemental*, l'émotion dysfonctionnelle entraîne des comportements autodestructeurs ou empêche les comportements de résolution de problèmes, de sorte que la personne reste « bloquée ». En tant que stimulus social, l'émotion perturbée a plus de chances de susciter des comportements de punition ou d'évitement chez les autres, plutôt que de l'empathie ou du soutien.

En REBT, le rôle des croyances irrationnelles est central dans la distinction d'une émotion fonctionnelle ou dysfonctionnelle. Selon Ellis, contrairement à la pensée rationnelle qui conduit à l'inquiétude, à la tristesse, à l'agacement, au regret ou au remords ; la pensée irrationnelle, quant à elle, mène à l'anxiété ou l'angoisse, à la dépression, à la colère, à la culpabilité et à la honte. Pour aider les patients à mieux distinguer les émotions appropriées, utiles, adaptatives, non perturbées et saines, des émotions inappropriées, nuisibles, inadaptées, perturbées et malsaines il est utile de leur proposer des distinctions sémantiques. Dans ce sens, le [tableau 5](#) indique des repères sémantiques qui facilitent une communication plus claire. De nombreuses langues n'étant pas conçues pour faire la distinction entre les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles, certaines paires d'émotions saines et malsaines peuvent sembler plus différentes en termes de force que de qualité (par exemple, agacement-colère ou inquiétude-anxiété). Par conséquent, il pourrait être utile de parler de peur *fonctionnelle* par opposition à la peur *dysfonctionnelle* ou de colère *fonctionnelle* par opposition à la colère *dysfonctionnelle*. Ce problème ne se pose pas pour la paire tristesse-dépression car tout le monde peut percevoir qu'on peut être triste sans être déprimé. Il est important de se mettre en accord avec la personne sur les termes précis utilisés.

Tableau 5. Distinctions sémantiques pour différencier les émotions dysfonctionnelles des émotions fonctionnelles

Émotions négatives

Dysfonctionnelles	Fonctionnelles
Anxiété/Angoisse	Préoccupation/Inquiétude
Dépression	Tristesse
Colère/Rage	Contrariété/Agacement
Culpabilité	Remords/Regret
Honte	Remords/Regret
Douleur	Déception
Jalousie dysfonctionnelle	Jalousie fonctionnelle
Envie dysfonctionnelle	Envie fonctionnelle

Les difficultés à préciser le C émotionnel

De nombreux patients n'ont aucun problème pour expliquer clairement leurs émotions à propos de certains événements activateurs A. Ils commencent généralement les séances en parlant de leurs émotions C. Ainsi, à la question « Quel problème souhaitez-vous aborder ? », le patient peut répondre « je me sens très déprimé ces derniers temps » ou « je suis anxieux quand je dois aller voir mon chef », « je me mets en colère pour des broutilles et je fais peur à tout le monde ». En revanche d'autres patients n'apporteront, épisodiquement ou régulièrement, aucun C précis. Les difficultés à identifier avec précision le C du patient sont courantes, elles découlent le plus souvent, du fait que les émotions sont une dimension confuse et difficile à appréhender. Les paragraphes suivants peuvent aider le thérapeute à trouver certaines des raisons pour lesquelles le patient a du mal à identifier le C et offrent quelques pistes pour aider à explorer et identifier ses émotions.

Émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles entremêlées

Certaines expériences abordées en séance sont un mélange d'émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles à l'intérieur d'une même famille d'émotions (*cf. tableau 5*). La REBT laisse l'émotion fonctionnelle, saine inchangée et se concentre uniquement sur l'émotion dysfonctionnelle,

malsaine (Backx, 2012). La plupart du temps, les patients ne font pas cette distinction et parlent donc d'une seule émotion. Par conséquent, l'identification de la principale émotion perturbée peut s'avérer difficile car il faut distinguer les deux composantes de l'émotion : fonctionnelle et dysfonctionnelle. Dryden (2001) propose trois stratégies pour préciser l'émotion perturbée en C. L'une d'elles vise à identifier le *thème majeur inféré* qui est associé à celle-ci. Le [tableau 6](#) liste les principaux thèmes d'inférences relatifs aux huit principales émotions négatives dysfonctionnelles rencontrées, selon lui, le plus souvent en thérapie. Ainsi, si l'émotion négative malsaine principalement ressentie dans la situation spécifique travaillée (A) n'est pas claire, thérapeute et patient peuvent consulter ce tableau et trouver le thème inféré qui se rapproche le plus de ce qui a perturbé la personne. L'émotion négative dysfonctionnelle liée à ce thème est, le plus souvent, la principale émotion négative malsaine.

Tableau 6. Thèmes inférés dans les émotions négatives dysfonctionnelles

Émotion négative perturbée	Thèmes inférés
Anxiété	Menace, danger
Dépression	Perte, perte de valeur, échec
Colère	Frustration, transgression inacceptable
Culpabilité	Non-respect de ses propres valeurs morales, faire du mal à autrui
Honte	Révélation publique d'une faiblesse, d'un échec par rapport à votre idéal
Douleur	Les autres traitent mal la personne (et elle considère qu'elle ne mérite pas un tel traitement)
Jalousie malsaine	Menace d'une autre personne sur la relation actuelle
Envie malsaine	La personne convoite chez les autres la chance qu'elle n'a pas

Une autre stratégie efficace pour préciser l'émotion dysfonctionnelle en C est

d'interroger le patient sur ses *actions et/ou ses tendances à l'action*. En effet, certains *problèmes comportementaux* spécifiques sont fréquemment associés à des états émotionnels. Par exemple, le fait d'éviter certaines situations indique généralement de l'anxiété ; un comportement d'abus verbal indique généralement de la colère ; la léthargie ou l'inactivité signifie probablement une dépression ; des comportements d'automutilation ou d'autodépréciation indiquent de la culpabilité ou de la honte ; et une perte récente est susceptible d'entraîner du chagrin. En conséquence, face à une difficulté de labellisation des émotions par le patient, ces associations peuvent aider à préciser l'émotion en C. Le thérapeute va demander : « qu'est-ce que vous auriez eu *envie* de faire dans cette situation même si vous ne l'avez pas fait ? » ; nombre de patients ont davantage de facilité à identifier cette facette du processus émotionnelle que les autres. Charge au thérapeute de faire un point de psychoéducation pour expliquer au patient quel type d'émotion semble l'avoir envahi et si elle est saine ou malsaine. Le [tableau 7](#) peut aiguiller sur la précision de l'émotion en C en se focalisant sur les actions et/ou les tendances à l'action.

Tableau 7. Actions et tendances à l'action associées aux émotions négatives fonctionnelles et dysfonctionnelles

Émotions négatives	Type	Action/Tendance à l'action
Anxiété	Dysfonctionnelle	Éviter la menace, chercher de la réassurance
Préoccupation	Fonctionnelle	Faire face à la menace, chercher à être rassuré
Dépression	Dysfonctionnelle	Retrait prolongé des activités agréables
Tristesse	Fonctionnelle	Engagement dans des activités agréables après une période de repli
Culpabilité	Dysfonctionnelle	Demande de pardon
Regret	Fonctionnelle	S'excuser
Blessé	Dysfonctionnelle	Bouder
Chagrin	Fonctionnelle	Assertivité

Honte	Dysfonctionnelle	Évitement du regard d'autrui, retrait social
Remords	Fonctionnelle	Se confronter au regard d'autrui, rester en relation avec les autres
Colère	Dysfonctionnelle	Crier, dire du mal d'une personne aux autres
Contrariété	Fonctionnelle	Assertivité, discuter du problème sans agresser
Jalousie malsaine	Dysfonctionnelle	Suspicion, interrogatoire d'autrui
Jalousie saine	Fonctionnelle	Ouverture d'esprit, questionnement de l'autre
Envie malsaine	Dysfonctionnelle	Gâcher la joie de l'autre car il possède
Envie saine	Fonctionnelle	S'efforcer d'acquérir une chose similaire pour soi-même

Enfin, la dernière stratégie conseille d'identifier les *cognitions* associées au ressenti de l'émotion négative malsaine dans la situation A. En effet, il est possible de déduire une émotion spécifique en connaissant les croyances du patient. Des croyances irrationnelles comme « C'est insupportable », « Il est interdit de... » sont souvent liées à des émotions comme la colère, l'agacement, l'énerverement. Des croyances catastrophistes comme « C'est horrible ! », « C'est une catastrophe ! » débouchent le plus souvent sur des émotions de type anxiété, peur, angoisse, panique. « Je ne vaux rien », « Je ne m'en remettrai pas », « Elle me manquera toujours » ont davantage trait à la déprime. En interrogeant les cognitions présentes à l'émergence de l'émotion on accède souvent aux croyances irrationnelles à l'œuvre. Le thérapeute demandera : « Qu'est-ce que vous vous êtes dit juste après avoir commencé à ressentir cette émotion ? » ou « Quand vous avez commencé à ressentir cette émotion, qu'est-ce que vous vous êtes dit ? » ou « Qu'avez-vous pensé après avoir commencé à ressentir cette émotion dans cette situation ? ». Le [tableau 8](#) peut être aidant pour identifier l'émotion perturbée en partant des pensées conséquentes.

Tableau 8. Les pensées conséquentes associées aux émotions négatives fonctionnelles et dysfonctionnelles

Émotions négatives	Type	Cognitions associées
Anxiété	Dysfonctionnelle	Surestimer des caractéristiques négatives de la menace
Préoccupation	Fonctionnelle	Considérer la menace de manière réaliste
Dépression	Dysfonctionnelle	Ne voir que douleur et noirceur dans l'avenir
Tristesse	Fonctionnelle	Capable d'envisager l'avenir avec espoir
Culpabilité	Dysfonctionnelle	Assumer plus de responsabilités personnelles que la situation ne le justifie
Remords	Fonctionnelle	Assumer un niveau approprié de responsabilité personnelle
Blessé	Dysfonctionnelle	Penser que l'autre doit d'abord arranger les choses de son propre chef
Chagrin	Fonctionnelle	Ne pas penser que l'autre doit faire le premier pas
Honte	Dysfonctionnelle	Surestimer le caractère « honteux » de ce qui a été révélé
Regret	Fonctionnelle	Considérer ce qui a été révélé dans un contexte de compassion et d'acceptation de soi
Colère	Dysfonctionnelle	Percevoir des intentions malveillantes dans les motivations des autres, qu'il y ait ou non des preuves de ce qu'ils avancent
Contrariété	Fonctionnelle	Ne pas voir d'intention malveillante dans les motivations des autres, à moins qu'il n'y ait des preuves de cette déduction
Jalousie Malsaine	Dysfonctionnelle	Avoir tendance à voir des menaces dans sa relation avec autrui alors qu'il n'y en a pas réellement
Jalousie Saine	Fonctionnelle	Avoir tendance à ne pas voir les menaces qui pèsent sur sa relation à moins qu'elles n'existent réellement
Envie Malsaine	Dysfonctionnelle	Tendance à dénigrer la valeur de la possession désirée

Possessions affectives		
Envie Saine	Fonctionnelle	Dysfonctionnelle
		Admettre honnêtement que l'on veut la chose désirée

Émotions mal labellisées

Les patients peuvent être peu clairs dans l'expression de leurs émotions, car ils ne disposent pas d'un vocabulaire émotionnel adéquat. Ils risquent alors d'énoncer une émotion qui ne correspond pas à celle perçue par le thérapeute. Si le patient semble faire une erreur, il est important de lui signaler : « Ruben, vous m'apparaîsez plus en colère qu'anxieux ». Ensuite, il est bon de clarifier le référent émotionnel en lui demandant systématiquement d'expliquer ou de développer sa labellisation émotionnelle : « Que voulez-vous dire par coupable ? anxieux ? ». Les émotions que les patients semblent le plus souvent mal étiqueter sont la culpabilité ou la colère, qui sont confondues avec l'anxiété. En fonction de leur éducation, de leur environnement social et culturel, de leur fonctionnement physiologique, les personnes ne perçoivent pas, ne ressentent pas et n'expriment pas les émotions de la même manière, avec le même référentiel. En général, plus le thérapeute peut aider les patients à étiqueter leurs problèmes émotionnels, plus ils seront en mesure de s'y attaquer facilement. Le thérapeute peut aider les patients à étiqueter leurs émotions par le biais d'instructions et de modèles. Au début, la différence entre les émotions agréables et désagréables peut être suggérée, comme, « vous vous êtes senti bien ou mal ? ». Après des termes plus descriptifs peuvent être suggérés et discutés comme, par exemple : « vous vous sentiez énergique, tendu ou mou, apathique ? ». En d'autres termes, le thérapeute saisit l'occasion d'élargir le vocabulaire du patient. Cette démarche de psychoéducation peut se poursuivre en invitant la personne à lire des livres qui traitent du sujet travaillé.

Nombreux sont les patients qui, en début de thérapie, catégorisent leurs états émotionnels de manière dichotomique : « Tout ou rien ». Toutes les émotions négatives, qu'elles soient fonctionnelles ou dysfonctionnelles, sont vécues comme néfastes. Elles sont donc présentées comme autant de cibles thérapeutiques par ces patients, qui attendent vivement que le thérapeute les aide à réduire leur intensité à néant. Ils tendent donc à vouloir être émotionnellement neutre en C, face à certains événements A, à atteindre une sorte d'ataraxie. Imaginons un patient ayant perdu un proche et qui ressent un

mélange d'émotions fonctionnelles comme la tristesse, le découragement, la déception, et dysfonctionnelles telles que la honte d'être triste et l'anxiété à l'idée de ressentir la tristesse. Les émotions négatives fonctionnelles l'aident à surmonter la perte. En revanche, les émotions négatives dysfonctionnelles entraînent des perturbations qui ne lui permettent pas de résoudre la perte. Dans l'exemple *supra*, la honte d'être triste peut le pousser à éviter le partage social des émotions. Quant à l'anxiété d'être confronté aux indices rappelant la personne disparue déclenchant la tristesse, elle peut, elle aussi, le pousser à éviter de s'exposer à ceux-ci. Si l'objectif initial du patient, face à la perte d'un proche, est l'éradication de toutes ces émotions, de la grande famille de la tristesse, la thérapie REBT l'amènera à prendre conscience qu'il peut modifier ses émotions négatives dysfonctionnelles, mais que les émotions négatives fonctionnelles sont normales et utiles... s'il les accepte. Il prendra alors conscience qu'il a le choix quant à ce qu'il peut travailler à ressentir (Dryden *et al.*, 2010 ; DiGiuseppe et Tafrate, 2007).

Une autre raison pour laquelle les patients confondent leurs émotions est qu'ils éprouvent plusieurs émotions à propos d'un même événement. Bien que le modèle ABC « découpe » le réel en trois instances, cela ne signifie pas que les patients n'auront qu'un seul de chaque élément (A, B et C) dans leur expérience. Dans la pratique clinique, il est plus probable que plusieurs éléments existent à chaque niveau. Un patient pourrait avoir une situation activatrice A suscitant des cognitions en B débouchant sur plusieurs C. Il est important de bien identifier avec le patient ses différentes émotions ressenties en lien avec l'événement. La première émotion rapportée n'est pas forcément la plus pertinente d'un point de vue clinique. Par exemple Christelle, qui travaillait dans un grand groupe de juristes et qui ne décolérait pas de l'attitude de sa cheffe. Christelle avait été cooptée 2 ans plus tôt par une ancienne connaissance de faculté, Justine, qui percevait la plus-value qu'elle pouvait représenter pour l'entreprise. Au fil du temps, elles étaient devenues « presque amies », selon Christelle : plus intimes que des collègues mais pas assez pour passer des vacances ensemble. Elle appréciait son travail et Justine était très motivante et peu avare d'encouragements et de valorisations. Quelque temps avant la séance de thérapie, Christelle vécut une situation qui l'activait : après qu'elle eut bouclé un dossier très long et complexe en quasi-autonomie sur plusieurs semaines, elle fut invitée à le présenter devant les responsables. Tout le monde fut conquis. Sauf Justine, qui n'eut de cesse de pointer les petites erreurs, les imperfections, des tournures de phrases

maladroites et de finir par décider unilatéralement de relire le dossier pour le finaliser définitivement. Christelle en voulait à Justine de l'avoir trahie. Elle écumait de rage littéralement, mais pas que. Avec son thérapeute, ils ont identifié plusieurs autres émotions en lien avec l'événement A. Elle était triste que Justine ne la soutienne pas. Elle s'en voulait d'avoir été naïve vis-à-vis de Justine. Elle s'est sentie blessée par le fait qu'elle ne l'aimait pas autant qu'elle le pensait. Elle se sentait coupable de ses insuffisances dans la constitution du dossier car cela justifiait peut-être le comportement de Justine. Elle n'avait pas été « parfaite ». Elle avait peur qu'elle veuille la faire licencier aussi facilement qu'elle l'avait cooptée. Elle ressentait également de la honte à l'idée d'avoir été débarquée par un grand groupe. Une fois cette liste établie, le thérapeute a demandé à Christelle sur quelle émotion elle souhaitait travailler en premier. Il apparaît dans cet exemple que chaque émotion a une composante cruciale légèrement différente de A.

Émotions définies par un élément du processus émotionnel

En REBT, il est indispensable de préciser le ou les éléments cruciaux en A et la ou les émotions associées en C. Sans ce préalable, le risque est alors de ne pas accéder aux réelles croyances irrationnelles qui sont à l'œuvre en B, qui sont centrales en REBT. C'est au thérapeute d'être rigoureux et attentif sur ces points, car les patients qui évoquent, revivent ou se projettent dans une situation activatrice, expriment les choses spontanément, comme ils peuvent. Ainsi, la difficulté à obtenir un C précis peut découler de la négligence du thérapeute qui suppose et valide intuitivement l'émotion présentée par le patient, sans prendre le temps et la précaution d'étiqueter clairement celle-ci avec lui. Une telle supposition peut souvent s'avérer fausse ou, pour le moins, hasardeuse. En effet, à la question : « Que ressentez-vous dans cette situation ? », ce dernier peut utiliser une labellisation évidente pour lui, mais peu claire pour le thérapeute. Par exemple, il peut répondre qu'il a « une tension dans le cou » ou « une pointe dans le plexus », décrivant alors une *sensation physique* mais pas une émotion. Il peut aussi répondre par une *tendance à l'action* : « J'avais envie de l'étrangler ! », « J'aurais voulu fuir » que le thérapeute pourrait aussi, et peut-être à tort, labelliser comme étant respectivement de la colère et de l'anxiété. Il peut aussi exprimer des indices *d'expression motrice* comme « Je serrais les poings » ou « J'ai couru ». Ou

bien par un *comportement* : « Je l'ai frappé », « J'ai fui ». Il peut également répondre par une *inférence* : « J'étais hors de moi », « J'étais bouleversé », ou une *perception* : « Ils me tournaient le dos ! ». Il peut tout aussi bien énoncer une croyance comme : « C'est insupportable », « C'est une catastrophe ». Il peut ainsi répondre à la question en présentant un ou plusieurs éléments du processus émotionnel. Là encore, l'émotion n'est pas clairement labellisée et nécessite d'être clarifiée.

Ainsi, lorsqu'un patient tente de circonscrire une émotion en utilisant la *tendance à l'action*, les *réactions physiologiques* ou les *expressions motrices*, il est, le plus souvent, aisément de la labelliser avec lui. La dimension « incarnée » de ces composantes facilite l'étiquetage. Ainsi, un patient qui explique avoir « senti de l'énergie dans son corps », « avoir eu les dents serrées » et « envie de lui rentrer dedans » évoque, avec peu de doutes, une émotion de colère. De ces trois composantes du processus émotionnel, la tendance à l'action est celle qui oriente le mieux sur le type d'émotion ressentie. Associée aux réactions physiologiques et motrices, la labellisation va être simplifiée. En revanche, distinguer le C émotionnel de A ou B peut être plus délicat.

En effet, la distinction entre A et C n'est pas forcément évidente pour le patient, surtout en début de thérapie. Pour évoquer son ressenti émotionnel, il peut énoncer une *perception*, ou une *inférence* comme « ils ne me regardaient pas en face ! », « je me suis senti bête », « j'étais bouleversé ». Une première approche possible est de poser des questions de clarification telles que : « Qu'entendez-vous par *bouleversé* ? » ; « Que ressentez-vous (réactions physiologiques), que pensez-vous (cognitions) ou qu'auriez-vous envie de faire (tendances à l'action) ou que faites-vous (comportements) quand vous êtes bouleversé ? ». Le thérapeute peut aussi aider le patient à clarifier les choses en lui proposant l'émotion qu'il suppose, directement avec une question fermée : « Quand vous dites que vous vous sentez bouleversé, voulez-vous dire que vous êtes en colère ? » ou « Quand vous dites que vous vous sentez bouleversé, êtes-vous accablé par la tristesse ? ». Il peut également poser une question à choix multiples, telle que : « Par *bouleversé*, voulez-vous dire que vous vous sentez anxieux ? Ou déprimé ? Ou en colère ? Ou coupable ? ». Une autre stratégie efficace est de réfléchir, puis de reconnaître que la perception ou l'inférence rapportée par le patient pourrait être vraie ou se produire : « Effectivement cette situation peut survenir dans votre vie. Imaginons que votre collègue vous ignore quand vous lui parlez ».

La question à poser ensuite est : « Quelle émotion ressentiriez-vous, ou éprouveriez-vous si c'était le cas ? ». Les échanges suivants avec Noam illustrent ce point :

Thérapeute : Comment vous sentiez-vous alors ? *Recherche de C*

Patient : Je me suis senti rejeté. (*A inférence*)

Thérapeute : Comment vous sentiez-vous alors ? *Recherche de C*

Patient : Je me suis senti exclu (*A inférence*), j'ai bien vu qu'ils détournaient le regard. (*A perception*)

Thérapeute : Bon, supposons que vous ayez été rejeté, exclu, qu'ils évitaient de vous regarder. Quelle émotion est associée à ce sentiment de rejet ? (*Recherche de C*)

Patient : J'ai senti qu'ils me niaient. (*A inférence*)

Parfois, les patients persistent à répondre aux questions sur le C avec des synonymes des événements qui les perturbent. En même temps, le thérapeute utilise également le terme « sentir » qui peut entretenir une ambiguïté sur ce qu'il recherche dans l'événement vécu par le patient. Le terme « ressentir » est plus approprié pour certains patients.

Thérapeute : Bon, supposons que vous soyez rejeté, que ressentez-vous à l'idée d'avoir été rejeté ? Cela vous fait ressentir quelle émotion ? (*Recherche de C*)

Patient : Et bien, que je n'existe pas pour lui ! (*A inférence*)

Si le phénomène persiste, il est peut-être nécessaire de faire un point didactique sur ce qu'est une émotion.

Thérapeute : Vous savez Noam, le rejet, l'exclusion et la négation de votre personne sont des événements que vous pensez être arrivés, mais ce ne sont pas des réactions émotionnelles. Les émotions sont des expériences comme la colère, la joie, la tristesse, l'anxiété et la honte. Alors, quelle émotion avez-vous ressentie en ayant l'impression d'être rejeté ? (*Recherche de C*)

Patient : Un vide...

Thérapeute : Que ressentiez-vous alors ? (*Recherche de C*)

Patient : De la colère et de la tristesse aussi... (*C émotionnel*)

Le verbe « sentir » est ambigu en français. Il est à la fois pratique dans le langage courant et piégeant en thérapie. Il est pratique, car il permet de témoigner d'une expérience subjective. En cela, il se rapprocherait davantage d'une tentative de verbalisation du sentiment subjectif, face à la situation activante en englobant, plus ou moins, des inférences : « je ne les *sentais* pas » ; des ressentis physiques : « je *sens* une tension » ; une potentielle charge émotionnelle : « je *sens* que ça monte » ; une tendance à l'action : « je *sens* que je veux hurler » ; une évaluation : « je *sens* que c'est une catastrophe », etc. Cela laisse entendre quelque chose, sans rien préciser. Charge à la personne qui reçoit le message de comprendre ce qui se joue. Ce terme est

piégeant car effectivement il ne précise rien ! Il mélange différentes dimensions de l'expérience émotionnelle. L'imprécision de ce terme est une plaie pour le thérapeute. Dans ce cas, il peut demander des précisions sur le sens personnel que le patient donne au mot *sentir* dans la situation travaillée. Ensuite, il va l'encourager à utiliser ce terme pour décrire plus précisément les conséquences émotionnelles C.

Le terme *frustration* est également un point délicat. Le patient qui déclare se sentir *frustré* ou ressentir une *frustration* en C est une situation courante. Il est tentant pour le thérapeute de la considérer comme une émotion. Ce serait une erreur, car techniquement, la frustration n'est pas une émotion. Elle fait référence au blocage des objectifs et est donc un événement activateur A (DiGiuseppe et Tafrate, 2007 ; Miller *et al.*, 1958 ; Trexler, 1976). Comme expliqué précédemment pour le verbe *sentir*, il est préférable que le thérapeute soit clair et demande au patient quel usage il souhaite faire du terme *frustration* : « La frustration signifie souvent le blocage d'un désir. Lorsque quelque chose, comme la réalité par exemple, nous empêche d'obtenir ce que nous voulons, ce que l'on désire. Lorsque vous avez été frustré (dans la situation X), quelle émotion avez-vous ressentie ? »

Distinguer les B des C peut également poser des difficultés. Si l'on imagine une version alternative des échanges avec Noam, où le thérapeute lui demanderait de décrire son émotion, Noam aurait pu répondre par une *croyance* comme : « c'est insupportable d'être exclu ! », « c'est horrible d'être rejeté », « ils sont tous des minables s'ils me rejettent », « on ne doit pas ignorer les gens ». Certes, Noam dévoile des croyances en B, elles peuvent même être chargées émotionnellement lors de leur évocation, mais les émotions en C restent non précisées. Autre cas de figure, la personne répond par une cognition qui énonce une ou des émotions comme : « Oh, je me disais que j'étais triste ». Même si le thérapeute pense qu'il y a une forte probabilité que l'émotion énoncée soit la bonne, rien ne le prouve. Dans les deux cas, il est adapté d'arrêter un patient qui confond B et C et de le corriger en lui demandant de préciser *l'émotion ressentie* en C. L'important est d'écouter sa réponse en s'assurant qu'il réponde précisément à la question posée. Cette distinction entre les croyances B et les C émotionnels, sera d'une grande utilité pour le patient quand il travaillera à contester ses croyances irrationnelles.

Absence d'expression émotionnelle

Certains patients n'expriment pas ou pas facilement leurs émotions ou semblent ne souffrir de rien. Quelques-uns peuvent même énumérer une liste de soucis sans qu'aucune émotion ne soit exprimée. Trois axes peuvent être explorés pour tenter de comprendre ce qui se passe : le manque de feedback, le blocage de l'expression émotionnelle et l'absence réelle de détresse.

Si, sporadiquement, le patient décrit l'événement activateur A sans évoquer spontanément son émotion C, il peut juste avoir besoin de feedback de la part du thérapeute. La stratégie conseillée pour l'aider à la préciser est de simplement lui demander. En effet, la REBT met l'accent sur des interventions actives-directives. Le thérapeute demande généralement : « Quelle émotion ressentez-vous à propos de cet événement ou de cette situation ? ». Si cela ne donne rien, les thérapeutes plus expérimentés peuvent avoir une « intuition clinique » sur l'état émotionnel du patient. Cette intuition correspond sûrement davantage à des processus d'analyse de certains indices, des savoirs acquis avec le temps, qui s'activent inconsciemment. Lire les expressions corporelles et faciales des patients et faire des associations entre ce qui est dit ou non et l'expression des émotions est une compétence essentielle à développer pour tout thérapeute. Plusieurs indices peuvent orienter le thérapeute vers l'élaboration d'une hypothèse forte quant à l'émotion vécue par le patient devant lui :

- Les indices *non verbaux* du patient : ses postures et réactions corporelles, ses expressions faciales, ses mouvements et gestes, le contact visuel, les signaux auditifs, etc.
- Les indices *paraverbaux* : le son de sa voix, le rythme et la prosodie de ses paroles, la vitesse, l'intonation, le volume, les pauses, etc.
- Les indices *verbaux* : les mots et termes utilisés, les métaphores, le niveau de langage, etc.

Une fois que le thérapeute a posé son hypothèse, il va la mettre à l'épreuve de la réalité. Néanmoins, il est déconseillé de dire au patient ce qu'il ressent directement. Par exemple, si le thérapeute fait l'hypothèse que son patient ressent de l'anxiété, il serait inadapté de lui affirmer : « Vous êtes anxieux ! ». L'affirmation peut être vécue par le patient comme un jugement sentenciel ou une imposition qu'il peut interpréter comme une menace à sa liberté ou à

son autonomie. Ce phénomène, appelé réactance psychologique (Brehm, 1966), risque de lever des résistances chez le patient et de tendre la relation inutilement. Cela peut même aboutir à ce que le patient réfute ce qui est avancé par le thérapeute alors même que l'émotion déduite était la bonne. L'esprit de la REBT étant collaboratif, il est préférable de vérifier son hypothèse en formulant une question comme : « Diriez-vous que cela vous rend inquiet, anxieux ? ». Cette technique favorise l'établissement d'une alliance solide, car le patient peut en conclure que le thérapeute comprend vraiment son problème. En revanche, si l'hypothèse/intuition se révèle fausse, le thérapeute devra être prêt à l'invalider.

En ce qui concerne un potentiel blocage de l'expression émotionnelle, quatre hypothèses sont intéressantes à vérifier par le thérapeute. La première est que cette absence d'expression émotionnelle est un symptôme psychotique. Dans ce cas de figure, le thérapeute évalue s'il a la capacité de suivre ce type de patient. Il est fortement recommandé de proposer au patient de se mettre en lien avec son médecin psychiatre afin de travailler de concert. Si une vacuité apparaissait au niveau du suivi psychiatrique, il peut être adapté d'accompagner le patient à étoffer son réseau de soins avec des praticiens de ce champ. La seconde hypothèse est que le patient est alexithymique, il est incapable de se représenter et d'exprimer ses propres émotions, bien qu'il puisse détailler les sensations de celles-ci. Un véritable travail de fond sur l'apprentissage des émotions est un préalable indispensable dans ce cas, les mots devant être mis en connexion avec des états mentaux et affectifs. La troisième hypothèse est que les patients sont persuadés que le travail psychothérapeutique s'accompagne nécessairement d'une attitude très « sérieuse ». En d'autres termes, la thérapie serait, pour eux, une occasion solennelle d'introspection cérébrale, qui exigerait un travail « en profondeur » dans les limbes de l'inconscient, imposant nécessairement une attitude grave. Ces patients peuvent venir chercher le motif inconscient de leur trouble et donc considérer que parler de l'émotion ressentie dans une situation précise revient à rester à la surface, à évoquer des choses « idiotes », « triviales ». Dans de telles situations, le thérapeute détrompe les patients de ces idées en expliquant le modèle de la REBT, en insistant bien sur le postulat que la « voie royale » vers l'inconscient cognitif est l'émotion. Le thérapeute peut utiliser des stratégies créatives pour mettre le patient à l'aise et susciter plus d'émotions en séance ce qui permettra ainsi d'accéder aux pensées en B. Par exemple, en encourageant le désaccord avec le thérapeute,

en demandant aux patients de mimer leurs problèmes ou de les exprimer en chanson, en poésie ou par des métaphores. Certains thérapeutes parleront de « cognitions chaudes » (Abelson et Rosenberg, 1958) qui sont directement connectées à l’émotion C recherchée. La quatrième hypothèse est que le comportement du thérapeute ne facilite pas l’expression émotionnelle, voire l’inhibe. Par exemple, le thérapeute peut prononcer de longs discours, poser des questions fermées auxquelles la personne ne peut répondre que par oui ou par non, empiler les questions, aller trop vite ou embrouiller le patient. Pour détecter ce type d’attitudes, il peut être intéressant pour le thérapeute d’enregistrer les séances de thérapie avec de tels patients et d’observer ses propres remarques, interventions et attitudes. En revanche, il essayera d’encourager l’expression verbale du patient en posant des questions simples et ouvertes : « et puis quoi ? », « donc ? », « alors ? » ou tout simplement en répétant en écho ce que dit la personne ou du moins la fin de la phrase.

Une autre explication possible au manque d’expression émotionnelle peut être que les personnes ne sont pas réellement en détresse. Elles prennent rendez-vous avec un thérapeute en attendant de la relation avec celui-ci autre chose qu’un changement émotionnel ou comportemental. C’est lors de la définition des objectifs thérapeutiques que le thérapeute va, le plus souvent, pouvoir comprendre ce qui les amène. Certaines souhaitent un certain type d’expérience de développement personnel ou de « croissance interne » et pensent que le thérapeute peut les aider pour cela (*cf.* le patient « métaphysique » dans le chapitre sur le A). Certaines s’interrogent sur leur « normalité » et viennent pour obtenir de la réassurance. D’autres sont simplement venues rencontrer un thérapeute pour avoir un confident ou un « ami payant » plutôt que pour une aide sur le plan psychothérapeutique. Elles semblent être en attente de séances de soutien, ce qui ne correspond pas à la démarche de la REBT. En revanche, explorer avec ces personnes ce qu’elles souhaiteraient vivre, qu’elles ne vivent pas dans leur vie peut permettre de dégager de réels objectifs. Si réellement aucune détresse émotionnelle ne transparaît, il est recommandé au thérapeute de discuter d’une ou plusieurs des explications énoncées précédemment avec le patient pour l’aider à mieux définir sa démarche afin de fixer des objectifs d’actions appropriés ou bien de le réorienter.

L’évitement émotionnel

Les manœuvres d'évitement émotionnel posent peut-être le problème le plus délicat. Les patients peuvent ne pas vouloir évoquer leur émotion s'ils éprouvent des méta-émotions négatives provoquant ainsi un second C (un « C devenant un A »). Les patients se retranchent dans une position défensive et évitent activement les émotions négatives. Ils auront souvent tendance à intellectualiser leur situation et/ou à changer de sujet. Notamment en cherchant un nouvel activateur à travailler. Si ces comportements les empêchent efficacement de ressentir une émotion négative dysfonctionnelle, le thérapeute et eux-mêmes ne sauront rien de C.

Ces patients peuvent avoir peur de l'émotion (craindre leurs crises de colère, la dépression, l'anxiété ou leurs phobies...) et donc ils évitent de discuter des situations de vie qui risquent de leur faire (re)vivre cet état émotionnel inconfortable voire douloureux. Dans ce cas, le problème central pourrait être celui de l'anxiété d'inconfort ou *Discomfort anxiety* (Ellis, 1979 ; 2003a), cette sensation désagréable qui arrive quand les patients perçoivent un peu de menace à leur confort physique ou émotionnel. Ce construit est sous-tendu par des croyances irrationnelles d'intolérance à la frustration : c'est *insupportable, trop dur, je ne peux pas le supporter*. Les patients se persuadent que l'activation émotionnelle est trop forte pour qu'ils puissent la supporter (Barlow et Farchione, 2017). L'évitement des émotions interprétées comme *trop* douloureuses peut être à l'origine de nombreux problèmes psychologiques tels que l'agoraphobie, les addictions (Hayes *et al.*, 1996) et la procrastination (Steel, 2007). La principale stratégie clinique consiste à aider les patients à comprendre que leur propre peur de leurs émotions les bloque et les empêche d'affronter et donc de pouvoir résoudre leurs problèmes. Cliniquement, il est souvent utile d'appliquer les théories de l'apprentissage qui expliquent que le comportement est maintenu, renforcé, soit par ses conséquences agréables, soit par l'évitement de stimuli négatifs. Souvent, les stimuli négatifs sont les émotions cachées du patient. Parfois, une confrontation directe peut lever le blocage. Une autre stratégie possible est de demander aux patients d'imaginer qu'ils affrontent ou font les choses qu'ils évitent.

Par exemple, Gaëtan évitait de passer un examen important de première année de fac, tout en affirmant qu'il ne ressentait aucune anxiété à ce sujet :

Thérapeute : OK, pouvez-vous imaginer que vous êtes dans la salle d'examen et que vous deviez passer l'examen.

Patient : Oui

Thérapeute : Dites-moi quand vous y êtes...

Patient : C'est bon là, j'y suis.

Thérapeute : Comment vous sentez-vous dans cette image ?

Patient : Eh bien, je n'aime pas ça.

Thérapeute : Vous n'aimez pas ça...

Patient : Oui, je suis un peu stressé.

Thérapeute : Stressé ?...

Patient : Anxieux, oui.

Thérapeute : *Un peu* anxieux ?

Patient : Non, je ne suis pas bien du tout là... C'est de l'angoisse !

Souvent, une utilisation plus poussée de cette immersion en imagination est nécessaire pour découvrir ce que le patient craint. Par exemple, Thaïs souffrait de son obésité et d'une peur panique du conflit. Suivie depuis plusieurs semaines, elle ne travaillait que par intermittence sur ses compulsions. Elle affirmait vouloir régler les choses, mais ne s'expliquait pas son peu d'investissement. Le thérapeute la questionna sur sa vie affective et Thaïs affirma, tout de go, que ça ne l'intéressait pas, qu'elle consultait pour son trouble du comportement alimentaire. Le thérapeute émit l'hypothèse qu'elle évitait de sortir avec des hommes, et que son alimentation et son poids excessifs étaient peut-être un mécanisme pour éviter l'interaction avec des amants potentiels. Thaïs eut une réaction des plus neutres à l'hypothèse du thérapeute : « Ah, vous pensez ? ». Cette réaction si neutre était inhabituelle de sa part. Le thérapeute a ensuite demandé à Thaïs si elle acceptait de fantasmer sur le fait d'être plus à l'aise dans son corps, plus mince, de se sentir désirable et d'avoir un rendez-vous avec un homme attrant. Elle accepta. À l'évocation de cette idée, Thaïs se mit à se raidir sur sa chaise. Exposée en imagination, elle se mit de profil, rougit, les yeux dans le vague, un sourire aux lèvres et tout d'un coup, elle se ferma. Le thérapeute lui demanda ce qu'elle ressentait : « pas bien, on peut parler d'autre chose ? » et ce qu'elle se disait : « ce n'est pas pour moi, ça fait trop mal ». Dans le cas de Thaïs, l'exercice d'imagerie lui a permis d'accéder à l'anxiété interpersonnelle que ses comportements d'évitement, être en surpoids, avaient efficacement réussi à bloquer. L'anxiété est alors devenue le point central de la thérapie.

Le fait d'éviter les émotions peut être sous-tendue par la croyance que l'expression des émotions est un signe de faiblesse aux yeux d'autrui. Exprimer son émotion, c'est prendre le risque d'être jugé négativement et de ressentir de la honte. Ces patients préféreront alors décrire la situation ou justifier leur comportement, voire, nier éprouver des émotions. Prenons l'exemple de Raphaël, qui s'interrogeait sur son incapacité à aller visiter son jeune neveu à l'hôpital : « je devrais y aller, je l'adore, je suis son parrain en plus ! Mais je ne peux pas, je ne sais pas pourquoi. » En évoquant les causes de l'hospitalisation, une infection très grave, Raphaël apparut triste. Le thérapeute lui proposa de s'exposer à une visite à l'hôpital en imagination. Il lui demanda alors de fermer les yeux, d'imaginer aller à l'hôpital, de monter dans les étages, d'approcher de la chambre de son neveu... « Non, c'est horrible, le pauvre p'tit bout, je ne supporte pas qu'un enfant ait mal. ». Raphaël pleurait. « Je ne sais pas ce qui m'arrive, désolé, je ne suis pas comme ça d'habitude ». « Que vous dites-vous de vous voir triste en allant voir votre neveu à l'hôpital ? » lui demanda le thérapeute. « Ça ne se fait pas. C'est la honte. Je suis son oncle, un adulte... Je ne peux pas pleurer devant lui. » La honte d'exprimer, même malgré lui, sa tristesse devant son neveu l'empêchait de lui rendre visite. Il s'avéra que la famille de Raphaël avait toujours valorisé le fait de ne pas montrer sa tristesse. L'exprimer c'était être faible. L'exprimer devant des enfants c'était prendre le risque de les perturber : un adulte « faible » n'est pas fiable. Dans ce cas de figure, le concept clé à communiquer est que toutes les émotions sont justifiées dans le sens où elles existent. Les émotions ne sont ni acceptables ni inacceptables pour un événement extérieur parce qu'elles sont internes et proviennent de ce qu'une personne se dit à elle-même au sujet des événements extérieurs. Le thérapeute aidera les patients à comprendre quand il est dans leur intérêt ou non de révéler leurs émotions. Cependant, ils n'ont pas à avoir honte ou à se condamner eux-mêmes si les autres les méprisent parce qu'ils ont une émotion quelle qu'elle soit.

La difficulté à identifier le C peut également provenir de la culpabilité. Prenons l'exemple de Morgane, une jeune femme qui souhaitait aider sa mère récemment divorcée. Morgane a formulé ses problèmes de manière vague, en disant qu'elle souhaitait mieux la soutenir afin qu'elle ne « plonge » pas. Elle se sentait obligée de l'appeler tous les jours pour vérifier qu'elle allait bien, qu'elle mangeait suffisamment, qu'elle voyait du monde etc. En retour, sa mère lui faisait « sentir » que ça n'était pas efficace, qu'elle ne l'aidait pas

vraiment. Morgane voulait la protéger, mais elle ne la comprenait pas et tous ses efforts étaient vains. Elle se mettait à douter de sa capacité à s'exprimer clairement car sa mère commençait à lui dire depuis peu qu'elle était dure avec elle. Morgane ne définissait pas un C spécifique, si ce n'est qu'elle avait l'impression d'être décevante et inefficace. Ces déclarations sont des A perceptions et A inférences. Le thérapeute demanda à Morgane de noter les situations vécues qui illustraient son impuissance à aider sa mère. À la séance suivante, Morgane ramena, par écrit, quatre situations. Dans chaque situation sa mère lui demandait de l'aide (l'accompagner pour acheter un chapeau, faire des courses, préparer à manger, parler de son père) et, à chaque fois, sa mère changeait d'avis ou d'objectif au dernier moment. Dans ses relevés, les émotions écrites étaient : « profond agacement », « colère », « folle de rage » et « énervée ». Les comportements consécutifs à ces émotions étaient « je suis désagréable pendant le reste de la journée », « je lui réponds sèchement », « je me retiens de crier », « j'ai clos la discussion nette ». Cette exploration plus approfondie a révélé que le C sous-jacent de Morgane était la colère. Cependant, en tant que seule membre de la fratrie à se soucier de sa mère, ayant toujours tout fait pour qu'elle soit confortable, elle pensait ne pas pouvoir ressentir une telle émotion. Sa culpabilité à l'égard de sa colère l'empêchait de partager cette émotion avec le thérapeute en face-à-face, et encore moins avec sa mère. Il est à noter que Morgane fut étonnée que le thérapeute pointe cette émotion pourtant clairement décrite dans ses écrits. Elle ne s'en était pas rendu compte. Pour encourager le patient à faire face à l'émotion dans de tels cas, le thérapeute peut utiliser différents leviers :

- *Changer de médium* comme avec Morgane. Les patients peuvent être plus à l'aise, plus clair à l'écrit, en dessin, à l'oral, à mimer, à faire des métaphores. Il ne faut pas hésiter à varier les médias.
- *Les exercices de Gestalt* pourraient être utiles aux thérapeutes REBT et TCC pour aider les patients à révéler leurs émotions (Fodor, 1987). Ellis (2002) en a utilisé dans des groupes dans le même but, notamment la technique de la chaise vide : le thérapeute apporte une chaise vide et il demande au patient de faire comme si ce qui le perturbe s'y est assis (Perls, 1973). L'idée est d'imaginer la situation activatrice, assise sur la chaise. Le patient installe donc littéralement et métaphoriquement son A sur la chaise et s'adresse à lui en disant tout ce qu'il pense de lui. Le thérapeute aurait pu demander à

Morgane d'imaginer sa mère et toutes ses demandes, assises sur une chaise vide. Elle pourrait alors engager un dialogue dans lequel elle jouerait l'un des rôles ou les deux, en se déplaçant peut-être entre les deux chaises pour échanger les rôles. En relâchant ainsi les contraintes habituelles du stimulus, il est possible d'augmenter la probabilité qu'elle reconnaisse sa colère.

- *L'imagerie visuelle* est un moyen très puissant d'aider les patients à prendre conscience de leurs émotions. Il s'agit de demander à la patiente si elle est prête à fermer les yeux, puis de lui dire que le thérapeute va lui donner des instructions très ouvertes et qu'il ne souhaite pas qu'elle rapporte ses pensées ou donne beaucoup de mots. Le thérapeute lui demandera plutôt de rester très calme et d'attendre qu'une image lui vienne à l'esprit. Dans le cas de Morgane, des instructions très légères pour une telle image pourraient être : « Laissez venir à l'esprit une image de vous et de votre mère. ». Souvent, le thérapeute peut utiliser cette procédure extraordinairement évocatrice et émotive, en particulier lorsqu'il sonde l'image en posant des questions de suivi telles que : « Que se passe-t-il ? » ; « Que ressentez-vous ? ». Ces images aideront à identifier l'émotion.
- *L'utilisation de l'humour* peut être très efficace. En exagérant délibérément les expressions, qu'elles soient faciales ou sémantiques ou, en se moquant gentiment de la situation ou en faisant une analogie humoristique, le thérapeute peut créer un climat propice à une reconnaissance moins menaçante de la colère de Morgane. Exemple : « Je suppose que vous êtes une sainte ; votre frère doit vous jalouser ! ».

Les émotions

- Composantes de l'émotion : l'évaluation cognitive, la tendance à l'action, la réaction physiologique, l'expression motrice, le sentiment subjectif
- Deux catégories d'émotions distinctes : les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles
- L'émotion est fonctionnelle d'un point de vue

phénoménologique, physiologique, cognitif et comportemental

- Bien labelliser l'émotion avec des questions sur le processus émotionnel : « Que ressentez-vous (réactions physiologiques) ou que pensez-vous (cognitions) ou qu'auriez-vous envie de faire (tendances à l'action) ou que faites-vous (comportements) quand vous êtes bouleversé ? »
- Explorer l'absence d'expression émotionnelle grâce aux indices non verbaux, paraverbaux et verbaux
- Hypothèses du blocage de l'émotion : l'émotion seconde, l'émotion sur l'émotion avec l'anxiété d'inconfort (émotionnel), la honte ou la culpabilité
- Débloquer l'expression émotionnelle grâce à la visualisation mais aussi au changement de médium, aux exercices de type « chaise vide » et à l'humour

2) LES CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES

Pour que le traitement de problèmes émotionnels soit efficace, il est primordial que les patients mettent en place les changements comportementaux qui y correspondent. Les réactions comportementales font partie du C et dans tous les cas, le thérapeute veille à évaluer ce que les patients font réellement et pas seulement ce qu'ils ressentent. La REBT faisant aussi partie de la catégorie des thérapies comportementales, il est important d'identifier les objectifs comportementaux primaires que les patients souhaitent atteindre. Dans ce sens, un comportement dysfonctionnel peut être la cible première, relativement à l'émotion. De tels C comportementaux dysfonctionnels sont principalement la procrastination, les dépendances, les comportements compulsifs et l'évitement défensif. Nombre de ces problèmes comportementaux sont vécus comme « instinctuels », « pulsionnels » par les patients. Ils ont été tellement répétés, renforcés qu'ils

opèrent sur un mode quasi-automatique. Les patients ont la *volonté*, l'intention sincère de se débarrasser d'anciens comportements ou d'en acquérir de nouveaux, mais cela ne suffit souvent pas pour changer ; ils pensent alors ne pas pouvoir avoir de prise sur eux. Modifier ces comportements nécessite surtout que les patients mobilisent leur attention et leur énergie sur eux au lieu de se questionner sur la qualité de leur volonté de changer. Cela est vrai, qu'ils essayent d'apprendre à ne pas trop dépenser ou à ne pas consommer de drogues ou, à l'inverse, d'apprendre à jouer d'un instrument ou à conduire une voiture automatique. Cela reste un processus d'apprentissage qui nécessite temps et répétitions pour déconditionner le comportement problème et en conditionner d'autres plus en accord avec leurs objectifs de vie (Clément, 2006).

Intolérance à la frustration et anxiété d'inconfort

La procrastination et les comportements d'évitement ont beaucoup en commun avec les comportements de dépendance. Ce sont tous des problèmes de maîtrise de soi. Deux concepts sont particulièrement utiles en REBT pour travailler sur ce type de problèmes : *l'intolérance à la frustration* et *l'anxiété d'inconfort*. Bien des patients présentent une *intolérance à la frustration*. Celle-ci n'est pas globale bien sûr, ils ne sont pas intolérants dans tous les secteurs de leur vie ; ils peuvent même démontrer une forte tolérance à la frustration dans certains domaines. Mais ils se convainquent eux-mêmes qu'ils ne peuvent tolérer la frustration et l'inconfort associés au fait de ne pas faire ce qu'ils veulent ou de faire ce qu'ils ne veulent pas, à certains moments de la journée, dans certains contextes ou dans certaines circonstances : « c'est insupportable ! », « c'est trop dur ! », « j'en mourrai ! », « je dois avoir ce que je veux quand je veux », « les gens doivent finir par me donner raison », « c'est maintenant ou jamais. » « je ne veux pas vivre ça ! ». L'anxiété d'inconfort (*discomfort anxiety*) peut être vue comme la conséquence anticipatoire des croyances d'intolérance à la frustration. C'est une tension émotionnelle désagréable résultant de l'anticipation par le patient 1) que son confort physique ou émotionnel est menacé, 2) qu'il ne pourra pas faire ce qu'il veut faire ou qu'il devrait faire quelque chose qu'il ne veut pas faire et 3) qu'il est terrible ou catastrophique (plutôt que simplement gênant ou désavantageux) que les choses ne se déroulent pas comme il le veut. Les patients ont beaucoup de mal à décrire ce sentiment qui est souvent mélangé

à la culpabilité, la honte et l'autodénigrement. Sans croyances d'intolérance à la frustration il n'y a pas d'anxiété d'inconfort. Beaucoup (sinon la plupart) des « faux pas », « dérapages », « rechute », « oubli » dans ces problématiques de changements comportementaux liés à la maîtrise de soi sont sous-tendus par ces logiques. Pour cette famille de problèmes, si le thérapeute les cherche, il les trouvera souvent. La [figure 10](#) illustre la place des croyances d'intolérance à la frustration dans le maintien de l'abstinence en matière d'addiction selon Bishop (2004).

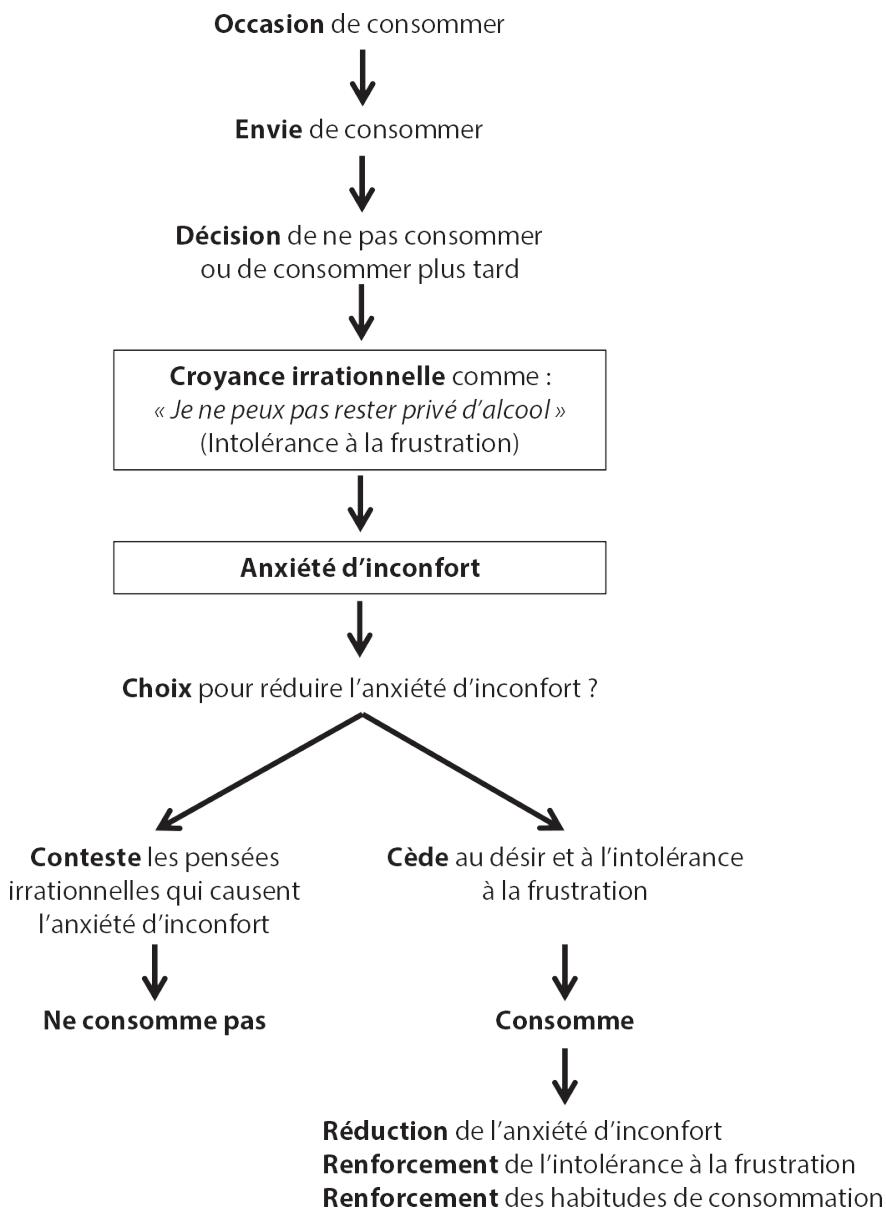


Figure 10. Abstinence et intolérance à la frustration

De nombreux thérapeutes minimisent l'impact de l'intolérance à la frustration car les patients l'éliminent vite en craquant. Ils ne remarquent pas les sentiments éprouvés quand ils ne peuvent pas obtenir un soulagement ou une satisfaction immédiate et abordent plus volontiers l'inconfort émotionnel conséquent en séance.

Les comportements

- La procrastination, les dépendances, les comportements compulsifs et l'évitement défensif.
- Penser à investiguer du côté de l'intolérance à la frustration et de l'anxiété d'inconfort dans la mise en place des comportements inadaptés.

3) ACCEPTER DE MODIFIER LE C ÉMOTIONNEL

Une fois que les patients ont reconnu et identifié correctement les émotions dysfonctionnelles C, ils sont libres de décider de les abandonner ou non. Il est à noter que les avantages et les inconvénients de leur choix pourraient être un sujet d'échanges intéressants. Les émotions, après tout, ont leurs avantages : elles permettent aux patients de communiquer aux autres ce qui se passe en eux et les autres peuvent réagir de la manière qui leur convient. Parfois, les troubles apportent des renforcements positifs ou négatifs. Ces gains sont souvent immédiatement renforcés, mais les conséquences négatives de l'émotion perturbée les rendent autodestructeurs à long terme.

Prenons l'exemple de Dominique, qui souffrait d'une dépression sévère, d'agoraphobie, d'anxiété sociale, d'attaques de paniques, de problèmes d'affirmation, de trouble du comportement alimentaire et de tabagisme. Après un travail acharné de plusieurs années auprès d'un réseau de professionnels (médecins spécialistes, psychiatres, kinésithérapeutes, infirmiers psychologues et psychiatres) par lequel elle était suivie très régulièrement, elle avait arrêté de fumer, mené à bien un rééquilibrage alimentaire et effectué une chirurgie bariatrique, était sortie de sa dépression, ne faisait plus d'attaques de panique et savait bien mieux gérer son anxiété.

Conséquences logiques, des suivis s'arrêtaient, les autres s'espaçaient. C'est à cette période précise qu'elle se mit à déprimer, à ressentir de nouveau une anxiété constante. Il s'avéra que l'arrêt ou l'espacement de tous ses suivis la laissait « seule au monde ». Ses suivis constituaient, aussi, son réseau social principal et quotidien. Toute focalisée à s'en sortir, elle avait négligé de développer d'autres liens sociaux. Elle n'avait pas du tout anticipé qu'elle réglerait aussi efficacement ses lourds problèmes et ne s'était toujours sentie intéressante qu'en tant que malade ou victime. Ses troubles lui permettaient de rencontrer des personnes intéressées par elle, sympathiques et intéressantes. Dominique n'avait jamais eu de vie sociale. Elle avait enchaîné différents objectifs motivationnels (Rollnick *et al.*, 2023) avant que cette question n'apparaisse en thérapie. Désormais, une fois les objectifs précédents atteints, le travail thérapeutique peut s'orienter dans cette direction, en prenant en compte ses objectifs personnels et ses valeurs actuelles.

Préalable à la modification de C émotionnel

Il est primordial que la personne possède certaines croyances préalables pour que l'identification et la remise en question de ses croyances irrationnelles aient un sens pour elle. Tout d'abord que *son émotion actuelle est dysfonctionnelle*. Pour cela il est important de lui demander d'évaluer les conséquences de ses émotions et de ses comportements C de manière socratique aussi bien à court terme qu'à long terme. Cela l'aidera à identifier les coûts cachés et les résultats négatifs de ses émotions et de ses comportements. Si des contradictions, des ambivalences se font jour, le thérapeute les reflète au patient. Cela créera une dissonance cognitive (Festinger, 1957) pouvant amener la personne à produire du discours changement (Rollnick *et al.*, 2023). La seconde croyance est qu'il est préférable pour elle *d'abandonner l'émotion dysfonctionnelle et de travailler à ressentir l'émotion alternative*. Il existe sûrement un scénario émotionnel alternatif, culturellement acceptable pour la personne et plus fonctionnel à vivre en réponse à ce type d'événement activateur. La troisième est que *ses croyances provoquent ses émotions*. Pour cela il est nécessaire que le thérapeute lui enseigne que A ne cause pas C mais qu'il est orienté par B. La dernière découle de la précédente, *pour changer ses émotions elle doit changer ses croyances*. C'est-à-dire commencer à rechercher ses croyances

irrationnelles en B. Si un patient réticent est convaincu par ces quatre idées, il sera davantage motivé à s'engager dans le processus de changement proposé par le modèle REBT (DiGiuseppe et Jilton, 1996 ; DiGiuseppe et Tafrate, 2007). Ce modèle facilite l'accord sur les objectifs de la thérapie et fait passer les patients à la phase d'action du changement.

Prenons l'exemple de Katia, une jeune mère de trois enfants qui s'inquiétait de ses explosions de colères quotidiennes contre ses deux fils aînés quand ils n'obéissaient pas : « J'essaye de prendre sur moi. Tous les matins je me dis de prendre ça calmement, de me dire que ce sont des gosses et que c'est normal, que ça va passer, mais non. Il suffit que je leur répète plusieurs fois de ranger leurs affaires, de débarrasser la table ou de ranger leur chambre et au bout d'un moment j'explose ! C'est plus fort que moi, ils n'écoutent pas et sur le moment j'aurais envie de les secouer mais je ne le fais pas ! Alors je crie, je m'entends hurler comme une foldingue et là, j'aime mieux vous dire qu'ils s'activent et qu'on n'entend pas une mouche voler ! Je leur fais peur c'est clair, mais sur le moment je me dis que j'ai bien raison, y'a que ça qui marche ! Après c'est bizarre, je dois pas être normale, mais ça me calme, je me détends. Je ronchonne encore un peu dans ma tête, mais je me sens bien, comme après le sport. ».

La colère de Katia lui permettait finalement d'obtenir ce qu'elle voulait, que ses enfants obéissent, ce qui la renforçait. La manifestation de la colère était également un renforçateur intrinsèque, car après une crise de colère, elle ressentait un agréable état de fatigue et de relaxation, semblable aux effets de l'exercice physique. En effet, la décharge émotionnelle lui permettait de récupérer un fonctionnement physiologique normal, qui participait au maintien du comportement avec un renforcement négatif. En outre Katia se fournissait son propre renforcement cognitif pour son comportement : « ... je me dis que j'ai bien raison, y'a que ça qui marche ! ». Ainsi, des facteurs interpersonnels, kinesthésiques et cognitifs contribuaient à maintenir sa colère et son comportement de colère. La motivation au changement d'une émotion ou d'un comportement dysfonctionnel peut être variable d'une personne à l'autre et au cours du temps.

Selon Bishop (2004), trois types de patients peuvent être distingués : les patients de *type 1* ne sont pas motivés à changer. Ils n'admettent pas avoir un problème, ou bien ils ne font pas le lien entre leurs comportements et les problèmes dont ils souffrent ; les patients de *type 2* sont conscients de leur

problème, mais ils sont ambivalents à changer celui-ci car il présente également des avantages à leurs yeux ; les patients de *type 3* ne sont pas ou plus ambivalents, ils sont motivés à changer et s'investissent avec vigueur dans une démarche de changement.

Dans notre exemple, Katia était ambivalente vis-à-vis de sa colère dysfonctionnelle (*type 2*) : tous les matins elle essayait de prendre sur elle pour ne pas exploser et dès que sa colère éclatait elle se disait qu'elle avait bien raison d'exploser. En sus, la décharge de sa colère la détendait. Si elle n'avait pas eu conscience du caractère pathologique de sa colère (*type 1*), le thérapeute aurait pu proposer à Katia d'envisager les conséquences à long terme de son comportement, de réfléchir au modèle donné à ses enfants. Il aurait pu lui suggérer qu'il y avait des moyens plus efficaces de se faire obéir et aussi de relâcher la tension, comme des exercices de relaxation par exemple.

Deux stratégies peuvent être utilisées par les thérapeutes REBT et TCC classiques pour augmenter la motivation du patient à changer (*type 2*). La première est l'approche motivationnelle de Rollnick *et al.* (2023) qui modère le discours-maintien et favorise l'évocation du discours-changement en faveur d'un objectif. L'autre, plus ancienne, est de proposer à la personne de remplir une balance décisionnelle à quatre colonnes (Janis et Mann, 1977). Le thérapeute aide le patient à dresser une liste des avantages et des inconvénients, aussi bien de l'adhésion que de l'abandon de l'émotion ou du comportement ciblé. Les colonnes A et D présentent les arguments qui encouragent à ne rien changer. Inversement, les colonnes B et C présentent les arguments qui poussent la personne à se remettre en cause. Il est recommandé au thérapeute de demander au patient d'énumérer les avantages et les inconvénients à court et à long terme. Il s'agit alors d'une balance décisionnelle à huit cases. Ou bien, le patient remplit les quatre colonnes et ensuite, avec le thérapeute, il reclasse les éléments de chaque colonne entre court terme et long terme. Chaque élément peut être discuté en séance et être questionné relativement aux autres pour susciter des dissonances cognitives qui incitent le patient à se positionner quant à ses objectifs. Les motivations et désirs contradictoires de la personne pourront être questionnés et travaillés pour affirmer sa détermination à s'engager dans le changement pour aboutir à l'élaboration d'un *plan d'action* aussi concret et précis que possible. Le [tableau 9](#) présente la balance décisionnelle que Katia dressa avec son

thérapeute.

Tableau 9. Balance décisionnelle à huit colonnes de Katia

Ma vie avec ma colère dysfonctionnelle		Ma vie sans ma colère dysfonctionnelle		
	Avantages A	Inconvénients B	Avantages C	Inconvénients D
Court terme	Elle est efficace Elle me rend forte Elle me détend		Ce serait mieux pour les enfants Je serais fière de moi Je ne serais plus sous tension	Ça va être dur de s'en priver. Ça marche Comment je vais me faire respecter ? Je vais devoir me contrôler tout le temps
Long terme		Je me dis que c'est pas normal Mes enfants ont peur de moi (sur le moment) Mes enfants ont de moins en moins peur de moi (avec le temps) Je crie de plus en plus fort Je me fais peur, je suis une sorcière Quel modèle je leur donne ? Ça m'épuise	J'aurais plus d'énergie Je serais moins jalouse des autres mères (les mères parfaites !)	Je vais devenir un paillasson Plus personne ne se méfiera Je pourrais être manipulée Je ne saurais plus me faire obéir

Dans l'exemple, elle était ambivalente, elle avait conscience que sa colère était inadaptée et dysfonctionnelle (elle se faisait peur, ses enfants avaient peur mais ils s'adaptaient, s'habituaient à ses crises ce qui les rendait de plus en plus inefficaces et la poussait à hurler de plus en plus fort), mais elle ne pouvait imaginer d'alternative. Il apparaissait que tant que Katia n'aurait pas expérimenté une autre méthode éducative qui ne fasse pas peur à ses enfants, qui soit plus efficace (à court et long terme) et culturellement acceptable (qu'elle sorte de ses rapports de domination), le changement serait entravé.

Le thérapeute lui fit, avec son accord, un long point de psychoéducation relativement aux stratégies éducatives efficaces qui découlent de la psychologie de l'apprentissage et du développement. Katia en fut intellectuellement convaincue et décida de mettre en place de nouvelles règles qu'elle expliqua à ses fils. Au début, les impulsions de colère (tendance à l'action d'agression) étaient fortes, fréquentes et accompagnées de croyances irrationnelles : « ils doivent m'obéir tout de suite », « je ne dois rien lâcher du tout sinon ils vont me bouffer », « je leur ai déjà expliqué, ils devraient avoir compris ! ». Elle travailla dur à remettre en cause ces croyances irrationnelles et n'explosa quasiment pas dès la 1^{re} semaine. Assez rapidement le comportement de ses enfants se normalisa, les moments agréables et de reconnaissance augmentèrent. Ce qui la motiva encore davantage à travailler sur elle.

Refus de modifier le C émotionnel

Certaines logiques peuvent amener des patients à être très réticents, voire à refuser de modifier C. Une de ces logiques pourrait se résumer par « *entre deux maux, il faut choisir le moindre* » : une émotion dysfonctionnelle est maintenue pour éviter une émotion encore plus pénible. Prenons l'exemple de Juliette qui souffrait d'un trouble d'anxiété généralisée. Elle passait le plus clair de son temps à anticiper et régler le maximum de soucis réels ou potentiels, dans tous les cercles de sa vie. Elle était épuisée, souffrait d'insomnies, répugnait à devoir consommer des somnifères pour avoir quelques heures de sommeil. Et pourtant, elle ne semblait pas spécialement disposée à travailler sur son trouble. Il apparut qu'elle valorisait son anxiété. Elle croyait que l'abandonner prouverait qu'elle n'était plus une femme, une mère, une épouse ou une professionnelle responsable, soucieuse d'éviter les problèmes. Cela générait en elle une intense culpabilité, de l'autodépréciation et de la honte. Cependant, une fois cette croyance irrationnelle contestée avec succès, la patiente put accepter de travailler à soulager son trouble.

Une autre logique, davantage sous-tendue par des croyances d'intolérance à la frustration, amène certains patients à se persuader qu'ils sont incapables de changer et/ou qu'ils sont plus heureux dans le non-changement. Pour eux, le rude travail de contestation préconisé par la REBT est pensé comme *insupportable, trop douloureux, trop difficile* comparativement à la vie quotidienne avec leur trouble. Le thérapeute peut comparer leur vision

fataliste actuelle avec une autre qu'ils ont peut-être eue dans le passé : « Quels efforts avez-vous déjà faits dans le passé qui se sont avérés positifs, qui ont été couronnés de succès ? ». Il peut leur proposer de vérifier empiriquement que leur trouble est réellement « avantageux » en comparaison des efforts à consentir pour changer. Il peut... tenter de nombreuses choses, mais il lui sera nécessaire d'accepter que certaines raisons pour lesquelles le patient est réticent à changer C ne pourront pas être remises en question, le patient refusera. Si le patient ne veut pas changer C, la thérapie perd sa substance et elle ne peut généralement pas continuer.

4 POINTS CRUCIAUX DU CHANGEMENT DU C COMPORTEMENTAL

Pour démarrer une démarche de changement comportemental, il est important de bien définir un *objectif final*, par exemple, ne plus procrastiner du tout ou ne plus boire d'alcool du tout ou que le vendredi soir ou ne plus manger compulsivement du tout. Plus tard, la personne décidera peut-être que ce n'est pas le meilleur objectif pour elle, mais il est important de commencer quelque part ! Une fois que l'*objectif final* est défini, le thérapeute aide son patient à définir un premier *objectif intermédiaire* réaliste, réalisable et reproductible à très court terme. Ce peut être : ne plus procrastiner pour les papiers administratifs ou ne plus boire le lundi ou le matin ou trois verres maximum, etc. Ensuite, le thérapeute va évaluer la motivation du patient à changer ce comportement. L'aider à définir les avantages et inconvénients de ne rien changer et du changement dans le temps (court terme et long terme). Les motivations et désirs contradictoires de la personne pourront être questionnés et travaillés pour affirmer sa détermination à s'engager dans le changement. Pour préparer le changement concret, il est nécessaire d'établir un *plan d'action* aussi concret et précis que possible (Jour ? Heure ? Lieu ? Combien ? Combien de fois ?). Ce plan tiendra compte de la réalité de vie de la personne, de ses ressources et limites, aussi bien internes (Sait-elle quoi faire ? Comment le faire ? Quand le faire ? Accepte-t-elle l'inconfort qui accompagne la pratique ?), qu'externes (Est-elle en lien avec des personnes qui peuvent l'aider ? ou au contraire l'empêcher d'avancer ? Connaissent-elles ses objectifs ?). Une fois en action, la personne connaît des avancées, des succès. Par exemple, elle ne boit plus le lundi pour une personne

souffrant d'addiction ou ouvre tous ses courriers administratifs pour un problème de procrastination. Grâce à ses efforts, sa pugnacité, la sélection et l'application de stratégies adaptées, la personne atteint ses objectifs intermédiaires et développe en retour ce que Bandura (2002) appelle un *sentiment d'efficacité personnelle* qui la rend plus confiante en ses capacités. Cela l'amène, naturellement, à se fixer un nouvel objectif intermédiaire plus ambitieux. Il est important d'apprendre, à certains patients, à *savourer leurs succès* et/ou à se récompenser pour ceux-ci. Souvent, seule l'atteinte de l'objectif final mérite d'être valorisée pour eux. Le thérapeute quant à lui, valorise tout comportement de la personne allant dans le sens de son objectif, aussi petit soit-il. Tout au long du processus il est important de *réévaluer les progrès* avec la personne. Doit-elle modifier son objectif ? A-t-elle besoin de plus d'aides externes ? Comment s'empêche-t-elle de pratiquer ? L'échec est-il la fin ou une occasion d'apprendre ? Sa motivation a-t-elle augmenté ? Baissé ? Pas bougé ? Une démarche d'apprentissage implique nécessairement des essais et des erreurs, des succès et des échecs. C'est un moment critique pour la personne car le doute peut s'installer et aboutir au renoncement. Le thérapeute peut rappeler qu'il n'y a jamais d'échec définitif tant que l'on pratique, juste des victoires différées. Il précisera que d'avoir eu un raté ne fait pas de la personne une ratée. Qu'il est normal d'être déçu, frustré quand les choses ne se passent pas comme on le souhaite. Que c'est un processus d'apprentissage au cours duquel on apprend de ses échecs. Il interrogera la personne sur ce qu'elle fait, pense, ressent face à cet échec (Que faites-vous quand vous échouez ? Vous blâmez-vous ? Comment vous appelez-vous à ce moment-là ? Vous persuadez-vous que pratiquer est trop dur ? Essayez-vous de vous convaincre que votre objectif n'en vaut pas la peine ?).

5 ♦ GESTION DE L'ÉCHEC

Les patients ont souvent beaucoup de mal à respecter leurs intentions et leurs résolutions. Quand la personne a vécu un échec (elle a rebu, reprocrastiné, évité de nouveau...), qu'elle a eu le comportement problème ciblé en C, le thérapeute décidera sous quel angle il va aborder cette situation. Il peut se concentrer sur le *Pré-C*, qui correspond aux événements activateurs A et aux croyances B qui *précèdent* l'initiation du comportement problématique C. Il essaiera alors de visualiser ce qui semble s'être passé (A1) et ce que la

personne s'est dit (B1) pour se convaincre de rompre son plan (C1). Il peut s'avérer nécessaire de remonter assez loin dans le temps pour retrouver les prémisses de l'échec. Il peut aussi décider de commencer par *le Post-C*, qui lui, correspond aux croyances B et aux conséquences C qui suivent le comportement ciblé. Le thérapeute peut se concentrer sur le post-C s'il craint que la personne ne change pas ses sentiments et ses pensées et qu'elle se démotive, doute de ses capacités et ne décide d'abandonner sa démarche de changement. Il explorera avec la personne ce qu'elle se dit (B2) et ce qu'elle ressent (C2) après son échec (temporaire ou répété). La [figure 11](#) présente les positions du pré-C et du post-C relativement au comportement problème (C1/A2).

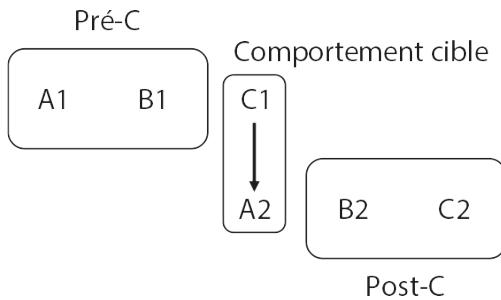


Figure 11. Pré-C et post-C

Dans la plupart des cas, il est préférable de commencer par le Pré-C. Ce qui a motivé la personne à abandonner ses efforts de changement comportemental. La plupart des thérapeutes sont enclins à d'abord explorer les pensées et les sentiments d'un patient à propos d'un événement négatif survenu dans sa vie. Cette tendance du thérapeute à vouloir aider quelqu'un à se sentir mieux peut être si ancrée, qu'il commencera immédiatement à travailler sur le post-C. Le souci est que les émotions ressenties sont peut-être fonctionnelles (déception, tristesse, agacement) et ne sont pas modifiées en REBT. Elles signent simplement que la personne souhaite vraiment arriver à changer son comportement ! En revanche, si les émotions sont dysfonctionnelles (culpabilité, déprime, colère) et menacent l'engagement de la personne dans le changement, il peut être adapté de prendre le temps d'explorer les croyances en B2 qui sous-tendent le caractère dysfonctionnel des émotions en C2. Ainsi, à moins que la personne ne risque d'abandonner ou de rechuter si c'est un comportement addictif, il est préférable d'examiner ce qui a contribué à la rupture du plan, de se concentrer sur la situation (A1) et les

croyances (B1) antérieures à l'échec (C1). En effet, comprendre ce qui s'est passé permettra de débusquer des croyances irrationnelles incompatibles avec une démarche d'apprentissage et de mieux anticiper ce type de situation à risque à l'avenir et donc de s'y préparer. En étant plus efficace dans le contrôle de son comportement dans la même situation, la personne aura de plus en plus de succès et donc de moins en moins de post-C.

Les jalons incontournables pour pouvoir commencer à rechercher les croyances irrationnelles en B sont un A précis et un C, émotionnel et/ou comportemental, clairement identifié en lien avec celui-ci. Le [chapitre 5](#) présente et explique ce que sont les croyances irrationnelles, leurs différents types ainsi que les méthodes pour les faire émerger en entretien.

Chapitre 5



Le B d'ABC : identifier les croyances irrationnelles

- 1 Les différents types de croyances irrationnelles
- 2 La place du B dans ABC

Dans les suites de l'exploration de A et de C, le rôle du thérapeute va être de faire émerger les croyances irrationnelles du patient qui expliquent les conséquences délétères qu'il subit (le C). L'enjeu est de ne pas confondre les pensées irrationnelles des pensées rationnelles afin d'éviter des biais dans la sélection des croyances à faire évoluer, voire à considérer comme irrationnelles des cognitions qui ne le sont pas. Une bonne connaissance de la typologie des croyances est donc nécessaire ainsi qu'une application par le thérapeute pour lui-même de la méthode afin d'être plus conscient de sa propre irrationalité. Se méfier des interférences de son propre système de production de croyances rationnelles et irrationnelles est sans doute ce qui caractérise le praticien aguerri en REBT.

Les pensées irrationnelles recherchées ne sont pas du registre des

hallucinations, des idées délirantes, complotistes ou paranormales, ce n'est pas à ce type de pensées auxquelles fait référence la REBT. Il s'agit plutôt de croyances qui n'ont pas de support logique, empirique ou fonctionnel (David *et al.*, 2019) et qui peuvent être observées chez l'ensemble des patients. Elles correspondent, comme les croyances rationnelles, à un traitement automatisé de l'information. Simplement, elles ne sont pas ou plus adaptées au réel de la situation vécue par le patient ou opérantes dans la gestion de celle-ci. Ce décalage est à l'origine de conséquences, d'effets C, sources de souffrance pour le patient.

De nombreux travaux ont souligné le rôle exercé par les croyances irrationnelles dans la détresse psychologique. Au-delà du stress et de l'anxiété, les études ont souligné l'effet direct ou indirect de ces croyances sur la santé mentale des individus comme facteur de vulnérabilité dans le vécu des situations stressantes. La présence de croyances irrationnelles a également été associée à une augmentation des états anxieux chez des personnes ayant des traits de personnalité pathologiques.

Par exemple, dans une méta-analyse publiée en 2016 (Vîslă *et al.*) portant sur 83 études conduites dans 13 pays au cours des 60 dernières années, le lien entre croyances irrationnelles et souffrance psychologique a été confirmé. Dans la typologie des croyances associées à la perturbation émotionnelle, l'intolérance à la frustration a été repérée comme un modérateur significatif entre pensée et détresse. De même, la relation entre les croyances irrationnelles et des troubles comme la dépression et l'anxiété est apparue comme significative. À ces liens s'ajoutent, bien évidemment, des éléments contextuels comme les événements de vie stressants et des caractéristiques des patients comme l'âge, le niveau d'éducation ou l'état clinique. Ces facteurs vont venir amplifier la relation entre irrationalité et détresse psychologique. Par exemple, l'association entre croyances irrationnelles et colère augmente avec l'âge. La prise en charge de ces croyances est donc essentielle pour éviter une dégradation de la situation avec le temps et la multiplication des expositions aux événements de vie stressants de l'existence.

Alors qu'entend-on par croyances rationnelles et croyances irrationnelles ?

Une croyance irrationnelle est une demande sur la réalité telle que l'individu voudrait qu'elle soit, c'est-à-dire favorable à ses désirs surtout quand il le

désire fortement. Ces croyances sont généralement formulées en termes de « *il faut...* », « *je dois...* », « *cela devrait...* », « *j'exige...* » (les « *must* » en anglais). Une croyance rationnelle représente une forme d'acceptation de la réalité, même si celle-ci n'est pas favorable à la personne et indépendamment de la force de son désir. Ces croyances peuvent être formulées par des expressions comme « *j'aimerais...* », « *je préfère...* », « *je souhaite...* », etc.

Une croyance irrationnelle a les caractéristiques suivantes (DiGiuseppe *et al.*, 2014) :

- Elle est absolue, dichotomique, rigide et inflexible,
- Elle n'est pas logique,
- Elle n'est pas conforme à la réalité,
- Elle n'aide pas à atteindre son objectif,
- Elle conduit à des émotions malsaines et dysfonctionnelles.

Par conséquent, les caractéristiques d'une croyance rationnelle sont à l'opposé :

- Elle est flexible et nuancée,
- Elle est logique,
- Elle est utile dans la poursuite de son objectif,
- Elle conduit à des émotions saines et fonctionnelles, même lorsque la personne est confrontée à des événements négatifs.

Une croyance rationnelle est nécessairement logique, mais elle est aussi vérifiable de façon empirique, c'est-à-dire qu'on peut la soutenir par des preuves. Contrairement à une croyance irrationnelle qui est absolue, la croyance rationnelle est plutôt conditionnelle et relativiste. Elle est aussi généralement exprimée sous la forme d'un désir, d'un espoir, d'une envie, d'un souhait ou d'une préférence plutôt que sous la forme d'une exigence. Elle permet aux individus d'accepter de ne pas nécessairement atteindre leurs objectifs. Par conséquent, contrairement aux croyances irrationnelles qui vont généralement être accompagnées d'émotions excessives et inadaptées, les croyances rationnelles sous-tendent plus souvent des émotions modérées et adaptées. Ainsi, elles peuvent conduire à des sentiments négatifs, à des émotions plus ou moins fortes, mais qui seront fonctionnelles et saines. Ce qui est recherché en REBT, ce n'est pas l'absence d'émotion, mais plutôt la

recherche d'émotions utiles et fonctionnelles qui permettent aux patients de faire face aux aléas de l'existence. Ces émotions peuvent être des émotions désagréables, dites négatives, qui peuvent être utiles alors que des émotions agréables peuvent être sous-tendues par des croyances irrationnelles.

Ellis a proposé de classer les croyances irrationnelles en quatre catégories différentes : la croyance irrationnelle de base qui est exigeante et dogmatique et les trois croyances irrationnelles qu'il a appelées « dérivées » car elles sont dérivées de la croyance de base ou « évaluatives » car elles évaluent les inférences selon :

- la dureté de ce qui est inféré : croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation ;
- la capacité à tolérer ce qui est inféré : croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration ;
- la valeur de ce qui est inféré : croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine.

1) LES DIFFÉRENTS TYPES DE CROYANCES IRRATIONNELLES

La croyance irrationnelle peut être à la fois une exigence de la réalité selon laquelle il faut obtenir ce que l'on veut et une définition absolutiste, rigide, étroite et arbitraire de ce dont on a besoin pour son confort, sa sécurité ou sa valeur personnelle. Au début, Ellis a donné les onze exemples de croyances irrationnelles les plus observées dans sa pratique clinique. Avec le temps, la théorie a changé pour mettre l'accent sur les croyances irrationnelles d'exigence, d'intolérance à la frustration, de catastrophisation et d'évaluation globale de la valeur humaine (Walen *et al.*, 1980). Ellis a proposé que l'exigence soit une croyance irrationnelle fondamentale et que toutes les autres croyances irrationnelles en sont déduites psychologiquement. Toute perturbation émotionnelle pourrait être réduite à des exigences envers soi-même, les autres ou le monde (DiGiuseppe, 1996).

Les croyances irrationnelles de base de type

exigence dogmatique

Les croyances impératives jouent un rôle important dans la perturbation émotionnelle. Ces croyances sont reconnaissables par des verbes qui expriment l'absolu : *devoir* et *falloir* (« Je *dois* », « Il *faut* »). Elles représentent des ordres donnés à la réalité d'être d'une certaine manière. Ces demandes impératives se différencient beaucoup des préférences, des souhaits et des désirs qui sont généralement considérés comme étant plutôt sains. Les thérapeutes n'ont aucun intérêt à faire changer les préférences, les souhaits et les désirs des personnes qui les consultent, car ils ne causent pas la perturbation. En revanche, lorsque ces personnes exigent de façon dogmatique la réalisation de leurs désirs (« il *faut* que mon conjoint soit attentif à moi quand je le veux »), il va se produire une perturbation émotionnelle qui pourra être problématique si les choses ne se passent pas comme prévu (« hier mon conjoint n'a pas fait attention à moi et cela m'a terriblement angoissé »). De façon parfaitement saine, les humains font en sorte que leur vie corresponde à leurs schémas dominants pour que leurs attentes ne soient pas trop contrariées. Malheureusement, la réalité ne se passe pas toujours comme ils l'avaient imaginée et ils peuvent ressentir de la douleur s'ils restent attachés à leurs attentes idéalisées sur leur vie. Par exemple, une épouse dont le mari vient de subir un AVC qui a entraîné une perte d'autonomie importante pourra passer sa vie à se dire que la vie *doit* lui apporter satisfaction et que cet accident n'aurait pas *dû* se produire. Elle *exige* de sa vie qu'elle se passe comme elle l'*exige* même si elle le formule consciemment comme un souhait, sans intégrer les nouvelles informations qui viennent contrarier son projet de vie. Ce décalage risque d'entraîner de la souffrance pour cette épouse si elle n'ajuste pas son système de croyances à la réalité.

Piaget (1954) a développé les notions d'assimilation et d'accommodation pour évoquer la différence entre les attentes des sujets et la réalité. La production d'un nouveau schéma plus adaptatif à la nouvelle situation est l'accommodation. Au contraire, l'assimilation consiste à maintenir le schéma en dépit des informations discordantes. Les personnes peuvent même tenter de modifier leur perception de la situation pour conserver leur schéma. Dans l'exemple *supra*, l'épouse s'accommode si elle se tourne vers des professionnels pour l'aider à s'occuper de son mari, si elle prend un logement adapté aux personnes à mobilité réduite, si elle lui trouve des activités

adaptées, si elle continue à prendre soin d'elle malgré la situation, etc. Si au contraire, elle tente de maintenir son style de vie d'avant en continuant à tout gérer à la place de son mari, sans demander d'aide, à exiger de lui qu'il continue à faire des tâches qu'il ne peut plus réaliser, il y a assimilation à la vie d'avant et donc de la souffrance, probablement pour les deux.

Ainsi, les demandes impératives, les exigences sur la vie causent des perturbations parce que les humains utilisent l'assimilation pour faire face à l'écart entre leurs attentes et la réalité. Cet écart suscite des émotions désagréables et un sentiment de frustration ou de menace qui rend plus difficile la résolution du problème. De plus, il est souvent plus difficile de résoudre un problème qui *ne devrait pas* exister pour la personne. Si l'épouse reconnaît la réalité de la situation de dépendance de son mari, elle pourra se concentrer sur la recherche d'aide et de solutions pour eux deux. Tant qu'elle *exige* que ce problème de santé n'aurait pas *dû* se produire, elle reste bloquée et ne peut pas trouver de solution adaptée et jugera toute proposition extérieure comme insatisfaisante.

Travailler sur l'irrationalité de l'exigence ne revient pas à attendre des patients qu'ils acceptent tout sans réaction. Il est important de reconnaître, par exemple avec cette épouse, que sa vie ne sera plus jamais la même et que cette nouvelle situation entraîne des pertes malheureuses pour elle et son mari. L'acceptation de la réalité ne signifie pas l'approbation, mais l'accommodation, c'est-à-dire un ajustement sain et adapté à la nouvelle situation.

Les exigences irrationnelles peuvent être aussi exprimées par le terme de *besoin* : « j'ai *besoin* de l'amour de mes proches pour vivre ». Ce terme fait référence aux besoins vitaux des humains. Maslow (1943) a défini et classé les besoins selon leur importance pour les humains. Il considérait les besoins physiologiques d'hygiène, d'alimentation, d'élimination et d'hydratation comme étant prioritaires par rapport aux besoins sociaux et psychologiques. Il est évident que les nouveau-nés, les enfants ainsi que les personnes vulnérables mentalement ou psychiquement ont besoin d'autre chose que de soins corporels pour se développer et survivre. En revanche, il est irrationnel de confondre les exigences des enfants et des personnes vulnérables avec celles des adultes. Ces derniers peuvent parfaitement survivre si leurs besoins physiologiques sont satisfaits, même s'ils ne reçoivent aucune attention ni aucun soutien de la part de leur entourage.

En REBT, le thérapeute aide le patient à trouver ce qui est important pour lui dans la vie et par quels moyens il peut réaliser ses désirs s'ils sont réalistes. En abandonnant l'exigence exprimée comme un besoin absolu, le patient aura plus d'énergie pour satisfaire ses désirs ou y renoncer de façon réaliste sans souffrir inutilement comme si sa vie tout entière en dépendait.

Ellis a proposé de classer les innombrables exigences impératives irrationnelles sous trois rubriques principales :

- Le succès et l'approbation : « Je *dois* être performant et être reconnu de personnes signifiantes ».
- La considération : « Les autres *doivent* me traiter avec justice et respect ».
- Les conditions de vie : « les conditions de vie *doivent* m'être favorables et bénéfiques pour connaître le bonheur ».

Parallèlement à ces croyances irrationnelles de base, Ellis a identifié trois autres types de croyances irrationnelles. Elles accompagnent généralement la croyance irrationnelle de base en la complétant ou en la justifiant. Les thérapeutes en REBT les appellent les croyances irrationnelles dérivées car elles découlent souvent de l'exigence de base des patients :

- La croyance irrationnelle dérivée de type catastrophisation : « si je devais avoir des problèmes de santé, ce serait une vraie *catastrophe*. C'est *horrible* de devoir passer sa vie avec un traitement ! »
- La croyance irrationnelle dérivée de type intolérance à la frustration : « je ne *dois* pas avoir de problème de santé parce qu'il est certain que je ne pourrai pas *supporter* les contraintes liées à un traitement ».
- La croyance irrationnelle dérivée de type dévalorisation globale de la valeur humaine : « je suis *nul* de ne plus pouvoir faire tout ce que je faisais avant à cause de mes problèmes de santé ! ».

Les croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation

Les patients qui ont des croyances irrationnelles de type catastrophisation ont

des pensées négatives exagérées sur eux-mêmes, les autres et la réalité. Ils ont une tendance à surévaluer le négatif d'un événement sans jamais chercher à vérifier si en réalité cette évaluation est correcte ou non et si les conséquences réelles ou imaginées sont si terribles que ça. Ces croyances irrationnelles peuvent porter sur des événements passés (« cette rencontre a été une vraie catastrophe pour ma vie »), sur le présent (« je vis l'enfer au travail en ce moment ») et le futur (« si mon fils ne travaille pas assez à l'école, sa vie sera foutue ! »). Souvent, les patients exigent de la réalité quelque chose et surévaluent négativement les conséquences de la non-satisfaction de leurs exigences. La croyance rationnelle reconnaît que certains événements sont malheureux, mais qu'il est possible d'y survivre et que, la plupart du temps, les conséquences ne sont pas si dramatiques qu'ils ne l'avaient imaginé et qu'ils peuvent les surmonter même si cela est au prix d'efforts importants. En effet, il n'est pas rare d'entendre des personnes formuler des pensées catastrophiques sur des événements de vie qui ne sont, en réalité, pas si catastrophiques. Ils prédisent que les conséquences seront très négatives, mais ils ne l'ont jamais vraiment vérifié dans la réalité. Par exemple, une patiente pourra prétendre que si sa relation avec son nouveau conjoint ne fonctionne pas, elle ne pourra jamais rencontrer un autre homme car cela sera trop difficile pour elle. Pour les situations qui sont perçues de façon très pessimiste par le patient, mais qui ne semblent pas être si terribles au thérapeute, il pourra se concentrer sur la question de savoir si l'événement est vraiment si *terrible* qu'il le prétend et s'il entraîne autant de conséquences qu'il l'imagine.

Concernant les personnes qui vivent des situations vraiment difficiles, les pensées peuvent être considérées comme étant en lien avec la réalité. Le décès d'un enfant, l'annonce d'une maladie grave et incurable, des violences sexuelles, etc. sont des événements que tout le monde aura tendance à considérer comme terribles. Pour ces situations, et plus généralement, dans les situations où il est difficile d'évaluer objectivement la gravité de l'événement, DiGiuseppe *et al.* (2014) recommandent aux thérapeutes de se concentrer sur le dysfonctionnement de la catastrophisation et non sur la valence négative de l'événement. D'après Ellis et Harper (2007), ce qui est irrationnel, ce n'est pas de juger négativement un événement, mais les termes utilisés pour le définir. En effet, il est fréquent de qualifier un événement triste ou très dommageable de *terrible*. Au-delà d'un simple mot ou d'une simple question de vocabulaire, il apparaît que les cognitions connotées avec

une intensité importante sont le plus souvent ressenties de façon dysfonctionnelle au niveau émotionnel. Dans les mots comme *terrible*, *horrible*, *affreux*, il y a une signification supplémentaire, magique, sans référent empirique, autre que la réalité déjà comprise dans les termes triste, fâcheux, désavantageux, frustrant, douloureux...

D'après la théorie de la sémantique générale, il est préférable d'éviter d'avoir recours à de telles abstractions impossibles à se représenter avec justesse. Le fait que n'importe quel événement apparaît comme *terrible*, *affreux* ou *horrible* sous-entend que les humains n'ont absolument aucun contrôle sur cet événement et qu'ils sont trop faibles pour affronter la réalité. Quelle que soit l'intensité avec laquelle un événement semble malheureux ou indésirable, les humains sont en réalité souvent en mesure d'en changer le cours ou d'y faire face. En revanche, s'ils considèrent les événements comme étant *terribles*, ils renoncent au contrôle qu'ils pourraient exercer sur les événements ou sur leurs réactions, car ils seront trop submergés par les effets de l'horreur imaginée. En réalité, seul un supplice prolongé causé par une souffrance physique soutenue et intraitable est le seul qui soit légitimement affreux (Ellis et Harper, 2007).

Les croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration

Dans la littérature sur la REBT, la notion d'intolérance à la frustration correspond à différents contenus de croyance comme, l'intolérance aux émotions, aux tracas, à l'effort, aux difficultés, à l'inconfort quotidien, à la gratification différée et à l'injustice, ainsi qu'aux objectifs frustrés (Dryden et Gordon, 1993). Ellis (2003b) a proposé que certaines croyances concernent le degré de frustration et d'inconfort que les humains pensent pouvoir tolérer. Il s'agit d'une estimation de la capacité d'une personne à soutenir un effort, à survivre ou à lutter contre la frustration, l'inconfort ou la douleur.

Les gens ont des croyances concernant leur force et l'effort qu'ils peuvent fournir et leur capacité à tolérer cette douleur. Ellis a appelé l'émotion associée à ces pensées irrationnelles l'anxiété d'inconfort. Ces croyances impliquent qu'un individu ne peut pas supporter une chose qu'il trouve frustrante ou qu'il ne pourra pas lui survivre. Ces croyances sont illogiques car nous tolérons généralement ce que nous prétendons ne pas pouvoir

supporter. En réalité, les humains sont capables de supporter les adversités de leur vie, bien plus qu'ils ne l'imaginent. Dans l'exemple de l'épouse avec son mari devenu dépendant, est-ce qu'elle pourrait mourir d'avoir un mari souffrant ? Comment pourrait-on expliquer qu'elle ne supportera pas cette nouvelle situation ? Elle pourrait mourir ou tomber malade (comme cela peut arriver à tout le monde), mais est-ce que cela serait lié à la dépendance de son mari ? Ce qui est souvent constaté, c'est que les humains cherchent à fuir les émotions désagréables et, en fuyant de la sorte, ils s'ajoutent d'autres contraintes et surtout de l'émotion. Par exemple, l'épouse qui pense qu'elle ne pourra pas *supporter* la dépendance de son mari, se sentira trop déprimée pour avoir les ressources pour mettre en place les aides nécessaires. Ne mettant pas en place les aides, elle risque de s'épuiser. Pour finir, elle va certainement survivre à cette situation, mais son ressenti négatif sera amplifié car elle sera déprimée et épuisée. Secondairement, elle pourra aussi se sentir coupable de ne pas faire face à la situation. En REBT, il peut être préférable de travailler l'émotion seconde avec les patients (dans l'exemple, la culpabilité avant la tristesse).

Les termes de tolérance et d'acceptation peuvent être mal compris par les patients qui pensent parfois que le thérapeute leur demande de renoncer, de se résigner ou d'accepter passivement la situation. Or, pour le thérapeute en REBT, il s'agit du contraire. Aider les patients à développer la croyance rationnelle selon laquelle ils peuvent supporter l'inconfort renforce la détermination à surmonter les problèmes rencontrés.

L'intolérance à la frustration peut aussi concerner les comportements des autres. Par exemple, un patient qui trouve *insupportable* le fait que sa fille ne veuille pas avoir de contact avec sa nouvelle compagne pourra tenir ce genre de discours : « Lisa *doit* apprécier ma nouvelle compagne. Je trouve ça *insupportable* qu'elle ne l'aime pas alors que c'est une femme super ! Si je ne trouve pas de solution pour résoudre ce problème, ma vie sera trop difficile... ». Ce patient pense qu'il peut trouver une solution pour faire changer d'avis sa fille parce qu'il *exige* d'une part, que sa fille *doive* apprécier sa compagne, et d'autre part, il prétend qu'il ne pourra pas *supporter* cette mésentente. Il en découle qu'à chaque fois qu'il tente quelque chose envers sa fille, il se sent coupable de ne pas parvenir à la faire changer d'avis, ce qui est de plus en plus douloureux pour lui et l'éloigne de plus en plus de sa fille.

La REBT prétend qu'il est sain de *souhaiter* changer une situation qui n'est

pas favorable, mais qu'il est irrationnel *d'exiger* ce changement, d'autant qu'il ne nous appartient pas de changer la réalité et les comportements des autres. Les patients peuvent avoir tendance à confondre l'acceptation de la réalité et du comportement de l'autre avec l'approbation. Le patient de l'exemple *supra* peut trouver dommage que sa fille n'aime pas sa compagne, mais considérer qu'il s'agit du choix de sa fille sur lequel il ne peut pas agir. Il aura intérêt à la laisser cheminer à son rythme et décider par elle-même si elle souhaite voir sa compagne. Cela sera désagréable pour lui et parfois inconfortable, mais il pourra faire avec cette situation le temps qu'il faudra et peut-être même toute sa vie.

Les croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine

Ces croyances sur la dévalorisation globale de l'être humain ne peuvent pas être vraies, car une personne ne peut pas être évaluée comme bonne ou mauvaise dans la mesure où il est impossible d'être complètement bon ou mauvais en raison de la complexité des êtres humains (Ellis, 1994). En revanche, ce qui peut être évalué, c'est le comportement des personnes plutôt que leur valeur directement.

D'après la sémantique générale, les réactions identitaires favorisées par le verbe *être* entraînent une surgénéralisation, une confusion et des comportements mal adaptés. Le verbe *être* implique généralement que le sujet de la phrase représente le complément d'objet. Par exemple, dans l'énoncé « Paul est alcoolique », il est dit que l'identité de Paul est incluse dans le fait d'être dépendant à l'alcool. Or l'identité de Paul peut être définie de diverses façons qui ne représentent toujours que la vision de celui qui l'exprime. Par exemple, sa fille pourra dire de lui qu'il est un bon père, son médecin pourra dire qu'il est un consommateur d'alcool, son patron qu'il est un mauvais salarié, etc. Il s'agit toujours du point de vue de celui qui l'exprime et non de la réalité tout entière sur Paul. Il est donc souvent plus approprié de décrire des comportements que d'utiliser le verbe *être* : « Paul présente un mésusage de l'alcool, il consulte son médecin pour ce problème. Sa fille trouve qu'il se comporte de façon responsable à son égard et son patron n'apprécie pas sa façon de travailler. »

Quand ce sont les comportements qui sont décrits plutôt que des

caractéristiques intrinsèques d'un individu, cela change le regard sur cette personne et facilite l'accès à des solutions possibles. Par exemple, si la consommation d'alcool ne définit pas Paul en tant que personne, mais qu'il est avéré qu'il présente un problème de consommation, il pourra lui être proposé un suivi adapté s'il le souhaite. Si son patron n'apprécie pas sa façon de travailler, il pourra lui préciser ce qu'il n'apprécie pas dans son travail pour tenter de faire évoluer la situation, etc. L'extrait d'entretien suivant illustre à quel point l'usage du verbe *être* dans les autoverbalisations des patients ne les aide pas à trouver des solutions à leurs problèmes :

Patient : Je suis vraiment nul d'avoir proposé une formation inadaptée à ce groupe de participants.

Thérapeute : Est-ce que le fait de proposer quelque chose d'inadapté détermine notre valeur ?

Patient : Bien sûr. Je suis nul ! Si j'avais pris plus de temps, j'aurais pu leur proposer quelque chose de plus adapté.

Thérapeute : Bien sûr vous avez manqué de temps et n'avez pas pu proposer ce que vous souhaitiez de mieux pour ce groupe, mais peut-on en conclure que vous êtes nul ?

Patient : Bah oui ça c'est vrai, je suis un gros nul !

Thérapeute : OK l'affaire est bouclée ! Si vous êtes nul, il est sûrement préférable de ne plus jamais faire de formation !

Patient : Voilà, vous avez tout compris. À quoi bon faire de la formation quand on est nul !

Thérapeute : Moi, je vois surtout une personne qui n'a pas bien préparé sa formation plutôt qu'une personne sans valeur...

Dans cet exemple, il est clair que le patient qui s'enferme dans sa croyance irrationnelle concernant sa valeur ne va pas chercher de solutions, alors que le problème réel est qu'il n'a pas pris le temps suffisant pour bien préparer sa formation. La prise de conscience de l'importance de la préparation l'aidera à avoir un comportement plus prévoyant la prochaine fois. Cela va favoriser la mise en action, alors que l'auto-évaluation négative le décourage et le déprime.

La REBT tente d'apprendre aux patients à évaluer leurs actes et non eux-mêmes, ainsi qu'à évaluer les comportements des autres et non leur valeur intrinsèque. Le concept même de valeur est critiqué comme celui de non-valeur. En effet, si les humains se jugent en fonction de leur valeur, ils peuvent tout aussi bien le faire en fonction de leur non-valeur. Ceci reviendrait à se juger positivement en fonction de ses bonnes actions et se juger négativement en fonction de ses mauvaises actions. Donc considérer

que nous avons, en tant qu'humain, une quelconque valeur intrinsèque en fonction de ce que nous avons fait ou pas fait dans notre vie est risqué et aléatoire. Considérer notre valeur personnelle en fonction des évaluations des personnes qui nous entourent est aussi risqué et aléatoire, car elle dépend des attentes des autres envers nous et de leur estimation de notre mérite. La valeur intrinsèque est indéfinissable et elle n'existe qu'en fonction de notre propre définition. Nous avons de la valeur quand nous croyons en posséder et en raison de notre seule existence. Ce concept de notre simple existence élimine la notion de valeur intrinsèque et revient à exprimer ceci : « Je m'accepte complètement moi-même, mon existence ainsi que le droit à la vie, à m'inventer une vie la plus heureuse possible malgré mes réussites et mes échecs, mes qualités et mes défauts ». L'acceptation de soi ne signifie pas la même chose que l'estime de soi ou la confiance en soi, car ces termes sous-entendent une acceptation de soi en fonction des actions positives ou du jugement positif des autres. L'acceptation de soi signifie simplement que nous acceptons de rester en vie et que nous avons décidé de le faire. Ellis parle de *l'acceptation inconditionnelle de soi*, « *unconditional self-acceptance* » (Ellis et Harper, 2007).

Les croyances irrationnelles

Elles sont absolues, dichotomiques, rigides et inflexibles ; elles ne sont pas logiques ; elles ne sont pas conformes à la réalité ; elles n'aident pas à atteindre son objectif ; elles conduisent à des émotions malsaines et dysfonctionnelles.

Quatre types :

- Les croyances impératives, dogmatiques et absolutistes : exigent de la réalité d'être d'une certaine manière au travers des verbes *devoir* et *falloir* ou du terme *besoin*.
- Les croyances dérivées de type catastrophisation : évaluent la dureté de ce qui est inféré au travers des termes *terrible*, *horrible*, *affreux*.
- Les croyances dérivées de type intolérance à la frustration : évaluent la capacité à tolérer ce qui

est inféré au travers des termes *insupportable*, *intolérable* et du verbe *ne pas supporter*.

- Les croyances dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine : évaluent la valeur de ce qui est inféré au travers des termes *nul*, *odieux*, *con*, etc.

2) LA PLACE DU B DANS ABC

Par définition, les croyances sont la partie immergée de l'iceberg de notre système de pensée. Le patient livre ses pensées automatiques, celles qui viennent aisément à la surface de sa conscience, à charge pour le thérapeute de plonger dans les profondeurs de la pensée pour mettre au jour les aspects non-conscients de son système de traitement de l'information qui va produire des conséquences C à partir de l'activateur A. Dans les faits, les pensées automatiques sont souvent de deux ordres : celles qui sont perçues directement par le patient et celles qui sont déduites. Comme évoqué dans le chapitre sur le A, dans la thérapie cognitive classique, ces pensées sont souvent la cible de l'intervention en première intention (la *contestation ou dispute inélégante*). Ces pensées relèvent fréquemment du A et non du B avec : soit une perception propre de la situation qui ne serait pas validée partiellement ou totalement par des observateurs externes, soit une inférence sur les événements.

Dans la REBT, la cible sera le niveau le plus profond du système de pensée, celui qui est tellement ancré dans le fonctionnement du patient qu'il en devient invisible pour lui-même, c'est-à-dire non-conscient.

C'est cette automatisation du traitement cognitif qui construit le non-conscient – l'inconscient cognitif – et non le résultat d'un refoulement de type psychanalytique dû au caractère inacceptable pour la psyché de la pensée. Le travail du thérapeute est donc à la fois de rendre conscientes ces pensées et d'aider le patient à faire évoluer ces croyances pour passer de l'irrationnel au rationnel. C'est une démarche en plusieurs étapes : la première est d'aider la personne à comprendre que le C problématique est la conséquence d'un B irrationnel et non du A, puis de l'accompagner dans

l'identification du B irrationnel. Ensuite, grâce à la contestation, il s'agira d'aboutir à la production d'un B rationnel associé à un C non-problématique. Cette étape nécessitant une acceptation d'un C souvent désagréable mais rationnel, c'est-à-dire en accord avec le réel.

Selon les thérapeutes, l'identification des croyances irrationnelles est associée à la recherche de pensées plus rationnelles. Ils profitent de la perception par le patient de son irrationalité pour l'amener à identifier une version rationnelle de la croyance et d'en déduire les nouvelles conséquences qu'elle produirait dans une même situation. Cette intégration de la contestation au sein même de l'évaluation ABC demande à la fois une bonne maîtrise de la REBT par le thérapeute, mais également par le patient. Néanmoins, une fois la dynamique thérapeutique bien engagée après une psychoéducation efficace, une telle gymnastique est possible.

Comme précisé précédemment, le travail sera en permanence compliqué par le mélange chez les patients entre les émotions et les pensées rendant parfois difficile le travail d'identification d'une croyance irrationnelle cible. Par ailleurs, la cible étant une activité non consciente, il ne faut pas s'attendre à ce que le patient livre le B sur un plateau. Des allers-retours permanents entre le C et le A vont favoriser peu à peu l'émergence des croyances irrationnelles avec parfois des propositions de formulation par le thérapeute de la synthèse irrationnelle qui relie le A au C. Ces hypothèses devront s'attacher à être présentées sans chercher à influencer le patient, mais rester des propositions, des hypothèses de la pensée profonde du patient. La réaction de celui-ci viendra infirmer, corriger ou valider la formulation du thérapeute avec bien souvent une réaction émotionnelle signifiant qu'il a bien identifié la « cognition chaude ». Selon la célèbre formule prêtée à Aaron Beck : « *l'émotion est la voie royale vers la cognition* ».

Le chaînage d'inférences

L'exploration du fonctionnement psychique du patient est souvent rendue difficile, car il rencontre des difficultés à décrire objectivement ce qu'il s'est passé, ce qu'il a ressenti émotionnellement et ce qui a fait le lien entre les deux. Le A rapporté peut être en fait une inférence (ou une déduction) plutôt qu'une réelle description objective de l'évènement activateur. L'intrication entre les émotions, les pensées et les comportements vient compliquer cette

tâche, mais n'oublions pas que le but n'est pas d'accéder à la vérité de la situation. L'enjeu est d'identifier la croyance irrationnelle sur laquelle il est nécessaire de se concentrer dans un objectif psychothérapeutique. Ceci peut supposer de prendre le A rapporté comme argent comptant plutôt que de le remettre en cause et de chercher un A confirmable. Cependant, il est nécessaire d'identifier dans le A l'élément le plus perturbateur au sein de différents composants en concurrence, le A critique, pour pouvoir aboutir à une cible thérapeutique pertinente : une croyance irrationnelle.

Favoriser l'enchaînement des inférences plutôt que s'y opposer

La notion de chaînage d'inférences a été introduite par Moore en 1983 pour souligner les difficultés rencontrées par les thérapeutes lors de l'évaluation. Dryden (1989) et Neenan et Dryden (1996) ont repris le concept pour en faire une technique aidante pour identifier l'Activateur avec un grand A, c'est-à-dire le A critique, l'activateur de la croyance irrationnelle entraînant le C. Moore avait montré la voie de cette technique en invitant le thérapeute à multiplier les questionnements lorsqu'il était aux prises avec une chaîne d'inférences dans le discours du patient. La question paradigmique du chaînage d'inférences est « et que se passerait-il si cela était vrai ? »

Dans le chaînage, les inférences se succèdent. Au lieu de s'arrêter à ces inférences et les traiter comme des A critiques, le praticien va relancer le patient en lui demandant « et alors quoi ? » ou « et donc ? » pour l'inviter à poursuivre dans l'enchaînement d'inférences. L'objectif est d'arriver à celle qui permet de révéler la croyance irrationnelle. Sur le chemin du chaînage, le patient peut aboutir à des C émotionnels ou comportementaux qui sont comme des voies sans issue dans la chaîne. Dans ce cas, le thérapeute va questionner la présence de ce C par rapport au A avec un « en quoi le fait qu'il se passe A vous fait ressentir C ? », « parce que vous vous dites quoi ? » ou un « pour quelles raisons vous ressentez cela ? » afin de faire repartir la chaîne d'inférences. Observons l'application de la technique dans l'échange suivant :

Patiente : Je suis terrifiée à l'idée de prendre la parole lors des réunions.

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous effraie le plus à propos de cela ?

Patiente : Je crains que ma voix tremble et que je sois incapable de m'exprimer clairement. (C

comportemental)

Thérapeute : Que redoutez-vous si c'est le cas ?

Patiente : Les gens penseraient que je suis incomptétente. (*Inférence*)

Thérapeute : Et s'ils pensaient ça de vous, **alors quoi ensuite** ?

Patiente : Ils perdraient tout respect pour moi. (*Inférence*)

Thérapeute : **Et donc ensuite** ?

Patiente : Bah, je me sentirais honteuse et humiliée. (*C émotionnel*)

Thérapeute : Vous vous sentiriez honteuse et humiliée, **parce que... ?**

Patiente : Parce que cela signifierait que je ne suis pas assez bonne et donc je ne mérite pas d'être respectée.

Thérapeute : Comment faites-vous le lien entre ces deux idées : être bonne et être respectée ?

Patiente : Pour être respectée, il *faut* être bonne. (*B croyance irrationnelle*)

Le thérapeute ne s'arrête pas aux inférences. Il continue jusqu'à trouver une croyance irrationnelle représentée par une exigence dogmatique, la catastrophisation, l'intolérance à la frustration ou le jugement global de la valeur humaine. Ce procédé peut conduire à mettre au jour des inférences reliées à différentes croyances irrationnelles.

Tableau 10. Tableau ABC de la patiente

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
La patiente se retrouve à devoir prendre la parole en public	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> Ils vont penser que je suis incomptétente <i>Croyances irrationnelles :</i> Pour être respectée, il <i>faut</i> être bonne	<i>Émotions :</i> Peur, honte

Les thérapeutes familiers des TCC trouveront ici des similitudes avec la flèche descendante utilisée pour accéder au scénario catastrophe. Il peut sembler étrange de questionner la personne pour lui demander la suite d'un scénario de plus en plus hautement improbable, mais c'est justement cette exploration qui offre la possibilité d'atteindre la croyance irrationnelle profonde à la base du scénario.

Sans se projeter en avant dans l'extrême et le scénario du pire, la relance du chaînage peut se faire par une simple conjonction de coordination : « et donc ? » comme dans l'exemple *supra*. Commencer une phrase et la laisser en suspens peut être tout aussi efficace : « cela signifierait que... », « parce que... ». Comme cela a été souligné dans les recherches sur l'efficacité de l'entretien motivationnel, plus le thérapeute soutient l'élaboration, plus la probabilité d'une évolution est grande. La subtilité est donc d'intervenir sans casser le processus de chaînage, mais au contraire en le relançant sans l'interrompre. Bien évidemment, ce type de soutien fonctionne avec des patients qui élaborent facilement et ont des capacités introspectives leur permettant de rester focalisés sur eux-mêmes.

Les difficultés du chaînage d'inférences

Le patient, bien souvent, tendra à commenter la situation plutôt que de décrire ce qu'il s'est dit. Par conséquent, les premiers partages seront principalement des pensées automatiques. Le thérapeute devra donc ramener régulièrement le patient sur l'établissement du lien entre le A et C. Parfois, ce simple questionnement suffira : « qu'est-ce qui, à votre avis, fait que A entraîne que vous ressentiez C ? » Si la réponse est une exigence, une obligation injustifiée, une intolérance à la frustration ou une dramatisation, le thérapeute saura qu'il touche au but. Dans d'autres cas, il reviendra régulièrement sur le lien A-C face à un patient qui repartira sur du commentaire de la situation.

La complexité du chaînage d'inférences est de renoncer à la tentation d'aller vers la *contestation ou dispute inélégante*. Le fait de ne pas s'arrêter à la première inférence venue évite de faire un travail de surface sur les inférences, une démarche assez caractéristique de la thérapie cognitive classique. Il est en effet tentant, surtout quand on se familiarise avec la pratique de la REBT, de demander au patient des preuves de ce qu'il avance ou des éléments factuels lui permettant de formuler l'inférence. Mais la non-contestation de celle-ci offre la possibilité d'aller plus loin. Cette démarche demande une alliance thérapeutique forte afin qu'il ne se sente pas malmené émotionnellement au-delà du nécessaire au travail thérapeutique. Il est important qu'il ait déjà assimilé les principes de la démarche et accepté que, par moments, il est pertinent de continuer bien que l'émotion soit intense pour en identifier la véritable cause. Le chaînage d'inférences en partant à la recherche de la cognition chaude la plus fondamentale s'accompagne parfois

d'un vécu émotionnel intense.

Une autre difficulté peut se présenter quand la relance échoue en entraînant sans le vouloir la production par le patient d'une *pensée alternative* comme dans la thérapie cognitive de Beck (Beck et Alford, 2009) en réponse au « et si on suppose que... ensuite ? ». Le patient va contester la validité de l'inférence ou y percevoir un biais cognitif, comme une dramatisation ou une surgénéralisation.

Par exemple, dans la situation de la patiente qui craint de prendre la parole en public, le thérapeute lui demande « et s'ils pensaient ça de vous, alors quoi ensuite ? » quand elle partage qu'on la juge incompétente. Ce questionnement pourrait être entendu comme une remise en cause de la validité de cette crainte et amener la patiente à répondre « vous avez raison, ce n'est peut-être pas si important que cela. Je devrais être capable de m'en moquer. »

Cette réfutation va donc être l'inverse de l'effet recherché. D'autant que la relance et le fait de ne pas s'arrêter sur l'inférence peuvent être parfois perçus comme une contestation implicite soulignant l'absurdité de l'inférence ou sa faible conséquence comportementale ou émotionnelle. Dans l'échange *supra*, au « et s'ils pensaient ça de vous, alors quoi ensuite ? » du thérapeute, la patiente aurait pu répondre « oui, c'est vrai finalement, ce n'est pas si grave. » Et, c'est à ce moment-là, qu'il est important de tenter de relancer le chaînage afin d'accéder au B. Cela peut prendre la forme d'une amplification de l'inférence : « mais supposons que toute la salle se mette à penser que vous êtes vraiment incompétente, que le public reparte avec cette idée-là... »

Une autre stratégie peut être de l'amener à imaginer le pire qui pourrait se produire : « dans cette situation, que pourrait-il arriver de pire, ensuite, si on pense que vous êtes incompétente ». Enfin, il est utile parfois d'utiliser une variante de l'émotion mise en avant précédemment pour faire repartir le chaînage. L'objectif est de reconnecter la personne à son système cognitif émotionnel, celui des cognitions chaudes et des croyances irrationnelles.

Thérapeute : Et s'ils pensaient ça de vous, **alors quoi ensuite** ?

Patiene : Oui, c'est vrai finalement, ce n'est pas si grave.

Thérapeute : Ce ne serait pas si grave et, en même temps, qu'est-ce qui pourrait être **un vrai sujet d'inquiétude** si cela arrivait ?

Patiene : De me sentir honteuse. (*C émotionnel*)

Thérapeute : Vous sentir honteuse **parce que...** ?

Patiante : Parce que je ne suis pas assez bonne.

Thérapeute : **Et donc ?**

Patiante : Je ne suis pas digne d'intérêt, de respect. (*Les larmes aux yeux*)

Le chaînage d'inférences et les émotions multiples

Le chaînage d'inférences peut aussi être l'occasion d'observer la présence d'émotions différentes dans une même situation. Il est important de prendre en compte chacune de ces émotions, car elles ne témoignent pas des mêmes croyances irrationnelles.

La fonction du chaînage d'inférences est donc également utile pour explorer les différentes émotions présentes dans la situation, rechercher celle qui active le plus le patient comme dans le dialogue suivant :

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous angoisse à l'idée de cuisiner pour un grand groupe d'amis ?

Patient : J'ai *peur* que mon repas ne soit pas à la hauteur de leurs attentes.

Thérapeute : Et si c'est le cas, qu'est-ce qui vous angoisse le plus ?

Patient : Qu'ils pensent que je n'ai pas fait d'effort.

Thérapeute : Et supposons qu'ils le pensent, alors ensuite... ?

Patient : Cela m'agacerait. (En hochant de la tête)

Thérapeute : Et qu'est-ce qui vous ferait vous sentir ainsi ?

Patient : J'ai passé tant de temps à choisir les recettes, à faire les courses et à préparer. Si malgré tout ça, ils ne l'apprécient pas, cela veut dire que tout mon effort a été vain. (*En soufflant et en baissant la tête*)

Thérapeute : Et donc si votre effort a été vain... ?

Patient : Ce serait la *honte* d'avoir échoué, d'être nul.

Thérapeute : Entre la *peur* de ne pas être à la hauteur des attentes de vos invités, l'*agacement* d'avoir fourni des efforts en vain, et la *honte* d'être nul, qu'est-ce qui domine le plus dans cette situation ?

Patient : Clairement, la honte d'être nul.

Dans cet exemple, le thérapeute pourrait s'arrêter à l'idée qu'un effort important doit être suivi d'une appréciation positive, mais des signaux verbaux et non verbaux lui indiquent qu'il risquerait de passer à côté d'un élément plus fondamental. Encore une fois, les changements émotionnels observés, les différentes inférences peuvent être chacune la cible psychothérapeutique ; l'objectif ici est d'identifier le A critique pour accéder

à la croyance elle-même déterminante.

Le patient est une aide précieuse dans cette tâche. En reprenant avec lui, les différentes inférences apparues dans le chaînage, en évaluant le degré d'affect pour chacune, en requérant son avis, le thérapeute peut déterminer celle qui sera la plus pertinente à prendre en compte.

Le chaînage d'inférences et les émotions secondes

Le chaînage d'inférences va également permettre au thérapeute d'explorer la présence de métaproblème, c'est-à-dire d'émotions secondes C2 comme le présente le dialogue suivant :

Patiente : J'étais angoissée à l'idée d'aller chez le podologue.

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous angoissait à l'idée d'aller chez le podologue ?

Patiente : Je ne sais pas trop, j'avais peur de perdre mes moyens.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Patiente : J'aurais pu bafouiller, ne pas réussir à lui dire que je n'avais pas mis mes semelles. (*C comportemental*)

Thérapeute : Si cela avait été le cas, **en quoi** cela vous aurait angoissée ?

Patiente : Il aurait pensé que j'étais débile. (*Inférence*)

Thérapeute : Ce n'est pas ce qu'il s'est passé mais imaginons s'il pensait ça de vous, **alors quoi** ?

Patiente : Je perdrais toute crédibilité. (*Inférence*)

Thérapeute : **Et donc** ?

Patiente : Et bien j'aurais honte. (*C2 émotionnel*)

Thérapeute : Si vous perdiez toute crédibilité, qu'est-ce que vous vous diriez qui ferait que vous auriez honte ? (*Lien A2-B2-C2*)

Patiente : Je me dirais que je ne suis pas comme il faut. (*Début d'une exigence B*)

Thérapeute : C'est-à-dire ? Pas comme il faut ? Parce qu'il faut que vous soyez comment ?

Patiente : Ben il *faut* que je sois affirmée !

Parfois, le chaînage d'inférences est difficile à accomplir. Dans ces cas-là, le thérapeute pourra s'aider de différentes stratégies.

L'interprétation inductive

Cette stratégie est très utile pour certaines personnes qui sont dans l'attente

d'un éclairage du thérapeute, de son interprétation de la situation et de leur fonctionnement psychologique. La relance va dans ce cas être perçue comme une attente du thérapeute d'une certaine réponse. « Où voulez-vous en venir ? » « Qu'est-ce que vous cherchez à me faire dire ? » seront des réactions qui témoigneront de la nécessité de changer de stratégie pour choisir l'interprétation inductive : le thérapeute propose ses propres interprétations quant aux croyances du patient.

Cependant, pour aider la personne à se recentrer sur ses propres réflexions, le thérapeute propose ses interprétations sous forme d'hypothèses, en laissant la place à une correction de celles-ci par le patient si elles n'étaient pas vérifiées. L'écoute réfléchive de l'entretien motivationnel peut ici s'avérer utile en formulant des reflets complexes traduisant ce que le thérapeute perçoit des préoccupations de la personne. Comme dans l'exemple suivant :

Patient : Dernièrement, je me sens complètement dépassé par mon travail. Chaque fois que je commence un projet, je me sens paralysé.

Thérapeute : Pouvez-vous identifier des pensées spécifiques, quand vous commencez un projet et que vous vous sentez ainsi paralysé ?

Patient : Pas vraiment. Je me sens juste submergé et incapable de commencer.

Thérapeute : Voyons si nous pouvons creuser un peu. Pourriez-vous penser quelque chose comme : « Je dois faire ce travail parfaitement sinon c'est un échec total » ?

Patient : Eh bien, je n'avais pas vraiment pensé à cela, mais maintenant que vous le dites, je pense qu'il y a quelque chose de cela. Surtout, avec mes collègues, je me sens comme si je ne pouvais pas me permettre de faire une erreur. (*Il hoche la tête, les yeux un peu écarquillés comme s'il voyait quelque chose de terrible*)

Thérapeute : Cela semble vraiment vous effrayer cette idée, vos yeux s'écarquillent, vous secouez la tête comme si vous étiez face à quelque chose d'horrible.

Patient : Oui, je ne me vois pas être en échec devant mes collègues.

Thérapeute : Et que pensez-vous de cette idée : « Si je ne réussis pas parfaitement dans mon travail, cela signifie que je ne suis pas compétent et que les autres me jugeront négativement » ?

Patient (*visiblement anxieux*) : Oui, c'est exactement ce que je ressens. J'ai peur que les autres pensent que je suis *nul*.

Thérapeute : Et en quoi cela vous fait peur ?

Patient : C'est *horrible*, je ne veux pas qu'on pense cela de moi. (*Tête baissée*)

Dans cet exemple, le thérapeute s'appuie sur le non verbal du patient pour relancer le chaînage. Le reflet de sentiment ou d'émotion est une stratégie utile pour soutenir l'élaboration et introduire dans le champ verbal ce qui n'était pas exprimé directement par le patient. Le [tableau 11](#) synthétise

l'analyse fonctionnelle du dialogue.

Tableau 11. Exemple d'analyse fonctionnelle

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Le patient entame un nouveau projet dans le cadre de son travail	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Je suis submergé Je suis paralysé</p> <p>Les autres vont penser que je suis nul</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>C'est horrible, je ne veux pas qu'on pense que je suis nul</p>	<p><i>Émotions :</i></p> <p>Peur, anxiété</p>

Le traitement de l'information chez le patient repose sur une constellation de croyances reliées les unes aux autres, certaines rationnelles, d'autres irrationnelles ; même si cette distinction stricte n'est pas toujours simple, le contexte d'usage d'une croyance pouvant la rendre rationnelle ou irrationnelle. En ne s'arrêtant pas sur chacune des inférences pour aller rechercher la croyance irrationnelle correspondante, le thérapeute est à la recherche de celle qui met le plus le patient en difficulté en conduisant au C problématique.

Néanmoins, l'observation et la prise de conscience de cet enchaînement d'inférences peuvent être également une stratégie thérapeutique pour le patient dans certaines difficultés ou certains troubles. Un défi majeur dans la REBT est d'aider la personne à se détacher du lien qu'elle établit entre A et C au profit d'une attribution de la perturbation à B, c'est-à-dire à la personne elle-même. C'est une évolution de paradigme difficile à accomplir car elle remet en cause les idées du patient sur la causalité émotionnelle. Comme le soulignait Albert Ellis dans cette déclaration célèbre : « *Les meilleures années de votre vie sont celles où vous décidez que vos problèmes sont les vôtres. Vous ne les imputez pas à votre mère, à l'éologie ou au président. Vous réalisez que vous contrôlez votre propre destin.* »

La relance dans la poursuite du chaînage est favorable à cette prise de conscience du patient de la responsabilité de son système de pensée dans sa

souffrance psychique. Dans le trouble anxieux généralisé, dans le trouble panique, dans l'agoraphobie ou l'hypocondrie, par exemple, l'enchaînement des inférences conduit à la catastrophisation dans le vécu de l'expérience. La compréhension de ce mécanisme par le patient peut être alors utilisée pour contester la croyance fondamentale associée au catastrophisme plutôt que de contester chacune des croyances associées aux inférences.

La première étape est de demander au patient de citer les pensées présentes au moment des conséquences C en lien avec l'activateur A. Ensuite, le thérapeute propose une croyance irrationnelle qui semble regrouper les sens des inférences exprimées par le patient. Prenons l'exemple suivant pour observer la conduite de l'exploration du B.

Thérapeute : Quand vous avez vu votre supérieur faire la moue après votre présentation et ne pas faire de commentaires, qu'est-ce que vous vous êtes dit ?

Patiente : Qu'il n'avait pas aimé ma présentation. (*Inférence*)

Thérapeute : Et qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?

Patiente : Que j'étais nulle. (*La patiente livre une pensée et non une émotion*)

Thérapeute : D'accord. Nous restons encore sur le terrain de la pensée, mais émotionnellement, dans vos tripes comme on dit communément, qu'avez-vous ressenti ? De la colère ? De la tristesse ? De la déprime ? De l'anxiété ?

Patiente : J'étais abattue. J'avais envie de pleurer.

Thérapeute : Quelque chose comme un mélange de tristesse et de déprime ?

Patiente : Oui, c'était horrible. Je me suis sentie complètement nulle.

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous déprimait dans le fait de vous sentir nulle. (*Le thérapeute choisit de se focaliser sur l'émotion dysfonctionnelle pour tirer le fil de la pensée*)

Patiente : Personne n'aime être nul, non ?

Thérapeute : C'est vrai, personne n'aime se sentir nul, c'est une sensation désagréable. Mais, si vous me le permettez, j'ai le sentiment que cela allait bien au-delà du désagréable. Vous avez dit que vous étiez abattue ? En quoi la sensation d'avoir été nulle vous déprimait à ce point ? (*Psychoéducation et exploration des cognitions en lien avec l'émotion*)

Patiente : J'avais beaucoup travaillé pour cette présentation et je pensais vraiment que j'avais fait du bon travail.

Thérapeute : Et donc, le fait que votre supérieur fasse la moue...

Patiente : Bah, cela montre que cela ne valait rien.

Thérapeute : Donc, quand on n'a pas de retour positif de son travail, c'est qu'il n'a pas de valeur. (*Première proposition de croyance du thérapeute*)

Patiente : Oui et ça montre surtout que quoique je fasse, je n'y arriverai jamais. (*La patiente reformule la proposition du thérapeute pour l'ajuster au plus proche de ses croyances*)

Thérapeute : Quand on fait quelque chose et que l'on n'obtient pas de résultat, cela signifie pour

vous que l'on a aucune valeur ?

Patiente (*en pleurant*) : Oui, ça montre bien que je suis nulle et que je ne peux rien y faire.

Thérapeute : Et qu'avez-vous fait dans les suites de cette expérience difficile et douloureuse ?

Patiente : Je me suis dit qu'il fallait vraiment que j'arrête d'essayer de croire que j'y arriverai. Qu'il valait mieux que je change de travail. (*Autodéfaitisme*)

Dans l'exemple *supra*, le thérapeute cherche dans un premier temps à identifier l'émotion en invitant la patiente à se connecter au vécu émotionnel de la situation. Puis, il l'interroge sur les raisons de la présence de cette émotion en soulignant l'intensité forte de celle-ci en décalage avec la réaction commune (rationnelle). Il pose ainsi les bases à la fois d'une psychoéducation future sur la notion de C inadéquate en lien avec une croyance irrationnelle et il ouvre également la voie à la contestation ultérieure.

Le lien entre cette réaction émotionnelle et l'activateur A est interrogé conduisant la patiente à poursuivre dans le partage de ses pensées associées à la situation. Une première proposition de croyance est faite par le thérapeute afin d'amener la patiente à approfondir la compréhension des fondements de sa réaction. À partir de sa réponse, le thérapeute va reformuler sa proposition en tenant compte des éléments supplémentaires apportés par la patiente. En cheminant ainsi, une proposition va obtenir son assentiment avec une expression émotionnelle en direct confirmant le rôle joué par cette croyance dans son fonctionnement psychologique.

Cette exploration mettra à jour une conséquence supplémentaire C avec le comportement d'autodéfaitisme associé à cette situation. Dans cet exemple, on observe à la fois la croyance irrationnelle à l'œuvre, mais également son renforcement par l'évitement de l'émotion désagréable et le comportement d'échec vers lequel tend la patiente.

Cette stratégie très active peut rebuter certains thérapeutes qui craindront de retrouver les travers des anciennes thérapies très interprétatives ou qui redouteront de suggérer au patient une croyance qui n'est finalement pas la sienne. L'alliance thérapeutique indispensable à toute psychothérapie rend certaines personnes plus aptes à accueillir les pensées du thérapeute comme des vérités. Certaines personnalités seront également promptes à se placer dans une relation de dépendance à l'égard du thérapeute. Cependant, il est parfois plus aidant pour le patient d'avoir un intervenant qui souligne les thèmes communs.

En conséquence, il peut être pertinent de proposer directement au patient plusieurs croyances qui pourraient expliquer le lien entre A et C, et surtout, de les poser sous forme d'hypothèses, en laissant le patient choisir (*évaluation fondée sur le choix*). Il peut s'agir de plusieurs pensées irrationnelles différentes ou d'une croyance déclinée en deux versions : rationnelle et irrationnelle. Le thérapeute demandera ensuite au patient celle qui semble correspondre le mieux à sa manière de vivre la situation. Dans l'exemple avec la patiente qui conditionne sa valeur à l'appréciation de son supérieur, le thérapeute aurait pu faire la proposition suivante :

Thérapeute : Je vais vous faire deux propositions de votre état d'esprit dans la situation que vous venez de m'expliquer. Vous me direz celle qui vous semble le mieux exprimer l'état émotionnel vécu. Voici la première, vous étiez abattue, car « quand on fait quelque chose sans obtenir de résultat, cela signifie que l'on est sans valeur. » Proposition numéro 2 : vous étiez abattue, car « quand on fait quelque chose sans obtenir de résultat, c'est vraiment dommage mais cela ne signifie pas que je suis incapable pour autant. »

Les propositions faites au patient peuvent s'appuyer sur les types de pensées irrationnelles fréquemment rencontrées : les exigences, le catastrophisme, la faible tolérance à la frustration ou la dépréciation de soi, des autres ou du monde.

Certains praticiens peuvent reprocher à cette stratégie d'être en rupture avec le questionnement socratique qui tend à être plus efficace d'un point de vue psychothérapeutique. La découverte et la compréhension par le patient de son propre fonctionnement sont corrélées à une meilleure adhésion thérapeutique et à un engagement plus grand du patient dans la démarche. Néanmoins, l'introspection n'est pas toujours une approche facilement accessible à certains patients et la présentation de plusieurs propositions peut être une stratégie de psychoéducation pour expliquer le modèle ABC. Aucune des méthodes ou techniques présentées dans ce chapitre ou dans ce livre n'est bonne en soi ou peut être utilisée de manière exclusive. Il est souvent plus utile de varier les stratégies et d'accompagner le patient dans l'intégration progressive de la technique afin qu'il puisse la reproduire par lui-même ensuite. L'efficacité à long terme de la REBT repose sur la généralisation de ce qu'il se passe en séance à l'extérieur des séances afin que le patient conteste spontanément et par lui-même les croyances irrationnelles qui se manifesteront régulièrement au cours de sa vie.

L'identification par induction

Plusieurs situations et plusieurs séances pouvant être nécessaires pour réussir à identifier le B en répétant la stratégie évaluative A-B-C, il est également possible de demander au patient d'identifier lui-même par induction le lien entre ces différentes situations. Cette *prise de conscience par induction* revient à les guider pour qu'il repère l'idée sous-jacente présente dans chacun des exemples rencontrés. La répétition des situations avec des conséquences similaires peut aider le patient à percevoir le caractère automatique de son fonctionnement psychologique : « c'est toujours la même chose, je finis toujours par me mettre en colère ».

Patient : En fait, en attendant dans la salle d'attente et en regardant les notes que j'ai prises, je me suis dit que j'allais encore vous raconter les mêmes histoires d'énerver.

Thérapeute : Pourquoi les « mêmes histoires » ? Qu'ont-elles en commun ?

Patient : J'ai remarqué qu'à chaque fois, je m'énerve quand les gens ne respectent pas les règles ou simplement ce qu'ils avaient dit qu'ils feraient.

Thérapeute : Ce qui est difficilement supportable pour vous, c'est d'observer cet écart.

Patient : Comme si je ne tolérais pas que les choses ne se passent pas comme prévu.

Thérapeute : Comme une forme d'intolérance...

Patient : Exactement.

L'observation de ce systématisation réactionnel est nécessaire pour certains afin de comprendre que l'activateur n'est pas la cause, mais qu'il agit comme le déclencheur d'un mécanisme intérieur plus profond. L'attribution de ses difficultés psychologiques à des facteurs externes est fréquente et une confrontation directe sur ce point est loin d'être pertinente et efficace pour accompagner le patient dans l'internalisation du problème. Pour autant, il est possible de se perdre dans cette approche de découverte de soi si elle n'est pas un peu guidée vers les principes fondamentaux de la REBT. La dynamique d'auto-introspection restant encore populaire dans l'imagerie collective de la psychothérapie, voire dans les expériences précédentes des patients, les laisser découvrir par eux-mêmes l'ensemble des éléments, à la fois théoriques et personnels, est un objectif bien souvent trop présomptueux.

Prenons l'exemple de Marie, 35 ans, qui jongle entre son travail, ses responsabilités parentales et les soins qu'elle prodigue à sa mère âgée. Elle ressent une colère intense à chaque petit obstacle ou contrariété, au point de

crier sur ses proches sans raison apparente.

Thérapeute : Marie, pouvez-vous me donner un exemple récent d'une situation où vous avez ressenti cette colère intense ?

Patiante : Oui, l'autre jour, mon fils a renversé son verre de jus d'orange sur le sol. C'est le matin, il y a déjà tellement de choses à gérer, on n'a pas le temps de se rajouter d'autres problèmes à gérer. J'ai explosé, j'ai crié en lui disant à quel point il ne faisait que des bêtises. Plus tard, je me suis sentie terriblement coupable.

Thérapeute : Lorsqu'il a renversé son verre, quelles idées vous sont venues à l'esprit ?

Patiante : Je me suis dit : « Encore une chose de plus à gérer. Je n'en peux plus. Tout est contre moi. »

Thérapeute : Il semble que cette pensée « Je n'en peux plus » soit une réaction fréquente pour vous face aux difficultés. Pourriez-vous me dire comment vous vous sentez lorsque cette pensée traverse votre esprit ?

Patiante : Je me sens débordée, comme si le poids du monde reposait sur mes épaules. Et je ressens cette chaleur montante de colère. C'est presque comme si je n'avais pas d'autre choix que d'explorer.

Thérapeute : C'est intéressant que vous associez cette pensée à une absence de choix. En REBT, nous examinons comment nos croyances et nos pensées peuvent influencer nos émotions et nos comportements. Lorsque vous dites « Je n'en peux plus », comment cela influence-t-il la manière dont vous interprétez la situation ?

Patiante : Cela me fait sentir que la situation est insupportable, même si, en y réfléchissant, renverser un verre de jus n'est pas la fin du monde.

Thérapeute : Exactement. Cette pensée vous fait croire que vous êtes à bout, même si objectivement, la situation est gérable. Si, à la place, vous pensiez « C'est un accident qui arrive au mauvais moment, c'est pénible et, en même temps, un enfant n'est pas toujours adroit et dans le fait je suis capable de gérer cette situation désagréable », comment pensez-vous que vous réagiriez ?

Patiante : Je suppose que je serais moins en colère. Je me sentirais probablement toujours énervée, mais pas à ce point.

Thérapeute : Donc, en ajustant votre façon de penser, vous pouvez potentiellement ajuster votre réaction émotionnelle. Est-ce que cela fait sens pour vous ?

Patiante : Je commence à comprendre ce que vous voulez dire. Alors, si je me dis « Je n'en peux plus », cela m'amène à me mettre en colère, même si je peux en réalité supporter la situation.

Thérapeute : C'est exactement cela. Cette pensée « Je n'en peux plus » est ce que nous appelons une croyance irrationnelle. En remettant en question et en modifiant ces croyances irrationnelles, vous pouvez changer la façon dont vous réagissez émotionnellement à une situation. Vous pourriez alors ressentir de l'agacement ou de l'énervernement, mais pas cette colère débordante qui vous fait perdre le contrôle.

Patiante : Alors, comment puis-je commencer à changer cette façon de penser ?

Thérapeute : C'est un bon point de départ. La première étape consiste à reconnaître et à identifier ces croyances irrationnelles lorsque vous les avez. Ensuite, nous travaillerons ensemble pour les contester et les remplacer par des croyances plus rationnelles et utiles. Par exemple, au lieu de penser « Je n'en peux plus », vous pourriez penser « C'est vraiment ennuyeux et je n'aime pas

cela, mais je peux le gérer. » Vous voyez la différence ?

Patiente : Oui, c'est plus positif et ça ne me donne pas l'impression d'être impuissante face à la situation.

Thérapeute : Exactement. Ce changement est dû au fait que c'est plus rationnel. Avec le temps et la pratique, vous pouvez apprendre à changer votre façon de penser et, par conséquent, changer la manière dont vous ressentez et réagissez aux situations stressantes.

Selon les thérapeutes et leurs préférences, mais aussi selon le style thérapeutique le plus efficace avec le patient, les deux voies d'approche sont possibles : explicative avec ou non des propositions formulées par le thérapeute ou maïeutique, reposant principalement sur l'autodécouverte par le patient des notions et éléments de son fonctionnement s'y référant. La souplesse du thérapeute dans l'articulation de ces différentes formes sera sans doute un gage d'efficacité beaucoup plus grand que la poursuite préférentielle systématique d'une approche plutôt qu'une autre.

L'hypothèse du pire

Une autre stratégie possible : *l'hypothèse du pire*.

La tendance classique en TCC est d'inviter le patient à questionner sa pensée pour l'amener à en percevoir le caractère hypothétique. Le patient va traiter son interprétation ou son hypothèse comme un élément factuel alors qu'il s'agit d'un traitement cognitif impliquant des biais et des schémas de pensée. Par exemple, « Je suis sûr qu'il ne m'apprécie pas. Il ne m'a même pas dit bonjour ce matin en arrivant au bureau. » Dans cette situation, le patient confond son hypothèse sur le sens de la situation (il ne m'apprécie pas) avec la réalité de la situation (il n'a pas dit bonjour).

Dans la REBT, au lieu de questionner les éléments qui appuieraient cette hypothèse afin d'en souligner l'irrationalité, le thérapeute peut proposer à la personne de partir du principe que cette hypothèse est juste. « et si cela était vrai ? Imaginons qu'effectivement, il ne vous apprécie pas. Je ne dis pas que c'est le cas, nous n'en savons rien, mais imaginons... ». Cette méthode se rapproche de celle de la flèche descendante des TCC ou du questionnement des extrêmes dans l'entretien motivationnel avec une différence fondamentale : il s'agit ici de faire émerger la croyance irrationnelle.

Patient : Je suis sûr qu'il ne m'apprécie pas. Il ne m'a même pas dit bonjour ce matin en arrivant au bureau.

Thérapeute : Alors, imaginons que cela soit vrai, qu'il ne vous a pas dit bonjour, car il ne vous apprécie pas...

Patient : Cela serait horrible !

Thérapeute : Horrible, parce que...

Patient : Parce que je fais tout pour que cela se passe bien, pour avoir des bons rapports avec lui.

Thérapeute : Et si malgré cela, tous vos efforts, il ne vous apprécie pas. En quoi cela serait horrible ?

Patient : Cela serait terriblement injuste. Je ne mérite pas ça.

Thérapeute : Parce que ?

Patient : J'ai le droit d'être apprécié comme tout le monde, je fais tout pour.

Thérapeute : Quand on fait en sorte d'être apprécié, on *doit* l'être.

Patient (*qui sourit*) : Bah oui. Je me rends compte que c'est complètement excessif.

Le piège pour le thérapeute REBT serait de se lancer dans une contestation sur chacune des pensées irrationnelles évoquées par le patient à chaque étape du questionnement. Cela se ferait au détriment de la mise au jour des croyances profondes et plus fondamentales dans le système de pensée du patient comme on peut le voir dans l'exemple *supra*. Ici, l'existence même du patient est conditionnée au fait d'être apprécié. Accéder à cette croyance profonde et la contester ensuite auront un effet beaucoup plus thérapeutique que de contester ses multiples ramifications.

La tentation de relier le C à une simple croyance irrationnelle est également à mettre de côté, car ce n'est pas aussi simple. Tout comme pour notre patient *supra*, simplifier la cause à une seule croyance pourrait être une erreur. Si le thérapeute creuse un peu, il peut découvrir un dédale de croyances irrationnelles dans l'esprit d'une personne. Chacune de ces croyances n'est pas isolée ; elles s'entremêlent, se soutiennent et parfois même se contredisent. C'est ici que l'art de l'écoute et de l'exploration entre en jeu. En regardant de près, des connexions linéaires peuvent être observées, mais aussi des ramifications plus profondes entre ces croyances. Bien évidemment, c'est l'expérience du thérapeute qui permet de développer ces compétences fines avec de multiples essais et erreurs comme tout apprentissage...

Il est donc important de ne pas perdre de vue cette constellation de croyances irrationnelles et tout l'art est, ensuite, de choisir celle sur laquelle se concentrer pour la meilleure efficacité thérapeutique possible. Pour cela, le thérapeute prend en compte les croyances du patient dans leur entièreté et non comme des pièces détachées. Quand il s'agit de décider quelle émotion traiter

en premier, c'est une danse entre le thérapeute et le patient, guidée par ce qui pèse le plus sur son quotidien ou par la problématique pour laquelle ils auront le plus d'alliance thérapeutique.

Attention, également à ne pas être « jusqu'au-boutiste » dans la recherche de la croyance irrationnelle fondamentale au risque de malmener le patient ou de relier des constellations indépendantes les unes des autres.

Quand le patient est confronté à des questionnements importants avec des prises de décision à mener sur le plan personnel ou professionnel, lui conseiller de différer, autant que possible, ses prises de décision peut être judicieux. Le temps sera utilisé pour travailler sur les différentes croyances qui interviennent dans les différentes options qui s'offrent à lui. Le thérapeute veillera à explorer et évaluer les croyances irrationnelles de chacune des possibilités avant d'engager le patient dans une résolution de problème et une prise de décision. À défaut, il risque de suggérer un choix en ouvrant la voie à une seule direction, laissant les autres inexplorées en raison de croyances irréalistes.

Le questionnement socratique et l'individualisation

Comme on peut le constater, si le questionnement socratique est au cœur de la pratique en REBT, il est plus ou moins systématisé dans les stratégies utilisées. Le thérapeute peut s'en affranchir pour proposer des hypothèses de croyances irrationnelles qui lui semblent responsables du C. Une telle démarche est aussi utile pour la psychoéducation du modèle ABC et de la notion de croyance irrationnelle. Toutefois, il est utile de rester prudent dans la forme de ces propositions pour qu'elles soient le moins suggestibles possible.

Comme l'ont souligné Miller et Moyers (2021), les recherches sur l'efficacité dans la psychothérapie ont constaté que les thérapeutes contrairement à d'autres professions ne s'améliorent généralement pas avec la pratique, en tout cas pas automatiquement. Cela demande un effort constant, car l'expérience peut être mauvaise conseillère en REBT. Si dans leur guide du praticien en REBT, DiGiuseppe *et al.* (2014) suggèrent certaines pensées irrationnelles selon les émotions ou sentiments problématiques rencontrés

(anxiété, honte, culpabilité, jalousie, etc.), les thérapeutes seront prudents dans l’association rapide entre une problématique, une émotion et une pensée irrationnelle. Avec le temps et l’expérience, les thérapeutes vont retrouver régulièrement des cognitions irrationnelles similaires avec des patients ayant des problématiques proches. Le piège est par la suite d’aller un peu trop vite vers la conclusion en attribuant rapidement une croyance au patient rencontré sous prétexte qu’il présente des caractéristiques très ressemblantes aux patients traités précédemment.

L’intérêt et la force de la REBT sont l’individualisation du traitement du fonctionnement cognitif du patient. Des distorsions cognitives à la thérapie des schémas en passant par la REBT, des grandes catégories et des types de pensées ou de schémas cognitifs sont établies. Pour autant, le traitement utilisé dans la REBT est le même quelle que soit la croyance. Le thérapeute va surtout rechercher la croyance propre du patient, sa version personnelle de son irrationalité. La catastrophisation peut avoir des milliers de variantes mais c’est celle du patient, singulière, qu’il faut traiter et non une version générale, commune à un ensemble de personnes. L’efficacité thérapeutique en dépend. Ensuite, comme la thérapie cognitive de Beck *et al.* (1979), l’effet recherché va au-delà de la croyance ciblée en modélisant pour le patient la prise en charge des croyances irrationnelles comme évoqué plus haut.

La limite de cette démarche est la difficulté pour certains patients d’identifier les composantes d’ABC en raison d’un manque de capacité introspective d’origines diverses car certains présentent une difficulté à se placer dans une position d’observation de leur fonctionnement cognitif ou émotionnel.

À la rigidité du système cognitif du patient, le thérapeute ne peut répondre par sa propre rigidité thérapeutique. Dans ce cas, il peut être pertinent d’aider le patient à renforcer ses croyances rationnelles, à développer les nouveaux effets (*cf.* chapitres suivants) plutôt que de s’obstiner à identifier et contester les croyances irrationnelles. Dans une démarche pragmatique, le thérapeute cherchera à faire identifier au patient les croyances qu’aurait une personne qui vivrait la situation de manière apaisée et avec efficacité. Et ensuite, il développera l’évaluation détaillée des nouvelles conséquences. Cette stratégie est également utile d’un point de vue motivationnel pour favoriser l’engagement du patient dans la thérapie. Elle peut donc être utilisée avec certaines personnes comme préalable à l’engagement d’un travail reposant plus classiquement sur le modèle ABC.

L'utilisation des associations fréquentes entre certaines émotions et certaines croyances irrationnelles

Dans le guide *A Practitioner's Guide to Rational Emotive Behavior Therapy* (DiGiuseppe *et al.*, 2014), les auteurs proposent de s'appuyer sur l'association entre certaines croyances irrationnelles et certaines émotions.

Pour identifier les croyances irrationnelles d'un patient, les thérapeutes peuvent recourir à deux stratégies : l'évaluation guidée par l'hypothèse et l'évaluation guidée par le choix, en se basant sur le lien entre les émotions et les croyances irrationnelles spécifiques. Comprendre quelles croyances irrationnelles sont associées à certaines émotions peut simplifier ce processus, malgré la complexité apparente des relations entre les croyances (B) et les conséquences émotionnelles (C). Habituellement, des pensées spécifiques mènent à des émotions spécifiques, et le guide identifie huit dysfonctionnements émotionnels principaux : l'anxiété, la dépression, la culpabilité, la honte, la colère dysfonctionnelle, la jalousie, l'envie et la souffrance, en lien avec leurs croyances irrationnelles sous-jacentes. Le guide explore ainsi chacun des processus cognitifs sous-jacents aux émotions dysfonctionnelles, mettant en lumière la manière dont les pensées irrationnelles et les croyances exigeantes contribuent à leur manifestation.

Pour faciliter l'identification des cognitions par les patients, les thérapeutes peuvent proposer diverses pensées, permettant aux personnes de choisir celles qui résonnent le plus avec eux. Cette méthode aide les patients à reconnaître leurs propres cognitions ou à accepter les suggestions du thérapeute qui correspondent à leurs émotions.

Par exemple, pour l'anxiété, les thérapeutes peuvent explorer ces pensées en posant des questions sur les anticipations et les inquiétudes du patient, révélant généralement des craintes exacerbées ou des formes de catastrophisme. L'anxiété peut être décomposée en trois étapes cognitives clés : l'inférence d'un potentiel négatif, l'exigence irrationnelle que cet événement ne doit pas se produire, et l'évaluation catastrophique de l'impact de cet événement, incluant des pensées comme le fait de ne pas pouvoir le supporter ou de se dévaloriser.

Pour la dépression, la triade de Beck avec la vision négative de soi, des autres

et du monde peut fournir la base du questionnement socratique du thérapeute pour identifier les croyances associées à l'émotion. Le guide propose également de se référer aux travaux de Hauck (1974) qui divise les pensées dépressives en trois catégories, reposant chacune sur une structure irrationnelle : le blâme de soi (« je suis indigne en raison de mes échecs »), l'apitoiement sur soi (« je suis incapable de faire face aux difficultés ou au manque ») et l'empathie douloureuse (« le monde est cruel, car il tolère la souffrance des autres »).

La culpabilité est décrite comme découlant de la perception de ne pas avoir respecté son propre code moral, accompagnée d'une autocondamnation sévère. Cette émotion est exacerbée par des croyances rigides sur la nécessité d'adhérer sans faute à ce code, menant à une évaluation négative de soi-même.

La honte est spécifiquement liée au rejet public et à l'évaluation négative par autrui à la suite d'une transgression morale. Elle inclut la peur du jugement et du rejet, ainsi que l'idée catastrophique qu'être rejeté fait de soi une personne indigne.

La colère dysfonctionnelle émerge d'un sentiment d'indignation morale face à des comportements perçus comme injustes ou inappropriés par autrui, alimentée par des exigences absolutistes sur la manière dont les autres devraient agir, menant à des jugements sévères et à des souhaits de punition.

La jalousie est décrite comme une peur de perdre une relation précieuse au profit d'un rival, fondée sur des pensées irrationnelles quant à la nécessité absolue de garder ce que l'on possède, et une incapacité à supporter la perte, générant de la colère envers le rival perçu.

L'envie, similaire mais distincte de la jalousie, naît du désir d'avoir ce que possède autrui, accompagnée de pensées colériques envers ceux qui possèdent des biens ou des qualités enviables, et une incapacité à supporter de ne pas avoir ces ressources.

Pour aider les patients, les thérapeutes vont présenter une variété de pensées potentielles. En offrant plusieurs options, cela permet aux patients de sélectionner les pensées qui reflètent le mieux leur expérience intérieure. Cette stratégie facilite non seulement la reconnaissance par les patients de leurs propres processus de pensée, mais encourage également l'adoption de

perspectives suggérées par le thérapeute qui s'alignent sur leurs vécus émotionnels. Cette démarche collaborative entre le thérapeute et le patient vise à renforcer l'auto-identification des schémas cognitifs problématiques et à favoriser un engagement plus profond dans le processus thérapeutique.

Les questionnaires et outils psychométriques

Dernière forme d'évaluation des croyances irrationnelles : *les questionnaires et outils psychométriques*. Ces instruments sont nombreux et évaluent les croyances rationnelles et irrationnelles. Au-delà de l'activité de recherche, d'un point de vue clinique, ces outils peuvent être intéressants pour établir une ligne de base et observer l'évaluation du patient au cours de la thérapie avec notamment la diminution des croyances irrationnelles et, en corollaire, l'augmentation des pensées rationnelles. Ils peuvent également avoir une utilité clinique en accompagnant le thérapeute dans l'identification des croyances. Néanmoins, si la cohérence interne de ces instruments a été explorée, la validité et la solidité des mesures restent pour l'instant sujettes à caution.

Dans ce cas, au lieu de se préoccuper de l'irrationalité en général, le thérapeute examine les scores (et les sous-échelles le cas échéant) pour se concentrer sur la remise en question des croyances irrationnelles auxquelles le patient adhère le plus. Dans la continuité, le clinicien peut chercher à renforcer les croyances rationnelles notamment celles qui suscitent le moins d'adhésion.

Les échelles les plus récentes reprenant la catégorisation révisée d'Ellis des croyances irrationnelles sont :

- *The Attitudes and Belief Scale 2* (ABS-2 ; DiGiuseppe *et al.*, 2018)
- *The Abbreviated Version of the Attitudes and Belief Scale 2* (AV-ABS2 ; Hyland *et al.*, 2017)
- *The Survey of Personal Beliefs 30-items* (Flett *et al.*, 2008)
- *The Survey of Personal Beliefs 12-items* (Watson *et al.*, 2009)

D'autres outils permettent d'évaluer des processus cognitifs irrationnels spécifiques, tels que l'acceptation inconditionnelle. Parmi eux, le *Unconditional Self-Acceptance Questionnaire* (USAQ ; Chamberlain et

Haaga, 2001) et le *Unconditional Acceptance Questionnaire* (UAQ ; David *et al.*, 2013) se distinguent. Une échelle multidimensionnelle, élaborée par Neil Harrington en 2005, se concentre sur les croyances associées à l'intolérance à la frustration : la *Frustration Discomfort Scale* (FDS). Une version française de cette échelle a été rendue disponible par Chamayou *et al.* en 2016. Il est important de noter que les questionnaires mentionnés précédemment ne disposent pas de versions françaises validées.

Une échelle permet de mesurer la tendance des patients à avoir recours à des croyances rationnelles ou irrationnelles : *The Rational and Irrational Beliefs Scale* (RIBS ; Mogoase *et al.*, 2013). Des versions françaises de cet instrument adaptées à certains contextes ont été faites par certains auteurs comme Walburg *et al.* (2014) pour étudier le lien entre les croyances rationnelles et irrationnelles et le niveau de stress chez les étudiants.

Trouver les croyances irrationnelles

- Faire des allers-retours entre A et C
- Faire le chaînage d'inférences : « et alors quoi ? », « et donc ? », « en quoi le fait qu'il se passe A vous fait ressentir C ? », « parce que vous vous dites quoi ? », « pour quelles raisons vous ressentez cela ? »
- Proposer des hypothèses d'une ou de plusieurs croyances irrationnelles
- Faire imaginer le pire pour faire émerger la croyance irrationnelle plutôt que relativiser les inférences

Une fois les croyances irrationnelles, à l'interface de A et C, découvertes, thérapeute et patient vont ensemble les contester, les mettre à l'épreuve de la réalité logique, empirique et pragmatique. Le [chapitre 6](#) présente les différents types de contestations ainsi que les différents styles qui peuvent être adoptés.

Chapitre 6



Faire le D : la contestation

- 1 Les différents types de contestation
- 2 Les différents styles de contestation
- 3 Aides à la contestation
- 4 Les niveaux d'abstraction
- 5 Entrave à la contestation

En REBT, ce qui est contesté ou remis en question, ce sont les croyances irrationnelles du patient. L'émotion n'est jamais discutée, car le fait de la contester invaliderait le sentiment du patient et lui indiquerait qu'il ne doit pas ressentir cette émotion ou qu'il devrait la modifier sans avoir les compétences ou les stratégies nécessaires pour le faire. Les réactions comportementales, qui découlent le plus souvent des émotions, ne sont pas non plus contestables. Elles peuvent être estimées comme problématiques par le patient, son entourage et son thérapeute, mais en REBT, il n'est pas conseillé de commencer le travail thérapeutique sur les

comportements. Ce qui va être recherché avant toute chose, ce sont les pensées automatiques et surtout les cognitions dysfonctionnelles qui peuvent être :

- des A inférences
- des B croyances irrationnelles de base de type exigence dogmatique
- des B croyances irrationnelles dérivées (catastrophisation, intolérance à la frustration ou évaluation globale de la valeur humaine)

La théorie postule que les A inférences découlent des schémas cognitifs plus centraux (croynances irrationnelles de base et dérivées). Par conséquent, il est préférable de contester directement ces pensées centrales et non les inférences. Les thérapeutes en REBT dirigent les contestations soit vers les croyances irrationnelles de base de type exigence, soit vers les croyances irrationnelles dérivées. Bien que les croyances de base et les dérivées soient liées, il est préférable de les contester l'une après l'autre (Beal *et al.*, 1996). Les contestations qui ciblent les A inférences sont appelées contestations inférentielles ou *inélégantes*. Par exemple, une patiente dont le petit ami ne l'a pas appelée depuis 2 jours pourrait percevoir du désamour de cette situation et avoir cette pensée inférentielle « il ne m'aime plus » et avoir des pensées automatiques contenant des biais cognitifs de type généralisation : « c'est toujours pareil avec les mecs, ils me laissent toujours tomber ». Il pourrait être utile d'amener la patiente à réinterpréter le problème comme étant temporaire, pointer la généralisation de son raisonnement et conclure avec elle que sa déduction est probablement hâtive. Elle sera certainement rassurée, mais cela risque d'être de courte durée si son ami ne l'appelle toujours pas et qu'il n'a en réalité plus de sentiment à son égard. La stratégie de réattribution ne fonctionnera plus, d'où l'importance de réaliser les contestations sur les croyances irrationnelles de base et les dérivées. Dans cet exemple, il s'agit de tester avec la patiente, l'hypothèse selon laquelle son petit ami ne l'aime plus : « Vous craignez que votre petit ami ne vous aime plus car il ne vous a pas appelée depuis plusieurs jours. Mais en effet, si vous aviez raison. Même si rien ne le prouve pour l'instant, admettons qu'il n'ait plus de sentiment pour vous, que se passera-t-il selon vous ? ». Si la patiente souffre, il est probable qu'elle formule au thérapeute l'une de ces quatre propositions :

- Croyance irrationnelle de base de type exigence dogmatique : « Parce que j'aime Rémi, il *doit* m'aimer en retour ».
- Croyance irrationnelle dérivée de type intolérance à la frustration : « Je ne pourrais pas *supporter* de perdre son amour ».
- Croyance irrationnelle dérivée de type catastrophisation : « Ce serait *terrible* si Rémi ne m'aimait plus »
- Croyance irrationnelle dérivée de type évaluation globale de la valeur humaine : « Si Rémi ne m'aime plus, cela veut dire que je suis *sans valeur* » (évaluation globale de sa valeur) ou « Rémi est vraiment *nul* s'il ne m'aime plus » (évaluation globale de la valeur de l'autre).

Tableau 12. Résumé du modèle ABCD

NE PAS CONTESTER LES A			
A – Réalité Pas de nouvelles de Rémi	A – Perception « Rémi ne m'a pas appelée depuis 2 jours »	A – Inférence « Rémi ne m'aime plus »	
CONTESTER LES B			
B – Exigence dogmatique « Parce que je suis amoureuse de lui, Rémi <i>doit</i> m'aimer »	B – Intolérance à la frustration « Je ne pourrais pas <i>supporter</i> de perdre son amour »	B – Catastrophisation « Ce serait <i>terrible</i> si Rémi ne m'aimait plus »	B – Évaluation négative sur la valeur humaine « Si Rémi ne m'aime plus, cela veut dire que je suis <i>sans valeur</i> » ou « Rémi est vraiment <i>nul</i> s'il ne m'aime plus »
NE PAS CONTESTER LES C			
C – Émotions Anxiété, colère, honte, dépression...	C – Comportements Évitement, fuite, irritabilité, agressivité, ruminations, conduites addictives...		
CONTESTER LES B			
D – CONTESTATION			

La contestation appelée aussi la « *dispute* » en anglais n'est pas seulement une vérification logique, mais un processus complexe dans lequel la cohérence logique, les preuves empiriques et la valeur fonctionnelle sont utilisées pour évaluer les croyances irrationnelles et les alternatives rationnelles. Dans le guide du praticien de DiGiuseppe *et al.* (2014), les auteurs citent trois types de stratégies différentes pour contester les croyances irrationnelles des patients :

- type logique
- type empirique
- type pragmatique

Ces types de contestation peuvent être déclinés selon au moins quatre styles différents :

- style didactique
- style socratique
- style humoristique
- style métaphorique

Il est conseillé d'adapter et de varier les types et les styles de contestation en fonction de la personnalité du patient, de la problématique qui l'amène à consulter, de la progression thérapeutique, etc.

1) LES DIFFÉRENTS TYPES DE CONTESTATION

L'exemple de cette patiente, cheffe de service dans une petite entreprise, permet d'illustrer les différents types de contestation : Marie arrive en consultation épuisée par son travail. Elle rapporte être souvent contrariée au bureau à cause des comportements de ses collègues moins impliqués qu'elle. Elle raconte, par exemple, qu'elle leur envoie des mails et qu'ils ne lui répondent pas. Parfois, certains lui disent ne pas avoir eu l'information alors qu'elle leur avait adressé par mail quelques jours auparavant. Cette patiente tient ce genre de discours au cours des premiers rendez-vous avec le thérapeute : « mes collègues *doivent* lire mes messages », « c'est *insupportable* qu'ils ne lisent pas mes messages, cela signifie qu'ils n'ont aucun respect pour mon travail », « ils *doivent* me respecter parce que je suis

leur cheffe de service », « c'est *horrible* de travailler avec des collègues qui ne respectent rien », etc. Cette patiente exprime clairement des croyances irrationnelles qui l'amènent à souffrir au travail. Le thérapeute pourra utiliser les trois types de contestations *infra* pour l'aider à aller mieux en comprenant que ce sont ses pensées sur les comportements de ses collègues qui la font souffrir plutôt que les comportements en eux-mêmes.

La contestation logique

La contestation logique conduit le patient à vérifier le bien-fondé des liens qu'il établit entre certains événements et les conclusions auxquelles il arrive. Elle peut donc se faire à l'aide de questions qui demandent au patient des précisions sémantiques et des explications logiques sur la cohérence de sa pensée. Les questions visent aussi à déterminer si les croyances irrationnelles du patient découlent du raisonnement qu'il utilise. La contestation logique peut être utilisée pour remettre en question n'importe quelle croyance irrationnelle.

Le thérapeute peut commencer par demander des précisions et des explications sémantiques sur les termes utilisés : « Qu'entendez-vous par ce mot *doit*, par *ils doivent* ? », « Qu'entendez-vous par ce mot *horrible* ? », « Qu'entendez-vous par *insupportable* ? ».

Ensuite, le thérapeute va examiner la logique de la croyance en questionnant la cohérence du patient pour l'aider à comprendre que son raisonnement n'est pas logique par rapport aux données de la réalité.

La contestation logique des croyances irrationnelles de base de type exigence dogmatique

La contestation logique souligne que le monde ou la réalité n'ont que faire de ce qui est le plus désirable pour les humains. Il n'existe aucune raison logique pour que leur vie soit absolument conforme à leurs désirs. Le caractère désirable et la réalité des patients n'ont aucun rapport entre eux. Typiquement, lorsqu'un thérapeute demande à un patient « pourquoi le monde *doit-il* être comme vous dites qu'il *doit* être ? », il explique comment cela serait plus souhaitable pour lui. De même, les patients peuvent exiger des personnes qui les entourent de se comporter d'une façon qui leur apparaît

préférable, sans tenir compte de leurs aptitudes, de leur niveau de motivation, de leur personnalité, etc. Par exemple, Marie *exige* de ses collègues, visiblement moins impliqués qu'elle, qu'ils fournissent le même investissement qu'elle, ce qui n'est pas logique. Il lui sera vraisemblablement plus facile d'impliquer ses collègues moins investis grâce à un travail motivationnel important qu'elle sera en mesure de faire si elle ne maintient pas des attentes irréalistes envers eux. De la même façon, les exigences élevées envers eux-mêmes posent souvent problème aux patients, notamment quand ils se trouvent dans des situations difficiles et qu'ils maintiennent le même niveau d'exigence sans ajustement : « Je reviens d'un arrêt maladie de plusieurs mois dû à un épuisement professionnel, mais je *dois* pouvoir reprendre mon travail avec la même efficacité qu'avant ». Cette exigence sur soi du patient est illogique puisque l'arrêt de travail signifie qu'il a rencontré un problème au travail. S'il n'essaie pas de résoudre ce problème ou s'il n'en tient pas compte, il risque de se trouver rapidement dans la même situation d'épuisement qu'avant son arrêt maladie d'autant plus qu'il peut être encore en situation de fragilité. L'objectif du thérapeute sera d'aider le patient à transformer ses exigences sur la vie, sur les autres ou sur lui-même en désirs ou souhaits plus réalistes.

Exemples de questions concernant la logique des croyances irrationnelles de base de type exigence dogmatique :

- Vous avez dit que parce que vous voulez que vos collègues lisent vos messages, ils *doivent* le faire. Quelle est la logique qui relie les deux éléments : « vous voulez » et « ils *doivent* » ?
- Comment allez-vous obtenir qu'ils lisent vos messages par la seule conviction qu'ils *doivent* le faire ?
- Si vous entendez quelqu'un d'autre faire un argument similaire selon lequel parce qu'elle veut quelque chose, elle *doit* l'avoir, serez-vous d'accord avec elle ?
- Pourquoi est-il illogique de dire que parce que vous voulez que vos collègues fassent quelque chose, ils *doivent* le faire ?
- Pourquoi *doit*-il en être ainsi, simplement parce que vous le voulez ?
- En quoi est-il incohérent de croire que parce que vous voulez leur respect, vous *devez* l'obtenir ?

La contestation logique des croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation

Concernant les croyances irrationnelles de type catastrophisation, ce qui est contesté n'est pas la gravité des faits rapportés par la personne, mais les termes utilisés pour en parler tels que *terrible*, *horrible*, *affreux*, etc. Ces termes sont très forts et entraînent automatiquement quantité d'émotions. Si un individu se répète en boucle que ce qu'il a vécu ou ce qu'il vit ou ce qu'il vivra est *terrible*, il est fort probable qu'au bout d'un certain temps, il ressentira des émotions négatives malsaines. Par exemple, la phrase « c'est *horrible* le manque de sommeil, ça me rend folle, je passe une journée *affreuse* le lendemain » résonnera davantage émotionnellement que cette affirmation rationnelle « je n'aime pas quand je dors mal, je ne suis pas en forme le lendemain ». Ce qui n'est pas logique, c'est le sens des mots utilisés dans un contexte dommageable, mais qui n'inspire pas logiquement la terreur, l'horreur ni l'effroi.

Il est aussi possible de ne pas remettre en question les termes utilisés, mais d'explorer avec le patient les dangers ou les dommages à vivre cette situation s'il se retrouvait dans la situation redoutée. De cette façon, il pourrait être amené à comprendre qu'il ne court aucun danger réel et qu'aucun dommage ne lui sera causé (DiGiuseppe, 1996).

Exemples de questions concernant la logique de la croyance irrationnelle dérivée catastrophisation :

- En quoi est-ce *horrible* de travailler avec des collègues qui ne lisent pas les messages ?
- Est-il logique de parler de *catastrophe* quand il s'agit de collègues qui ne lisent pas des messages et vous manquent de respect ?
- Quelles pourraient être les conséquences d'une telle *catastrophe* pour vous ?
- Si vous viviez cette situation tant redoutée, que se passerait-il pour vous ? Quelles seraient les conséquences pour vous, sur votre vie ?

La contestation logique des croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration

Il n'est pas logique de penser qu'un événement, même très mauvais, ne puisse pas être vécu ni supporté. En réalité, rares sont les personnes qui ont connu une situation où un individu n'a pas survécu ou ne s'est pas remis ou n'a pas supporté un drame. Pourtant, il n'est pas rare d'entendre des phrases comme « ma mère a perdu son père quand elle était jeune et elle ne s'en est *jamais remise* » ou « le divorce de mes parents a *détruit* ma vie, je ne m'en suis pas encore remise ». La douleur liée à la perte de la figure paternelle ou à la séparation des parents n'est pas minimisée, mais ce qui est remis en question est le côté excessif des termes utilisés (« *jamais remise* », « *détruit* ») qui continue de maintenir la personne dans des émotions négatives malsaines alors qu'en réalité sa vie est correcte. Le drame l'a marquée et elle n'oubliera jamais cet événement de sa vie, mais on peut prétendre qu'elle y a fait face de façon adaptée. Ce qui est illogique est de penser qu'elle n'a pas réussi à faire face alors qu'elle a réussi.

Exemples de questions concernant la logique des croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration :

- Vous n'aimez peut-être pas que vos collègues ne vous respectent pas, mais est-ce vraiment *insupportable*, au-delà de ce que l'on peut humainement supporter ?
- Qu'est-ce qui ne va pas avec l'idée que vous ne *supporteriez* pas que vos collègues vous manquent de respect ?
- Comment se fait-il que vous ne puissiez pas *supporter* de ne pas obtenir ce que vous voulez ?

La contestation logique des croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale sur la valeur humaine

Estimer la valeur d'un individu n'a aucun sens. Dans la réalité, il est impossible de juger la valeur humaine. Il est possible de juger des conduites, des attitudes, des réactions en fonction de ce qui se fait ou non dans une culture donnée, de ce qui est généralement partagé comme étant positif ou négatif, mais cela reste tout de même subjectif. Un même comportement pourra être jugé positif ou négatif selon le contexte dans lequel il s'exprime. Par exemple, est-ce que voler pour nourrir sa famille est bien ou mal ? Est-ce qu'aider sa mère malade au détriment de sa propre santé est bien ou mal ? Il

existe de nombreuses situations où il ne sera pas facile de décider de ce qui est bien ou mal. Cela est d'autant plus difficile quand le jugement concerne les humains : est-ce que cette personne est mauvaise parce qu'elle a volé ? Est-ce que cette personne est bonne parce qu'elle aide ses proches ? Peut-on confondre l'*être* et le *faire* ? Il est fréquent d'entendre cette phrase : « je suis ce que je fais, donc si je fais quelque chose de mal, je suis une *mauvaise* personne ». Le jugement peut porter sur soi-même ou sur une autre personne et celui-ci sera souvent conditionnel, c'est-à-dire conditionné aux comportements, ce qui n'est pas logique. Il n'y a aucune logique à juger sa propre valeur ou la valeur des autres en fonction d'une action, du résultat de cette action, des réactions de l'entourage, des jugements des autres ou des sentiments des autres. Par exemple, un patient pourrait penser :

- « Puisque j'ai mal agi, je suis sans valeur » : il confond son comportement et sa valeur (il confond le faire et l'*être*).
- « Puisque ma femme me parle mal, c'est que je suis sans valeur » : il confond le comportement de l'autre avec sa valeur intrinsèque.
- « Puisque ma femme me juge mal, c'est que je suis sans valeur » : il confond le jugement des autres avec sa propre valeur.
- « Puisque ma femme ne m'aime plus, je suis sans valeur » : il confond les sentiments des autres avec sa propre valeur.

Toutes ces affirmations sont illogiques, car la valeur intrinsèque d'un individu ne peut pas dépendre uniquement de ses comportements ou de facteurs extrinsèques (liés aux autres). Le thérapeute en REBT aidera le patient à se juger moins sévèrement en focalisant son attention sur ce qu'il réalise correctement, sur les actions positives qu'il a menées jusque-là et sur les réalisations à venir dans différents domaines (par exemple, au niveau scolaire, professionnel, familial, sportif, etc.). L'objectif est de l'aider à s'accepter de façon inconditionnelle en tant qu'être humain avec ses qualités et ses défauts comme tous les êtres humains. Il n'est ni meilleur ni pire que les autres, il a juste des points faibles sur lesquels il va tenter de progresser, s'il le souhaite, et des points forts qui l'aideront à progresser.

Les mêmes arguments de contestation pourront être utilisés pour l'acceptation inconditionnelle des autres. Il est important d'essayer de faire avec les qualités et les défauts des autres puisqu'il n'est pas possible de les changer, même si cela serait préférable. Par exemple, une personne peut

penser « mon collègue est malhonnête, ça me révolte, car ce n'est pas une manière de faire. Je ne comprends pas la malhonnêteté, on ne *devrait* pas être malhonnête surtout dans notre métier ! ». Mais si dans la réalité, son collègue est réellement malhonnête, il aura des comportements malhonnêtes qu'elle soit d'accord avec ça ou pas. Ceci aura tendance à la mettre en colère. Si elle n'accepte pas de façon inconditionnelle la façon de se comporter de son collègue, elle maintiendra des attentes irrationnelles d'honnêteté et elle sera en difficulté pour communiquer avec lui. L'acceptation inconditionnelle de l'autre revient à renoncer à se dire « celui qui ne pense pas ou n'agit pas comme moi a tort et il ne *devrait* pas avoir ce comportement-là ou cette façon de voir ». Ce type d'affirmation favorise l'assimilation et empêche l'accommodation et, en règle générale, les individus ont du mal à faire avec ce qui ne devrait pas exister.

La logique voudrait que les humains prennent conscience de la réalité et qu'ils ajustent leurs comportements en fonction de leurs observations. Le problème est que souvent le cerveau humain n'analyse qu'une partie de la réalité sans tenir compte des conséquences de cette réalité : « Je sais que mon collègue est malhonnête, mais il ne *devrait* pas se comporter avec malhonnêteté ! ». Cette affirmation illogique maintient la colère sans que la personne ne puisse développer de stratégies pour se comporter elle-même de façon plus adaptée avec une personne qui présente des comportements malhonnêtes. L'émotion l'empêche de trouver des solutions en termes de communication, par exemple, et la laisse entrevoir son collègue comme le pire des individus qui ne devrait pas exister. Ce raisonnement la maintient dans un cercle vicieux, car elle va être en colère contre lui et donc sur la défensive, ce qui entraînera des comportements défensifs de son collègue qui vont la mettre d'autant plus en colère.

Les croyances irrationnelles sur l'évaluation globale de la valeur humaine peuvent être contestées à l'aide de questions comme :

- Expliquez-moi comment vous devenez sans valeur ou pas à la hauteur parce qu'ils ne lisent pas vos messages ?
- Selon vous, qu'est-ce qui détermine la valeur d'un individu ?... Est-ce logique que ce soient ces critères plutôt que d'autres qui déterminent la valeur d'une personne ?
- Qu'est-ce qui ne va pas avec l'idée que vous êtes une personne sans

valeur ou pas à la hauteur ?

La contestation logique

- Demander au patient des précisions sémantiques et des explications logiques sur la cohérence de sa pensée.
- Poser des questions qui visent à déterminer si les croyances irrationnelles du patient découlent du raisonnement qu'il utilise.

La contestation empirique

La contestation peut se faire de façon empirique en recherchant les preuves sur lesquelles les patients s'appuient pour affirmer leurs idées. La contestation empirique pointe le manque de preuves et l'inconsistance de la croyance par rapport à la réalité. Le thérapeute demande au patient d'évaluer si ses croyances sont cohérentes avec la réalité.

La contestation empirique des croyances irrationnelles de base d'exigence dogmatique

Ce n'est pas parce qu'un patient veut que le monde soit de telle ou telle façon que celui-ci doit l'être absolument. Le patient ne peut fournir aucune preuve sur comment la réalité doit être. Par exemple, s'il pense que sa femme doit l'aimer pour toujours, il n'a aucune façon de prouver que sa femme l'aime et l'aimera encore à l'avenir. Il peut tout au plus souhaiter que ce soit le cas le plus longtemps possible, mais il ne peut pas en être absolument certain.

De la même façon, la cheffe de service de notre exemple précédent ne pourra trouver aucune preuve justifiant que ses collègues doivent s'impliquer dans leur travail, lire ses messages et la respecter. Il n'est pas écrit dans le Code du travail que les collaborateurs doivent être tous impliqués de la même façon dans leurs missions professionnelles, qu'ils doivent lire leurs messages et respecter leur cheffe de service.

Qu'il s'agisse de croyances irrationnelles sur la vie, sur soi ou sur les autres,

il n'existe aucune preuve ni aucune loi sur comment la vie, soi-même et les autres devraient être. Toutes les injonctions que les humains se formulent à eux-mêmes ne sont écrites nulle part et ne sont que des créations individuelles ou collectives sur comment la vie et les individus devraient être. À la question « où est-ce écrit qu'une mère doit être maternante avec ses enfants ? », le patient peut répondre « c'est évident ! Tous les livres sur la maternité le disent ! ». Le thérapeute peut alors l'amener à chercher les preuves des croyances populaires sur la maternité ou que ce qui est écrit dans les livres est toujours vrai, etc. Il peut aussi demander au patient de rechercher des exemples de mères abandonnant leurs enfants ou d'infanticides pour l'aider à percevoir que la réalité c'est aussi cela, même si nous préférions tous que cela soit différent. Ne trouvant pas de preuve ou de loi universelle, le patient pourra être amené à changer sa façon de penser la maternité : « une mère maternante apporte plus de sécurité à ses enfants, ce qui est grandement souhaitable, mais toutes les mères n'ont pas cette capacité de sécuriser leurs enfants... ». Ce patient entrevoit la différence entre ce qui est obligatoire, selon son propre cadre de référence, et souhaitable en fonction de ce que la réalité permet : « cela m'aurait été plus favorable si ma mère avait eu des comportements maternants, mais elle n'était pas en mesure de le faire quand je suis né ».

Exemples de questions permettant de tester la cohérence entre les croyances et la réalité empirique :

- Où est la preuve que vos collègues *doivent* lire vos messages et vous respecter ?
- Où est-il écrit que vos collègues *doivent* vous respecter ?
- Y a-t-il une loi qui oblige les collègues à se respecter entre eux ou les mères à être maternantes et douces ?
- Où est-ce écrit qu'une mère toxique comme vous me l'avez décrite, *doit* être maternante ?

La contestation empirique des croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation

Concernant la catastrophisation, le thérapeute peut demander aux patients d'évaluer les conséquences d'un événement redouté dans le futur et voir avec eux si les conséquences seront aussi néfastes qu'ils le prévoient. Par exemple,

un patient anxieux de prendre les transports en commun pourrait affirmer « si je prends le métro et que je fais un malaise, ce sera une vraie *catastrophe* ! ». Si le patient appréhende, mais que cet événement ne s'est jamais produit, il peut lui demander d'imaginer ce qui pourrait se produire si ce qu'il redoute arrive. Si cela lui est déjà arrivé et qu'il redoute que cela recommence, il pourra aussi lui demander d'imaginer le scénario redouté. L'objectif est d'évaluer ensuite avec lui les conséquences réelles et leurs répercussions objectives sur sa vie par rapport aux conséquences de l'anxiété et de l'évitement. Par exemple, le thérapeute peut reprendre les propos du patient avec la catastrophisation : « je comprends que vous n'ayez pas envie de faire un malaise dans le métro, car vous l'imaginez comme une *catastrophe*, mais en réalité est-ce que les conséquences de ce que vous redoutez seraient plus gênantes que l'anxiété et l'évitement des transports en commun ? »

La catastrophisation peut aussi concerter des événements du passé ou du présent. Qu'il s'agisse d'événements du passé, du présent ou du futur, qu'ils soient hautement probables ou peu probables, la contestation empirique des croyances irrationnelles de catastrophisation concerne les conséquences réelles et objectives sur la vie du patient. Cela peut se faire en imagination par projection sur le futur (« vous semblez craindre la perte de votre emploi que vous estimatez comme un événement *terrible*. Même si nous espérons que cela n'arrive pas, si cela devait malheureusement se produire, qu'imaginez-vous ? ») ou en réalité au regard des événements qui se sont déjà produits (« au regard de ce que vous me racontez sur votre carrière professionnelle, peut-on dire aujourd'hui que ce licenciement en 2012 a été une *catastrophe* pour vous ? »)

Exemples de questions permettant de tester la cohérence entre les croyances du patient et la réalité empirique :

- Que vous arriverait-il si vos collègues vous manquaient de respect ?
- Quelle est la *catastrophe* que vous redoutez ?
- Quelles bonnes choses pourraient arriver même s'ils vous manquent de respect ?
- Pouvez-vous être heureux même si vous n'obtenez pas ce que vous voulez ?
- Comment votre monde sera-t-il *détruit* s'ils ne vous respectent pas ?

La contestation empirique des croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration

Concernant l'intolérance à la frustration, le thérapeute pourra démontrer aux patients qui croient ne pas pouvoir supporter un événement qu'ils l'ont, en réalité, déjà supporté à plusieurs reprises. En dehors d'une douleur physique intense et prolongée (torture ou autre atrocité) ou d'une douleur psychologique d'une extrême violence (voir sa famille mourir dans des conditions extrêmes), nous pouvons tous supporter ce que nous pensons insupportable. Il pourrait y avoir des conséquences très graves en lien avec des événements de vie très négatifs, mais, en réalité, la plupart des personnes survivent aux événements dramatiques.

Si le patient trouve un argument en lien avec son expérience personnelle justifiant sa croyance, le thérapeute pourra souvent pointer le caractère exceptionnel de la situation qu'il amène. Par exemple, il n'est pas rare qu'un patient dise quelque chose comme « si je perds un enfant, je ne pourrai pas m'en remettre. C'est évident, personne ne peut *supporter* de perdre un enfant. Regardez ma tante Odile a perdu son fils unique et elle ne s'en est jamais remise ». Dans ce cas, le thérapeute ne minimise pas du tout la gravité de la mort d'un enfant ni des conséquences que cela a eues sur sa tante, mais l'aide à voir s'il connaît d'autres personnes qui ont fait face à ce type de drame différemment que la tante. Le thérapeute peut aussi inviter le patient à considérer que les deux options sont possibles : il est possible de s'en remettre ou de ne pas s'en remettre, mais cela n'est pas inéluctable comme il l'affirme. Il arrive fréquemment que le patient pointe de lui-même que finalement sa tante mène une existence acceptable malgré le drame.

Concernant des faits beaucoup moins graves que les décès ou d'autres adversités de la vie, il est plus facile de questionner les patients sur les preuves dont ils disposent pour affirmer ce qu'ils disent. À propos de la cheffe de service de l'exemple, le thérapeute peut lui demander, par exemple, les preuves qui existent sur l'aspect *insupportable* ou *intolérable* du manque de respect de ses collègues.

Exemples de questions permettant de tester la cohérence entre les croyances du patient et la réalité empirique :

- Si vos collègues vous manquent de respect et que vous êtes toujours

là, l'avez-vous *supporté* ?

- Où est-il écrit que c'est *insupportable* de ne pas être respectée par les collègues ?
- Quelle est l'adversité la plus difficile à laquelle vous avez *survécu* dans votre vie ?... Alors, avez-vous *survécu* ou *supporté* quelque chose de pire que le fait qu'ils ne lisent pas vos messages ou vous manquent de respect ?
- Si ce que vous imaginez se produisait, qu'est-ce qui serait *insupportable* ?... Le fait que cela soit *insupportable*, vous fera devenir comment ?... Avez-vous la preuve que ce que vous imaginez se produira ?

La contestation empirique des croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale sur la valeur humaine

Pour les croyances sur la valeur humaine, le thérapeute aidera les patients à envisager que leurs pensées sont incorrectes car personne n'est foncièrement et totalement sans valeur. Toutes les personnes font certaines choses bien et certaines choses mal. Par exemple, une personne qui dirait « mon ex-mari est *le pire des salauds* qui m'en fait voir de toutes les couleurs depuis notre divorce » pourra énumérer tous les coups bas de son mari sans parvenir à prouver qu'il est « *le pire des salauds* ». La contestation ne porte pas sur la valeur du mari car, d'une part, le thérapeute ne le connaît pas et, d'autre part, ceci n'aidera pas la personne à aller mieux. En effet, si le thérapeute va dans le même sens que la patiente, cela va augmenter son sentiment de colère car elle se sentira validée. Au contraire, si le thérapeute la contredit, il risque de perdre l'alliance. Il est évident qu'il ne prendra pas parti, mais qu'il aidera la patiente à raisonner plus efficacement sur sa situation de divorce pour trouver les meilleures stratégies pour parer les coups bas de son ex-mari. Le thérapeute peut intervenir comme ceci : « rien ne prouve que votre ex-mari soit *le pire des êtres humains*, mais il apparaît qu'il a bien envie de vous mettre des bâtons dans les roues. Que fait-il exactement qui vous amène à vous contrarier ? Si nous analysons bien cela, nous allons pouvoir chercher ensemble quels comportements vous pourriez adopter pour vous protéger et vous défendre ».

Il est possible d'utiliser la même contestation empirique lorsqu'il s'agit d'auto-dévalorisation. Par exemple, pour une personne qui se dirait « je suis vraiment un *nul* de me dégonfler de cette façon devant les critiques de mon patron », le thérapeute pourrait l'amener à réfléchir aux différentes stratégies qu'il aurait pu avoir avec son patron : « Qu'auriez-vous pu faire d'autre devant les critiques de votre patron ? » et « quelles auraient été les conséquences de ce comportement ? ». S'il s'avère qu'après réflexion, il aurait été préférable qu'il adopte effectivement un autre comportement que celui qu'il a eu, le thérapeute peut lui demander, par exemple, s'il trouverait « *nul* » et « *dégonflé* » un ami qui aurait eu le même comportement que lui. Généralement, les patients défendent leur ami, ce qui amène une preuve qu'il ne peut pas être lui-même dévalué sur une action qui ne dévalue pas un autre humain à ses yeux. Il est possible d'utiliser d'autres stratégies, présentées plus loin, pour contester la cohérence des croyances irrationnelles sur la valeur humaine.

Voici quelques exemples de questions qui peuvent être utiles pour faire cheminer les patients vers une perception plus rationnelle de la réalité concernant la valeur des humains :

- Où est la preuve que vous ne valez rien pour la société, l'univers ou quiconque parce que vos collègues vous manquent de respect ?
- Qu'est-ce que vous faites de bien alors qu'ils vous manquent de respect ?
- Si ces collègues vous manquent de respect, avez-vous de la valeur pour d'autres personnes dans le monde ?
- Où est-il écrit que vous avez besoin de leur respect pour avoir de la valeur ?
- Avez-vous la preuve que votre ex-mari est le pire des individus parce qu'il vous mène la vie dure ?

La contestation empirique

- Rechercher avec le patient les preuves sur lesquelles ils s'appuient pour affirmer ses croyances.

- Demander au patient d'évaluer si ses croyances sont cohérentes avec la réalité.

La contestation pragmatique

Le thérapeute qui utilise la contestation pragmatique aide les patients à entrevoir que leurs croyances irrationnelles entraînent des conséquences émotionnelles et comportementales négatives. Il les aide, par exemple, à remettre en question la valeur hédonique de leurs croyances (« Est-ce que la croyance est source de satisfaction, de plaisir ? Est-ce qu'elle apporte du bonheur, de la joie, etc. ? »), la valeur pragmatique (« Est-ce qu'elle est utile ? Est-ce qu'elle aide à avancer, à trouver des solutions, à atteindre des objectifs ? ») et la valeur heuristique (« Est-ce qu'elle permet d'apprendre des choses, des découvertes utiles, d'aller vers une solution acceptable, etc. ? »). Il s'agit d'évaluer avec les patients si leur façon de voir peut être évaluée selon des critères fonctionnels, c'est-à-dire si elle les aide à aller mieux, à résoudre leur problème ou à atteindre un objectif.

La contestation pragmatique des croyances irrationnelles de base d'exigence dogmatique

Le fait d'exiger de la réalité qu'elle soit telle qu'on voudrait qu'elle soit n'a jamais aidé personne à atteindre plus efficacement ses objectifs. Par exemple, le fait d'exiger la réussite à un examen n'a concrètement jamais rendu un individu plus performant. Le *souhait* de la réussite est sain, l'*exigence* est irrationnelle et, le plus souvent, génératrice d'un stress qui peut être inadapté et gêner la réussite. Le stress pénalise d'autant plus un patient qui se sent déjà fragilisé par un état dépressif ou un trouble anxieux. Souvent, plus le patient est dans un état de vulnérabilité, plus il a d'exigences envers lui. La réciproque est vraie également, c'est-à-dire que plus il a d'exigences, plus il risque de se retrouver fragilisé psychologiquement. Il est pris dans un cercle vicieux duquel il lui est difficile de sortir s'il conserve ses exigences coûte que coûte. Pour autant, il est souvent observé une difficulté pour abandonner les exigences par crainte de favoriser l'échec : « comme je suis déprimé en ce moment, je dois me mettre un gros coup de pression le jour J pour réussir ! ». La contestation pragmatique sur l'exigence consiste à évaluer les bénéfices et

les risques de se mettre la pression et, au contraire, de ne pas se mettre la pression et estimer ce qui serait le plus efficace. L'objectif est de l'aider à comprendre que limiter la pression le jour J ne signifie pas ne rien faire pour préparer l'examen. Le travail du thérapeute va être de l'amener à trouver une solution pour augmenter la probabilité de réussite en limitant l'anxiété du jour J. Si le patient reste sur une préférence de réussite et non une exigence, il sera possible de travailler plus sereinement. Il pourra aussi être discuté de la possibilité d'un échec à l'examen et des potentielles conséquences de celui-ci pour le patient : « espérons que cela n'arrive pas, mais si jamais vous étiez amené à échouer à cet examen et ne pas être reçu, que se passerait-il pour vous ? ». À cette question, le patient peut répondre par une nouvelle croyance irrationnelle dérivée de type intolérance à la frustration (« si j'échoue à cet examen, je ne m'en remettrai pas ! »), catastrophisation (« l'échec à cet examen serait la pire chose qui pourrait m'arriver ! ») ou jugement négatif sur soi (« je suis vraiment un gros naze si j'échoue à cet examen ! »). La contestation de ces croyances dérivées sera détaillée plus loin.

Exemples de questions permettant de tester l'aspect fonctionnel entre les croyances d'exigence dogmatique et la réalité :

- Vous pensez qu'ils *doivent* vous respecter. Quels sont les avantages que cela vous a apportés ?
- Comment le fait d'*exiger* qu'ils vous respectent les a amenés à vous respecter ?
- « Tout ce que je veux, je *dois* l'obtenir » : où cette exigence vous mènera-t-elle ?
- Cela vaut-il la peine de vous accrocher à la conviction que « je *dois* être respectée » ?
- Lorsque vous pensez ainsi, comment vous sentez-vous ? ... Et ce sentiment vous est-il utile ?
- Cette pensée vous motive-t-elle à vous mettre au travail ?
- Que vous arrive-t-il lorsque vous avez cette pensée ?
- Pourquoi vous accrochez-vous à une croyance qui vous cause tant de problèmes ?
- Pouvez-vous énumérer toutes les façons dont vos croyances vous ont aidée et gênée pour atteindre vos objectifs ?

La contestation pragmatique des croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation

Les humains ont tendance à exagérer la dimension catastrophique de nombreux événements désagréables. La mort est la pire chose qui puisse nous arriver, mais nous mourrons tous un jour, c'est une certitude (Ellis et Dryden, 2007). Lorsqu'une personne appréhende avec beaucoup d'anxiété qu'un événement se produise, cela n'a comme résultat que de la faire souffrir. Se faire du souci par rapport aux maladies qu'elle pourrait avoir, les pertes ou les accidents de la vie qu'elle pourrait vivre n'a jamais préparé à les appréhender plus sereinement lorsque cela se produit. Le résultat est plutôt de s'infliger de la douleur morale alors que les événements redoutés ne se produiront peut-être jamais. De plus, en réalité, lorsque les événements redoutés se produisent, les individus y font face bien mieux qu'ils ne l'avaient imaginé dans leurs anticipations anxieuses. Le plus souvent, ce que redoutent les patients, ce sont leurs propres émotions face à des situations difficiles qu'ils pourraient être amenés à vivre. Par exemple, un patient pourrait exprimer ceci : « si je devais perdre mes parents, ce serait une catastrophe. Je perdrais tous mes moyens, mes émotions me feront perdre le contrôle de moi-même, c'est certain ! ». Il est convaincu qu'une perte de contrôle se produirait s'il perd ses parents, or il n'a jamais pu expérimenter cette perte de contrôle qu'il imagine et il ne pourra jamais l'expérimenter avant le décès de ses parents. En attendant, il conserve un fort niveau d'anxiété et des comportements de réassurance plus ou moins gênants au quotidien (comme appeler ses parents tous les jours pour savoir comment ils vont) alors que ses parents vont bien et que rien ne pourra empêcher un problème de survenir. Dans cet exemple, le thérapeute a intérêt à l'aider à envisager la perte de ses parents comme un événement très triste qui changera toute sa vie définitivement, mais que la perte de contrôle de ses émotions est très peu probable car la situation n'est pas « une *catastrophe* » et que techniquement, à moins de mourir avant ses parents, cette réalité se produira nécessairement et, heureusement, de nombreuses personnes ont déjà surmonté cette épreuve.

Exemples de questions permettant de tester l'aspect fonctionnel entre les croyances dérivées de type catastrophisation et la réalité :

- Donc, vous pensez que c'est *horrible* qu'ils ne lisent pas vos messages et ne vous respectent pas. Comment cette pensée vous

- aide-t-elle à obtenir un résultat satisfaisant ?
- Est-ce que d'envisager la perte de vos parents comme un événement *terrible* ou *horrible* vous apporte du confort au quotidien ?

La contestation pragmatique des croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration

Quand une personne croit qu'elle ne pourra pas supporter un événement à venir, cela ne l'aide généralement pas à se saisir des stratégies qu'elle pourrait mettre en place pour que la vie lui soit plus favorable. Par exemple, une femme qui trouve *insupportable* que son mari parle à d'autres personnes sans l'inclure dans la discussion, se replie sur elle dès que son mari parle avec d'autres personnes. Il ne lui vient pas à l'esprit de s'introduire dans la discussion tellement elle vit une situation frustrante qui la met en colère contre son mari. Le thérapeute peut l'amener à constater que finalement, elle supporte toujours quand son mari parle avec d'autres personnes et qu'il pourrait être plaisant pour elle de participer aux échanges et de profiter de ce que son mari soit plus extraverti pour passer des moments sociaux agréables.

La personne peut aussi avoir des croyances irrationnelles de type intolérance à la frustration sur des événements du passé. Par exemple, une épouse devenue veuve d'un mari porteur d'un handicap peut dire que « vivre avec un mari invalide était *insupportable* et *invivable* ». Ce discours aura tendance à générer un sentiment de regret sur le passé, une colère face à l'injustice de sa situation et une grande tristesse en pensant à la vie qu'elle a eue. Pour l'aider à aller mieux quand elle pense au passé, le thérapeute peut l'aider à voir de façon plus rationnelle comment elle a réussi à gérer sa vie de façon courageuse et adaptée malgré la complexité de la situation avec le handicap de son mari. Elle se sentira, d'une part, valorisée et, d'autre part, pourra entrevoir que les regrets sur le passé ne l'aident pas à vivre mieux le moment présent.

Il est aussi fréquent de constater que les croyances de type intolérance à la frustration bloquent l'apparition de nouveaux comportements plus efficents, notamment quand l'émergence de ce nouveau comportement nécessite un effort important et prolongé. Par exemple, tout le monde perçoit bien les bénéfices d'arrêter de fumer, mais les fumeurs trouveront de nombreux freins

à l'arrêt de leur consommation. Même si le patient entrevoit bien l'intérêt de l'arrêt, il ne voit pas du tout comment il pourrait y faire face et il ne préfère pas essayer. Un fumeur pourrait s'exprimer ainsi : « il me semble *insupportable* de me passer de tabac. J'ai déjà essayé de m'en passer, mais la sensation de manque était *intolérable* et j'ai fini par craquer. Je ne préfère pas essayer encore d'arrêter parce que je ne tiendrai pas ». Dans cet exemple, le fait que le patient considère le manque comme *insupportable* l'inhibe dans sa volonté de tenter une nouvelle fois un sevrage.

Exemples de questions permettant de tester l'aspect fonctionnel entre les croyances dérivées de type intolérance la frustration et la réalité :

- Est-ce que trouver *insupportable* que vos collègues ne vous répondent pas, vous a permis de vous sentir bien ?
- Est-ce qu'on peut imaginer que vous surviviez à un échec à cet examen et que vous trouviez une suite favorable pour continuer votre vie ?
- Est-ce que ça vous apporte de la satisfaction d'avoir en tête que votre vie était *insupportable, invivable* ?
- Est-ce qu'il nous est possible de nous frustrer à court terme pour obtenir une satisfaction à moyen et long terme ?

La contestation pragmatique des croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine

Quand une personne se dévalorise en fonction de ses réussites ou de ses échecs, de ses actions ou de ses inactions, de ses défauts physiques, de ses défaillances intellectuelles, etc., elle ne se donne pas les moyens de progresser. Si elle se considère « *nulle* » ou, de façon plus grossière, « *comme une merde* » ou « *comme une ordure* », elle se positionne à zéro ou plus bas que terre et il sera alors plus difficile pour elle de s'améliorer car elle sera déprimée, en colère contre elle ou angoissée par son absence de valeur. Le thérapeute en REBT peut contester les dévalorisations en explorant avec elle les bénéfices qu'elle a déjà obtenus par le passé à se considérer aussi négativement. Par exemple, une femme encore amoureuse de son ex-compagnon pourrait se blâmer intérieurement car elle continue de lui envoyer

des messages :

Patiante : Je suis vraiment une *pauvre fille* de continuer à envoyer des messages à mon ex !

Thérapeute : Lui avez-vous envoyé moins de messages dernièrement ?

Patiante : Oui après notre séance, j'ai fait un effort pour lui envoyer moins de messages, mais je l'ai quand même fait, et c'est pour ça que je trouve que je suis une *pauvre fille* !

Thérapeute : En quoi vous traiter de *pauvre fille* vous sera utile à l'avenir pour vous permettre de continuer les efforts nécessaires à la réduction des contacts avec votre ex ?

Le thérapeute cherche à démontrer à la patiente que se blâmer pour ses manquements ne l'aide probablement pas à modifier plus efficacement ses comportements. Au contraire, les dévalorisations risquent d'accentuer le problème de la patiente qui pourra se dire que « de toute façon comme *je ne vaux rien*, autant continuer mon comportement ».

De la même façon, passer son temps à dénigrer les autres n'a jamais été aidant pour améliorer les relations avec eux. Par exemple, se dire « je ne parle plus avec mon collègue Jean-Michel parce que c'est vraiment un *connard* de misogynie » sera vraiment handicapant pour la patiente si elle doit travailler en équipe avec Jean-Michel. Elle risque de se mettre en difficulté professionnelle, ce qui n'améliora pas sa qualité de vie ni son travail. Le thérapeute peut pointer avec elle que si elle considère son collègue comme un connard, elle risque d'avoir avec lui des comportements qui vont le renforcer dans ses croyances sur les femmes, ce qui va augmenter sa propre impression qu'il est un connard. Le fait de ne plus parler à son collègue risque donc d'aggraver la situation avec lui et non de le changer. La question qui se pose à elle est d'apprendre à vivre dans un monde où il y a des personnes qui ont des façons de voir différentes des siennes et que cela ne fait pas de ces personnes nécessairement des connards. Le thérapeute peut la questionner sur le lien qu'elle fait entre la misogynie et le jugement de valeur global « *connard* ». Il peut aussi l'interroger sur la pertinence de son jugement : « est-ce qu'avoir ce jugement global sur votre collègue vous aide à mieux supporter ses propos ? ». Le thérapeute peut aussi lui demander si cela fonctionne de ne pas lui parler et s'il n'est pas possible de développer d'autres stratégies pour réussir à faire certaines tâches avec son collègue.

Thérapeute : J'entends bien que Jean-Michel ne se comporte pas bien avec vous et ce d'autant que vous êtes une femme, mais puisque vous avez ce projet à réaliser tous les deux, comment pourriez-vous envisager Jean-Michel autrement que comme un *connard* misogynie ?

Patiante : Je vous assure qu'il est vraiment misogyne, regardez la dernière fois...

Thérapeute : Je vous arrête parce que vous m'avez déjà donné des exemples de sa misogynie et, à n'en pas douter, il n'aime pas les femmes. J'aimerais plutôt que vous essayiez de me décrire Jean-Michel sous un autre aspect.

Patiante : Bah là, je ne vois pas... Ah bah, c'est sûr que techniquement il est doué et très pointu dans son domaine...

Thérapeute : Très bien, s'il est pointu dans son domaine, peut-être que vous auriez intérêt à utiliser ses compétences pour réaliser le projet du mieux possible. Auriez-vous intérêt à ce que le projet se passe bien ?

Patiante : Bien sûr, nous aurions de la satisfaction et de la reconnaissance.

Thérapeute : Pourriez-vous obtenir cela sans Jean-Michel ?

Patiante : Non parce que je ne sais pas faire ce qu'il sait faire, mais lui ne sait pas faire ce que moi je sais faire. Je vois ce que vous voulez m'amener à penser : « Tu ne peux pas changer les gens. S'il est misogyne, il va le rester malgré tout ce que tu pourras faire ou dire pour contrer ses propos. Tire parti des compétences de Jean-Michel pour aboutir à ton projet, sans t'épuiser à essayer de le changer ! ».

Dans cet exemple, la patiente constate qu'elle peut travailler avec une personne qui ne partage pas ses opinions et qu'elle peut même en tirer un bénéfice, ce qui lui permettra de continuer ses efforts dans ses relations avec les autres sans vouloir absolument qu'ils pensent comme elle.

Exemples de questions permettant de tester l'aspect fonctionnel entre les croyances dérivées de type évaluation globale sur la valeur humaine et la réalité :

- Lorsque vous vous condamnez parce que vous n'êtes pas respectée, comment cela vous aide-t-il à obtenir ce que vous voulez ? Comment cela vous aide-t-il à être efficace ?
- Quand vous êtes exaspérée par vos collègues qui sont de la *pire espèce*, est-ce que vous parvenez à trouver des solutions pour résoudre vos problèmes relationnels avec eux ?

La contestation pragmatique

- Aider le patient à entrevoir que ses croyances irrationnelles entraînent des conséquences émotionnelles et comportementales négatives.
- Remettre en question la valeur hédonique,

pragmatique et heuristique des croyances irrationnelles du patient.

- Évaluer avec le patient si sa façon de voir lui permet de fonctionner correctement.

Les différents types de contestations peuvent être présentés de différentes manières. Le thérapeute qui pratique la REBT a intérêt à être créatif et à développer son registre de contestations au fur et à mesure de son expérience. Dans le paragraphe suivant, seront présentés, de façon non exhaustive, différents styles de contestation (didactique, socratique, métaphorique, humoristique) qui permettent d'amener les patients à remettre en question leurs croyances irrationnelles de façon logique, empirique ou pragmatique.

2) LES DIFFÉRENTS STYLES DE CONTESTATION

La deuxième dimension des stratégies de contestation est le style de l'argumentation. Chaque type de contestation peut être couplé dans un des quatre styles didactique, socratique, métaphorique, humoristique.

Le style didactique

Pour contester une croyance irrationnelle, le thérapeute peut utiliser un style didactique au travers de mini-exposés, d'analogies (associations d'idées) et de paraboles (récits symboliques). Cette approche fournit des éléments afin d'améliorer la compréhension du patient concernant sa propre pensée et les concepts qu'il utilise. Cela peut inclure des explications sur la théorie de la REBT comme des clarifications sur la distinction entre les croyances irrationnelles et rationnelles. Le thérapeute peut également expliquer ce qu'est un « absolu de pensée » et comment ces modes de pensée, liés à la manière dont le patient perçoit le monde, lui-même et les autres, peuvent entraîner des dysfonctionnements.

Il est essentiel de veiller à ce que ces présentations restent courtes et concises, afin de limiter le risque de placer le patient en position d'infériorité et le thérapeute en position de « sachant ».

Une fois cet exposé fait par le thérapeute, il vérifie la compréhension du

patient en lui demandant ce qu'il a compris des concepts expliqués. Après que la personne ait expliqué au thérapeute sa compréhension du concept abordé, le thérapeute lui demande s'il pourrait trouver un exemple pour illustrer ce qu'il vient d'expliquer et ainsi s'approprier le concept. Cette illustration au travers d'exemples peut également venir du thérapeute, ce qui lui permet de développer sa créativité dans les explications qu'il donne au patient.

Par exemple, un patient qui souffre d'une croyance irrationnelle selon laquelle il *doit* pouvoir obtenir ce qu'il veut. Si le thérapeute adopte un style didactique pour remettre en question cette croyance et favoriser une pensée plus rationnelle, il peut procéder ainsi :

Thérapeute : Une préférence non dogmatique est une croyance qui, lorsqu'elle est exprimée, affirme ce que l'on veut vraiment, mais sans exiger qu'on *doive* l'avoir. Elle est donc flexible. En revanche, lorsque vous avez une exigence, vous croyez que vous *devez* avoir ce que vous voulez, peu importent les éléments de la réalité. C'est ce qui fait la rigidité d'une demande absolue. Être conscient de ses désirs est un aspect très important de l'être humain. Mais il est tout aussi important de garder en tête que ce n'est pas parce que vous voulez que quelque chose arrive que cela *doit* arriver. Et ce n'est pas parce que vous voulez que quelque chose n'arrive pas que cela *ne doit pas* arriver. Parfois, vos désirs sont satisfaits, parfois non. Et parce que vous n'obtenez pas toujours ce que vous voulez et que vous obtenez parfois ce que vous ne voulez pas, il est important que vous développiez une attitude qui reflète cette réalité de la vie.

Patient : Oui, je vois.

Thérapeute : C'est-à-dire ? Pouvez-vous m'expliquer ce que vous « voyez » ?

Patient : J'ai compris que quand j'avais envie d'avoir quelque chose, je peux le vouloir extrêmement fort, mais ça ne veut pas dire que je dois l'avoir. Mes désirs peuvent ne pas être satisfaits. Ça n'est pas réaliste d'attendre cela.

Voici un autre exposé didactique, mais réalisé de façon illustrée à travers un exemple :

Thérapeute : Supposons que vous vouliez faire un cadeau à votre conjoint pour son anniversaire. C'est important pour vous, vous voulez trouver le cadeau personnalisé qui lui fera plaisir, mais vous vous dites que vous *devez* trouver le cadeau parfait. Vous exigez de vous de trouver ce cadeau. Si vous transformez ce désir en nécessité absolue, cela présentera un inconvénient dont il faut être conscient. En effet, votre désir de trouver un cadeau personnalisé vous motivera à réfléchir et à faire des recherches pour imaginer et peut-être trouver le cadeau parfait, mais si vous pensez que vous *devez* trouver le cadeau idéal, vous passerez un temps infini à faire des recherches, à l'exclusion de tout le reste. Vous pourrez même être obsédée par ces recherches. Si vous transformez vos désirs en réalité, cela vous rendra anxieuse et cela pourra vous empêcher de réfléchir et de faire vos recherches de manière productive. Vous pourrez finir, épuisée, par prendre n'importe quoi au dernier moment, incapable de réfléchir correctement... Dites-moi ce que vous pensez de mon exemple ?

En début de thérapie, le style didactique est davantage utilisé pour enseigner le modèle théorique aux patients car il est important pour le thérapeute de transmettre son savoir et permettre au patient de devenir son propre thérapeute. Plus le patient aura les bases théoriques, plus il pourra comprendre et adhérer aux stratégies utilisées par le thérapeute et il pourra avancer de manière efficace et collaborative lors des séances. De plus, ces explications didactiques suffisent parfois à certains patients pour comprendre les conséquences néfastes des croyances irrationnelles et leur permettent de les changer d'eux-mêmes en croyances rationnelles.

Le style didactique

- Utiliser les mini-exposés, analogies, paraboles
- Vérifier ce que le patient a compris

Le style socratique

La méthode socratique, décrite à l'origine dans les dialogues de Platon, est depuis longtemps associée à l'étude de la philosophie, du droit et de l'éducation. Socrate est souvent considéré comme le précurseur de la psychothérapie en raison de sa méthode philosophique d'enseignement et de questionnement, connue sous le nom de maïeutique. La maïeutique est un processus par lequel Socrate aidait ses interlocuteurs à découvrir la vérité par eux-mêmes en posant des questions et en les encourageant à examiner leurs propres croyances et convictions.

La méthode socratique est considérée comme une composante importante des interventions des thérapies cognitives et comportementales. Dans la littérature sur les TCC, on retrouve plusieurs termes : « questionnement socratique », « méthode socratique », « dialogue socratique » et « découverte guidée ».

Ellis a été le premier à utiliser la méthode socratique en psychothérapie pour aider ses patients à reconnaître et à contester leurs croyances irrationnelles, et cette technique est devenue un pilier de l'approche cognitivo-comportementale. La TCC de Beck semble avoir opté pour la méthode socratique associée à la découverte guidée considérée comme une approche

non conflictuelle (Beck *et al.* 1979), là où la *dispute* (*de l'anglais « to dispute »*, *contester*) socratique d'Ellis reste une approche conflictuelle qui comprend la « *remise en question directe des croyances irrationnelles* » (Bishop et Fish, 1999) qui aboutit à l'élaboration conjointe d'une alternative cognitive et/ou comportementale au problème.

La méthode socratique est une approche philosophique fondée sur le questionnement et l'examen des croyances, des pensées et des hypothèses.

L'utilisation du dialogue socratique pousse, encourage le patient à explorer ses cognitions et à avoir une réflexion critique de celles-ci. Elle le pousse à remettre constamment en question ses idées préconçues, ses suppositions et ses préjugés, en cherchant des preuves et des arguments solides pour étayer ses convictions. En remettant en question ses pensées, le patient est amené à développer des philosophies plus rationnelles, reposant sur une évaluation objective de la réalité et une réflexion approfondie.

Une description détaillée de la méthode socratique a été faite par Overholser (1993 ; 1999 ; 2011). Selon lui, le sujet de la discussion est exploré à travers un questionnement systématique pour former de nouvelles généralisations plus adaptatives à travers l'exploration et l'examen systématique des informations pertinentes. Ce questionnement fait émerger des incohérences dans le système de croyances créant ainsi une dissonance cognitive, c'est-à-dire une tension ou un malaise ressenti lorsqu'une personne détient simultanément deux croyances, attitudes ou opinions contradictoires, ou lorsque ses actions sont en conflit avec ses croyances ou attitudes. Cette tension peut conduire la personne à chercher à réduire la dissonance, soit en modifiant ses croyances ou attitudes, soit en justifiant ses actions d'une manière ou d'une autre. L'objectif étant ici de modifier les croyances pour qu'elles deviennent plus cohérentes au niveau interne. Ses écrits fournissent des directives pour intégrer cette méthode dans la pratique clinique. Les principales composantes identifiées par Overholser comprennent :

- le questionnement systématique,
- le raisonnement inductif,
- l'exploration des définitions universelles.

Le *questionnement systématique* repose sur une séquence planifiée de questions qui guident le dialogue thérapeutique. Il stimule les processus de

pensée créative et critique du patient en lui permettant de réfléchir activement et différemment, d'explorer ses problèmes, ses valeurs et ses hypothèses.

Reposant sur l'écoute empathique, les questions ont pour but d'amener les informations déjà connues par les patients à leur conscience afin d'appliquer ces informations à des situations particulières. Les questions vont au-delà de la simple collecte d'informations et tentent de stimuler l'intégration et la synthèse de conclusions plus objectives.

Ce processus de découverte de soi est important pour développer une attitude critique à l'égard de sa propre pensée. La pensée critique est un concept qui a été diversement décrit comme impliquant la reconnaissance des hypothèses et des valeurs, la capacité de raisonner et d'évaluer les informations afin de tirer des conclusions et de prendre des décisions efficaces (Mac Millan, 1987).

Dans le questionnement systématique, les questions peuvent être structurées selon trois aspects principaux : la forme, le contenu et le processus.

1. La forme des questions : la forme des questions socratiques est essentielle pour susciter une réflexion approfondie. Plutôt que de poser des questions simples qui exigent une réponse courte, les questions socratiques sont souvent ouvertes et complexes. Elles encouragent les individus à examiner les nuances et les implications de leurs idées, plutôt que de simplement donner des réponses superficielles.

Par exemple, au lieu de demander « Pensez-vous qu'on puisse être parfait ? », une question socratique pourrait être « Comment sait-on ce qui est parfait ou non ? ».

Les questions ouvertes permettent également d'encourager la créativité en offrant de multiples réponses possibles, elles amènent souvent le thérapeute et le patient à adopter une nouvelle perspective sur le problème.

2. Le contenu des questions : le contenu des questions socratiques se concentre sur l'examen des arguments, des preuves et des raisonnements sous-jacents aux croyances ou opinions des individus. Les questions visent à creuser plus profondément dans les idées, à identifier les incohérences ou les contradictions éventuelles, et à encourager les individus à justifier leurs positions.

Par exemple, une question socratique pourrait être « Quelles sont les

raisons qui soutiennent votre croyance que vous devez être parfait ? ».

3. Le processus des questions : le processus des questions socratiques est un aspect clé de cette approche. Plutôt que de fournir des réponses directes, le thérapeute utilisant la méthode socratique guide habilement la discussion en posant des questions supplémentaires en retour aux réponses données par le patient. C'est un enchaînement de questions pour arriver à la découverte d'une philosophie de vie plus saine. Cela permet de creuser plus profondément dans la pensée de l'individu et de le conduire à des réflexions plus approfondies.

Malgré la valeur potentielle des questions utilisées pour guider les discussions thérapeutiques, il est important que le thérapeute soit sélectif dans le nombre et le type de questions qu'il pose (Overholser, 1993) car l'utilisation de la méthode socratique sans discernement peut conduire à des digressions inutiles où le thérapeute se laisse entraîner. De même, celui-ci évitera que le patient se sente bombardé de questions ou que l'utilisation excessive du style socratique l'amène à se sentir menacé par un style d'interrogation répétitif ou à se sentir frustré en jouant à « devinez ce que je pense ».

Les questions peuvent être entrecoupées d'une réponse empathique afin de réduire la nature interrogative du dialogue (Milliren *et al.*, 2007). Chaque question doit avoir un objectif thérapeutique clair (Overholser, 1993).

En outre, les questions du type « Pourquoi ? » sont utilisées avec attention car elles impliquent parfois que le patient se sente blâmé (Cormier *et al.*, 2009).

Il est important de noter que le questionnement socratique ne vise pas à obtenir des réponses précises, mais à faciliter une exploration conjointe. Il favorise un environnement d'apprentissage mutuel où la remise en question constante de nos pensées et croyances permet de développer des philosophies plus rationnelles, émotionnellement saines et adaptées à chaque individu.

Thérapeute : Parlons de la croyance « je *dois* être parfait ». Pourquoi pensez-vous qu'il est important d'être parfait dans ce que vous faites ?

Patient : Parce que je veux être apprécié et approuvé par les autres. J'ai peur d'être jugé si je ne suis pas parfait.

Thérapeute : Vous dites vouloir être apprécié et approuvé par les autres. En quoi pensez-vous que la perfection est liée à l'approbation des autres ?

Patient : Je suppose que j'associe inconsciemment la perfection à la valeur que les autres m'attribuent. Si je suis parfait, les autres m'apprécient davantage, et je me sentirai mieux dans ma peau.

Thérapeute : En effet, je comprends... Existe-t-il des exemples dans l'histoire où des individus ont été considérés comme parfaits ? Je vous demande ça parce que je me demande si la perfection est un concept humain réaliste.

Patient : Non, je n'ai pas d'exemple où quelqu'un aurait été considéré comme parfait. Je sais que la perfection est un idéal impossible à atteindre.

Thérapeute : OK, mais si la perfection est un idéal impossible à atteindre, pouvons-nous alors envisager une approche différente ?

Patient : Je suppose que l'on pourrait accepter nos imperfections comme faisant partie intégrante de nous ?

Thérapeute : D'accord mais qu'est-ce que cela pourrait nous apporter ? (*Ici le thérapeute profite du fait que le patient remette en question l'idée de perfection de l'être humain pour l'amener à défendre lui-même l'avantage de l'acceptation de la non-perfection*)

Patient : Je suppose que cela pourrait nous libérer d'une grande pression et nous permettre de nous accepter comme on est.

Thérapeute : Et si vous vous acceptiez davantage comme vous êtes, qu'est-ce que cela vous apporterait ?

Patient : Je pourrais peut-être me concentrer sur moi sans me préoccuper autant du regard des autres.

Thérapeute : Quelle chouette perspective !

(Le patient sourit)

Le *raisonnement inductif* est une autre approche utilisée dans le questionnement socratique. Le raisonnement inductif est utilisé pour aider le patient à tirer des conclusions générales à partir de l'expérience d'événements spécifiques. En analysant les similitudes et les différences entre des expériences spécifiques, un patient peut développer des attentes plus rationnelles à un niveau plus abstrait. Par exemple, en examinant différentes situations où le patient a réussi à faire avec l'imperfection, il peut remettre en question la croyance selon laquelle il *doit* être parfait.

Thérapeute : Quand vous croyez que « vous *devez* être parfait ». Y a-t-il eu des occasions où une approche imparfaite vous a quand même conduit à de bons résultats ?

Patient : En y réfléchissant, il y a eu des projets où je n'ai pas atteint la perfection et où les résultats ont quand même été satisfaisants.

Thérapeute : Il y a donc des réalisations que vous avez eues, qui étaient de qualité, sans pour autant être parfaitement réalisées ?

Patient : Oui c'est ça.

Thérapeute : C'est intéressant. Et y a-t-il des personnes que vous admirez ou considérez comme

des modèles ?

Patient : Oui.

Thérapeute : Pensez-vous qu'elles sont toujours parfaites dans tout ce qu'elles font ? Et trouvez-vous que ce qu'elles entreprennent est valable ?

Patient : Non, bien sûr que non. Personne n'est parfait tout le temps. Mais oui, je trouve beaucoup de valeur dans ce qu'elles font, même si elles commettent parfois des erreurs.

Thérapeute : Donc, il semble y avoir des cas où l'effort vers la perfection absolue n'est pas nécessaire pour atteindre des résultats satisfaisants, et où même des individus que vous admirez n'atteignent pas toujours la perfection.

Patient : Oui en effet...

Dans le processus de questionnement, l'*exploration des définitions universelles* est la définition des termes. Elle joue un rôle essentiel. Cette exploration permet de définir les termes de manière complète et compréhensible, tout en restant applicable à l'ensemble des situations possibles. Une définition adéquate n'est ni trop étroite ni trop large, elle est clairement exprimée et évite l'utilisation d'un langage figuratif qui pourrait être interprété de plusieurs façons.

Par exemple, lorsqu'un patient utilise le terme « perfection », il est important de clarifier ce que cela signifie pour lui. Ou de demander au patient de définir ce qu'il entend par « amour » pour explorer s'il associe l'amour à des gestes concrets ou à une présence émotionnelle ou toute autre chose. Cela peut donner :

Thérapeute : Comment définiriez-vous la perfection dans cette attente que vous avez envers vous-même « d'être parfait » ?

Patient : Pour moi, la perfection signifie atteindre tous les objectifs que je me suis fixés sans aucune erreur, être impeccable dans tout ce que je fais.

Thérapeute : Donc si vous vous fixez comme objectif d'inventer une machine à remonter le temps, il faudrait que vous le fassiez sans aucune erreur ?

Patient (*il sourit*) : Oui, ça donnerait ça.

Thérapeute : Mais pourtant, quand Thomas Edison a voulu inventer l'ampoule, il a d'abord échoué. Est-ce que son invention n'en était pas moins parfaite ?

Patient : Non en effet.

Thérapeute : Donc ça ne colle pas ? Comment allons-nous définir la perfection ?

Patient : Peut-être est-ce quelque chose vers lequel on va tendre pour arriver à un résultat satisfaisant.

Dans cet exemple, il sera nécessaire de poursuivre la contestation de la

nouvelle croyance qui risque de rester sous forme d'exigence « je *dois* tendre vers la perfection pour arriver à un résultat satisfaisant ».

Avec l'exploration des définitions universelles, le thérapeute et le patient peuvent commencer à utiliser le concept défini de manière plus objective et continuer de questionner les croyances du patient.

Le questionnement socratique permet l'exploration collaborative d'une croyance irrationnelle et permet aux patients de parvenir à leurs propres conclusions. Cependant, la méthode n'est pas totalement collaborative car même si, selon Padesky (1996), le thérapeute ne connaît pas la conclusion à laquelle il souhaite que le patient parvienne, les questions socratiques ne sont généralement pas considérées comme de véritables demandes d'information, mais comportent plutôt une directive implicite car il est implicite que le thérapeute connaît la bonne réponse.

Il a été suggéré que le thérapeute essaye de trouver un équilibre entre son désir de curiosité et de collaboration et le fait de guider activement un patient vers une conclusion particulière (DeRubeis, 2009).

La contestation socratique telle qu'elle est employée dans la REBT est peut-être la forme la plus proche de toute forme de questionnement socratique utilisée en psychothérapie, étant donné sa rigueur dialectique et sa remise en question directe des croyances irrationnelles.

Le questionnement socratique est un processus qui stimule la réflexion et l'esprit critique. Il favorise le développement d'une compréhension plus approfondie de soi-même et l'acceptation de ses propres conclusions.

Le style socratique

- Approche philosophique fondée sur le questionnement et l'examen des croyances, des pensées et des hypothèses.
- Utiliser le questionnement systématique, le raisonnement inductif, l'exploration des définitions universelles.

Le style humoristique

Dans l'Antiquité, l'humour faisait référence aux humeurs, quatre fluides présents dans le corps (le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire). On considérait qu'une proportion équilibrée ou correcte de ces liquides corporels était nécessaire pour que l'homme soit « de bonne humeur ». À l'inverse, on considérait que l'on n'était pas soi-même ou que l'on manquait d'humour lorsque les liquides étaient disproportionnés. Cette association implicite entre l'humour et la santé mentale a perduré jusqu'à aujourd'hui. Allport (1937 ; 1961), Maslow (1962), Rogers (1951 ; 1961) ont tous reconnu l'humour comme l'un des attributs de l'individu fonctionnant pleinement. O'Connell (1960) a constaté que les personnes bien adaptées avaient le meilleur sens de l'humour.

Selon le Petit Robert (2024), l'humour est cette « *forme d'esprit qui consiste à dégager les aspects plaisants et insolites de la réalité, avec un certain détachement* ».

L'humour se distingue de l'ironie comme le définit le philosophe Comte-Sponville (1995) : « *Quand [l'esprit] se moque de ce qu'il déteste ou méprise, c'est de l'ironie. Quand il se moque de ce qu'il aime ou estime, c'est de l'humour.* »

L'humour est une autre forme largement utilisée de contestation et un outil essentiel de la REBT. Ellis était connu pour son utilisation de l'humour. Il a toujours pensé que c'était un élément majeur de la psychothérapie et l'a utilisé comme moyen de changement d'attitude. Par exemple, lorsqu'un patient exprimait une croyance irrationnelle, il pouvait répondre avec une pointe d'humour pour illustrer l'absurdité de cette croyance. Parfois, il disait : « *Oh, donc vous pensez vraiment que si vous échouez à ce test, ce sera la fin de votre vie ? Eh bien, vous savez, je ne suis pas sûr de pouvoir survivre à cette nouvelle épouvantable moi-même !* ».

Selon Suls (1972), l'effet humoristique d'une histoire est déclenché par l'identification d'une incongruité et de sa résolution. Cela consiste à mettre en place un cadre interprétatif prédisant la fin de l'histoire et à la tester avec la fin de la situation. Si la prédiction correspond à la fin de l'histoire, il n'y a pas de surprise, mais si la fin de l'histoire est incongrue, alors cela provoque la surprise. Les éléments vont difficilement s'adapter aux connaissances

activées précédemment et ne pourront pas être assimilés tels quels. La résolution de cette incongruité consiste pour l'individu à s'accommoder en construisant une nouvelle représentation mentale, en changeant, déconstruisant et construisant une nouvelle règle cognitive, conciliant l'ensemble des éléments de la configuration. La résolution de l'incongruité entraîne du plaisir et de l'amusement.

Des chercheurs en sciences cognitives, tels que Hurley *et al.* (2011), se sont penchés sur les théories de l'humour pour comprendre pourquoi certaines choses font rire. Ils ont constaté que l'humour fonctionne en grande partie en confrontant des idées, en jouant avec les sens multiples d'un mot et en exagérant certains aspects.

D'autres chercheurs ont souligné les aspects sociaux de l'humour. Par exemple, la théorie de la reconnaissance sociale de Robert Provine (1993) suggère que l'humour est un moyen pour les individus de renforcer les liens sociaux, de créer des rapports positifs avec les autres et de faciliter la coopération.

Enfin, l'utilisation de l'humour peut jouer un rôle important pour la mémorisation (Schmidt et Williams, 2001). En effet, le patient qui aura ri avec son thérapeute, associera le moment où il a modifié sa croyance à une émotion agréable et il s'en souviendra plus facilement.

En psychothérapie, l'humour peut être utilisé de manière productive pour remettre en question les croyances irrationnelles. Il vise la prise de perspective pour permettre de tenir compte d'aspects laissés de côté jusque-là, afin d'amener le patient à reconstruire le sens qu'il donne aux événements. Il peut ainsi se distancier des situations et avoir un regard différent sur ses manières de percevoir. L'humour amène le patient à une position d'observation, provoque chez lui l'étonnement, et lui permet de réinterpréter les données de départ. Les composantes fondamentales de l'humour comprennent le reflet ou l'imitation de la réalité, ainsi que le détournement, la contradiction ou l'ambiguïté. Les méthodes humoristiques incluent l'hyperbole, la métaphore, la réduction à l'absurde ou à la farce, le recadrage, l'utilisation d'un mot ou d'une expression comme dans les exemples suivants :

Thérapeute : Vous pensez que vous *devez* être parfait. Je suis bien d'accord avec cette exigence, c'est pourquoi j'ai décidé d'arrêter immédiatement la psychothérapie car je me suis rendu

compte que j'avais fait une erreur dans le suivi du patient précédent !

Thérapeute : C'est vrai qu'il *faut* être sûr, ne pas avoir de doutes et vérifier sans cesse ce qu'on vient de faire pour être serein. Je pense qu'on devrait l'écrire sur une affiche et la coller partout en ville pour que tout le monde ait accès à cette information capitale !

Il est important de noter que l'humour peut varier en fonction de nombreux facteurs, tels que la culture, la maturité, le niveau d'éducation, le contexte etc. Ce qui est drôle pour une personne peut ne pas l'être pour une autre. Aussi, il est essentiel de prendre en compte la capacité du patient à comprendre et à utiliser l'humour, ainsi que sa sensibilité à la cible de l'humour. Le thérapeute sera spécialement attentif à maintenir l'alliance avec le patient. Il sera également vigilant au risque d'utilisation de l'humour comme mécanisme d'évitement par le patient et/ou par le thérapeute.

En somme, l'humour est un outil efficace en thérapie qui peut aider à remettre en question les pensées irrationnelles et favoriser le changement d'attitude. Que ce soit à travers un jeu de mots, une exagération humoristique ou une contradiction, l'humour peut aider à voir les choses sous un nouvel angle et à développer une perspective plus saine et rationnelle.

Le style humoristique

- Utiliser le reflet ou l'imitation de la réalité, le détournement, la contradiction ou l'ambiguïté grâce à l'hyperbole, la métaphore, le raisonnement par l'absurde, la farce ou le recadrage
- Associer la contestation d'une croyance irrationnelle à une émotion agréable pour une meilleure mémorisation

Le style métaphorique

La métaphore est une figure de style, dont le principe est d'associer un terme à un autre appartenant à un champ lexical différent, afin non seulement de décrire une chose, mais aussi de lui donner une valeur de compréhension ou d'expérience plus forte et riche que si l'on s'en tenait à une description sommaire ou si l'on procédait par simple comparaison. Par exemple,

lorsqu'une personne dit « ma fille est un trésor », elle utilise une métaphore pour expliquer que sa fille dispose de qualités exceptionnelles sans avoir à donner toutes les explications. Non seulement l'interlocuteur comprend ce qu'elle veut dire, mais il en saisit davantage la portée.

Ellis s'est beaucoup appuyé sur la linguistique et son importance dans la façon de penser et de vivre les situations. Les chercheurs contemporains ont exploré les fonctions et l'impact des métaphores. Lakoff et Johnson (1985) ont proposé la théorie de la métaphore conceptuelle, affirmant que les métaphores ne sont pas seulement des figures de style, mais qu'elles structurent également notre pensée et notre compréhension du monde. Ils ont démontré que les métaphores sont omniprésentes dans le langage quotidien et jouent un rôle fondamental dans le système cognitif.

Les métaphores sont de véritables processus de représentation pour un individu qui permettent d'appréhender son monde interne, ses représentations, ses croyances et ce qui a de la valeur pour lui. Ce processus repose sur le principe que les individus peuvent avoir des difficultés à saisir pleinement les implications de leurs comportements ou sentiments lorsqu'ils sont profondément immersés dans leurs propres expériences. En déplaçant l'attention vers une situation métaphorique externe, le patient est capable de voir les conséquences de ses actions de manière plus objective. Cette distanciation aide à éviter les pièges de l'auto-analyse verbale qui peut parfois mener à des impasses ou à des rationalisations.

Les métaphores, comme l'humour précédemment, permettent une mémorisation plus importante grâce à leur compacité et leur vivacité, notamment parce qu'elles disposent d'une forte imagerie. Elles permettent de synthétiser le travail de contestation grâce à une organisation synchrone de l'information en grands morceaux intégrés, soutenus par des images fortes, facilement accessibles et donc plus efficaces (Lakoff et Johnson, 1985). La métaphore est ainsi utilisée dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) en s'appuyant sur la théorie des cadres relationnels (TCR). C'est un outil linguistique puissant qui sert de pont entre l'expérience subjective du patient et un scénario externe plus tangible. L'emploi de métaphores par le thérapeute consiste à établir une analogie entre la situation vécue par le patient et un contexte concret et familier, permettant ainsi une visualisation plus claire des dynamiques en jeu.

Muran et DiGiuseppe (1990) ont identifié plusieurs règles pour utiliser une métaphore :

- définir clairement le concept à communiquer ou à enseigner ;
- s'intéresser à la langue du patient et rechercher un domaine qu'il comprend et maîtrise facilement ;
- rechercher une construction analogique qui résonne avec les expériences personnelles et les intérêts des patients.

Par exemple, un thérapeute travaillant avec un patient sportif peut utiliser la métaphore de l'entraîneur pour expliquer son rôle dans l'enseignement de compétences et l'accompagnement du patient dans son cheminement vers l'efficience émotionnelle (DiGiuseppe *et al.*, 2014) ou toute autre référence, comme l'illustre l'exemple suivant :

Thérapeute : Vous dites que vivre un inconfort est *insupportable*. Vous êtes la princesse au petit pois ?

Patiante (*elle sourit*).

Histoire d'un prince dont la mère, pour vérifier la qualité de « vraie princesse » de la prétendante, empila 20 matelas et 20 édredons et mit un petit pois au fond du lit. Au matin, on lui demanda comment elle avait dormi. « Affreusement mal, répondit-elle, je n'ai presque pas fermé l'œil de la nuit. Dieu sait ce qu'il y avait dans ce lit. J'étais couchée sur quelque chose de si dur que j'en ai des bleus et des noirs sur tout le corps ! C'est terrible ! ». Ainsi il s'est avéré qu'elle était bien une vraie princesse, ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants !...

Thérapeute : Vous croyiez que vous devez être parfaite. Vous devez donc être une licorne ?

Patiante (*elle sourit*).

Les métaphores sont donc très utiles dans la thérapie pour permettre au patient de faire une synthèse pertinente du travail de contestation et qui sera accessible facilement grâce à son côté imagé. Le patient pourra ainsi avoir rapidement accès à une remise en question de sa croyance irrationnelle.

Le style métaphorique

- Figure de style qui associe un terme à un autre appartenant à un champ lexical différent pour donner une valeur de compréhension ou d'expérience plus forte et riche

- Permet au patient de faire une synthèse pertinente et imagée du travail de contestation qui le rend plus accessible

Le thérapeute peut croiser tous les types de contestation avec les styles de contestation, en ayant en tête qu'une seule démonstration/question n'est pas suffisante la plupart du temps et qu'il est nécessaire de naviguer entre toutes les contestations possibles. Ce croisement entre type et style est présenté dans le [tableau 13](#) avec une croyance irrationnelle.

Croyance irrationnelle : J'ai été quitté, cela veut dire que je suis un *échec total, nul, une merde*.

Tableau 13. Tableau de synthèse

	Logique	Empirique	Pragmatique
Didactique	Il ne s'ensuit pas logiquement que parce que vous avez eu un échec, vous êtes un échec. On n'est pas ce qu'on fait.	Il n'y a absolument aucune preuve pour soutenir la croyance que simplement parce qu'une personne a mis fin à une relation avec vous, cela fait de vous un échec en tant qu'humain. En fait, vous n'êtes qu'une personne dont la relation a pris fin.	Il semble que tant que vous continuerez à vous dire que vous êtes un échec parce que votre relation a pris fin, vous souffrirez d'une profonde dépression. Vous risquez de vous isoler, de vous rabaisser et donc de ne pas pouvoir aller de l'avant et réussir à mener votre vie comme vous l'entendez.
Socratique	Où est la logique dans le fait de croire que juste parce que la relation se termine, vous ou quelqu'un d'autre est un échec total en tant que personne ?	Où est-ce écrit que parce que la relation a pris fin, vous êtes soudainement un échec total et un bon à rien en tant que personne ?	Comment cela vous aide-t-il de continuer à penser que parce que la relation a échoué, vous êtes un échec ?
Métaphorique	C'est justement cette croyance irrationnelle, entre autres, qu'Ellis a contestée quand il	Quand Zidane a échoué dans la maîtrise de lui-même lors de la coupe du	Si J. K. Rowling s'était dit qu'elle était une ratée lorsque son roman Harry Potter a

	s'est installé dans Central Park et qu'il a demandé leur numéro à des centaines de femmes. Ancrer cette croyance que, malgré les échecs, cela ne faisait pas de lui un échec.	monde 2006 en mettant un coup de boule, cela a-t-il fait de lui un nul, un échec total ?	été refusé par les éditeurs, qu'est-ce que cela lui aurait apporté, et à ses lecteurs ?
Humoristique	Comme j'ai fait des erreurs comme jeune thérapeute et que j'en fais encore, je n'ai plus qu'à changer de métier !	Donc à l'heure où un couple sur deux divorce, sachant que ce n'est pas souvent par « consentement mutuel », ça fait un paquet de ratés sur terre !	Donc quand vous vous dites que vous êtes un raté, parce que votre dernière relation a pris fin, cela vous permet d'être tellement bien que vous vous transformez en Don Juan, et vous faites tomber toutes les filles ?

3 AIDES À LA CONTESTATION

La modélisation vicariante

La contestation des croyances irrationnelles grâce à la modélisation vicariante utilise des modèles valorisés par les patients pour les amener à observer que des personnes de leur entourage vivent des événements similaires qui les activent, mais ne souffrent pas d'émotions dysfonctionnelles malsaines, parce qu'elles ne souscrivent pas aux mêmes croyances irrationnelles. Ils peuvent ensuite appliquer ces connaissances à leur propre situation. La modélisation vicariante est une stratégie efficace car les problèmes rencontrés par les patients sont souvent des problèmes universels, que tout le monde a pu expérimenter.

Ce processus d'apprentissage par observation peut être extrêmement efficace, car il permet aux patients de se décentrer et de considérer différentes perspectives. En observant comment d'autres personnes font face à des événements similaires de manière plus adaptée, grâce à une autre vision des

choses, les patients peuvent commencer à remettre en question leurs propres croyances et à adopter des croyances plus rationnelles.

La modélisation vicariante offre également aux patients un sentiment d'appartenance et de normalisation de leurs expériences émotionnelles. Ils peuvent se sentir moins isolés et honteux de leurs réactions émotionnelles. Cette compréhension les encourage à partager leurs sentiments avec d'autres, ce qui peut être très bénéfique. Les échanges suivants illustrent ce point :

Thérapeute : Vous me dites que vous pensez que vous ne *devriez* pas faire d'erreur, que cela ne devrait pas arriver.

Patiene : Eh bien, je sais que tout le monde fait des erreurs, mais j'ai l'impression que je ne devrais pas en faire autant.

Thérapeute : Je comprends. Connaissez-vous quelqu'un dans votre entourage qui a une attitude plus tolérante envers les erreurs ?

Patiene : Eh bien, ma collègue Sarah est assez tranquille à ce sujet. Elle dit toujours que les erreurs font partie du processus et qu'elles nous aident à apprendre.

Thérapeute : C'est un excellent exemple. Sarah a une perspective assez réaliste des erreurs, n'est-ce pas ? Elle voit qu'elles font partie de l'apprentissage et de l'amélioration permanente. En considérant cela, comment pourriez-vous adapter votre croyance « je ne *devrais* pas faire d'erreurs » pour la rendre plus rationnelle ?

Patiene : Peut-être que je pourrais penser que les erreurs sont inévitables et qu'elles me donnent l'opportunité d'apprendre et de m'améliorer.

Thérapeute : Exactement ! En intégrant cette nouvelle perspective, vous pouvez vous libérer de la pression excessive de ne pas faire d'erreurs car les erreurs sont des occasions d'apprendre et de s'améliorer. Maintenant, en tenant compte de cette nouvelle façon de voir les choses, comment vous sentez-vous par rapport à la situation au travail ?

Patiene : Je me sens un peu moins anxieuse et frustrée. Je vois maintenant que je peux apprendre de cette erreur au lieu de me sentir totalement incomptétente.

Une autre forme de contestation par modélisation est la révélation de soi ou *disclosure*. Dans cette approche, le thérapeute partage des expériences personnelles similaires à celles du patient pour illustrer comment il a surmonté des croyances irrationnelles et atteint une émotion adaptative ainsi qu'un comportement plus fonctionnel. Cette technique vise à aider le patient en lui montrant un exemple concret de *comment* le thérapeute a fait face à des défis similaires et a réussi à les surmonter.

Le but de cette forme de contestation par modélisation est de créer une connexion empathique et de normaliser les émotions et les réactions du patient. Le thérapeute partage une expérience personnelle pertinente qui

résonne avec la situation actuelle du patient. Cela permet au patient de se sentir compris et accepté, tout en comprenant qu'il n'est pas le seul à faire face à de telles difficultés. En exposant comment il a réussi à remettre en question ses propres croyances irrationnelles dans une situation similaire, le thérapeute montre au patient que des alternatives plus adaptatives et saines existent.

La révélation de soi peut également favoriser la construction d'une relation thérapeutique solide fondée sur la confiance. Le patient perçoit le thérapeute comme quelqu'un de faillible et vulnérable.

Cependant, il est essentiel que le thérapeute utilise cette technique avec prudence. Pour cela, il garde à l'esprit que l'objectif est d'aider le patient, et non de centrer la thérapie sur ses propres expériences. Le thérapeute est attentif au fait de ne pas trop s'impliquer émotionnellement dans les récits personnels partagés et se concentre sur le bénéfice que cela apporterait au patient comme le montre l'extrait suivant :

Thérapeute : Quand vous vous dites que vous ne *devez* pas mourir, là, au milieu de la voie verte, je comprends tout à fait ce que vous ressentez. Je me souviens parfaitement avoir eu le même type de croyance en tant qu'agoraphobe. Mais je me souviens également parfaitement du jour où, dans le métro, je me suis dit « Je ne veux pas mourir là, au milieu de la rame de métro. Mais personne ne bouge, c'est qu'a priori, il n'y a pas de danger imminent, aussi, si jamais quelque chose devait se passer là, je ne peux pas imposer que cela ne se passe pas. Alors je crois que je ne peux que lâcher prise et accepter que ce qui doit arriver arrivera ». Et là, j'ai senti en moi un poids tomber. Je crois que j'ai expérimenté l'acceptation. C'est ce que j'essaye de vous enseigner et de travailler avec vous.

La contestation par modélisation vicariante permet aux patients d'observer et de comprendre que d'autres personnes, et même le thérapeute, peuvent rencontrer des problèmes similaires aux siens, qu'il n'est pas seul à ressentir des émotions perturbées. Grâce à cette décentration, il peut prendre conscience qu'il est possible de les gérer autrement, que ce n'est pas une fatalité que de souffrir. Et cela, grâce à des croyances plus rationnelles. Cela permet qu'il prenne confiance dans le fait que si d'autres y arrivent, naturellement ou par la contestation de leurs croyances, lui aussi, peut y arriver.

La contestation du terroriste

Cette forme de contestation est utilisée pour la croyance de type intolérance à

la frustration, quand le patient considère que quelque chose est *insupportable* ou qu'il ne peut pas se contrôler, que c'est « *plus fort que lui/elle* ». Le thérapeute propose une situation hypothétique où des proches du patient sont en danger, et la seule façon de les sauver est d'accepter de vivre ce que le patient pense ne pas pouvoir supporter. Si le patient répond favorablement à cette situation imaginaire, il découvre qu'il est prêt à endurer la situation pour sauver ses proches, contredisant ainsi sa croyance irrationnelle selon laquelle il ne pourrait pas la supporter. Cela pousse le patient à réfléchir à la validité de sa croyance irrationnelle et à se rendre compte qu'il a la capacité de faire face de manière plus réaliste comme dans le dialogue suivant :

Thérapeute : Supposons que vos enfants aient été capturés par des terroristes radicaux et qu'ils ne les libèrent que si vous acceptez de supporter le manque de tabac. Que feriez-vous ?

Patient : Je le supporterai.

Thérapeute : Mais je pensais que vous ne pouviez pas supporter l'expérience du manque ?

Patient : Eh bien, mais je le ferai pour sauver mes enfants.

Thérapeute : Avec une motivation suffisante, vous êtes capable d'endurer bien des choses que vous pensiez impossibles à supporter. Votre propre santé physique et mentale pourrait-elle être une motivation suffisante ?

En utilisant cette technique, le thérapeute aide le patient à confronter sa pensée irrationnelle et à la remplacer par une pensée plus rationnelle, tout en lui montrant qu'il possède les ressources nécessaires pour faire face aux situations anxiogènes. Cela peut entraîner une diminution de l'anxiété et une augmentation de la confiance en soi du patient dans sa capacité à gérer les crises de panique et les situations stressantes en général de manière plus adaptative.

La contestation de la meilleure amie (du meilleur ami)

La contestation de la meilleure amie permet d'illustrer de manière concrète et émotionnelle les normes personnelles déraisonnables que les patients peuvent s'appliquer à eux-mêmes. Il s'agit dans un premier temps pour le thérapeute de faire prendre conscience au patient de ces autonormes déraisonnables. Pour cela, il demande la manière dont le patient traiterait sa meilleure amie (ou son meilleur ami) dans une situation similaire. Souvent, les patients ne se

rendent pas compte à quel point ils sont durs envers eux-mêmes et cette technique les amène à réaliser l'écart entre la façon dont ils se jugent et la compassion qu'ils auraient envers un proche.

En comprenant que ses attentes envers lui-même sont différentes de celles qu'il aurait envers son ami(e), le patient peut commencer à remettre en question ces croyances déraisonnables et à les remplacer par des pensées plus adaptatives. Même si ce n'est pas si facile car le patient répond souvent au thérapeute que « ce n'est pas pareil ». Le thérapeute va alors essayer de comprendre et demander au patient d'expliquer en quoi c'est différent. Quels sont les arguments qui justifient de se traiter plus durement que les autres ? Et ainsi amener le patient à prendre conscience que rien ne justifie de se traiter différemment que le reste des humains.

Voici l'exemple d'une patiente qui aurait échoué à un test important et qui penserait : « Je *dois* réussir, et je suis *nulle* si je ne réussis pas » :

Thérapeute : Condamneriez-vous votre meilleure amie pour un échec similaire ?

Patiene : Non, je ne penserais pas ça.

Thérapeute : Pourquoi ?

Patiene : Parce que c'est différent. Ce n'est pas parce qu'elle connaîtrait un échec qu'elle serait nulle.

Thérapeute : D'accord, mais pourquoi ne serait-elle pas nulle parce qu'elle échouerait ?

Patiene : Parce qu'elle a plein d'autres qualités.

Thérapeute : Et pas vous ?

À cette question, les patients ne répondent pas tous la même chose. Certains ont conscience qu'ils ont des forces. D'autres non. Aussi, le travail ne sera pas le même à ce stade et le thérapeute sera peut-être obligé de reprendre un processus plus long vers l'acceptation inconditionnelle de soi, en aidant le patient à comprendre qu'il a des forces et des faiblesses, comme tout un chacun.

Thérapeute : Ne pensez-vous pas que vous pourriez vous traiter avec autant de compassion qu'envers votre amie ? Qu'ainsi, vous seriez mieux à même de vous aider à résoudre votre propre détresse émotionnelle ?

Cette approche encourage le patient à se traiter avec la même bienveillance et le même soutien qu'il accorderait à un proche, ce qui favorise l'acceptation inconditionnelle de soi.

L'utilisation de la projection temporelle

La projection dans l'avenir

La projection dans le temps est une méthode d'imagerie très efficace qui peut être utilisée pour remettre en question une croyance catastrophiste. Lorsqu'un patient a une croyance d'évaluation de type *atroce*, sa pensée s'arrête là. Il ne peut pas voir au-delà. Cela devient une sorte de vérité, une croyance qui le condamne car rien de pire ne peut arriver. L'objectif de la projection dans le temps est de permettre aux patients de voir clairement que le temps et le monde continuent après que l'événement *horrible* se soit produit. Par exemple, un patient qui pense qu'il est *atroce* d'échouer à l'examen du barreau car son père et son frère l'ont eu du premier coup sera amené par le thérapeute à s'imaginer qu'il annonce à sa famille avoir échoué tout en éprouvant de la honte et, au fur et à mesure que le temps avancerait, grâce à l'imagerie, à voir qu'il est probable que son père et son frère finissent par adopter un point de vue compatissant à son égard et que, même s'ils ne le faisaient pas, il pourrait toujours vivre sa vie et être heureux malgré un éventuel jugement de leur part. Une fois que le patient a pu constater que ce qui était considéré comme *horrible* à un moment donné ne l'est plus à un autre moment, cela ouvre la voie à une discussion sur la possibilité d'apprendre à décatastrophiser l'adversité dans le processus de déroulement du temps.

L'utilisation de l'expérience antérieure du patient

Il se peut que le patient ait déjà eu l'occasion d'évaluer quelque chose d'*horrible* dans sa vie et qu'il l'ait ensuite réévalué de manière à obtenir une évaluation plus saine. Il est utile de s'enquérir de ces expériences et de les exploiter pour trouver ce que la personne a trouvé de convaincant dans sa propre expérience de réévaluation. Une fois cette étape franchie, le thérapeute peut encourager le patient à appliquer à la situation actuelle ce qu'il a appris lors de l'expérience précédente.

La contestation paradoxale et inversée

Dans certains cas, lorsque les patients défendent leurs croyances irrationnelles jusqu'au bout, une option consiste à assumer le rôle de l'avocat du diable et à amener les idées irrationnelles des patients à l'extrême, c'est-à-dire à convenir que la souffrance émotionnelle malsaine est juste et qu'elle

n'a pas à être traitée. Par exemple, un thérapeute pourrait dire « Vous avez raison, vous m'avez convaincu, vous êtes vraiment *nul*, vous faites des erreurs que d'autres ne font pas, vous avez du mal à vous organiser dans votre travail, vous rendez les projets toujours au dernier moment » en réponse à un patient qui défend ses croyances dépréciatives. Il pourrait aussi dire « Vous avez raison, votre mari est une *ordure*, autant le quitter », à une patiente qui argumente pour défendre ses croyances de jugement global de la valeur humaine.

Cette intervention est utile si elle est très rapidement suivie d'une reformulation du contrat thérapeutique, qui peut prendre la forme suivante : « Nous sommes d'accord pour dire que vous avez des défauts et des faiblesses. Mais ma question est la suivante : comment la thérapie peut-elle être utile si nous prenons comme une évidence que vous ne *devez pas* en avoir ? Peut-être allons-nous alors étudier comment vivre en conséquence ? Est-ce vraiment ce que vous voulez ? ». Très souvent, lorsqu'on lui propose cette perspective, le patient arrive avec d'autres visions de lui-même, moins négatives.

Ces interventions nécessitent une alliance forte entre le patient et le thérapeute et d'être menées avec douceur pour faire comprendre aux patients qu'elles s'adressent à leurs croyances irrationnelles et non à eux-mêmes en tant que personnes, et ainsi éviter d'être contre-productives.

4) LES NIVEAUX D'ABSTRACTION

La contestation des croyances irrationnelles se fait à différents niveaux d'abstraction.

L'abstraction permet de s'éloigner de la réalité concrète afin de définir la croyance globale et générale. Le thérapeute recherchera ce qui est commun à différentes croyances particulières pour définir une croyance plus englobante qui sera représentative de chaque croyance irrationnelle concrète.

Le niveau d'abstraction peut varier selon les patients et selon le stade de la thérapie. Un patient pourra ne pas « saisir » l'idée la plus élégante selon laquelle il n'a *besoin* de l'amour et de l'approbation de personne, mais il pourra « saisir » l'idée qu'il n'a pas *besoin* de l'amour et de l'approbation d'une personne en particulier. L'acceptation de ne pas avoir besoin de

l'amour et de l'approbation d'une personne en particulier n'est pas une remise en question de l'exigence plus générale d'avoir besoin de l'amour et de l'approbation des autres, et cela risque de mettre le patient en difficulté par la suite s'il vit de nouveau une situation où il n'obtient pas l'amour et l'approbation d'une autre personne, mais cela lui permettra de vivre sainement s'il n'a pas une relation en particulier. Et il est peu probable qu'il ne reçoive aucun amour et approbation dans toute sa vie.

Par exemple, si Malika est en colère contre sa collègue parce qu'elle n'a pas rangé les dossiers des clients alors qu'elle pensait qu'elle le devait, le thérapeute pourrait identifier plusieurs niveaux de pensée irrationnelle qui conduisent à sa colère dysfonctionnelle :

- Ma collègue *doit* ranger les dossiers des clients.
- Ma collègue *doit* faire les choses comme je le veux.
- Les membres de ma famille *doivent* faire les choses comme je le souhaite.
- Tout le monde *doit* se comporter comme je veux qu'il se comporte.
- Le monde *doit* être comme je veux qu'il soit.

Ces réflexions illustrent un continuum d'abstraction et représentent une échelle d'abstraction des croyances irrationnelles. Si la patiente croit uniquement à la première idée irrationnelle, elle réagira uniquement à quelques événements activateurs futurs. Mais si elle souscrit à une croyance irrationnelle plus abstraite, les activateurs seront plus nombreux et la perturbation émotionnelle plus fréquente et donc plus envahissante. Aussi, si la croyance rationnelle est construite à un niveau d'abstraction faible, celle-ci sera moins généralisable et le niveau d'adaptation du patient plus faible puisque moins applicable à l'ensemble des activateurs.

Ainsi, la nécessité de contester les croyances irrationnelles abstraites dépend de la probabilité que les événements négatifs plus spécifiques et concrets se produisent et du niveau d'abstraction de la croyance irrationnelle à laquelle le patient adhère.

Les patients font généralement état de croyances situées à l'extrême inférieure du continuum d'abstraction. Ces croyances de bas niveau sont plus facilement vécues et admises par le patient, il semble donc plus pertinent de commencer par « Pourquoi votre collègue *doit* ranger les dossiers parce que

vous le voulez ? » (DiGiuseppe, 1991). Ainsi, il est probable que Malika parvienne à maîtriser sa colère dysfonctionnelle lors de cet événement et qu'elle soit ainsi renforcée dans ses progrès thérapeutiques. Plus tard, le thérapeute pourrait vouloir explorer avec elle si elle a d'autres exigences envers sa collègue ou d'autres personnes, et que le monde ne *doit* pas nécessairement être tel qu'elle le souhaite. En montant et descendant l'échelle d'abstraction, le thérapeute s'assurera que Malika apprend à gérer des événements activateurs spécifiques et peut appliquer la solution REBT à d'autres événements activateurs similaires car le but de la thérapie est d'aider le patient à faire face aux événements négatifs activants qui pourraient se produire à l'avenir sans pour autant être systématiquement dans un changement philosophique profond. En effet, la théorie REBT ne précise pas quel niveau d'abstraction des croyances irrationnelles est à l'origine de la perturbation et donc à quel niveau d'abstraction il est préférable que le thérapeute intervienne. L'une des critiques de la REBT est qu'en encourageant les patients à effectuer un changement philosophique profond, on perd un temps précieux en thérapie, car leurs objectifs de changement sont généralement plus modestes que ceux du thérapeute. Le changement spécifique à une situation peut être la priorité sauf si la perturbation est liée à l'adhésion à une croyance irrationnelle plus abstraite et si ce n'est pas le cas, la nécessité d'un changement philosophique profond pourra venir du patient quand il manifestera le désir d'un changement plus large dans sa vie (DiGiuseppe, 1991).

5 ↗ ENTRAVE À LA CONTESTATION

Pour qu'une contestation soit possible et efficace, il est essentiel que le thérapeute adopte une approche rationnelle lorsqu'il aborde les croyances du patient. Or si le thérapeute lui-même considère la croyance du patient comme étant rationnelle, il lui sera difficile voire impossible de remettre en question cette croyance de manière convaincante.

La rationalité du thérapeute joue un rôle crucial dans le processus de contestation. Si le thérapeute croit en la validité des croyances irrationnelles du patient, il risque de manquer l'opportunité de guider le patient vers une compréhension plus réaliste et fonctionnelle de ses pensées et émotions. Le thérapeute ne pourra pas contester avec le patient l'irrationalité d'une

croyance s'il la considère comme rationnelle, il ne pourra pas contester quelque chose qu'il estime ne pas *devoir* se produire. Par exemple, s'il croit que s'il arrive un drame au patient, il est condamné à avoir une vie de « *merde* » ou que le chef de sa patiente est un gros « *con* », le fait d'adhérer à la croyance du patient l'empêchera de la contester. Pour cela, le thérapeute peut se poser la question suivante : « Pourquoi cela ne *devrait-il pas arriver ?* », « Pourquoi quelqu'un à qui il arrive un drame est condamné à avoir une vie de « *merde* » ? », « Pourquoi le chef de cette personne est un *gros con* ? ». Le thérapeute qui adhère aux croyances irrationnelles du patient peut s'exercer et se préparer avant chaque séance. Il peut également faire appel à un superviseur pour faire ce travail de contestation de ses propres croyances irrationnelles. Se poser des questions critiques est la clé pour le thérapeute pour accompagner son patient dans la contestation des croyances irrationnelles.

Précautions concernant la contestation des croyances irrationnelles

Il est important de ne poser qu'une question à la fois et de laisser le temps au patient de répondre. S'il met du temps à répondre, cela signifie souvent que la question est pertinente et qu'il est en train de remettre en question ses croyances. Le thérapeute REBT veillera à ne pas répondre aux questions à la place de ses patients sauf s'il les perçoit en difficulté. Il est souvent préférable qu'ils fournissent leurs propres réponses aux questions. Le thérapeute peut mettre les patients mal à l'aise avec ses questions car ils ne trouveront souvent pas de réponse immédiate ou sensée. Il est judicieux d'observer les signes non verbaux quand les patients tentent de trouver une réponse et de leur demander éventuellement ce qu'ils ressentent maintenant. Cela donnera éventuellement lieu à un nouveau A qui pourra être traité en direct pendant la séance. Pour illustrer ce point, voici un exemple extrait d'un entretien avec un patient qui présente une exigence élevée envers lui et qui a cette croyance qu'il doit tout faire parfaitement bien tout le temps pour être apprécié de ses collègues :

Thérapeute : Où sont les preuves que cette croyance est vraie ?

Patient : Bah... Je ne sais pas. Vous me prenez de court ! Je n'y ai pas réfléchi et ça me met mal à l'aise.

Thérapeute : Que ressentez-vous maintenant ?

Patient : De l'angoisse...

Thérapeute : En effet, j'ai vu votre visage changer. Que s'est-il passé ?

Patient : Quand vous m'avez demandé une preuve et que je n'ai pas trouvé, je me suis angoissé.

Thérapeute : Prenons cette nouvelle situation comme un déclencheur sur lequel nous pouvons travailler ensemble si vous êtes d'accord.

Patient : D'accord.

Thérapeute : Votre thérapeute vous pose une question à laquelle vous n'avez pas de réponse : Que pensez-vous à ce moment-là ? Que se passe-t-il dans votre tête ?

Patient : Tout s'embrouille, je panique. Je me dis que je suis nul de ne pas trouver de réponse !

La contestation pourra reprendre avec ce patient à partir de ce nouvel activateur qui est le fait de ne pas avoir de réponse pertinente à fournir au thérapeute. L'attitude du thérapeute a intérêt à être chaleureuse et accueillante afin d'aider le patient à percevoir que malgré son émotion et son absence de réponse pertinente, il peut recevoir de l'attention et de l'intérêt. À la fin de la séance, ce patient a même compris qu'il serait apprécié davantage par ses collègues s'il était plus authentique en montrant quelques failles, plutôt que de paraître froid et rigide.

Certains patients peuvent aussi se sentir mal à l'aise quand le thérapeute pointe chez eux des irrationalités parce qu'ils se rendent compte qu'ils pensent de façon erronée et qu'ils auront intérêt à renoncer à cette pensée alors qu'ils ont toujours vu les choses sous cet angle. Il est important de questionner ces différents points avant de continuer et voir si d'autres croyances émergent. Si d'autres croyances du type « j'ai toujours pensé ça et je ne vois pas comment je pourrais maintenant penser autrement » apparaissent, il faudra les aborder avant de continuer. Peut-être qu'une nouvelle explication du modèle thérapeutique s'impose ? Peut-être qu'il faudra réinterroger la motivation du patient à s'engager dans ce travail sur lui ? Il est important en tout cas de lui rappeler que le thérapeute n'est pas là pour le juger, mais pour l'aider à prendre conscience de ces croyances et à les comprendre parce qu'elles sont souvent source de détresse. Il ne s'agit pas de juger stupides ou fuites les pensées des patients, mais plutôt d'insister sur le fait que d'avoir des croyances irrationnelles est normal et que tout le monde en a.

Il peut arriver que les patients cherchent à fournir des preuves en faveur de leur croyance. Par exemple, si le thérapeute demande « où sont les preuves

que ce que vous vivez au travail est si *terrible* ? ». Le patient peut répondre « parce que je n'aime pas ça. Vous vous rendez compte, la dernière fois, ma collègue m'a retiré un dossier sur lequel je travaillais sans me demander... ». Le patient peut être tenté de donner de nombreux exemples et de décrire tout ce qui ne va pas au travail, mais il ne répond pas à la question posée. L'idéal serait de l'aider à percevoir la différence entre ce qu'il ne désire pas vivre au travail et le caractère *terrible* de sa situation. Dans ce cas, le thérapeute peut répéter la question initiale jusqu'à ce que le patient élabore un raisonnement plus approprié : il n'existe aucune preuve que la situation au travail soit si *terrible* qu'il le prétend et il a déjà fait face à des situations bien plus difficiles dans sa vie que celle qui se présente à lui au travail. Dans la réalité, la situation ne correspond pas à ses attentes et peut-être qu'il aura intérêt à songer à un nouvel emploi, mais il n'y a rien de *terrible* à cela. Le thérapeute ne contredit pas l'idée que la situation au travail est difficile à vivre pour lui, mais il l'invite à trouver des solutions pour que ce soit plus agréable. Il semble pertinent d'éviter de laisser le patient avec des plaintes catastrophistes et répétitives qui nuisent à son moral et réduisent son énergie pour agir efficacement.

Il est impossible d'exposer avec exhaustivité les différentes contestations possibles des innombrables croyances irrationnelles qu'un thérapeute en REBT peut rencontrer. L'essentiel est de s'adapter au patient, à sa personnalité, à son niveau de perturbation psychologique. Plus le processus thérapeutique sera engagé, plus le thérapeute pourra proposer des contestations sur la philosophie de vie profonde du patient.

Contester une croyance pour en dévoiler l'étendue de son irrationalité ne suffit pas. Il est nécessaire d'aider le patient à développer une alternative à celle-ci : la croyance rationnelle. Elle est soigneusement construite et permet d'être efficace *in vivo* grâce à la mise en place de nouveaux comportements. Cela constitue le E, les nouveaux effets, présentés dans le [chapitre 7](#).

Chapitre 7



Le E : produire de nouveaux effets

- 1 La mise en place de nouveaux comportements cognitifs : les croyances rationnelles
- 2 Mettre à l'épreuve la nouvelle croyance rationnelle (ou transformer la croyance rationnelle en croyance efficiente)
- 3 La difficulté du changement

L'approche comportementale de la psychologie nous a appris que le comportement est l'élément d'efficacité observable dans la psychothérapie. On pourrait résumer l'intervention thérapeutique par : « Le patient a-t-il changé de comportement face aux stimuli rencontrés dans son quotidien ? » Ce changement peut concerner ses pensées, ses émotions ou son comportement. Les sciences comportementales nous ont également enseigné que la répétition d'un nouveau comportement est indispensable pour une évolution durable, grâce à l'apprentissage acquis.

La mise en place d'un nouveau comportement est donc indispensable, à la fois pour évaluer l'efficacité de la thérapie et pour en garantir un effet durable. Le E du modèle REBT se concentre sur la mise en œuvre de ces nouveaux effets.

1) LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX COMPORTEMENTS COGNITIFS : LES CROYANCES RATIONNELLES

Dans les étapes précédentes, il a été évoqué l'importance de s'assurer de l'adhésion du patient à l'identification de son irrationalité. Cela suppose qu'il ait compris le lien entre les conséquences émotionnelles et comportementales (C) et le stimulus (A) à travers des croyances irrationnelles (B). Ensuite, il devra découvrir le caractère irrationnel grâce à la contestation (D). C'est seulement à partir de ce travail préalable que la recherche de nouvelles croyances rationnelles sera possible.

Construire des croyances rationnelles

Après avoir contesté, remis en question et argumenté contre une croyance irrationnelle, le processus thérapeutique nécessite de construire une croyance rationnelle. Cette nécessité prend sa source dans la théorie comportementale qui établit qu'il est difficile d'éliminer un comportement dysfonctionnel. La meilleure stratégie consiste à renforcer un nouveau comportement alternatif et incompatible, c'est le contre-conditionnement. La REBT estime également que les patients sont plus susceptibles d'abandonner leurs croyances irrationnelles lorsqu'ils disposent de croyances rationnelles alternatives car les nouvelles idées ne se présentent pas très facilement à l'esprit lors des situations activantes. Ils savent souvent que leurs théories actuelles sont imparfaites et incompatibles avec la réalité. Cependant, ils les conservent parce qu'ils n'ont pas d'idée alternative pour les remplacer.

Les croyances alternatives rationnelles offrent aux patients la possibilité de remplacer leurs anciennes croyances par des croyances qui leur permettront d'accomplir leurs objectifs et de s'épanouir. Elles leur permettent de gagner la liberté de poursuivre leurs buts sur un mode moins craintif et sans condamnation, ainsi que de prendre les risques nécessaires liés à la réalisation

de leurs objectifs car elles reposent sur leur philosophie de vie.

La croyance rationnelle présente plusieurs caractéristiques :

- Elle est formulée avec le langage du patient, ses mots,
- Elle est flexible, conditionnelle et relativiste, c'est-à-dire qu'elle n'est pas absolue, elle est conditionnée ou ajustée en fonction de l'environnement, de la réalité,
- Elle est vérifiable empiriquement.

Le thérapeute demande au patient quelle nouvelle croyance il pourrait avoir ou a eu qui serait associée à une émotion plus fonctionnelle et non perturbée. Si le patient peut identifier cette pensée, le thérapeute et le patient discuteront alors de la manière dont elle pourrait lui être plus bénéfique.

Une croyance flexible est au cœur d'une réponse saine à l'adversité du A.

La croyance rationnelle de type exigence a deux composantes :

- Une composante de préférence affirmée.
- Une composante d'obligation niée.

Exemples :

- Je préférerais que les gens conduisent tous avec courtoisie sur les routes, mais ils ne sont pas obligés de le faire.
- Je préférerais réussir quelque chose d'important, mais je ne suis pas obligé de le faire.

Windy Dryden (2010), éminent praticien REBT à l'institut Albert Ellis, a donné un exemple de passage d'une croyance irrationnelle à une croyance rationnelle en imaginant que Mozart se soit tourné vers lui, trop anxieux à l'idée de terminer son Requiem :

« Windy Dryden : Tout d'abord, Monsieur Wolfgang Amadeus Mozart, j'ai bien compris que vous vouliez vraiment achever cette œuvre et qu'il ne s'agit pas d'un projet qui vous a été imposé. Ensuite, j'ai bien compris qu'il était très important pour vous de terminer votre Requiem, mais qu'il n'y avait malheureusement aucune loi de l'univers qui ne décrète que vous devez absolument l'achever. Cependant, puisqu'il est important pour vous de le terminer, vous devrez faire de votre mieux pour cela et résister à la tentation de faire ce que vous savez faire ou ce qui vous est relativement facile, comme écrire des sonates, par exemple. Je ne vous suggère donc pas de revoir vos exigences à la baisse. Je vous encourage plutôt à « foncer » parce que

c'est important pour vous, même s'il s'agit d'un véritable défi et vous encourage à vous rappeler que vous n'êtes pas obligé de réussir.

Wolfgang Amadeus Mozart : Mais ce sont mes impératifs qui me motivent et si je ne les ai pas, je n'arriverai à rien.

Il s'agit là d'une objection courante à la modification des exigences.

Windy Dryden : Il est vrai que les impératifs sont motivants dans la mesure où ils vous poussent à faire quelque chose. Vos impératifs peuvent vous orienter vers l'écriture de votre Requiem. Cependant, ce comportement n'est pas propice à l'état d'esprit créatif dont vous avez besoin pour écrire une œuvre aussi ambitieuse. Ces obligations vous rendront anxieux car, lorsque vous penserez à la possibilité d'un échec, vous passerez d'une surestimation de cette possibilité à un blocage de l'idée. La première interférerait avec votre processus créatif, la seconde vous amènerait à éviter de travailler sur votre œuvre. En revanche, si vous développez la préférence non dogmatique suivante, cela vous aiderait considérablement : « Je veux terminer mon Requiem, mais je ne suis pas obligé de le faire ». Ainsi, l'affirmation de votre préférence (à savoir « Je veuxachever mon Requiem... ») vous inciterait à vous mettre au travail et à être créatif, tandis qu'enlever la partie « exigence » de votre croyance (à savoir « ... mais je ne suis pas obligé de le faire ») vous protégerait de l'anxiété.

En résumé, la préférence non dogmatique de Mozart pour l'achèvement de son Requiem l'aidera à le faire sans anxiété et sans abaisser ses exigences, et l'aidera également à se sentir sainement triste et déçu s'il ne parvient pas à réaliser son rêve. En revanche, l'exigence de Mozart peut le pousser à aller de l'avant, mais il le ferait avec anxiété, ce qui interférerait avec son processus créatif. Elle peut également l'amener à éviter de travailler sur son projet, car il serait envahi par des pensées anxieuses liées à l'échec lorsqu'il s'assiérait pour composer. En outre, cette exigence le plongerait dans un état dépressif s'il ne parvenait pas à écrire son Requiem. »

Il semble assez facile pour les humains de devenir dogmatiques et extrêmes lorsque la poursuite de leurs désirs passionnés est bloquée et il est assez difficile de conserver leurs passions dans le contexte d'un système de croyances flexible et non extrême. Si les thérapeutes encouragent les gens à être passionnés par leurs désirs, sans pour autant être dogmatiques ou extrêmes, ils persisteront dans la poursuite de leurs désirs, mais ne se perturberont pas et ne constitueront pas un danger pour les autres s'ils sont contrariés dans cette réalisation. Ils n'abaisseront pas leurs exigences et ne se mentiront pas sur l'importance de leurs désirs et dans le cas où il leur serait impossible de les réaliser, ils éprouveront des émotions négatives fortes, mais saines, et s'adapteront de manière constructive à cette triste réalité.

La croyance rationnelle de type catastrophisation a deux composantes :

- Elle reconnaît le caractère grave de l'adversité.
- Elle nie le caractère *atroce* de celle-ci.

Exemple : « Il est tragique que j'aie perdu tous mes biens dans un tsunami,

mais même si c'est grave, ce n'est pas la fin du monde pour moi ».

Valider la nature aversive de la situation, c'est faire preuve d'empathie à l'égard du patient en ce qui concerne la composante « évaluation de l'atrocité » de sa croyance, c'est-à-dire la nature tragique de l'adversité qu'il a subie. Le terme « tragique » fait référence à un événement hautement aversif qui a changé la vie du patient de manière irréversible et douloureuse, mais qui ne l'a pas irréversiblement ruinée. Bien que l'événement soit « tragique », la personne peut le transcender et continuer à vivre une vie qui a un sens et qui est heureuse. En revanche, « affreux » signifie qu'il lui est arrivé quelque chose qui a irréversiblement gâché sa vie et qu'il ne peut pas le surmonter. Par conséquent, sa vie est dépourvue de sens et de possibilité de bonheur.

Adopter une croyance rationnelle permet d'aider le patient à comprendre qu'il est dramatique d'avoir tout perdu dans un tsunami et qu'il a ajouté l'ingrédient « horreur » au drame, mais qu'il a le choix d'aller de l'avant avec une croyance rationnelle sur ce drame qui lui permettra d'avoir des émotions négatives fortes et saines. On ne peut pas retirer le drame au drame, mais on peut retirer l'horreur au drame. Les émotions négatives saines, même douloureuses, qui en ressortiront seront alors constructives même s'il est nécessaire d'accepter que cela demande du temps et que c'est un processus. En effet, il est compréhensible qu'une personne réagisse à une adversité très aversive par une croyance horrifiante. Toutefois, ce n'est pas parce qu'une personne réagit ainsi dans un premier temps qu'elle continuera nécessairement à le faire au fil du temps.

La croyance rationnelle de type intolérance à la frustration a deux composantes :

- Elle conteste la faible tolérance à la frustration,
- Elle développe une croyance de haute tolérance à la frustration.

Par exemple : « Il serait souhaitable que mon fils obéisse, mais cela ne signifie pas qu'il doit le faire. Il serait souhaitable qu'il obéisse, mais s'il ne le fait pas, ce ne serait pas terrible. Il me serait difficile de supporter ce comportement, mais je peux le faire et agir pour que mon fils ait un comportement plus adapté ».

La croyance rationnelle de type acceptation de soi présente trois caractéristiques :

- Elle reconnaît la négativité d'un aspect de soi,
- Elle nie que cet aspect ou cette expérience signifie que la personne ne vaut rien,
- Elle affirme que la personne est faillible, qu'elle ne peut pas être évaluée et qu'elle est en évolution.

Exemple : « J'ai été rétrogradé, mais cela ne signifie pas que je ne vaux rien. Je suis faillible et capable de changer, et ce, que j'ai été rétrogradé ou non. »

Lorsque le patient ne parvient pas à trouver de croyance rationnelle, le thérapeute peut en suggérer une. Il propose alors la nouvelle croyance rationnelle en tant qu'hypothèse, et demande au patient de dire si cette croyance a du sens pour lui. Souvent, les patients reformulent la nouvelle croyance rationnelle dans leurs propres mots.

Cependant, il est difficile d'élaborer avec le patient les croyances rationnelles, et même si pour avancer dans la thérapie, le thérapeute se saisit des contestations des croyances irrationnelles par le patient, il est important qu'il sache faire la différence entre une croyance rationnelle et une croyance irrationnelle partiellement contestée.

Les erreurs sur les croyances rationnelles

Les croyances partielles

Une croyance flexible est partielle quand toutes les composantes ne sont pas présentes. Le risque est de maintenir une croyance irrationnelle sur une croyance rationnelle partielle.

Par exemple :

- Croyance flexible partielle : « Je préférerais que mon père ne nous ait pas quittés quand j'avais 16 ans ; cependant, il l'a fait et je peux le tolérer sur le plan émotionnel. »
- Croyance flexible complète : « Je préférerais que mon père ne nous ait pas quittés quand j'avais 16 ans, mais cela ne veut pas dire qu'il n'aurait absolument pas dû le faire. »

- Croyance flexible partielle : « Je n'aime pas que Benjamin soit en retard. J'aimerais qu'il soit là maintenant. La réalité est que nous ne pouvons pas voir le début du film même si j'aimerais que ce soit le cas. »
- Croyance flexible complète : « Je n'aime pas que Benjamin soit en retard, mais il n'est pas obligé d'être à l'heure. J'aimerais que nous puissions voir le début du film, mais malheureusement nous ne sommes pas obligés de le faire. »
- Croyance flexible partielle : « Je fais des erreurs, mais tout le monde en fait autant et cela ne fait pas de moi un raté. »
- Croyance flexible complète : « Je fais des erreurs, mais tout le monde en fait autant et cela ne fait pas de moi un raté, cela fait de moi un être humain faillible qui peut réussir et échouer. »
- Croyance flexible partielle : « Ce n'est pas parce que j'ai une attaque de panique que je suis un raté. »
- Croyance flexible complète : « Ce n'est pas parce que j'ai une attaque de panique que je suis un raté, je suis la même personne que j'aie ou non une attaque de panique. »

Les croyances d'indifférence feinte

Une croyance d'indifférence est une croyance dans laquelle une personne ne se préoccupe pas de la survenue d'un événement. Ainsi, un individu peut ne pas se soucier du prochain résultat de la finale de la coupe du monde de football. Sa position serait celle de l'indifférence à l'égard de l'issue de cet événement. Or, les croyances d'indifférence peuvent être vraies ou feintes. Si un individu exige d'obtenir une promotion au travail et qu'il n'y parvient pas, toute tentative de sa part de se convaincre et de convaincre les autres qu'il ne se soucie pas de cet échec constituerait une croyance d'indifférence feinte, dans la mesure où il tenterait de se mentir à lui-même. Les croyances d'indifférence feintes sont conceptualisées dans la théorie REBT comme des tentatives finalement non constructives de traiter la présence sous-jacente de croyances irrationnelles.

Les croyances rationnelles sur des inférences

Il s'agit de tentative de rationaliser des inférences et non de contester la croyance irrationnelle. C'est-à-dire que le patient va apporter une justification logique à sa croyance irrationnelle mais sans répondre vraiment à la croyance irrationnelle. Il va produire une sorte de nouvelle inférence plus raisonnable mais toujours pas rationnelle.

Par exemple :

- « Ce n'est pas grave, il n'y peut rien. »
- « Je déteste que mon projet ne soit pas retenu, mais ce n'est pas le dernier endroit au monde où je peux le présenter. »
- « Si je travaille plus dur et/ou si je choisis un autre master, cela pourra marcher. »
- « Ça ne sert à rien d'avoir peur. »
- « Quelque chose de terrible pourrait arriver ou non, nous ne le savons pas. »
- « Je me sens responsable, mais j'ai fait ce que je pouvais faire de mieux. »

Les croyances rationnelles trop longues

Les croyances rationnelles trop longues sont trop confuses et représentent également des tentatives de rationaliser à un niveau trop inférentiel.

« Je peux le supporter même si j'ai des exigences élevées. Je m'efforce de respecter ces normes dans mon comportement personnel. Je fais de mon mieux pour inculquer le même niveau d'exigence à mes collaborateurs. Cependant, je reconnais qu'ils peuvent ne pas adopter mes normes. Et lorsqu'ils ne respectent pas mes normes, je suis parfaitement capable de prendre du recul et de garder le contrôle de mes émotions car ils ne peuvent pas me mettre en colère et me frustrer. Je peux mieux prendre soin de moi en renforçant mes croyances saines, en séparant ce qui s'est passé de la personne (après tout, c'est une très bonne employée en général et ce n'est donc qu'un événement qui n'est PAS représentatif d'un niveau de compétence global). Je conserverai mes préférences fortes, mais je laisserai tomber les exigences et les impératifs absolutistes, ce qui sera bénéfique pour moi et mes employés. »

Si la contestation des croyances est essentielle dans le processus de

changement du fonctionnement cognitif du patient, la traduction de cette évolution en changement comportemental est indispensable. Certains patients vont spontanément mettre en œuvre de nouvelles pensées et de nouveaux comportements avec la simple contestation de leurs croyances irrationnelles. Mais pour d'autres, contester ou remettre en question les croyances irrationnelles ne génèrent pas nécessairement de nouveaux comportements de pensée ou de nouveaux comportements moteurs dans les situations activatrices. La croyance, une fois contestée, aura un effet paradigmique permettant une compréhension profonde chez le patient de son fonctionnement psychologique. Ce discernement entraînera une modification des comportements de la personne à chaque fois que cette croyance sera activée par la rencontre d'un stimulus. Les personnes reproduiront immédiatement la contestation de leurs pensées, généreront de nouvelles croyances et agiront différemment.

Pour ces patients, la séance de thérapie aura permis de modéliser une forme d'auto-contestation qu'ils pourront utiliser rapidement après les séances. Une telle attitude n'est toutefois pas majoritaire. Pour de nombreux patients, il sera nécessaire de s'assurer que les nouvelles croyances soient utilisées en situation réelle et que de nouveaux comportements soient associés à ces nouvelles croyances.

Les nouvelles croyances ont une fonction bien précise : celle de répondre aux croyances irrationnelles. Nous savons, grâce aux travaux de Craske *et al.* (2014), que les apprentissages, et notamment les apprentissages cognitifs, ne disparaissent pas. L'enjeu pour obtenir une efficacité dans le fonctionnement cognitif de la personne est d'apprendre de nouveaux comportements cognitifs qui viendront inhiber les comportements précédents.

2) METTRE À L'ÉPREUVE LA NOUVELLE CROYANCE RATIONNELLE (OU TRANSFORMER LA CROYANCE RATIONNELLE EN CROYANCE EFFICIENTE)

Dans le processus thérapeutique, une fois que la personne a générée une nouvelle croyance rationnelle, l'enjeu est de l'intégrer profondément et de la rendre effective, c'est-à-dire efficace, en l'utilisant pour déclencher un changement émotionnel et comportemental. Toutefois, ce changement n'est

pas automatique.

Cinq étapes peuvent aider la personne à intégrer véritablement cette croyance rationnelle de manière efficace :

1. *Répétition et affirmation* : la formulation à haute voix est un moyen puissant de renforcer la croyance. La verbalisation sert d'outil de persuasion, permettant à la personne de se convaincre elle-même. Il est fondamental que le patient s'exerce à exprimer cette croyance avec conviction, comme s'il plaidait pour une cause vitale.
2. *Évaluation des émotions et comportements* : l'objectif ultime est de provoquer un changement émotionnel et comportemental. Pour ce faire, le thérapeute est attentif à la manière dont le patient réagit émotionnellement après avoir énoncé la nouvelle croyance rationnelle. Cette étape est essentielle pour mesurer l'efficacité de cette nouvelle croyance.
3. *Intégration dans le quotidien* : la personne est encouragée à utiliser activement la croyance rationnelle dans sa vie quotidienne, en particulier lorsqu'elle est confrontée à des situations similaires à celle qui a provoqué la perturbation initiale. En répétant et en appliquant la nouvelle croyance dans divers contextes, la personne renforce sa nouvelle croyance et la rend plus intégrée et naturelle.
4. *Créativité et renforcement* : si la personne a du mal à ressentir un changement émotionnel après avoir énoncé la nouvelle croyance rationnelle, il peut être bénéfique d'adopter des approches créatives. L'utilisation d'enregistrements audio ou vidéo, la pratique devant un miroir ou la tentative de convaincre autrui de la véracité de la croyance efficace sont des méthodes qui peuvent aider la personne à internaliser la croyance.
5. *Réévaluation constante* : il est essentiel de s'assurer que la personne n'éprouve pas de résistance ou d'opposition à certaines parties de la croyance efficace. Un dialogue ouvert et honnête entre le thérapeute et la personne peut aider à identifier et à résoudre ces résistances.

Par conséquent, l'apport ou la découverte d'une croyance rationnelle ne suffira pas à remettre en question la croyance irrationnelle si elle ne l'inhibe pas et si de nouvelles expériences ne viennent pas démontrer l'efficacité et le bénéfice pour le patient de ces nouvelles croyances. La mise en œuvre et

l'intégration des croyances rationnelles de manière efficiente sont nécessaires pour garantir un changement émotionnel et comportemental profond et durable. Les thérapeutes seront patients, créatifs et attentifs pour aider leurs patients à naviguer dans ce processus de transformation.

Dans les faits, la mise à l'épreuve comportementale est souvent indispensable afin d'infirmer les croyances irrationnelles qui se maintiennent par l'évitement et les comportements d'autosabotage.

La REBT et les stratégies comportementales

La transformation comportementale sert de preuve vivante que la personne a véritablement intérieurisé et adopté une nouvelle perspective rationnelle. L'exposition est utilisée comme outil thérapeutique pour induire à la fois un changement comportemental et la contestation de la croyance profonde. Contrairement à d'autres formes d'exposition qui progressent de manière graduelle, l'immersion (ou implosion), souvent adoptée dans la REBT, implique une confrontation directe avec des stimuli à forte charge émotionnelle. L'objectif est de faciliter une extinction pavlovienne directe, où le stimulus qui provoque habituellement une réaction émotionnelle forte ne le fait plus en l'absence d'une conséquence négative.

Le changement verbal, bien qu'important, ne suffit pas à lui seul. Les principes directeurs de la REBT insistent sur la nécessité d'une congruence entre le discours de la personne en séance et ses actions dans le monde réel. Ainsi, les personnes sont encouragées à s'engager dans des actions opposées, où elles agissent en contradiction directe avec leurs croyances irrationnelles et leurs émotions dysfonctionnelles. Cela permet à la personne de vivre directement des expériences qui défient ses croyances établies.

Par exemple, une personne qui a une peur irrationnelle du rejet peut être encouragée à interagir socialement jusqu'à rencontrer le rejet, offrant ainsi l'opportunité de comprendre que le rejet, bien que désagréable, est tolérable. De même, quelqu'un qui associe sa valeur à la perfection peut être encouragé à commettre des erreurs délibérées, confrontant ainsi directement sa croyance irrationnelle. Il est essentiel que la personne soit bien préparée avant d'entreprendre des tâches d'exposition, en particulier dans le cadre de la REBT, où l'exposition peut souvent être intense. Si une personne croit qu'elle ne peut pas tolérer une émotion ou une situation particulière, le

thérapeute aura intérêt à travailler sur cette croyance d'intolérance à la frustration.

La mise en place d'un nouveau comportement est fondamentale dans le processus thérapeutique. La thérapie ne sera considérée comme aboutie, et donc efficace, qu'à partir du moment où le patient n'a pas seulement une compréhension intellectuelle du caractère dysfonctionnel de ses croyances irrationnelles mais bien une application concrète de ses croyances rationnelles. Cela peut requérir beaucoup de temps, de patience et d'inventivité, comme dans l'exemple suivant :

Thérapeute : Où en êtes-vous par rapport à vos angoisses sur le fait de vomir ?

Patiente : Je sens que ça bloque. Je suis toujours très angoissée. Je me dis toujours que c'est horrible et que c'est insurmontable, que je ne pourrai pas le supporter. Je sais qu'on a contesté cette croyance mais je n'arrive pas à voir les choses autrement.

Thérapeute : Pouvez-vous me redire comment nous avons contesté cette croyance ?

Patiente : Je sais que ce n'est pas horrible, que ce n'est pas un drame. Je pourrais vivre des choses bien pires. Mais pour moi, vomir reste la pire chose que je pourrais vivre. Et je sais que je suis capable de faire face à des choses douloureuses et désagréables. Comme quand j'ai eu ma cruralgie. C'était très douloureux mais je ne me disais pas les mêmes choses.

Thérapeute : C'est ça. Et pourtant vous n'arrivez pas à croire autre chose dès qu'il s'agit de vomir.

Patiente : Oui.

Thérapeute : Pouvez-vous me redire quelle croyance rationnelle nous avons construite ensemble, au vu de ces éléments du réel ?

Patiente : Que vomir n'est pas horrible, que c'est très désagréable mais que je pourrai le supporter.

Thérapeute : OK. Si vous croyiez à cela, qu'est-ce que vous feriez différemment dans votre vie, concrètement ?

Patiente : Je ne sais pas trop.

Thérapeute : Essayez de voir, ce que vous faites parce que vous croyez que c'est horrible de vomir et que vous ne pourrez pas le supporter et que vous ne feriez pas si vous croyiez à notre croyance rationnelle.

Patiente (*elle réfléchit*) : Et bien par exemple, dans la voiture, il y a une boîte de chewing-gum. Je n'en prends jamais avec les doigts. Je fais glisser le chewing-gum sur le bord et je l'attrape avec ma bouche.

Thérapeute : Donc si vous croyiez que ce n'est pas horrible de vomir et que vous pouvez le supporter, vous prendriez le chewing-gum normalement, c'est-à-dire avec les doigts ?

Patiente : Oui.

Thérapeute : Seriez-vous prête à mettre cela en place pour vous confronter à votre peur. Car pour pouvoir la dépasser, vous serez obligée d'adhérer à notre croyance rationnelle. Est-ce que cela

vous paraît jouable ?

Patiente : Oui, je peux essayer.

Thérapeute : J'aimerais que vous le fassiez. Pas juste que vous essayiez. Il est nécessaire que vous le viviez. Aussi, prenez cela comme une expérience. Faites-le, pour voir ce que cela donne au niveau émotionnel, pour le vivre. Est-ce que vous êtes d'accord ?

Patiente : Oui, je vais le faire.

Une fois que la personne est équipée des outils cognitifs nécessaires pour remettre en question ces croyances, elle est alors mieux préparée à affronter les défis comportementaux, comme la *shame attack*.

La *shame attack*

Le concept de *shame attack* d'Albert Ellis est une illustration de la stratégie comportementale.

Albert Ellis (1969 ; 1995) a introduit le concept de *shame attack* comme un exercice thérapeutique. L'objectif de cet exercice est d'aider les individus à confronter et à surmonter leurs sentiments de honte irrationnelle. Les exercices de confrontation à la honte et de prise de risque sont fréquemment prescrits dans le contexte de la REBT. Bien qu'on puisse les considérer comme similaires, ils se distinguent par la peur intrinsèque du patient. La prise de risque incite les patients à reconsidérer si les conséquences de certains actes sont réellement terribles ou menaçantes. Dans ce cadre, les patients sont encouragés à s'affirmer ou à oser, surtout face à des situations sociales qu'ils ont évitées. Une particularité de ces exercices est qu'ils sont souvent conçus pour que les patients affrontent l'échec ou les conséquences qu'ils redoutent. Cela est flagrant pour ceux qui ont un perfectionnisme ou une crainte de l'échec. Comme mentionné, l'apprentissage se fait par l'expérience : sans avoir vécu l'échec et/ou le rejet, ils ne changeront probablement pas leur attitude face à celui-ci. Il est donc complexe de traiter la peur d'un événement malheureux sans que le patient ne l'expérimente. Les patients qui évitent les risques, par crainte de l'inconfort ou par besoin d'approbation, bénéficient de ces exercices.

Pour le perfectionniste en quête d'approbation, une suggestion pourrait être de lui demander d'envoyer un e-mail inachevé à quelqu'un qu'il respecte et de ne pas y donner suite. C'est une opportunité pour lui de gérer le malaise et d'accepter son imperfection.

La honte découle d'une perception négative de soi. Les exercices d'affrontement de la honte, développés par Ellis, visent à montrer aux individus que commettre une erreur en public n'entraîne pas la fin de leur monde. L'objectif est de les aider à distinguer leur comportement de leur valeur intrinsèque. Ils apprennent à évaluer leurs actions plutôt que leur identité.

Ces exercices questionnent notre désir profond d'approbation et de conformité. Bien que chercher à se conformer puisse être un moyen de contrôle social, cela peut aussi devenir oppressant, conduisant à l'anxiété et à la honte. Et si nous défions ces normes ? Certains pourraient nous juger ou désapprouver, mais les opinions ou réactions des autres ne devraient pas nous affecter autant que nous le pensons. Les exercices d'attaque de honte remettent en cause cette perception et sont également ludiques, aidant à dédramatiser la désapprobation sociale. Une approche alternative est de partager nos échecs, en en parlant ouvertement au lieu de les masquer.

Une *shame attack* consiste à s'engager délibérément dans une action qui provoque normalement un sentiment de honte, mais qui n'est pas moralement ou socialement répréhensible. Par exemple, une personne pourrait porter des vêtements dépareillés en public ou parler à voix haute seule dans un bus. L'idée est d'exposer la personne à la désapprobation sociale afin qu'elle puisse expérimenter et défier ses croyances irrationnelles sur la nécessité de l'approbation des autres.

L'exercice cherche à démontrer que nombre de nos peurs et hontes reposent sur des suppositions infondées et que la vie continue, même après avoir vécu une situation potentiellement embarrassante. En fin de compte, la *shame attack* vise à renforcer l'idée d'Ellis selon laquelle ce sont souvent nos pensées sur les événements, plutôt que les événements eux-mêmes, qui sont liées à nos émotions négatives.

Le *shame attack* rejoint les travaux de Craske *et al.* (2014) sur l'importance de l'inhibition dans les thérapies d'exposition. Les auteurs ont exploré comment l'exposition à la source de la peur ou de l'anxiété, sans que le résultat redouté ne se produise, peut conduire à une inhibition ou une diminution de la réponse anxieuse. Cette approche repose sur l'idée que l'exposition répétée à un stimulus anxiogène, sans conséquence négative, peut reconditionner le cerveau à ne plus déduire que le stimulus est prédictif

d'un danger.

Ce travail a mis en lumière l'importance de renforcer les « apprentissages inhibiteurs » pendant la thérapie d'exposition, ce qui signifie renforcer la nouvelle association « sécuritaire » plutôt que l'ancienne association « dangereuse ». Craske *et al.* suggèrent des stratégies pour maximiser cet apprentissage inhibiteur, comme varier les contextes d'exposition ou introduire des éléments de surprise pendant la thérapie.

L'accent mis par Craske *et al.* sur l'apprentissage inhibiteur vise à améliorer l'efficacité de la TCC (thérapie cognitive comportementale) et à réduire les risques de rechute chez les patients traités pour des troubles anxieux.

Prenons l'exemple de Louis, joueur de golf amateur qui a des attentes très élevées en matière de performance dès qu'il est en situation de compétition. Lorsqu'il joue pour le plaisir ou lors des entraînements, il réussit des coups qu'il n'arrive pas à reproduire lors des compétitions. Cette situation le rend malheureux d'autant qu'il a l'impression de perdre de la valeur à chaque nouvelle épreuve.

Le thérapeute lui propose cet exercice après avoir avancé dans la contestation de ces croyances.

Thérapeute : Je vais vous proposer un exercice un peu spécial : une attaque de honte.

Patient : Qu'est-ce que cela signifie ?

Thérapeute : Il s'agit de vous exposer délibérément à la situation que vous redoutez le plus, en l'occurrence, l'échec au golf. Pouvez-vous imaginer une situation d'exposition qui représenterait un défi suffisamment stimulant pour vous sans être insurmontable ? Quelque chose à mi-chemin entre votre pratique en solitaire et la participation à un tournoi de golf.

Patient : Je pense à mes séances d'entraînement avec un collègue du bureau. Cela m'angoisse un peu, sans pour autant générer le stress d'une compétition. C'est un collègue, et l'idée de lui révéler mes faiblesses me déplaît.

Thérapeute : Comment réagiriez-vous si, lors d'une de ces séances, vous veniez à multiplier les erreurs, notamment sur des coups normalement faciles à réaliser ?

Patient : J'éprouverais de la honte.

Thérapeute : Et que pensez-vous de votre capacité à gérer cette honte ?

Patient : Ce serait vraiment difficile à supporter.

Thérapeute : Je vous suggère de vous fixer pour objectif de commettre ces erreurs lors d'une séance avec ce collègue. Rappelez-vous la croyance rationnelle que nous avons identifiée auparavant : « Je veux réussir ma compétition, mais je ne suis pas obligé de la réussir simplement parce que je le souhaite ». Vous allez vous appuyer sur cette conviction pendant l'exercice pour accueillir votre émotion de honte. Vous sentez-vous capable de relever ce défi ?

Patient : Ce sera difficile.

Thérapeute : Bien entendu. Souvenez-vous que l'objectif est de traverser ce moment désagréable de honte, une expérience que vous avez jusqu'à présent tenté d'éviter à tout prix. C'est précisément ce qui en fait un défi.

Patient : D'accord, je vais essayer.

Lors de la séance suivante, Louis a rapporté qu'il s'était surpris lui-même par sa capacité à tolérer l'inconfort émotionnel. Il n'a certes pas apprécié l'émotion, mais il a découvert qu'en définitive, il pouvait l'endurer sans que cela ne représente un effondrement personnel.

L'utilisation du questionnement socratique associé à la visualisation

L'utilisation du questionnement socratique offre un moyen d'explorer ces barrières cognitives, en encourageant la personne à réfléchir de manière critique à ses propres croyances. Cela peut être un outil puissant pour mettre en lumière les zones d'ambiguïté ou de conflit. Par exemple, demander à une personne comment elle pourrait intégrer de manière émotionnelle une croyance rationnelle nouvellement acquise, ou comment elle pourrait travailler pour la renforcer, peut révéler des zones cachées de résistance ou de conflit. L'utilisation d'une technique de visualisation peut appuyer la démarche.

La visualisation dans la REBT peut être structurée en plusieurs phases. Initialement, le thérapeute guide le patient dans la création d'une scène imaginaire ou vécue où ce dernier se confronte à une situation génératrice d'anxiété. L'objectif est de simuler mentalement la situation sans y être physiquement exposé, ce qui réduit la menace perçue et facilite une exploration plus sûre des émotions et des pensées.

Une fois la scène établie, le patient est encouragé à identifier les pensées irrationnelles qui surgissent en réponse à la situation imaginée. Cette reconnaissance est déterminante, car elle permet de prendre conscience de l'impact des croyances irrationnelles sur les émotions et les comportements.

Le thérapeute aide ensuite le patient à reformuler ces pensées irrationnelles en affirmations rationnelles, plus adaptées et constructives. Le patient est invité à visualiser à nouveau la même scène, mais cette fois, en intégrant les

nouvelles pensées rationnelles. L'objectif est de percevoir comment ces pensées modifiées influencent positivement les émotions et les réactions comportementales. L'exemple avec Mélissa illustre cette visualisation des nouveaux effets obtenus à partir des croyances rationnelles.

Thérapeute : Mélissa, j'aimerais que vous fermiez les yeux un instant et que vous imaginiez une journée typique sans cette croyance que vous *devez* être parfaite. Prenez le temps de visualiser chaque moment de cette journée.

Mélissa : D'accord. (*Elle ferme les yeux et respire profondément.*)

Thérapeute : Imaginez-vous vous réveiller le matin. Sans cette pression constante de *devoir* d'être parfaite, comment vous sentez-vous ?

Mélissa : Je me sens... plus légère. Je ne ressens pas cette lourdeur ou cette tension dans ma poitrine que je ressens habituellement.

Thérapeute : Bien. Poursuivons. Imaginez-vous préparer votre petit-déjeuner et vous préparer pour le travail. Comment se déroule cette matinée ?

Mélissa : Je prends mon temps. Je ne suis pas constamment en train de vérifier l'horloge ou de m'inquiéter de chaque petit détail. Je me sens plus présente.

Thérapeute : Continuez cette visualisation pendant votre journée de travail. Sans la croyance que vous *devez* être parfaite, comment interagissez-vous avec vos collègues et vos tâches ?

Mélissa : Je suis plus ouverte aux retours. Je ne prends pas tout comme une critique personnelle. Et si je fais une erreur, je la corrige simplement sans laisser cela ruiner toute ma journée.

Thérapeute : Comment cela affecte-t-il votre niveau d'énergie et votre humeur ?

Mélissa : Je me sens moins fatiguée. Je souris plus et je ressens une sorte de liberté. J'ose même prendre des pauses sans me sentir coupable.

Thérapeute : Très bien. Poursuivons jusqu'à la fin de votre journée. Vous rentrez chez vous, comment se déroule votre soirée ?

Mélissa : Je peux réellement me détendre. Je ne repense pas constamment à ma journée en cherchant ce que j'aurais pu faire mieux. Je prends du temps pour moi, pour faire des choses que j'aime.

Thérapeute : Merci, Mélissa, d'avoir partagé cela. Maintenant, ouvrez les yeux. Comment vous sentez-vous après cette visualisation ?

Mélissa : Je ne me rendais pas compte à quel point cette croyance affectait chaque moment de ma journée. Je veux ressentir cette liberté dans la réalité.

Thérapeute : Cette visualisation est un premier pas pour comprendre comment votre croyance irrationnelle vous limite. Avec le travail et la prise de conscience, vous pouvez commencer à intégrer ces changements positifs dans votre vie quotidienne.

Mélissa : Merci. Je suis prête à travailler là-dessus.

Les nouveaux effets

- Construire une croyance rationnelle avec le patient, avec ses mots
- Vérifier que la croyance rationnelle nie la croyance irrationnelle
- Élaborer une croyance rationnelle qui soit efficiente
- Mettre en place le changement comportemental grâce à une nouvelle émotion fonctionnelle

3) LA DIFFICULTÉ DU CHANGEMENT

Lors de la thérapie, les personnes peuvent comprendre et accepter intellectuellement les croyances rationnelles, mais ne pas les ressentir émotionnellement. À froid, elles sont d'accord avec les nouvelles croyances, mais à chaud, cela ne fonctionne pas. Dans l'exploration, le thérapeute va chercher les « cognitions chaudes », c'est-à-dire des pensées chargées émotionnellement avec une expression émotionnelle associée. De même, les nouvelles croyances doivent être perçues avec un certain degré de chaleur par les personnes pour qu'elles y croient profondément. Sinon, elles adhéreront en théorie aux arguments contre leurs croyances irrationnelles, mais elles ne seront pas convaincues de la vérité des nouvelles croyances rationnelles. Comprendre n'est pas croire et croire n'est pas appliquer.

Le problème de déconnexion entre la compréhension intellectuelle et l'acceptation émotionnelle se manifeste lorsque des individus reconnaissent intellectuellement la valeur d'une croyance rationnelle, mais ne parviennent pas à le vivre sur le plan émotionnel. Cette discordance entre le savoir et le ressentir soulève la difficulté de passer de la connaissance d'une croyance rationnelle à la conviction profonde de sa véracité, malgré la présence simultanée de croyances irrationnelles persistantes. Les émotions et comportements des personnes concernées restent inchangés, reflétant une adhésion plus forte aux croyances irrationnelles.

La REBT suggère d'augmenter l'*insight* émotionnel, un concept défini par plusieurs critères selon Ellis (2002). Ces critères incluent la reconnaissance par l'individu de la nature perturbatrice et irrationnelle de son comportement,

la compréhension des origines de ce comportement, la prise de responsabilité dans la perpétuation des croyances irrationnelles, et la détermination à changer ces croyances par un travail actif et répété. Ce travail implique la contestation des croyances irrationnelles, l'endurance face à la difficulté de modifier ses croyances, la pratique de nouvelles réponses émotionnelles, et des actions directes contre les comportements autodestructeurs.

Le thérapeute s'assure que la personne accède à une forme de compréhension et d'adhésion émotionnelle à la nouvelle croyance de manière efficace. Cette forme de compréhension commence en premier lieu par une prise de conscience. Les personnes, armées d'une lucidité intellectuelle, reconnaissent leur propre perturbation et comprennent que leur comportement peut être à la fois irrationnel et autodestructeur. Cette reconnaissance est puissante car elle les positionne en tant qu'acteurs de leur propre histoire, reconnaissant leur rôle dans l'origine et la continuation de leurs comportements dysfonctionnels.

Le parcours psychothérapeutique en REBT ne consiste pas seulement à identifier les croyances irrationnelles, mais aussi à les défier. Les personnes comprennent que, bien qu'elles aient pu être conditionnées à penser d'une certaine manière dans le passé, elles ont le pouvoir de changer ces schémas de pensée dans le présent. Cependant, la vraie efficacité de la REBT réside dans sa nature proactive. Elle ne se contente pas d'une prise de conscience éphémère, mais encourage une pratique répétée et vigoureuse. Elle enseigne que le contrôle des perturbations émotionnelles réside principalement entre les mains de la personne elle-même.

Le cheminement thérapeutique, bien que centré sur la personne, nécessite également un éclairage externe pour amener à aider à une prise de conscience réelle et profonde. Dans le cadre de la REBT, pour aider une personne à renforcer ses convictions rationnelles, il est souvent bénéfique de lui poser des questions directes et introspectives. En interrogeant la personne sur sa compréhension émotionnelle par rapport à sa compréhension purement intellectuelle, le thérapeute l'invite à se pencher plus profondément sur les racines de ses croyances et sur les obstacles qui entravent son progrès.

Le système des croyances : un réseau interconnecté

Les croyances irrationnelles ne sont pas isolées. Elles sont souvent profondément ancrées dans un réseau de convictions, de valeurs et de schémas plus larges qui influencent la façon dont une personne perçoit le monde. Changer une seule croyance peut avoir des répercussions sur de nombreuses autres. C'est pourquoi il est essentiel d'aborder les croyances connexes qui pourraient être en conflit avec le nouveau paradigme de la personne.

Le rôle du thérapeute ne se limite pas à identifier les problèmes ; il aide aussi la personne à naviguer à travers ces eaux troubles, en fournissant des outils et des techniques pour renforcer les croyances rationnelles et combattre les croyances irrationnelles.

La REBT, un changement philosophique

En résumé, la REBT adopte une approche philosophique pour traiter les troubles émotionnels, en examinant les systèmes de croyances profondément ancrés chez les individus. Ces croyances, souvent issues de l'éducation, de la culture ou de convictions personnelles uniques, dictent des règles de vie rigides et dogmatiques. Lorsqu'elles entravent le bonheur et la survie, la REBT vise à les remettre en question et à les remplacer par une nouvelle philosophie de vie.

Cette philosophie promeut le bien-être en encourageant un raisonnement reposant sur des preuves, l'acceptation de l'imperfection, et l'engagement dans des activités enrichissantes.

Travailler au niveau philosophique permet d'effectuer des changements profonds et larges, touchant de multiples aspects comportementaux simultanément. La REBT met l'accent sur l'importance de reconnaître notre faillibilité humaine, renonçant à la quête irréaliste de la perfection au profit d'une acceptation constructive de soi et des autres.

Ce processus est guidé par une réflexion logique et scientifique, conduisant à une transformation significative de la philosophie personnelle et de l'attitude envers la vie.

En intégrant à la fois des changements cognitifs et comportementaux, la pratique de la REBT va aider les individus à surmonter leurs émotions et leurs comportements dysfonctionnels et les renforcer dans cette dynamique

afin de consolider les acquis. En utilisant des techniques d'exposition, combinées à un travail cognitif solide, les thérapeutes peuvent aider leurs patients à vivre des expériences correctives puissantes qui remettent en question et modifient leurs croyances irrationnelles profondément enracinées.

En conclusion, si la REBT est associée à l'idée de contestation des croyances irrationnelles, il est important de ne pas perdre de vue l'objectif profond qui est d'amener les personnes à penser de manière plus rationnelle pour éviter les émotions dysfonctionnelles. La contestation est une composante essentielle de la REBT, mais elle n'est pas le principal moteur du changement durable. En réalité, ce sont la création et la mise en pratique de nouvelles croyances alternatives, plus fonctionnelles et efficaces, qui sont essentielles pour obtenir des transformations cognitives, émotionnelles et comportementales qui elles-mêmes renforceront l'enracinement des croyances rationnelles.

Même si contester les pensées irrationnelles peut aider à identifier des perspectives plus rationnelles, s'y attarder sans adopter de nouvelles croyances peut être contre-productif. Certains individus peuvent même devenir obnubilés par la contestation, au point de ruminer sans avancer. Des approches thérapeutiques récentes, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement ou la thérapie comportementale dialectique, insistent sur l'importance de pratiquer des comportements et des pensées efficaces, renforçant ainsi l'importance de la mise en application des croyances rationnelles. Ellis lui-même visait non pas une contestation perpétuelle, mais l'adoption et la pratique continues de croyances alternatives jusqu'à leur intégration solide.

Partie 3

Les perspectives

Des recherches sur l'efficacité à la compréhension de ses mécanismes : comment la REBT contribue à la troisième vague des TCC (ACT, approches processuelles) ?

Chapitre 8 – Les recherches sur l'efficacité de la REBT

**Chapitre 9 – La REBT et la troisième vague des TCC :
ACT et approches processuelles**

Chapitre 8



Les recherches sur l'efficacité de la REBT

- 1 Les enjeux de l'évaluation : un parcours historique et empirique
- 2 Portée thérapeutique de la REBT : une analyse comparative des effets cliniques

S'intéresser à l'efficacité de la REBT suppose que l'on examine plusieurs aspects : son efficacité thérapeutique, son efficience et l'identification de ses mécanismes sous-jacents. Observer un effet thérapeutique psychologique n'est pas satisfaisant s'il ne s'accompagne pas d'une compréhension des mécanismes profonds sur lesquels il agit. Dans le cas de la REBT, il est donc nécessaire d'explorer son action sur les croyances irrationnelles et leur évolution vers une pensée plus rationnelle, ainsi que de vérifier et comprendre le lien entre l'état pathologique et les croyances irrationnelles. Cette démarche peut être résumée par la question suivante : le comportement inadapté (C), aspect le plus objectivement observable du fonctionnement psychologique, est-il

modifié par l'intervention, et cette modification est-elle réellement imputable à une action de l'intervention sur un mécanisme délétère ?

1) LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION : UN PARCOURS HISTORIQUE ET EMPIRIQUE

La difficulté rencontrée pour l'évaluation de l'efficacité de la REBT réside dans son évolution conceptuelle et clinique au fil du temps. De la thérapie rationnelle de 1956 à la thérapie comportementale émotive rationnelle de 1993, de nombreuses évolutions sont survenues tant sur le plan théorique que thérapeutique. Évaluer sa portée clinique nécessite de se concentrer sur ses développements récents, ce qui réduit le nombre d'études et de travaux de recherche utilisables. Ainsi, la bibliothèque américaine de médecine répertorie 269 articles de recherche dont le titre inclut l'expression (en anglais) « Thérapie Rationnelle », 37 pour « Thérapie Émotive Rationnelle » et 34 pour « Thérapie Comportementale Émotive Rationnelle ».

Ellis (1962) a identifié des croyances irrationnelles prototypiques représentant les attitudes dysfonctionnelles qu'il observait chez ses patients. Ces croyances incluaient des erreurs factuelles, des exigences, des états catastrophiques, des autocondamnations et des idées relatives au manque de persévérance. La théorie révisée d'Ellis (1977) postulait que la pensée absolutiste et rigide, désignée par « exigence », constituait le mécanisme cognitif central de la psychopathologie. Trois croyances irrationnelles découlent, selon lui, de cette exigence : la catastrophisation, l'intolérance à la frustration et l'évaluation globale de la valeur humaine envers soi-même et autrui. Plusieurs inventaires ont été développés pour évaluer les croyances irrationnelles (CI) et rationnelles (CR) d'Ellis (David *et al.*, 2019). Cependant, la plupart des échelles mesurent uniquement les croyances irrationnelles et non les rationnelles. Dès lors, comment peut-on évaluer la solidité du postulat de base selon lequel l'efficacité thérapeutique est fondée sur le passage de l'irrationnel au rationnel ?

Il est également essentiel que les différents types de croyances puissent être mesurés séparément afin que les chercheurs puissent tester l'hypothèse principale d'Ellis, à savoir que l'exigence est le processus cognitif central et le plus déterminant conduisant aux autres croyances irrationnelles dérivées et

à la psychopathologie. Jusqu'à présent, ce n'est pas le sens pris par les différentes recherches, ce qui a limité à la fois la compréhension du fonctionnement de la REBT, mais également in fine son développement.

Par ailleurs, la REBT s'est diffusée dans de nombreux domaines depuis son avènement bien au-delà de la santé mentale. L'éducation, le coaching, la probation sont des champs où la REBT a inspiré de multiples interventions ou programmes de gestion émotionnelle et de restructuration cognitive. Cette diffusion large rend l'abord de son efficacité plus complexe en raison de la diversité contextuelle de son utilisation.

Les premières études centrées sur la REBT ont principalement exploré son efficacité dans des contextes réels, sans se limiter à des affections psychiatriques spécifiques. Toutefois, un aspect crucial pour établir la valeur scientifique de toute approche thérapeutique est la conduite d'études contrôlées dans des conditions rigoureuses. Heureusement, depuis la fin des années 1980, de nombreux essais contrôlés randomisés ont mis en évidence l'efficacité de la REBT dans le traitement d'un éventail diversifié de troubles, allant de la phobie sociale à la dépression, en passant par les effets secondaires liés au traitement du cancer du sein et les symptômes psychotiques (David *et al.*, 2018).

La richesse des données empiriques sur la REBT est également illustrée par les méta-analyses disponibles (*cf. infra*). Bien que certaines soient anciennes et souffrent de quelques lacunes, comme un nombre limité d'études incluses ou un manque d'enquête sur les mécanismes présumés de changement, l'ensemble des conclusions suggère clairement que la REBT est une forme efficace de psychothérapie. Il est cependant impératif de noter qu'une méta-analyse dépend de la variabilité de la solidité des études qui la composent. De fait, elle peut être moins solide que certaines des études qui la composent.

L'une des questions cruciales qui se pose est de savoir comment, précisément, la REBT opère ses changements. Si l'efficacité d'une intervention est fondamentale, comprendre le « pourquoi » de cette efficacité est tout aussi essentiel. Les croyances rationnelles et irrationnelles sont au cœur du processus théorique de la REBT. L'intervention est-elle réellement efficace pour moduler ces croyances comme postulé ? C'est une interrogation qui doit être traitée, car valider une intervention implique de valider sa théorie sous-jacente.

2 ▶ PORTÉE THÉRAPEUTIQUE DE LA REBT : UNE ANALYSE COMPARATIVE DES EFFETS CLINIQUES

Plusieurs méta-analyses ont été conduites au cours des trente dernières années auprès de publics variés : enfants, adolescents et adultes (Lyons et Woods, 1991 ; Engels *et al.*, 1993 ; Gonzalez *et al.*, 2004 ; Trip *et al.*, 2007 ; David *et al.*, 2018). Dans la majorité des études sélectionnées, la REBT s'est avérée significativement efficace, affichant des effets modérés à importants tant entre qu'au sein des groupes, aussi bien pour les résultats post-intervention qu'à long terme. Il convient néanmoins de nuancer certains résultats. Par exemple, les effets intrasujets observés lors des suivis étaient parfois de moindre ampleur, bien qu'ils demeurent significatifs. Ces variations pourraient être liées au nombre restreint d'études dans certaines catégories. Les données ont montré que, comparée à un groupe témoin, la REBT avait un impact considérable sur des variables telles que la détresse, la performance scolaire et les comportements à long terme. Concernant d'autres variables comme la colère, la dépression et la qualité de vie, la REBT a révélé des tailles d'effet moyennes en post-test, suggérant une intervention efficace. Il est essentiel de noter que toutes les interventions ne se valent pas en matière d'efficacité. Certains résultats, notamment l'impact sur la colère ou les compétences sociales, se basaient sur un nombre restreint d'études, ce qui appelle à une interprétation prudente.

Dans toutes les méta-analyses, la comparaison de mesures pré et post-intervention au sein des groupes REBT a montré une amélioration significative des symptômes, bien que les tailles d'effet varient probablement en raison des différentes méthodologies employées.

Un point essentiel à considérer est la capacité de la REBT à cibler et à moduler des mécanismes de changement spécifiques, tels que les croyances rationnelles et irrationnelles. Lorsque ces mécanismes sont modifiés, ils sont associés à des améliorations cliniques. L'observation que la REBT a des tailles d'effet plus élevées sur les mécanismes de changement présumés par rapport à d'autres interventions renforce la notion selon laquelle elle cible efficacement les croyances irrationnelles, élément central de son cadre théorique. Cependant, il est surprenant de constater que des changements similaires dans les croyances irrationnelles peuvent également être observés avec d'autres interventions psychologiques (principalement : thérapie

cognitive, exposition comportementale, relaxation), ce qui pourrait suggérer que la modulation de ces croyances n'est pas exclusive à la REBT. Il convient donc d'examiner comment différentes approches thérapeutiques peuvent influencer ces croyances, directement ou indirectement.

Par ailleurs, dans la méta-analyse de David *et al.* (2018), les résultats étaient significativement plus élevés pour la REBT comparée à des conditions de liste d'attente ou de placebo. Néanmoins, la comparaison avec d'autres interventions psychologiques ou la pharmacothérapie était moins concluante. Cette observation doit être nuancée en fonction des populations cibles. Ainsi, on observe des effets similaires entre la REBT et la psychoéducation pour des populations non cliniques. Cela suggérerait que pour un public ne présentant pas de troubles caractérisés, l'explication sur leur fonctionnement psychologique peut suffire à induire un changement. Leur apprendre la place des croyances dans leur fonctionnement en leur présentant le modèle ABC, leur enseigner la distinction entre les pensées rationnelles et irrationnelles, etc., peut être suffisant pour ces individus.

Pour les contextes cliniques, la REBT a souvent une efficacité équivalente à d'autres interventions psychologiques ou thérapeutiques. La question de la préférence et de la compétence du thérapeute devient donc déterminante dans ces situations. La congruence entre la philosophie du thérapeute et celle de la REBT, ainsi que la maîtrise de cette approche, sera le critère de choix de cette méthode.

En conclusion, bien que la REBT ait certainement démontré sa valeur en tant qu'outil thérapeutique, le besoin de recherches robustes et actualisées demeure. L'efficacité n'est que la moitié de l'histoire. Pour offrir des soins véritablement éclairés, nous devons également comprendre les mécanismes sous-jacents qui rendent cette thérapie efficace. Cela représente un appel à poursuivre la recherche afin d'affiner notre compréhension de son impact thérapeutique.

Une direction à explorer est celle du rôle précurseur de la REBT dans les récents développements de la psychologie. L'importance accordée à l'émotion par Albert Ellis dans l'approche thérapeutique rapproche la REBT des thérapies dites de troisième vague en thérapies cognitivo-comportementales, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Ces deux approches partagent des principes communs, qui pourraient

constituer les fondations d'une intégration possible.

Chapitre 9



La REBT et la troisième vague des TCC : ACT et approches processuelles

- 1 Similitudes et ressemblances de la REBT avec la troisième vague des TCC
- 2 Conjuguer la pratique de la REBT et ACT : la REBT à la lumière de l'Hexaflex
- 3 La dimension transdiagnostique et processuelle de la REBT
- 4 Vers une synthèse évolutive : une psychothérapie résiliente et valeur-orientée

La troisième vague des TCC constitue une évolution significative dans le domaine de la psychothérapie, marquant une divergence par rapport aux approches traditionnelles centrées exclusivement sur la modification des pensées et des comportements. Elle intègre des concepts et techniques provenant de divers courants, y compris la pleine conscience, l'acceptation et la psychologie positive. L'essence de cette troisième vague réside dans la conviction que le bien-être psychologique ne résulte pas seulement de la suppression ou de la modification des pensées et comportements problématiques, mais également de l'adoption d'une posture mentale flexible et bienveillante envers soi-même. Cette perspective valorise l'importance des vécus subjectifs et des émotions, prônant leur acceptation plutôt que leur répression.

Parmi les approches emblématiques de cette vague, citons la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT), la Thérapie Cognitive fondée sur la Pleine Conscience (MBCT) et la Thérapie Comportementale Dialectique (DBT). Chacune intègre la pleine conscience pour renforcer la présence et l'attention dans l'instant présent, favorisant ainsi une acceptation de soi accrue et un engagement vers des actions cohérentes avec les valeurs personnelles. Ces thérapies accentuent la capacité des individus à vivre de manière authentique et épanouissante, en accueillant et acceptant leurs pensées et émotions sans jugement. Elles proposent des outils pour naviguer entre les défis de la vie avec flexibilité et résilience, encourageant la croissance personnelle et l'épanouissement émotionnel. En somme, la troisième vague des TCC offre une approche holistique et intégrative, enrichissant et étendant les frontières des TCC traditionnelles, avec un accent sur le développement d'un rapport plus harmonieux et acceptant envers soi-même et son vécu interne.

La REBT est souvent considérée comme l'une des premières formes de thérapie cognitivo-comportementale. Bien qu'elle appartienne à la « deuxième vague » des TCC, la REBT partage plusieurs liens importants avec la troisième vague des TCC. La pratique de la REBT repose fondamentalement sur le principe d'acceptation inconditionnelle de la réalité et de ses aspects non modifiables. Être disposé à vivre et à accueillir ce que l'on ne peut changer est un objectif vers lequel le thérapeute en REBT guide son patient pour l'aider à sortir de sa souffrance psychologique.

Cette démarche ressemble à celle prônée par la thérapie d'acceptation et d'engagement qui, s'inscrivant dans le pragmatisme de William James et au-delà dans le courant philosophique du stoïcisme, cherche à réduire les comportements de suppression des expériences désagréables pour amener le sujet dans la réalisation des actions possibles en accord avec ses valeurs. Cette ressemblance a été pointée et questionnée dès la genèse d'ACT, notamment par Albert Ellis lui-même (2005) peu avant sa mort. Steven Hayes (Hayes *et al.*, 1999), cofondateur d'ACT et inventeur de la théorie des cadres relationnels, était lui plus sceptique sur l'articulation des deux approches en s'efforçant d'accentuer les différences, sans doute pour souligner le caractère novateur de l'ACT par rapport aux courants précédents des thérapies comportementales et cognitives. Ressemblances, différences et possibilités d'intégration sont les thèmes abordés ci-après pour situer l'influence de la REBT, historiquement première thérapie cognitive, dans l'apparition du courant de la troisième vague des TCC.

1 ▶ SIMILITUDES ET RESSEMBLANCES DE LA REBT AVEC LA TROISIÈME VAGUE DES TCC

D'un point de vue philosophique

La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* ou MBCT), ainsi que sa version centrée sur la réduction du stress (MBSR), enseigne à ses pratiquants à ne pas porter de jugement, à faire preuve de patience, à cultiver un esprit de débutant, à développer une confiance de base en eux-mêmes, à ne pas lutter, à accepter les choses telles qu'elles sont dans le présent et à lâcher prise, c'est-à-dire à laisser les choses se faire. La REBT utilise ses propres méthodes de réduction de la détresse en remettant activement en question les pensées, les sentiments et les comportements dysfonctionnels et en enseignant une approche différente de son propre fonctionnement psychologique. La REBT et la pleine conscience – contrairement à de nombreuses autres formes de thérapie – mettent l'accent sur un changement philosophique fondamental qui semble être crucial pour que les personnes souffrant psychologiquement se sentent mieux, aillent mieux et restent mieux. Cette orientation philosophique distingue la REBT

des thérapies dites de troisième vague et des TCC conventionnelles, comme celle d'Aaron Beck, qui est nettement cognitive mais pas explicitement philosophique.

Dès sa création, la REBT s'est fondée sur le concept d'acceptation, qu'elle a précisé au fil de son développement. À l'opposé des domaines concernés par les schémas cognitifs et les croyances irrationnelles, l'acceptation inconditionnelle s'étend à tous les domaines : soi, les autres, le monde. L'objectif thérapeutique de la REBT se distingue ainsi des thérapies cognitives issues des travaux de Beck, qui visent à corriger, modifier ou remplacer les cognitions dysfonctionnelles. L'acceptation de soi remplace l'estime de soi : « Je m'accepte sans condition, que je réussisse ou échoue dans mes entreprises, que je sois approuvé ou non. »

Comme le soulignait Albert Ellis, la dévalorisation de soi procède d'une surgénéralisation d'un comportement qui mène à une identité de soi rigide, passant de « j'ai échoué » à « j'échoue tout le temps », puis à « je suis nul ». Cette construction d'un soi rigide, qui ne prend pas en compte le contexte des situations ni la variabilité de sa performance, correspond au soi comme contenu de l'ACT. L'assouplissement recherché dans la REBT est la tolérance d'un soi qui n'est pas toujours conforme à nos souhaits, et qui est également dépendant d'un environnement et d'un contexte en grande partie non contrôlables. Se présenter à un concours, c'est accepter que le résultat ne dépende que partiellement de ses capacités et du travail préparatoire. Les conditions de passation, la difficulté des sujets, le nombre de candidats et leur qualité vont influencer l'obtention ou non du concours, mais la propre variabilité de l'individu dans la réalisation d'une tâche sera aussi un facteur déterminant. Le traitement de ces informations va être influencé par les modes d'attribution que mobilisera le patient de manière pertinente ou non (Heider, 1958). Va-t-il attribuer à des facteurs externes des facteurs internes ou, à l'inverse, des causes internes à des causes externes ? L'adéquation des attributions avec la réalité participera au caractère rationnel ou non de la croyance. Une fois la croyance « je suis nul parce que j'échoue » mise au jour, le thérapeute en REBT cherchera à permettre à l'étudiant non seulement d'accepter d'échouer mais aussi d'accepter d'être quelqu'un qui peut échouer, et de ne pas conditionner sa valeur à la réussite. Tout cela en acceptant les conséquences qui peuvent être irréversibles si les possibilités de retenter le concours sont limitées. Peut-on tolérer d'être une personne qui ne

réussit pas toujours ce qu'elle entreprend, qui ne peut pas contrôler cette réalité et qui va en subir les conséquences ? L'aboutissement de la thérapie reposera sur le fait que l'étudiant n'ait pas une idée de soi rigide, mais une conception souple qui sera synthétisée par une nouvelle croyance rationnelle. Cela n'est possible que par ce travail d'acceptation et par une perception de soi contextuelle, deux dimensions de l'Hexaflex de l'ACT, nous y reviendrons.

Comme l'a souligné Albert Ellis dans un de ses derniers articles (2005), la REBT vise à aider les individus à réaliser trois acceptations majeures : l'acceptation inconditionnelle de soi, l'acceptation inconditionnelle des autres et l'acceptation inconditionnelle de la vie. Ces trois principes distinguent la REBT de la thérapie cognitive classique, et plus généralement des TCC classiques, qui ne visent pas cette profonde intention, car cette démarche philosophique ne fait pas partie de leur projet thérapeutique. La pleine conscience, l'ACT, la REBT, mais aussi la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2020), placent au cœur de leur démarche thérapeutique cette recherche de l'acceptation inconditionnelle de soi, des autres et du monde.

Fondamentalement, l'élément A perd son rôle d'activateur lorsque l'élément B reconnaît sa présence dans la réalité et ne conteste plus son existence. Cela nécessite un choix en faveur de la réalité et non de la croyance irrationnelle par le patient, impliquant implicitement une remise en question de la valeur absolue de ses schémas de pensée. Une autre similitude, à la fois philosophique et technique, est l'importance accordée à la métacognition. « *Nous ne sommes pas troublés par les choses, mais par les opinions que nous en avons* », affirmait Épictète, et cette idée a été ensuite paraphrasée par Albert Ellis dans ses célèbres conférences. Comprendre que c'est le fonctionnement cognitif, l'activité de pensée de l'individu, qui est à l'origine de la souffrance actuelle, voire de la réactualisation permanente de souffrances anciennes, est essentiel dans la REBT. Cela suppose d'être capable d'observer son activité de pensée et de parvenir à s'en détacher en ne lui accordant pas une valeur absolue, une position définie dans l'ACT comme la défusion cognitive. La REBT et l'ACT partagent donc ce même principe de porter un regard détaché sur ses cognitions.

Enfin, en corollaire de la notion fondamentale d'acceptation, le refus de celle-ci est également une cible de l'intervention thérapeutique. Comme mentionné

précédemment, Albert Ellis a identifié l'exigence, et une de ses variantes – l'intolérance à la frustration – comme un facteur causal de nombreux troubles psychiques. Ce lien semble se confirmer dans les travaux de recherche, même si, comme nous l'avons vu, beaucoup reste à faire pour évaluer cet aspect spécifique de l'efficacité thérapeutique.

Cette notion d'intolérance à un vécu émotionnel a une dimension transdiagnostique et se rapproche des conceptualisations récentes en psychothérapie des émotions, notamment le protocole uniifié de Barlow (2004), une thérapie centrée sur les émotions. Cette approche récente est fondée sur le paradigme selon lequel la plupart des troubles psychologiques reposent sur l'évitement émotionnel (Allen *et al.*, 2008). Les personnes qui évitent activement les émotions qu'elles jugent désagréables développent et maintiennent une souffrance psychologique significative. Cette attitude peut être identifiée dans la plupart des troubles répertoriés dans les classifications internationales (DSM, CIM). L'intolérance aux émotions, retrouvée dans ce qu'Ellis appelle intolérance à la frustration, mène à l'évitement actif de celle-ci et à la détresse psychologique qui lui est associée. En cela, la REBT a été précurseur du courant transdiagnostique actuel qui vise à identifier les facteurs causaux communs à de nombreux troubles, afin de cibler les interventions thérapeutiques sur ces éléments. La REBT se situe donc à la fois dans la 1re vague comportementale des TCC, dans la deuxième vague cognitive et dans la troisième émotionnelle.

D'un point de vue technique, une articulation entre la REBT et l'ACT

La place des émotions, leur articulation avec les pensées et les comportements, ainsi que l'intrication de ces trois composantes, sont au cœur de la REBT, qui n'est pas une pure thérapie cognitive. Dans la TCC, selon l'approche de Beck, l'enjeu est de modifier les pensées et les croyances en les remettant en question à travers leur fondement et en les confrontant à la réalité. Tandis que la REBT a rapidement évolué vers une contestation plus élégante des idées qui animent le sujet. Dans cette approche cognitive, l'enjeu est d'accompagner le sujet à accepter de ressentir des émotions négatives et désagréables, cohérentes avec la situation rencontrée. Il ne s'agit pas, par exemple, de ne plus avoir peur sous prétexte que cette peur serait infondée,

mais plutôt, si cela arrivait quand même, de tolérer les craintes, les inquiétudes ou toute autre émotion qui pourrait légitimement découler de la situation. Ne pas être dans la panique, mais dans l'inquiétude, s'inscrit dans une démarche d'acceptation de l'expérience émotionnelle. De même, chercher une sortie de l'autodéfaitisme comportemental est un moyen de modifier son comportement pour l'orienter dans une direction plus en accord avec l'épanouissement personnel et la réalisation de ses valeurs.

La contestation pragmatique – « Où cela vous mène-t-il ? » – est apparentée au désespoir créatif de l'ACT ou à l'exploration des extrêmes de l'entretien motivationnel, une autre approche partageant des points communs avec l'ACT. L'enjeu de cette contestation est de remettre en cause l'utilité de la pensée, dans l'esprit du pragmatisme de William James (1980) : « *Les pensées ne sont pas simplement vraies ou fausses, mais utiles ou non* ».

2 CONJUGUER LA PRATIQUE DE LA REBT ET ACT : LA REBT À LA LUMIÈRE DE L'HEXAFLex

La REBT et l'ACT peuvent-elles s'intégrer dans une même pratique ? Pour explorer les possibilités de cette articulation, explorons les dimensions de l'Hexaflex d'ACT ([figure 12](#)). Cet outil est essentiel dans l'approche thérapeutique de l'ACT. Il se présente sous la forme d'un hexagone, chacun de ses six côtés symbolisant une dimension clé de l'approche. Ces dimensions ne sont pas isolées ; elles sont étroitement interconnectées, formant un tout cohérent et dynamique. Chacune de ces six dimensions possède deux facettes distinctes, offrant une double perspective. D'un côté, elles mettent en lumière les éléments qui contribuent aux difficultés rencontrées par la personne. De l'autre, elles révèlent les voies possibles vers le changement et l'épanouissement personnel.

- 1) Acceptation vs Évitement : Cette dimension traite de la capacité à accepter les expériences internes (pensées, émotions) sans jugement ni résistance, par opposition à la tendance à les éviter ou à les nier.
- 2) Présence Consciente vs Absence Mentale : Ici, il s'agit de la pleine conscience, de l'attention portée au moment présent, en contraste avec la distraction ou la déconnexion de l'expérience actuelle.

- Soi en tant que contexte vs Identification de soi en tant que contenu :
- 3) cette dimension aborde la perception de soi comme un observateur constant de ses expériences, plutôt que de s'identifier à ses pensées ou émotions rigides et immuables.
 - 4) Défusion vs Fusion Cognitive : Elle concerne la capacité à distancier ses pensées de ses actions, permettant de ne pas être emporté par elles, contrairement à la fusion où les pensées sont prises pour des réalités absolues.
 - 5) Valeurs vs Manque de Direction : Cette facette met l'accent sur la clarification et l'engagement envers des valeurs personnelles profondes, par opposition à un état de flottement sans but ni orientation claire.
 - 6) Action Engagée vs Inaction ou Action Impulsive : Enfin, cette dimension se concentre sur des actions délibérées et alignées avec les valeurs personnelles, plutôt que des comportements impulsifs ou une tendance à l'inaction.

L'Hexaflex d'ACT est ainsi un modèle puissant pour comprendre la complexité des expériences humaines et pour guider les individus vers un chemin de vie plus riche et plus significatif.

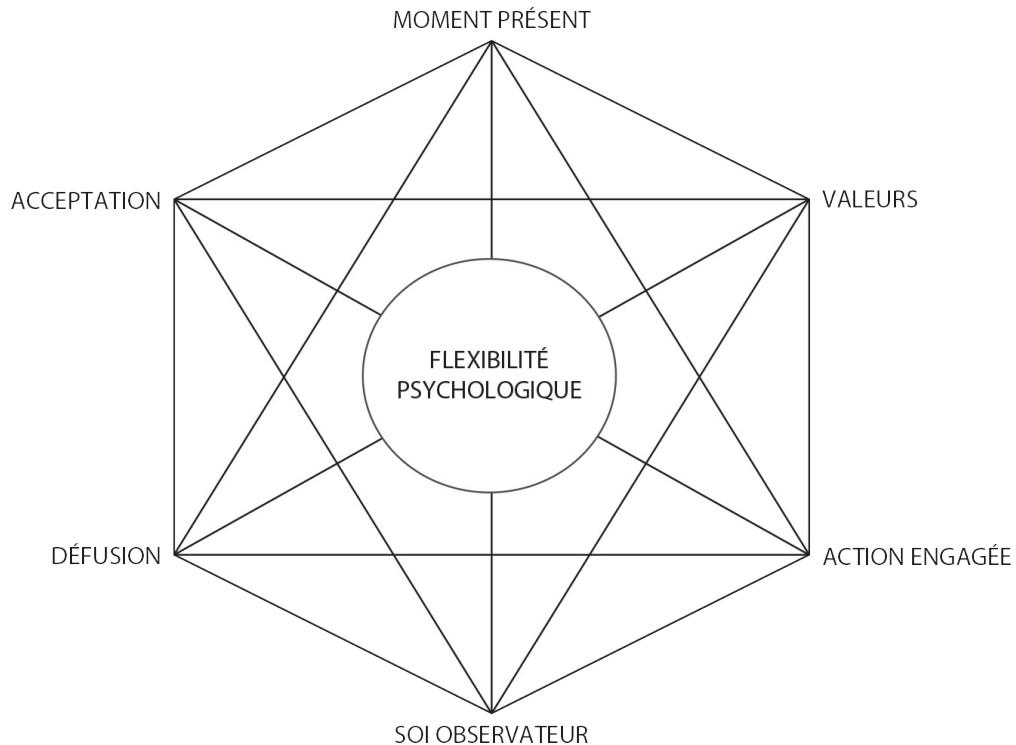


Figure 12. Hexaflex de l'ACT

Acceptation, défusion et contestation des croyances

La REBT met l'accent sur l'acceptation inconditionnelle de soi, des autres et de la vie, une idée centrale dans la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Dans la REBT, on apprend à accepter les situations et les émotions sans jugement excessif ou autocritique, une notion qui résonne avec les approches de la troisième vague telles que l'ACT.

Dans l'Hexaflex de l'ACT, l'accueil des pensées et des croyances est encouragé, en se défusionnant d'elles. C'est un élément central de l'ACT, qui considère que la lutte contre les pensées et sentiments internes est souvent contre-productive. La défusion cognitive vise à changer la réaction aux pensées, en les considérant comme de simples mots ou images, et non comme des faits. Cela s'apparente à la manière dont la REBT enseigne aux individus à ne pas s'identifier à leurs croyances irrationnelles, mais à les remettre en question et à les modifier.

La défusion est une étape préalable essentielle à la contestation, via la REBT, des pensées actuelles, et plus particulièrement des croyances irrationnelles. Une des citations les plus célèbres attribuées à Albert Ellis est la suivante : « *Les meilleures années de votre vie sont celles durant lesquelles vous décidez que vos problèmes sont les vôtres. Vous cessez alors de blâmer vos parents, l'écologie ou le président et réalisez que vous êtes responsable de votre propre destin.* » Accompagner le patient dans la défusion ouvre la possibilité de contester ou devient l'objet même de la contestation. Cela amène à considérer que c'est la valeur accordée à la croyance qui est l'origine de la souffrance et non la croyance elle-même. Cela implique d'accepter la présence de ces croyances dans le système de pensée, plutôt que de chercher à les éviter ou à s'en débarrasser. Cette démarche conduit également à se percevoir non comme un « soi » rigide, mais comme un « soi » contextuel : « Je ne suis pas le produit de mon enfance, je suis ce que je décide de faire aujourd'hui de mon enfance ». Ce détachement est observable dans la remise en cause de l'estime de soi par la REBT au profit de l'acceptation inconditionnelle de soi. L'estime de soi est une évaluation de soi, positive ou négative, haute ou faible, qui conduit souvent à une forme de rigidité de la

perception de soi avec une tendance à vouloir préserver une valence positive de l'estime. La REBT nous invite à nous détacher de cette évaluation, comme l'ACT, pour nous accepter sans complaisance : « Je ne suis pas toujours estimable positivement dans mes actions, cela ne remet pas en cause ma valeur inconditionnelle. Et c'est l'acceptation de ce fait qui permet de mettre en œuvre une modification de mes actions, de mon comportement. »

En résumé, la contestation des croyances irrationnelles ouvre la voie à la génération de pensées rationnelles efficaces. Cependant, ce chemin n'est accessible qu'à travers l'acceptation de la présence d'une irrationalité cognitive, puis de l'acceptation de soi, des autres et du monde, préalables à l'élaboration d'une pensée rationnelle efficace.

Conscience de soi, valeurs et engagement

Comme dans la pleine conscience, la REBT favorise une prise de conscience de soi en aidant les individus à identifier leurs croyances irrationnelles et à comprendre comment celles-ci influencent leurs émotions et comportements. Être présent et engagé dans ses actions est encouragé dans l'ACT, ce qui promeut une vie pleinement vécue. La REBT soutient l'idée d'agir contre les tendances à l'évitement et encourage la proactivité pour surmonter les comportements autodestructeurs.

L'engagement envers les valeurs correspond à la reconnaissance de ce qui est véritablement important pour l'individu et à l'engagement d'agir conformément à ces valeurs. Bien que la REBT ne mette pas explicitement l'accent sur les valeurs, elle aide les individus à établir des objectifs et à prendre des mesures pour atteindre un mode de vie plus équilibré et satisfaisant, ce qui peut inclure un alignement avec leurs valeurs personnelles.

Lorsque le patient pratique la méditation de pleine conscience, notamment le programme MBSR de Kabat-Zinn, il s'engage à travailler sur lui-même et à faire preuve d'autodiscipline pour persévérer dans cette démarche, un engagement discipliné. La REBT s'inscrit dans ces approches fondées sur l'engagement. Elle promeut l'idée que seule la pratique régulière permet d'atteindre des évolutions favorables. Bien qu'elle n'exige pas que ses thérapeutes l'appliquent sur eux-mêmes, elle les encourage vivement à l'utiliser dans leur propre vie.

REBT et flexibilité psychologique

Bien avant que les notions de processus psychologiques ne soient élaborées sous l'angle suivi par les approches processuelles, les concepts de biais cognitifs, tels que conceptualisés par Aaron Beck, en étaient des précurseurs. Ces mécanismes automatiques de transformation d'une pensée ou d'une émotion influencent notre perception de nous-mêmes, des autres et du monde. Leur caractère problématique, comme pour tout processus, réside dans leur absolutisme, c'est-à-dire leur manque de flexibilité contextuelle.

L'un des concepts centraux de la REBT est la notion d'absolutisme, qui décrit la tendance à évaluer nos expériences selon des critères inflexibles et souvent irréalistes. Les désirs absolutistes sont caractérisés par une rigidité qui transforme des préférences flexibles en exigences strictes et non négociables. Par exemple, un individu peut passer de « Je préférerais réussir cet examen » à « Je dois réussir cet examen », plaçant une pression immense sur lui-même et ne laissant aucune place à l'échec ou à l'imperfection. Les croyances absolutistes peuvent se manifester sous forme de perfectionnisme, où seule une réussite complète et sans faille est acceptable, ou sous forme de grandiosité, où les attentes envers soi-même ou les autres sont si élevées qu'elles deviennent pratiquement inatteignables. Ces désirs irréalistes sont souvent sources de détresse significative, car ils sont en décalage avec la réalité de l'expérience humaine, naturellement imparfaite et imprévisible.

Dans la pratique de la REBT, le thérapeute travaille avec la personne pour identifier ces croyances absolutistes et les remettre en question. Par l'examen et la réfutation des idées irrationnelles, les individus peuvent commencer à adopter une approche plus nuancée et réaliste de leurs attentes. Plutôt que de s'accrocher à des désirs rigides, ils peuvent apprendre à reconnaître et à accepter leurs préférences flexibles, ce qui permet une plus grande résilience face aux défis et aux déceptions inévitables de la vie. En reconnaissant la différence entre « je préférerais » et « je dois », les individus peuvent créer un espace pour l'erreur et l'échec, les considérant comme des opportunités d'apprentissage plutôt que comme des catastrophes. Ce changement de perspective peut non seulement réduire l'anxiété et la dépression liées à des attentes irréalistes, mais également encourager une plus grande compassion envers soi-même et les autres, ce qui est essentiel pour le bien-être émotionnel et la croissance personnelle.

Les biais cognitifs identifiés par Aaron Beck et les désirs absolutistes abordés par la REBT trouvent un écho dans l'ACT. L'absolutisme dans la REBT peut être perçu comme une forme de fusion avec les pensées dans l'ACT. La rigidité des « je dois » reflète un manque de flexibilité psychologique, qui est au cœur de l'ACT. Les personnes apprennent à accepter leurs expériences internes tout en se concentrant sur des actions alignées avec leurs valeurs personnelles, plutôt que sur des résultats spécifiques. La finalité est la même que celle de la REBT, qui, cependant, suit une voie différente pour l'atteindre, cherchant à modifier les croyances absolutistes afin de les rendre plus rationnelles et flexibles.

Malgré ces similitudes, il est important de noter que l'ACT et la REBT présentent également des aspects philosophiques sous-jacents et des techniques d'intervention distinctes. L'ACT est enracinée dans une philosophie contextuelle et utilise la métaphore, la pleine conscience et l'expérience directe pour travailler avec des pensées et des émotions. En revanche, la REBT se concentre sur un processus plus direct et didactique de remise en question des pensées irrationnelles afin de créer un changement cognitif et émotionnel.

3) LA DIMENSION TRANSDIAGNOSTIQUE ET PROCESSUELLE DE LA REBT

La REBT intègre une dimension émotionnelle à la cognition : la croyance est indissociable de sa charge émotionnelle. La croyance « je dois être performant » n'est pas seulement une règle auto-imposée, elle est aussi une détermination forte, un enjeu puissant, faisant d'elle un absolu non négociable. L'émotion qui émerge lors de la non-réalisation de cette « loi » est intrinsèque à la loi elle-même.

Dans de nombreux modèles cognitifs, la croyance constitue le fondement de la réaction émotionnelle. L'existence de schémas de pensées interprétatifs conduit l'individu à réagir émotionnellement afin d'agir et de répondre de manière adéquate à la situation rencontrée.

Dans le système ABC de la REBT, le C se produit par l'intermédiaire du B, qui fait le lien entre A et C. En intégrant dans le A certaines pensées d'inférence et descriptives, la REBT confirme son ancrage dans cette

théorisation du système psychologique, où la cognition favorise la réaction émotionnelle. Cependant, Albert Ellis a rapidement souligné que les croyances n'étaient pas uniquement des cognitions, mais comprenaient aussi des émotions et des comportements. De même, les émotions n'étaient pas uniquement des états physiologiques mais englobaient aussi des aspects cognitifs et comportementaux. Les comportements, quant à eux, ne se réduisent pas à des actions ; ils intègrent également des pensées et des émotions. Tous ces aspects se retrouvent dans la notion de tendance à l'action, sur laquelle nous reviendrons.

En cela, Albert Ellis, non seulement, s'éloigne des cognitivistes classiques, mais opère un rapprochement avec les travaux du psychologue et philosophe William James, eux-mêmes inspirés par les recherches du philosophe utilitariste Alexander Bain (1859).

« En quoi consiste-t-elle [la croyance] ? Quelle est sa nature intérieure ?... Dans sa nature profonde, la croyance, ou le sens de la réalité, est une sorte de sentiment plus proche des émotions que de quoi que ce soit d'autre.... Elle ressemble plus que tout à ce que, dans la psychologie de la volonté, nous connaissons sous le nom de consentement... Ce qui caractérise à la fois le consentement et la croyance, c'est la cessation de l'agitation théorique. » (James, 1890)

La REBT s'inscrit dans la dynamique de retour aux émotions et aux comportements caractéristiques de la troisième vague des TCC, ainsi que dans les approches processuelles des troubles psychologiques. L'ACT constitue une application d'une approche transdiagnostique des troubles psychiques, où l'enjeu principal est de dépasser la nosographie – qui décrit les pathologies principalement à partir des symptômes – pour progresser vers une compréhension des processus impliqués dans les troubles. Ces processus, communs à plusieurs pathologies, ne sont pas pathologiques en eux-mêmes ; c'est leur utilisation qui peut constituer le trouble.

Selon ces approches, les problèmes psychologiques ou psychiatriques ne découlent pas de processus intrinsèquement anormaux, mais sont le résultat de perturbations de processus psychologiques normaux (Kinderman et Tai, 2007). Parmi ces processus, on trouve des émotions, des cognitions, des tendances à l'action, des comportements qui, au lieu d'aider l'individu à progresser vers son épanouissement et la réalisation de ses objectifs de vie

personnels, le placent au contraire en difficulté. Différentes nomenclatures sont proposées par les auteurs pour décrire ces processus, intégrant divers niveaux de spécificité. Ainsi, peuvent être considérés comme des processus : l'évitement expérientiel, la désactivation comportementale, les stratégies de régulation émotionnelle, les croyances méta-cognitives dysfonctionnelles, le sentiment d'inefficacité et le faible sentiment d'efficacité personnelle, les écarts entre les différents « moi » (perçu, idéal, socialement prescrit), les métacognitions incluant les inquiétudes et les ruminations mentales, l'intolérance à l'incertitude, les tendances à l'action, les biais cognitifs, et les erreurs de traitement de l'information.

Selon Pierre Philippot (*in* Monestès et Baeyens, 2016), un processus correspond à la transformation d'un élément psychologique (comme un percept, une sensation corporelle, une image mentale, etc.) ou d'un élément « parent » (telles que des sensations physiologiques, une activité musculaire, etc.) en un autre élément psychologique, ou d'un élément « parent » en un élément psychologique.

Dans cette perspective, le modèle ABC de la REBT peut être envisagé sous un angle processuel. La notion de croyance est un processus qui transforme un élément activateur A en un comportement et une émotion. Bien souvent, même irrationnelle, une croyance n'est pas nécessairement pathologique. C'est le caractère systématique de son utilisation par l'individu qui génère de la souffrance. Prenons l'exemple d'un patient souffrant de constater la préférence de sa mère pour son petit frère, préférence qui perdure avec le temps. Lors des rencontres familiales, il observe l'enthousiasme de sa mère pour son frère cadet, arrivé en retard et les mains vides, tandis que lui-même, malgré ses efforts pour offrir un présent soigné, reçoit un accueil formel. La croyance « une mère se doit d'aimer tous ses enfants de la même manière » peut être bénéfique dans la mesure où elle incite un parent à veiller à ne pas faire de différence entre ses enfants. Dans ce cas, la croyance produit des conséquences et des effets positifs, à condition que ce parent accepte de ne pas toujours réussir à atteindre cet objectif et ne se dévalorise pas pour cela. Chez notre patient, l'irrationalité provient non pas de la pensée elle-même, mais de son inadéquation avec la réalité et le contexte dans lequel il évolue.

Des travaux tels que ceux de Nieuwenhuijsen *et al.* (2010) tendent à démontrer qu'il n'existe pas de différence fondamentale dans le type de croyances irrationnelles selon les troubles : que ce soit dans le cadre de

l'anxiété, de la dépression, ou du trouble de l'adaptation, la représentation des différentes catégories de pensées irrationnelles est similaire. Par exemple, le besoin d'approbation ne s'est pas avéré être aussi spécifique qu'on le pensait auparavant. En revanche, les niveaux d'irrationalité diffèrent, étant plus marqués dans les cas de dépression et d'anxiété que dans le trouble de l'adaptation. De plus, il est notable que la corrélation entre l'amélioration clinique et la diminution de l'irrationalité est observée quel que soit le trouble.

La REBT, en travaillant sur l'irrationalité, s'inscrit dans une démarche transdiagnostique visant à cibler un mécanisme commun à plusieurs troubles. Comme nous avons commencé à l'évoquer, la croyance peut être considérée comme un processus. Il reste à définir de quel processus il s'agit, en distinguant différents niveaux de spécificité.

Le premier niveau est celui de la production même de la croyance : un mécanisme d'élaboration reposant sur une ou plusieurs expériences contextuelles générant une pensée rigide et non contextuelle. Un second niveau, en lien plus direct avec le modèle ABC, est l'utilisation de la croyance pour traiter l'information représentée par l'activateur A, afin de produire une réaction émotionnelle et comportementale C. Ce processus présente plusieurs avantages : il permet un traitement rapide de l'information, une attitude comportementale qui tient compte des expériences antérieures et une homéostasie cognitive accompagnée d'un sentiment de certitude. Cependant, le processus devient nuisible lorsque le patient l'utilise de manière systématique sans prendre en compte les aspects spécifiques et actuels du contexte dans lequel il évolue. Un autre processus d'abstraction intervient alors, constituant l'irrationalité.

Au cours des séances de REBT, le thérapeute ne cherche pas simplement à corriger des pensées irrationnelles, mais à enseigner au patient comment gérer son irrationalité. C'est uniquement lorsque le patient parvient à évoluer dans son fonctionnement irrationnel que l'on observe une efficacité psychothérapeutique.

En 1977, Ellis soulignait que la transformation des désirs et des souhaits en exigences et en besoins était la source des problèmes rencontrés. « *Si vous vous en teniez vraiment à vos désirs et à vos préférences, et que vous ne les transformiez pratiquement jamais en besoins et en nécessités, vous ne feriez*

que très rarement des discours irréalistes sur vous-même et les autres. Mais dès que vous transformez vos désirs en besoins urgents, de tels énoncés irréalistes s'ensuivent presque inévitablement – et fréquemment en grand nombre. » Sous un angle processuel, cette transformation n'est pas nécessairement la source de la souffrance et des difficultés rencontrées par le patient, c'est plutôt son systématisme et sa rigidité.

Le besoin urgent peut être une source de motivation pour entreprendre des actions, rechercher de nouvelles solutions et s'engager dans la résolution de problèmes. Souhaiter gagner un match ou une compétition n'est pas toujours suffisant pour mobiliser le temps et l'énergie nécessaires à la réussite. En revanche, considérer cela comme une nécessité absolue peut favoriser l'engagement et la persévérance, à condition de pouvoir revenir ensuite à une approche plus rationnelle. Par conséquent, le désir de mettre fin à la frustration n'est pas un processus nuisible en soi, car c'est inhérent à la nature humaine et peut être un moteur de l'action. Il devient problématique lorsqu'il se transforme en exigence impérative de réussite, avec la nécessité absolue de faire disparaître la frustration, c'est-à-dire lorsque la frustration n'est pas acceptée comme un résultat possible de l'action.

L'intensité de nos motivations – qu'elles soient perçues comme des nécessités ou des tendances à l'action – doit être modulée par une évaluation continue de leur pertinence et de leur réalisme. La clé réside dans le maintien d'un équilibre entre la poursuite de nos objectifs et l'acceptation de la frustration comme un résultat possible. Cela implique d'utiliser nos émotions comme des outils pour adapter notre comportement de manière constructive, en maintenant un processus d'évaluation constant où les émotions ne sont ni réprimées ni exagérées, mais utilisées comme des guides pour naviguer dans notre environnement et comprendre nos désirs internes.

La REBT et les tendances à l'action

La distinction entre la rigidité des attentes et la flexibilité des réponses émotionnelles établit un lien avec les travaux de Frijda (1986) sur les émotions, où il a développé une théorie cognitive des émotions. Selon ce modèle, l'émotion implique des tendances à l'action qui favorisent un comportement adaptatif au contexte. Ce concept de tendance à l'action définit une disposition interne à accomplir certaines actions dans l'environnement,

une « tendance à », donc une activation plutôt qu'une réalisation. Ces tendances organisent la réponse émotionnelle immédiate. Elles peuvent se manifester par l'approche d'un objet, physiquement ou par la pensée (attention, réduction de la distance, exploration, etc.), par l'agression (physique ou psychologique), la panique, le jeu, etc.

L'agression, par exemple, peut se traduire par le désir de blesser, de détruire, ou d'écartier/repousser tout obstacle aux buts poursuivis par la personne, à son intégrité psychologique ou physique (colère, envie de frapper, de détruire), mais également par l'inhibition, le rejet, la soumission ou la domination. Une évaluation de la pertinence de la situation vécue par rapport à ses représentations fondamentales de la réalité va influencer les tendances à l'action d'une personne, afin de favoriser un comportement qui cherche à obtenir dans le réel un accord avec ses représentations profondes. Spontanément, elle va agir pour aligner la réalité à ses croyances plutôt que de remettre en question ces dernières. Les émotions jouent donc un rôle central dans la réalisation des objectifs personnels, qu'ils soient atteignables ou non.

En déconstruisant le mécanisme à l'aide du modèle ABC et en contestant la croyance irrationnelle, l'objectif de la REBT est de contrer la tendance à l'action qui s'exprimait habituellement. D'où l'importance de s'assurer que le mécanisme étudié soit bien associé à une charge émotionnelle significative. Pour cela, le thérapeute REBT s'attache à révéler la « cognition chaude », c'est-à-dire la pensée dans toute sa dimension. C'est en explorant la charge émotionnelle de la pensée que la croyance finit par se manifester.

Thérapeute : Quand vous vous dites que, comme d'habitude, votre mère vous ignore et ne s'intéresse qu'au discours de votre frère, qu'est-ce qui vous blesse ? Qu'est-ce qui vous fait mal et vous attriste ?

Patient : Je me dis que ma mère préfère mon frère, qu'il n'y en a que pour lui.

Thérapeute : Et en quoi, cela vous attriste que votre mère préfère votre frère ?

Patient : Bah, une mère ne doit pas faire de différence entre ces enfants.

Thérapeute : Et qu'est-ce que cela vous conduit à faire ?

Patient : Je ne dis rien, mais je sens que j'aurais envie de lui demander ce que j'ai fait de mal, qu'est-ce qui ne va pas chez moi ? (*La tendance à l'action est ici de chercher à comprendre en explorant les raisons du comportement maternel, le patient ne peut s'empêcher de vouloir savoir, une curiosité irrépressible, une forme d'« approche positive » dans la nomenclature des tendances à l'action.*)

La croyance irrationnelle est un facteur d'utilisation délétère des processus psychologiques et une véritable cause de souffrance. Chercher à utiliser un processus non adapté au contexte, lui attribuer une finalité rigide, ou lui assigner la fonction de suppression et d'évitement du désagréable, sont des utilisations qui sont sources de souffrance, reposant bien souvent sur une croyance irrationnelle. D'ailleurs, en 1993, Frijda a souligné que « *la façon dont les événements sont évalués lors des émotions semble souvent résulter d'une élaboration cognitive dans le processus d'évaluation à l'origine de l'émotion. Les produits de cette élaboration sont souvent ce qui donne le parfum caractéristique de l'expérience.* » L'identification de cette élaboration cognitive correspond au travail mené par le thérapeute avec le A.

On retrouve également ces tendances à l'action dans la REBT avec la notion d'autodéfaitisme, qui affecte le comportement C et est associée à la souffrance vécue. L'évolution rationnelle de la pensée permet également une meilleure régulation de la tendance à l'action, afin d'éviter qu'elle ne soit prise en otage par la croyance irrationnelle.

L'émotion de l'émotion, émotion seconde ou émotion secondaire

Dès ses débuts, la REBT s'est intéressée aux émotions et aux croyances des personnes concernant leur propre fonctionnement psychologique. Les patients ne se contentent pas d'arriver en consultation avec une plainte concernant certaines situations qui engendrent chez eux de la souffrance, mais ils expriment également des exigences vis-à-vis de leur vécu de ces situations. « Je ne devrais pas être anxieux face à cela », « Il faut que j'arrête de pleurer pour ce genre de choses », « Ces angoisses sont intolérables » sont des exemples typiques. Souvent, cette réaction secondaire occulte la réaction primaire et le défi pour le thérapeute est de repérer la croyance irrationnelle profonde qui est masquée par l'émotion seconde.

En REBT, cette distinction entre le problème primaire (par exemple, l'anxiété) et les problèmes émotionnels secondaires (par exemple, se sentir mal à propos de son anxiété) aide à comprendre les couches complexes d'émotions et de réactions qu'un individu peut éprouver. Elle introduit le concept de météo-émotions, ou émotions sur les émotions (comme se sentir mal à propos de son anxiété), un concept que l'on retrouve dans les travaux

récents sur les mécanismes émotionnels.

Cette transformation d'une émotion en une autre émotion a été étudiée par Damasio (1994) et Greenberg et Paivio (1997), permettant d'envisager cette dynamique sous un angle processuel, notamment à travers les notions de métá-émotion et de métacognition. Les émotions secondaires sont des réponses à des émotions primaires ou à des pensées chargées émotionnellement, agissant souvent comme des mécanismes de défense qui masquent les véritables sentiments d'une personne. Par exemple, la colère peut être masquée par de l'anxiété, surtout si la colère est considérée comme inacceptable dans un contexte donné. Ces réactions sont influencées par des normes sociales et personnelles, comme les hommes qui dissimulent la tristesse ou la peur sous la colère, ou les femmes qui répriment la colère par la tristesse.

Greenberg identifie trois types d'émotions secondaires : les émotions secondaires défensives, les métá-émotions (émotions sur les émotions), et les métacognitions (émotions sur les pensées). Les métá-émotions, telles que la culpabilité ressentie pour être en colère, ne résultent pas directement de la situation, mais de notre réaction à une émotion primaire. La métacognition concerne les réponses émotionnelles aux pensées préoccupantes, comme l'anxiété provoquée par la croyance d'être fondamentalement différent et rejetable. Les émotions secondaires peuvent conduire à des comportements dysfonctionnels, tels que l'évitement, empêchant l'individu de faire face aux véritables enjeux et pouvant conduire à la chronicité de l'émotion et à la souffrance.

Il est fondamental d'identifier l'émotion ou la pensée primaire sous-jacente à l'émotion secondaire. Les émotions secondaires peuvent détourner la thérapie de son objectif si elles ne sont pas reconnues et traitées correctement.

Pour Greenberg, la distinction entre émotions primaires et secondaires est subtile et nécessite une évaluation clinique attentive. Cette évaluation inclut l'observation de l'incongruence entre l'évaluation objective de la situation et l'émotion exprimée, ou entre différentes expressions émotionnelles. Identifier correctement une émotion secondaire exige du patient une capacité d'introspection et une compréhension de ses propres processus émotionnels.

Ainsi, la REBT a préfiguré les travaux soulignant l'importance de reconnaître et de traiter les émotions secondaires ainsi que les croyances associées à ces

émotions. Cette approche permet de démasquer et de travailler sur les réactions émotionnelles premières et les pensées fondamentales qui alimentent la souffrance psychologique. Les psychothérapeutes ont à être vigilants et habiles pour différencier et comprendre la complexité des émotions primaires et secondaires de leurs patients. Cela requiert une écoute attentive, une observation minutieuse et une capacité à guider les patients à travers l'introspection vers une compréhension plus profonde de leur expérience émotionnelle. En travaillant de manière ciblée sur ces aspects, il est possible d'aider les patients à rompre le cycle des réponses émotionnelles dysfonctionnelles, à réduire la souffrance émotionnelle et à favoriser un changement comportemental durable. La REBT, avec son approche structurée et son accent sur l'autoréflexion, offre un moyen efficace pour la transformation émotionnelle et cognitive, menant à une plus grande résilience et à une amélioration du bien-être psychologique.

4 ↳ VERS UNE SYNTHÈSE ÉVOLUTIVE : UNE PSYCHOTHÉRAPIE RÉSILIENTE ET VALEUR-ORIENTÉE

La REBT est complémentaire des approches processuelles comme l'ACT, apportant à la fois un renforcement du travail d'acceptation au cœur de ces différentes thérapies, mais aussi en ajoutant une dimension ontogénétique et psychothérapeutique qui fait défaut dans ces approches. Le chemin de l'acceptation est difficile, et la thérapie comportementale émotive rationnelle, en soulignant l'anachronisme du fonctionnement dans certaines situations, aide le patient à percevoir son irrationalité et la nécessité de s'en détacher. La psychanalyse et d'autres pseudosciences ont longtemps occupé une place importante dans le domaine des troubles psychologiques, entretenant la quête d'une explication ontogénétique des difficultés actuelles. « D'où cela vient-il ? », la REBT peut fournir une réponse à cette question en accompagnant le patient dans l'identification de l'origine de son irrationalité. « Cette pensée, d'où vient-elle, à votre avis ? » « Cette obligation que vous vous imposez, d'où provient-elle ? » « Comment s'est construite cette attente exigeante envers la réalité, selon vous ? » Ces questionnements favorisent chez certains patients le travail d'identification de l'origine de leur irrationalité, facilitant ensuite l'acceptation et le détachement vis-à-vis de leurs croyances. Prenons l'exemple de Léon, un jeune homme colérique de 29 ans : « En réalité,

j'exige d'être pris en compte car cela n'a jamais été le cas quand j'étais enfant. Mes parents étaient trop occupés avec la maladie de mon frère. Je ne devais pas poser de problème et les décisions étaient souvent prises en fonction de la situation de mon frère. Devenu adulte, je pensais pouvoir enfin avoir une voix au chapitre, ne plus être seulement le grand frère patient. » Cette prise de conscience a aidé le patient à percevoir l'irrationalité de ses attentes actuelles. En associant cette compréhension avec un travail de contestation et de défusion vis-à-vis de la pensée, le patient a pu adopter de nouveaux comportements plus adaptés dans les situations activatrices.

La troisième vague, avec son intégration de la pleine conscience, de l'acceptation et de la psychologie positive, marque une évolution importante dans la psychothérapie cognitive comportementale. Elle se distingue des approches traditionnelles en mettant l'accent sur l'acceptation des pensées et des émotions, plutôt que sur leur simple modification. Cette vague souligne l'importance de développer une flexibilité psychologique et une attitude bienveillante envers soi-même pour le bien-être psychologique. La REBT, bien qu'elle appartienne à la deuxième vague des TCC, partage des principes fondamentaux avec cette approche moderne. Elle promeut l'acceptation inconditionnelle de soi et de la réalité, favorisant une résilience et une tolérance à la frustration qui sont également centrales dans l'ACT. Les deux thérapies encouragent les individus à se détacher des pensées rigides et à orienter leurs actions selon leurs valeurs personnelles, renforçant ainsi l'adaptabilité et la satisfaction dans la vie.

Alors que la REBT utilise la contestation rationnelle pour remettre en question les croyances irrationnelles, l'ACT se concentre sur la défusion cognitive, permettant aux individus de percevoir leurs pensées comme des constructions mentales plutôt que comme des faits. Ces deux approches, bien qu'elles diffèrent dans leurs méthodologies, visent toutes deux à réduire la souffrance psychologique en enseignant aux patients à vivre en harmonie avec leurs expériences internes et à mener des vies enrichissantes et significatives.

En conclusion, la troisième vague des TCC, enrichie par les principes de la REBT, offre une perspective holistique et intégrative bénéfique pour divers patients. Elle propose des outils et des stratégies pour une vie authentique et épanouie, mettant en évidence l'importance de l'acceptation, de la présence consciente et de l'action engagée. En fin de compte, ces thérapies renforcent

notre capacité à affronter les défis de la vie avec souplesse et résilience, ouvrant ainsi la voie à la croissance personnelle et au bien-être émotionnel.

Partie 4

Illustrations cliniques

- 1 Charles et les ruminations
- 2 Lucie et la jalousie
- 3 Nicolas et les angoisses sur la santé
- 4 Léa et les TOC
- 5 Colin et son addiction
- 6 Annick et le deuil
- 7 Laure et la rancœur
- 8 William et la séparation
- 9 Lina et l'affirmation de soi

Dans cette quatrième partie, le modèle ABCDE est illustré à l'aide de plusieurs présentations de patients et d'extraits de leur psychothérapie REBT. L'approche REBT et le modèle ABCDE qui ont été présentés de façon théorique dans les parties précédentes se pratiquent en respectant certaines étapes qui sont synthétisées ci-après.

Schématiquement, le thérapeute a identifié une situation problématique (A), une émotion perturbée malsaine et/ou un comportement inadapté (C), ainsi que la croyance irrationnelle (B) du patient. Ensuite, le thérapeute entre dans la contestation avec le patient des croyances irrationnelles. Bien souvent, les patients présentent de nombreux A ou C sur lesquels travailler. Les cas cliniques présentés sont des extraits de prise en charge psychothérapeutique afin d'illustrer la pratique de la REBT. Ils ne représentent pas des suivis complets afin de garder une présentation pédagogique de l'approche.

Comme recommandé dans la première partie de l'ouvrage, il est préférable d'aborder chaque problème séparément. Par conséquent, dans les pages suivantes, les exemples se concentrent sur une ou quelques croyances irrationnelles. Dans les faits, le suivi thérapeutique a traité d'autres croyances irrationnelles.

Dans les thérapies comportementales et cognitives, il est important d'avoir une démarche structurée avec un plan de traitement que le thérapeute suit afin d'avancer méthodiquement dans la prise en charge du patient. La difficulté rencontrée souvent par les thérapeutes débutants est d'initier une nouvelle psychothérapie à chaque rencontre en se laissant guider par les dernières difficultés du patient. L'autre piège est de vouloir traiter l'ensemble des croyances avec une croyance globalisante. Les problèmes du patient sont souvent nombreux et plusieurs séquences thérapeutiques seront nécessaires.

Afin d'accompagner les thérapeutes dans la pratique de la REBT, les auteurs ont choisi de présenter sous forme d'étapes l'application du modèle ABCDE. Regroupées dans trois parties distinctes, les 12 étapes proposées permettent de suivre la démarche du thérapeute. Bien évidemment, dans la pratique et dans les différents cas suivants, les étapes se suivent à la fois de manière

linéaire et, dans le même temps, des allers-retours sont parfois nécessaires dans la conduite des entretiens afin de prendre en compte les différents problèmes qui apparaissent au fur et à mesure des échanges.

La première partie se concentre sur l'évaluation et la mise en place de la thérapie, qui se décompose en deux étapes : inviter le patient à décrire son problème et définir avec lui un objectif. Comme dans toute TCC, l'objectif est réalisable favorisant la réduction de la détresse, l'amélioration du fonctionnement du patient et son bien-être. Ces premiers pas sont cruciaux pour poser les bases d'une intervention thérapeutique efficace et personnalisée, marquant le début du parcours vers la résolution des problèmes présentés par le patient.

Dans la continuité de la démarche thérapeutique, la deuxième partie se focalise sur l'application du modèle ABC avec l'évaluation des situations déclenchantes A, des émotions, des comportements et des conséquences C, des répercussions secondaires du trouble, C1 = A2, puis la recherche et l'identification des cognitions B, des croyances irrationnelles B. Cette partie se conclut avec une analyse fonctionnelle et une conceptualisation du cas. La synthèse de l'évaluation est transmise sous la forme d'un tableau en colonnes reprenant le modèle ABC. Ces étapes sont essentielles pour élaborer une stratégie de traitement sur mesure, s'appuyant sur une compréhension précise de l'interaction entre les pensées, les émotions et les comportements du patient.

Avec la troisième partie, débute l'intervention thérapeutique proprement dite, même si les étapes précédentes incluant des éléments de psychoéducation constituent déjà un début de psychothérapie avec des effets bénéfiques pour de nombreux patients. Cette dernière partie est fondamentale pour le traitement durable des difficultés du patient selon l'approche REBT. Dans cette phase active de l'intervention thérapeutique, le thérapeute se concentre sur la contestation des croyances irrationnelles, ainsi que sur la motivation et le renforcement du changement comportemental. Cette partie s'articule autour des étapes de contestation des croyances irrationnelles, de la motivation pour la mise en pratique de l'enseignement et du changement E pour se conclure sur la proposition d'exercices et le renforcement de l'engagement psychothérapeutique.

Cette phase d'intervention thérapeutique est indispensable dans le parcours

de soins du patient. En s'appuyant sur une approche structurée et collaborative, le patient est guidé au travers du processus de remise en question et de modification de ses croyances irrationnelles, tout en renforçant sa capacité à engager des changements comportementaux durables. L'objectif ultime est de parvenir à une amélioration significative du bien-être émotionnel et mental du patient, en lui fournissant les outils nécessaires pour faire face aux défis de manière plus adaptative et résiliente.

Une synthèse de l'intervention thérapeutique est présentée avec la reprise des différentes étapes sous la forme d'un tableau à colonnes suivant le modèle ABCDE.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Étape 1 : inviter le patient à décrire son problème

Étape 2 : définir avec le patient l'objectif

2^e partie : modèle ABC

Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A

Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2

Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions

Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 14. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
	<i>Pensées automatiques et inférences :</i>	<i>Emotions :</i> <i>Comportements :</i>

<i>Croyances irrationnelles :</i>	<i>Conséquences :</i>
-----------------------------------	-----------------------

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type et style

Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles

Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E

Étape 12 : proposer des exercices et renforcer

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 15. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> <i>Croyances irrationnelles :</i>	<i>Émotions :</i> <i>Comportements :</i> <i>Conséquences :</i>	<i>Type et style :</i>	<i>Croyances rationnelles :</i> <i>Émotions efficientes :</i> <i>Comportements efficents :</i> <i>Conséquences :</i>

1 ♪ CHARLES ET LES RUMINATIONS

Charles est un jeune homme de 25 ans qui consulte un psychologue pour la première fois en fin d'année 2022. Depuis plusieurs mois, il rencontre des difficultés relationnelles avec sa petite sœur Mélanie qui a 22 ans, ce qui entraîne des ruminations et des troubles du sommeil. Il n'est pas suivi par un psychiatre et il ne prend aucun traitement antidépresseur ni anxiolytique.

Selon lui, il ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique, mais il a des antécédents familiaux de dépression, notamment sa mère. Il ne présente pas d'addiction. Charles est en couple avec une jeune femme depuis 8 ans et ils vivent ensemble depuis 3 ans. Ses deux parents sont décédés en 2017 et en 2020. Il est technicien dans une grande entreprise. Selon lui, ce travail n'est pas très stimulant. L'existence d'un haut potentiel intellectuel a été évoquée au cours de sa scolarité et cela a été confirmé récemment par la réalisation d'un bilan de quotient intellectuel.

Charles a toujours eu un comportement social qui a été qualifié de timide, car il était souvent à l'écart de ses camarades à l'école, au collège, au lycée et pendant ses études supérieures. Ses parents étaient restaurateurs et ils étaient très préoccupés par leur travail. Les relations avec leurs enfants étaient distantes, d'après lui. Charles est en désaccord avec l'éducation qu'il a reçue et il s'est promis qu'il n'aurait pas la même vie que ses parents et qu'il donnerait une autre éducation à ses enfants. Il affirme avoir toujours élaboré des plans pour y parvenir.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Extrait du premier entretien

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous amène à consulter aujourd'hui ? Étape 1 : *inviter le patient à décrire son problème*

Charles : Depuis plusieurs mois, j'ai des ruminations qui tournent en boucle dans ma tête jour et nuit concernant ma petite sœur Mélanie et les problèmes que nous rencontrons suite aux décès de nos deux parents.

Thérapeute : Des ruminations sur quoi exactement ? Sur vos relations avec votre sœur, sur votre sœur, sur les problèmes à régler ou sur le décès de vos parents ?

Charles : J'ai fait mon deuil pour mes parents. Je suis triste bien sûr, mais je dois avancer pour construire ma propre vie. Les problèmes à régler ne sont pas un problème, je sais comment faire. Non, ça peut paraître stupide, mais les ruminations concernent mes relations avec ma sœur qui se sont détériorées depuis qu'elle est avec son mec. Il essaie de l'éloigner de moi. Je ne comprends pas !

Charles décrit les conséquences pour lui de la détérioration des relations avec sa sœur (les ruminations) et il donne des éléments de la situation (Mélanie a un copain qui veut l'éloigner de sa famille), mais il ne décrit pas son problème.

Thérapeute : J'ai bien compris que les relations avec votre sœur se sont détériorées depuis

qu'elle est avec son copain, car il veut, selon vous, l'éloigner de sa famille, mais qu'est-ce qui fait que vous ruminez et que cela se répercute sur vous au point de venir me voir ?

Charles : J'aimerais lui faire fermer sa bouche et démontrer à ma sœur que j'ai raison. Mais voilà, le problème, c'est que je ne sais pas argumenter, je manque de répartie... Alors dès que je peux, la nuit par exemple, je rejoue la scène en boucle avec toutes les issues possibles. Parfois, j'en viens même à la violence physique. J'imagine que je lui dis ce que je pense, qu'il répond et que je l'éclate !

Thérapeute : Ah oui en effet, cela doit pas mal occuper de votre temps et se répercuter sur la qualité de votre sommeil. Est-ce qu'on peut dire que vous anticipiez ce qui pourrait arriver dans le futur et que vous ressassez tout ce qui s'est passé avec le copain de votre sœur ?

Charles : Si je ne le faisais qu'avec lui ça irait encore, mais je le fais aussi au travail.

Le patient commence à verbaliser que ses problèmes relationnels existent aussi en dehors de la sphère familiale, par exemple, au travail. Le thérapeute va pouvoir passer à l'étape 2 pour définir avec lui les objectifs de la thérapie qui pourront être affinés tout au long du processus thérapeutique.

Thérapeute : Qu'attendez-vous de moi en venant me consulter ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Charles : Il faudrait que je sache quoi répondre, que j'améliore ma répartie, que j'ai plus de tact dans mes interactions pour que je n'ai plus à ruminer les conflits avant et après. Je pense aussi que si j'exprime mieux ce que j'ai dans la tête, les autres n'auront plus de raison d'entrer en conflit avec moi.

Thérapeute : Vous pensez qu'il existe une façon de s'exprimer qui fonctionne à tous les coups et qui permet d'éviter les situations conflictuelles ?

Charles : Bien sûr et si je m'améliore en communication, je n'aurai plus de ruminations...

Le patient imagine qu'il existe une façon de communiquer qui éviterait tous les conflits. Il idéalise les bénéfices des techniques d'affirmation de soi et il pense que ses ruminations sont liées à un défaut d'affirmation de soi. Il est important dès le début de faire de la psychoéducation sur l'affirmation de soi et la gestion des situations conflictuelles. Lors de l'étape 3, le thérapeute vérifiera avec le patient s'il s'agit réellement d'un défaut d'affirmation de soi. À ce stade, le thérapeute peut émettre plusieurs hypothèses qu'il cherchera à valider ou invalider avec le patient tel un explorateur. Les difficultés décrites par Charles peuvent aussi faire penser à une faible tolérance à la frustration de ne pas obtenir des autres ce qu'il souhaiterait obtenir ou encore d'une obsession avec des pensées intrusives sur les relations sociales. Le thérapeute va passer à l'étape 3 pour explorer les situations qui l'activent émotionnellement.

2^e partie : modèle ABC

Thérapeute : Est-ce que vous pouvez illustrer votre défaut d'affirmation à travers un exemple concret avec votre sœur ou au travail ? La dernière fois où vous avez manqué de répartie ? Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A

Charles : Par exemple, la semaine dernière, j'ai envoyé un mail à mon supérieur et j'ai appris par un collègue que mon mail n'a pas été bien pris. Après, toute la nuit, j'ai imaginé comment ça pourrait se passer le lendemain au travail. J'imaginais ses réactions et mes réactions, ma douleur éventuelle si ça se passait mal, j'imaginais tout...

Thérapeute : Dans votre exemple, est-ce qu'on peut dire que le déclencheur de votre émotion est de vous imaginer que votre message n'a pas plu à votre supérieur. C'est bien ça ? D'avoir éventuellement provoqué son mécontentement et que quoi ensuite ? *Chaînage inférentiel*

Charles : Bah qu'il veuille s'en prendre à moi.

Thérapeute : Vous craignez les représailles ?

Charles : Non, il ne me fait pas peur. Plutôt mes réactions s'il s'en prend à moi.

Thérapeute : Parce que... Que pourrait-il se passer ?

Charles : Je ne sais pas. Ça va dépendre de comment il s'adresse à moi. C'est pour ça que, comme je ne peux pas prévoir, j'imagine toutes les situations possibles pour être prêt à gérer toutes les situations... Je veux avoir la meilleure répartie possible pour qu'il comprenne que j'ai raison !

Le A de Charles n'est pas facile à appréhender car il n'exprime pas clairement ce qui lui pose problème. A priori, le A pourrait être l'envoi d'un message qui ne plaît pas au supérieur, mais il est possible que ce soit autre chose qui crée de la tension. Il intellectualise beaucoup et il émet de nombreuses inférences sur ce qu'il perçoit et déduit de la situation de départ. Le thérapeute va passer à l'étape 4 et reviendra au A dans un deuxième temps pour préciser le A critique.

Thérapeute : Par rapport à la situation que vous rapportez avec votre supérieur et le message, à quel moment cela a été le plus difficile pour vous ? Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

Charles : Quand mon collègue m'a dit que le chef n'avait pas apprécié mon message, j'ai rigolé parce que je m'en doutais ! J'étais assez content de mon coup, mais après j'ai ruminé.

Thérapeute : Est-ce que c'était ce moment-là, quand vous ruminez, le plus difficile pour vous ?

Charles : C'est pas agréable de ruminer et le matin j'étais hyper mal !

Thérapeute : Je comprends, le matin était difficile pour vous parce que quoi ? *Chaînage inférentiel*

Charles : Parce que j'allais croiser mon chef et qu'il allait me parler du mail ! J'avais bien tout préparé dans ma tête, mais je n'étais pas sûr que j'allais garder le cap en face de lui.

Thérapeute : Garder le cap, c'est-à-dire ?

Charles : Savoir quoi lui dire pour qu'il convienne que j'ai raison.

Thérapeute : Et du coup, comment ça s'est passé ensuite ?

Charles : Bah facile !... Je l'ai évité toute la journée... Comme ça je n'ai pas eu à me confronter à lui.

Thérapeute : Et êtes-vous satisfait de l'avoir évité ?

Charles : Comme ça, j'étais tranquille...

Thérapeute : Et maintenant, quand vous en parlez, vous êtes toujours tranquille ?

Charles : Pas vraiment, car je vais bien le recroiser un de ces jours...

L'émotion du patient est plutôt de l'anxiété avant d'aller au travail. Comme il craint la confrontation, il met en place un comportement d'évitement pour ne pas avoir l'entrevue redoutée. Ce comportement entraîne un bénéfice à court terme dont il profite, mais il sait qu'il se retrouvera dans cette situation et, en attendant, les ruminations continuent... L'étape 5 permet d'évaluer les conséquences secondaires à l'évitement pour vérifier si l'activateur réel n'est pas autre chose qu'une éventuelle confrontation avec le patron.

Thérapeute : Comment ça se passe pour vous quand vous évitez votre patron, que vous ruminez une bonne partie de la nuit, que vous êtes anxieux le matin en vous rendant au travail et que finalement vous évitez tout contact avec lui ? *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Charles : Je ne suis pas tranquille. Les ruminations sont de plus en plus puissantes, je me trouve très con et bizarre. D'ailleurs, au travail, tout le monde me trouve bizarre. On ne me le dit pas en face, mais on parle sur moi dans mon dos et c'est insupportable.

Le patient apporte un méta-problème A2 : l'évitement de son patron devient un nouveau déclencheur pour Charles. Ce A2 a comme conséquence C2 l'augmentation des ruminations et de la charge anxiouse. Le fait d'être anxieux au travail avec ses collègues provoque d'autres conséquences plutôt relationnelles cette fois : les collègues le jugent « bizarre ». Le thérapeute note d'ores et déjà deux croyances irrationnelles qu'il va explorer à l'étape 6 : « je me trouve très con » (jugement négatif sur lui) et « on parle sur moi dans mon dos et c'est insupportable » (faible tolérance à la frustration). Le thérapeute va reprendre l'étape 3 afin de tenter encore une fois de faire préciser le A. Il est toujours important d'identifier le A critique pour travailler les croyances irrationnelles les plus pertinentes.

Thérapeute : Si je vous suis toujours, j'ai noté qu'il y a plusieurs choses qui vous gênent au travail : 1) ne pas avoir la bonne répartition quand vous êtes en désaccord avec votre supérieur hiérarchique, 2) éviter votre supérieur et vous sentir de plus en plus anxieux, 3) vos collègues

vous trouvent bizarre à cause de vos comportements dysfonctionnels liés à l'anxiété, 4) ils parlent sur vous dans votre dos. *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Charles : Voilà ! En résumé, c'est tout ça qui me gêne. J'aimerais que vous m'aidez à avoir de la répartie, que vous m'appreniez à ne pas me laisser faire dans toutes mes relations. Au travail c'est un exemple, mais avec le copain de ma sœur c'est pareil. Si j'arrivais à le faire taire et lui démontrer qu'il a tort, je serais content !

Le patient revient sur sa demande initiale concernant la répartie à avoir pour ne pas se laisser faire dans les relations sociales. Le thérapeute pense que cette demande ne peut pas être un objectif pertinent parce qu'il n'existe aucune façon de faire taire les autres, de leur démontrer qu'ils ont tort et, surtout, qu'ils admettent avoir tort. Il explique cela à Charles et il reprend l'étape 2 : définir avec le patient l'objectif.

Thérapeute : OK Charles, on travaillera ensemble sur l'affirmation de soi, mais je ne suis pas sûr d'avoir bien saisi le problème de base. Qu'est-ce qui fait que vous êtes si anxieux le matin quand vous devez vous rendre au travail ? Je croyais qu'il s'agissait d'une appréhension de croiser votre supérieur à cause du désaccord, mais j'ai l'impression, en vous écoutant, que l'anxiété est très fréquente puisque vos collègues parlent sur vous à cause de vos comportements anxieux...

Charles : C'est anxiogène quand on parle dans votre dos !

Le raisonnement est circulaire puisque le patient dit que c'est anxiogène qu'on parle sur lui alors qu'il prétend qu'on parle sur lui parce qu'il est anxieux. Malgré cela, le thérapeute décide de passer à l'étape 6 pour tenter d'y voir plus clair sur ce qui le dérange vraiment.

Thérapeute : On ne peut pas empêcher les gens de parler et ce n'est pas toujours agréable, mais vous, vous en pensez quoi quand on dit des choses sur vous dans votre dos ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Charles : Qu'ils ne doivent pas le faire parce qu'ils ne me connaissent pas, ils ne connaissent pas mon histoire... Enfin si, ils savent que mes deux parents sont morts, mais ils ne savent rien en fait et ils causent quand même, c'est *insupportable* ! *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Thérapeute : Qu'est-ce qu'ils ignorent sur vous qui pourrait les faire taire s'ils étaient au courant ?

Charles : Qui je suis vraiment !

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Charles : Bah une personne différente, bizarre, je ne pense pas comme eux...

Thérapeute : Je vois. Du coup, c'est normal qu'ils vous trouvent bizarre, non ?

Charles : Vous voyez bien que je suis bizarre quand même !

Thérapeute : Donc en fait, vos collègues vous trouvent bizarre, mais ils ne doivent pas vous trouver bizarre alors que vous venez de me dire que vous-même vous jugez comme bizarre.

C'est bien ça ?

Le thérapeute a identifié plusieurs croyances irrationnelles sur lesquelles il pourra travailler à l'étape 9 de la confrontation. En attendant, il va poursuivre l'étape 7 pour vérifier avec le patient que ses propos traduisent bien des convictions sur la vie, sur lui-même ou sur les autres auxquelles il adhère de façon irrationnelle depuis toujours et qui émergent au travail et avec sa sœur et contribuent à le faire souffrir émotionnellement.

Charles : En effet, moi je ne leur demande rien et je ne les juge pas, donc ils ne doivent pas me juger. C'est *insupportable* d'être jugé par des personnes qui ne vous connaissent pas et qui vous évaluent seulement en fonction de ce qu'elles perçoivent de votre situation ! *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Le thérapeute est face à une croyance irrationnelle de type exigence dogmatique accompagnée d'une croyance dérivée de type intolérance à la frustration sur le thème du jugement injustifié.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 16. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Mes collègues parlent sur moi dans mon dos	<p>Pensées automatiques et inférences :</p> <p>Ils me trouvent bizarre</p> <p>Croyances irrationnelles :</p> <p>Ils ne doivent pas me trouver bizarre</p> <p>Je trouve <i>insupportable</i> qu'on parle de moi dans mon dos</p>	<p>Émotions :</p> <p>Anxiété en allant au travail tous les matins</p> <p>Comportements :</p> <p>Plus je suis anxieux, plus je me ferme sur moi-même</p> <p>Conséquences :</p> <p>Mes collègues me trouvent bizarre et parlent de moi derrière mon dos. Je suis de plus en plus isolé au travail</p>

Le résumé de l'entretien peut être présenté sous cette forme au patient. Le thérapeute valide avec lui le contenu des différentes parties du modèle ABC. Il est préférable que le patient soit d'accord avec l'analyse fonctionnelle de son problème et qu'il s'approprie cette description pour se mobiliser lors de

la phase d'intervention.

Thérapeute : Charles, maintenant que vous avez compris que ce qui provoque vos émotions, vos comportements et les conséquences sur vos relations, le C, ce n'est pas réellement la situation en A, mais plutôt votre façon de penser en B, êtes-vous d'accord pour qu'on discute de cette façon de penser ensemble ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Charles : Je suis là pour ça, mais je ne vois pas du tout ce qui ne va pas dans ma façon de penser !

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Extrait du deuxième entretien

Thérapeute : Qu'est-ce qui ne va pas avec ces deux affirmations : « Ils ne doivent pas me trouver bizarre. C'est *insupportable* qu'on parle sur moi derrière mon dos. » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Charles : Je ne vois pas !

Thérapeute : Vous avez dit vous-même avoir un comportement qui peut paraître « bizarre », alors il m'apparaît assez logique que les autres vous trouvent bizarre, vous ne croyez pas ? Ce qui fait de votre affirmation une croyance irrationnelle, c'est la présence de l'absolu avec le verbe *devoir*. Vous dites qu'« ils ne doivent pas me trouver bizarre ». Ils ont, à mon avis, des raisons de vous trouver bizarre si vous-même vous le pensez ! *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*

Charles : Oui, je vois ce que vous voulez dire, mais ils ne me connaissent pas, donc ils ne doivent pas le faire !

Thérapeute : OK ! Donc, qui peut vous trouver bizarre ?

Charles : Les gens qui me connaissent.

Thérapeute : Votre règle est donc que seules les personnes qui vous connaissent ont le droit de vous trouver bizarre ?

Charles : Oui, c'est ça ! Les gens qui ne me connaissent pas ne doivent pas le faire.

Thérapeute : Mais imaginez maintenant un collègue qui arriverait tous les matins au travail avec un nez rouge. Est-ce que vous ne le trouveriez pas bizarre, vous ? Moi, je le trouverais bizarre et il est probable que j'en parlerais à la pause-café avec mes collègues, bien que je ne connaisse rien sur cette personne... Pas vous ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style métaphorique*

Charles : Moi aussi je pense ! Donc vous trouvez normal qu'on me trouve bizarre ?

Thérapeute : Nous allons revoir ensemble ce qui entraîne ce genre de jugement car vous ne portez vraisemblablement pas de nez rouge, mais il m'apparaît clairement que vous vous trouvez bizarre aussi et qu'il n'y a rien qui interdit à vos collègues d'avoir ce même jugement sur vous, même s'ils ne vous connaissent pas. *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*

Charles : Rien ne l'interdit en effet, mais c'est quand même *insupportable* !

Thérapeute : « *Insupportable* », C'est-à-dire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique sur la définition des termes*

Charles : Bah vous savez ce qu'insupportable veut dire. C'est *atroce* d'être jugé mal par les autres ! *La croyance dérivée d'intolérance à la frustration devient une catastrophisation*

Thérapeute : Ah oui, « *atroce* », carrément ? Vous y allez fort, non ? Que voyez-vous derrière ce terme ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Charles : Que ça ne doit pas m'arriver ! Que je dois les faire taire en ayant la meilleure répartie possible !

Thérapeute : Nous rejoignons sur le sujet de la meilleure répartie possible ! Mais imaginons un instant que vous ne puissiez pas, pour diverses raisons, avoir une répartie telle qui vous évite qu'on parle sur vous dans votre dos, qu'adviendra-t-il ?

Charles : Si je n'arrive pas à les faire taire, ça signifie que je suis *nul* en communication, nul en tout ! Ça fait tellement longtemps que ça dure que ça en devient insupportable. *Les croyances irrationnelles portent maintenant sur l'évaluation globale de sa valeur et sur le fait de ne pas pouvoir supporter de se trouver nul*

Thérapeute : Ce qui est difficile à supporter pour vous c'est d'avoir l'impression de ne pas savoir communiquer efficacement car ça entraîne une auto-évaluation négative ?

Charles : En effet, si je réglais ce problème de communication, ça améliorerais pas mal de choses au travail.

Thérapeute : Est-ce qu'on peut dire que vous souhaitez améliorer vos compétences en communication et dans vos relations interpersonnelles, mais qu'en attendant, vous pouvez surmonter l'épreuve des jugements négatifs sur vous, comme vous l'avez fait jusqu'à présent. *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique sur la tolérance à la frustration*

Charles : Oui, je pense pouvoir y arriver ! De toute façon, je n'ai pas le choix. Je ne peux pas les empêcher de parler même si je n'aime pas ça !

Le thérapeute a entendu une nouvelle croyance irrationnelle sur le jugement négatif sur soi : « Si je n'arrive pas à les faire taire, ça signifie que je suis nul en communication, nul en tout ! ». Il en prend note, mais y reviendra lors d'une autre séance pour ne pas surcharger le patient qui est déjà au travail sur l'exigence envers les autres et la catastrophisation et/ou intolérance à la frustration. Il passe à l'étape 10 de construction de la croyance rationnelle.

Thérapeute : Nous allons arriver à la fin de notre séance. Si nous reprenons notre tableau avec le A, le B et le C. Que pourriez-vous vous dire d'autre en B qui serait plus en accord avec la situation en A ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Charles : Que c'est logique que mes collègues me trouvent bizarre car c'est vrai que je suis bizarre. Je suis anxieux, je suis fermé sur moi, je m'isole facilement... Ce qui entraîne leur jugement sur moi. Ils en parlent entre eux, dans mon dos, car en parler devant moi pourrait être blessant. Ils en parlent d'autant plus que je ne leur ai rien confié sur moi à part les décès de mes parents, donc c'est logique qu'ils s'imaginent des trucs sur moi. Je peux supporter qu'on parle sur moi car j'ai déjà supporté bien pire.

Thérapeute : OK ! C'est super ! Je vais faire un résumé de ce que vous venez de dire et vous me direz : On ne peut pas empêcher les autres de nous juger et de parler sur nous. Ce n'est pas

agréable, mais on peut le supporter. Est-ce qu'on peut convenir que cette façon de penser est rationnelle et qu'elle entraîne moins de conséquences au niveau émotionnel ?

Charles : Oui ! Et je me sens soulagé !

Thérapeute : Parfait Charles ! Vous avez très bien travaillé aujourd'hui ! Comment imaginez-vous la suite de la thérapie ?

Il est important de valoriser la croyance rationnelle verbalisée par le patient et de lui en suggérer une qui sera plus brève et plus directe. Le thérapeute va maintenant chercher avec lui comment cette nouvelle façon de penser pourra l'aider dans sa vie quotidienne dès à présent.

Charles : Améliorer mes relations avec mes collègues et apprendre à parler de façon plus efficace avec les autres, avec mes proches par exemple.

Thérapeute : Voilà un objectif thérapeutique intéressant. Plus intéressant qu'avoir la meilleure répartie possible dans toutes les situations de communication, vous ne trouvez pas ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Charles : Je ne vais pas vous cacher que j'en attends beaucoup !

Thérapeute : Nous reprendrons ce point la prochaine fois. OK ?

Le thérapeute essaie de travailler la croyance irrationnelle sur l'exigence d'avoir la bonne répartie, mais le patient la conserve. Ils la travailleront lors d'un prochain entretien. Au terme de cet entretien-ci, ils ont réussi à définir un objectif thérapeutique réalisable qui semble correspondre aux difficultés rencontrées par le patient dans son quotidien au travail et en famille. Sa difficulté à communiquer génère des problèmes relationnels qui génèrent de l'anxiété. Charles voudrait éviter les problèmes relationnels en communiquant avec la « bonne répartie » pour éviter l'anxiété, mais son objectif n'est pas réalisable. En réalité, il est impossible d'avoir la communication qui éviterait tous les problèmes relationnels, il est donc impossible d'éviter l'anxiété qui découlerait d'éventuels problèmes relationnels. Le plus simple est généralement de communiquer de façon authentique sur ce qu'on souhaite, ce qu'on ressent et ce qu'on pense, tout en s'adaptant aux situations au fur et à mesure qu'elles se présentent. Il est impossible d'anticiper et d'éviter toutes les situations conflictuelles. Les ruminations de Charles sont liées aux anticipations de ce qui pourrait se passer et il rejoue à l'infini les situations qui se sont mal passées pour tenter d'éviter qu'elles ne se reproduisent, ce qui est illusoire car on ne sait jamais à l'avance ce qui va se passer. Le thérapeute aidera Charles à vivre le moment présent qui est le seul moment où l'on peut agir en s'affirmant dans

la mesure du possible. Plusieurs séances ont été nécessaires pour travailler les freins à l'affirmation de soi, ainsi que les leviers qu'il pourra activer pour communiquer de façon plus efficace avec ses collègues et sa famille.

Extrait d'un entretien au cours duquel la situation résumée dans l'analyse fonctionnelle supra a été reprise

Thérapeute : Depuis plusieurs séances, nous mettons en évidence que votre anxiété est principalement liée à vos croyances irrationnelles que les gens qui ne vous connaissent pas ne doivent pas vous trouver bizarre et que leurs regards et leurs propos négatifs sur vous sont insupportables. Comment ce que nous avons travaillé ensemble sur vos croyances et sur l'affirmation de soi pourra vous être utile dès demain au travail ou avec votre famille ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Charles : Ah oui, je me souviens, vous m'aviez parlé d'une personne bizarre avec un nez rouge au travail.

Thérapeute : Oui tout à fait ! Pourquoi est-ce que j'avais pris cette métaphore ?

Charles : C'était pour m'aider à comprendre que ce serait peut-être mieux si je parlais à mes collègues plutôt que de me fermer sur moi-même, ça éviterait peut-être qu'ils parlent sur moi dans mon dos.

Thérapeute : Tout à fait Charles ! Que pourriez-vous mettre en place au travail dès demain ?

Charles : Je ne pourrais pas parler de mes problèmes à tout le monde, mais au moins à mon collègue le plus proche, Rémi. Lui, il comprendra si je lui parle un peu de moi...

Thérapeute : Vous avez envie de confier quoi à Rémi ?

Charles : Que je suis anxieux, par exemple, et que je n'apprécie pas qu'on parle sur moi. Que j'ai l'impression d'être une bête de foire...

Thérapeute : Que ressentez-vous à l'idée d'avoir ces échanges avec Rémi ?

Charles : Quand je me projette, ça ne me paraît pas si évident que ça, pourtant ce serait sûrement le mieux pour qu'on arrête de parler sur moi.

Thérapeute : Il n'est pas certain que de vous livrer à Rémi fasse cesser les commérages et c'est peut-être trop ambitieux pour le moment. Est-ce que vous pourriez trouver un sujet moins impliquant à échanger avec Rémi ? Ou bien trouver une personne plus proche de votre entourage, en qui vous avez confiance, pour parler de votre anxiété ?

Le thérapeute valide l'objectif de Charles, mais celui-ci semble prématuré. Il est important de ne pas fixer des objectifs trop difficiles pour ne pas mettre le patient en échec. Le plus important à ce stade est qu'il puisse s'exposer en lançant un changement significatif par rapport à ses habitudes mais réalisable. Le patient et le thérapeute se mettent d'accord sur les exercices à faire en dehors de la séance. Les tâches à réaliser seront reprises lors de la séance suivante (étape 12).

Extrait de la séance suivante

Thérapeute : Alors Charles, lors de notre dernière séance, nous avions convenu que vous proposiez à Rémi d'aller prendre un café après le déjeuner et d'ouvrir la discussion sur un sujet d'actualité. Est-ce que vous avez pu faire ça ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer, ce qui facilite l'apprentissage et la mise en pratique*

Charles : Pas vraiment pour être honnête ! J'y ai bien pensé et puis j'étais trop stressé. Au moment de le faire, je me suis figé, comme un lapin de garenne dans les phares d'une voiture !

La tâche prescrite lors de la séance précédente n'a pas été réalisée par le patient, mais le fait qu'il n'ait pas pu le faire va donner l'occasion de travailler l'affirmation de soi à partir de l'évitement de Charles. Le thérapeute peut lui proposer un jeu de rôle où il jouera le collègue auquel Charles proposera un café et partagera sur la pluie et le beau temps. Le résultat de ce jeu de rôle permettra de mettre en lumière les freins et les leviers et certainement de nouvelles croyances irrationnelles à travailler avec la REBT jusqu'à ce que Charles puisse communiquer avec ses collègues et ses proches d'une façon qui lui convienne sans que cela ne soit pour lui trop anxiogène.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 17. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Mes collègues parlent sur moi dans mon dos.	Pensées automatiques et inférences : Ils me trouvent bizarre Croyances irrationnelles : Ils ne doivent pas me trouver bizarre Je trouve insupportable qu'on parle de moi dans mon dos C'est atroce d'être jugé mal	Émotions : Anxiété en allant au travail tous les matins Comportements : Plus je suis anxieux, plus je me ferme sur moi-même Conséquences : Mes collègues me trouvent bizarre et parlent de moi derrière mon dos. Je suis de plus en plus	Type empirique et style métaphorique : Mais imaginez maintenant un collègue qui arriverait tous les matins au travail avec un nez rouge. Est-ce que vous ne le trouveriez pas bizarre, vous ? Type logique et style didactique :	Croyances rationnelles : On ne peut pas empêcher les autres de nous juger et de parler sur nous. Ce n'est pas agréable, mais on peut le supporter Comportements efficaces : Parler avec Rémi de l'actualité. Lui proposer de prendre un café

par les autres !	isolé au travail	<p>Il n'y a rien qui interdise à vos collègues d'avoir ce jugement sur vous, même s'ils ne vous connaissent pas</p> <p><i>Type logique et style socratique :</i></p> <p>« Insupportable », c'est-à-dire ? Ah oui, « atroce », carrément ? Vous y allez fort, non ? Que voyez-vous derrière ce terme ?</p>	<p>avec moi</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>Réduction de l'anxiété le matin avant d'aller au travail, moins de ruminations, sommeil de meilleure qualité, amélioration des relations avec les autres</p>
------------------	------------------	---	--

Conclusion

Les ruminations et les troubles du sommeil ont régressé dès le début de la thérapie, ce qui était déjà une satisfaction pour Charles. En revanche, plusieurs séances, pendant plus d'un an de suivi, ont été nécessaires pour qu'il parvienne à utiliser les outils d'affirmation de soi, qu'il améliore la qualité de ses relations personnelles et professionnelles et qu'il ait des croyances rationnelles.

2 ↗ LUCIE ET LA JALOUSIE

Lucie est une femme dont la vie semble sans encombre. Elle a une trentaine d'années. Elle est en couple depuis 7 ans avec son conjoint. Ils sont propriétaires de leur logement et ont des projets d'enfants. Elle est orthophoniste et son conjoint est enseignant.

Sur le papier, tout semble aller bien. Pourtant, elle souffre et décide de consulter. Malgré la complicité et la bonne entente avec son conjoint, elle lui fait des crises de jalousie qui nuisent à leur relation. Ces comportements sont apparus au fur et à mesure que la relation s'est construite et aujourd'hui, cela

devient très compliqué et elle a peur que son conjoint la quitte à cause de ça, même s'il n'en manifeste aucune envie.

Son enfance n'a pas été simple car son père semble souffrir d'une maladie psychiatrique non diagnostiquée. Au divorce de ses parents, quand elle avait 8 ans, la garde principale a été fixée chez la mère. Elle a un frère de 2 ans son cadet. Sa mère s'occupait beaucoup d'eux, elle était présente mais assez autoritaire car elle avait la charge de ses deux enfants seule et elle voulait le meilleur pour eux.

Elle est entourée et pratique du sport en salle.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Lucie : Je suis hyper stressée, j'aurais dû venir depuis longtemps, j'ai un problème dans mon couple.

Thérapeute : Que se passe-t-il ? *Étape 1 : inviter la patiente à décrire son problème*

Lucie : Je suis jalouse, alors que tout va bien. Mais c'est moi le problème, à cause de mon histoire. Je me suis décidée à venir après avoir écouté une émission avec une autrice que j'aime bien et qui a dit qu'on n'avait pas besoin d'être abandonné réellement pour avoir un profil abandonnant. Elle, son père était alcoolique et c'est pour ça qu'elle se sentait toujours abandonnée et pour moi, je pense que c'est pareil.

Thérapeute : Comment ça ? Votre père était alcoolique ?

Lucie : Non, mais il avait une maladie psychiatrique. Et aujourd'hui, je me retrouve à faire des crises de jalousie à mon conjoint sans raison. Il faisait des colères. C'était pathologique. Il n'était pas bien, mais il a toujours refusé de se soigner.

Thérapeute : Comment ça ?

Lucie : Une fois, on était chez des amis de mes parents et mon père s'est emporté contre le mari parce qu'ils n'étaient pas d'accord sur je ne sais pas quel sujet et mon père hurlait et jetait des verres par terre. On a dû partir en pleine nuit, c'était assez traumatisant. Une autre fois, c'était le jour de mon anniversaire avec ma famille, quelqu'un avait dû lui envoyer un pic sur son travail car il était fonctionnaire, et il est parti dans une énorme colère. Je me souviens, j'étais dans ma chambre, et là, il a insulté la terre entière, ses parents, ses frères et sœurs. C'est ce jour-là que ma mère a décidé de partir. J'ai tellement honte de mon père. Comment dire aux autres, le lendemain à l'école, que c'était mon anniversaire et que mes parents s'étaient séparés le même jour.

Thérapeute : Oui en effet, je comprends que ça ait pu être difficile.

Lucie : De toute façon, dans la famille de mon père, ils avaient tous des maladies psychiatriques. Ma grand-mère s'est même suicidée.

Thérapeute : J'imagine à quel point tout cela a dû être difficile... Mais quel lien faites-vous entre les crises colériques de votre père et vos crises de jalousie ?

Lucie : Je ne sais pas, peut-être que comme il nous a abandonnés, j'ai peur aujourd'hui qu'on m'abandonne encore. Comme dans l'émission que j'ai écoutée.

Thérapeute : Comment ça, il vous a abandonné ?

Lucie : Il n'a jamais demandé à nous voir. Quand mes parents étaient séparés, c'est ma mère qui nous avait, et lui, il ne nous prenait jamais.

Thérapeute : Peut-être. Mais là, c'est une interprétation. Il nous faudra vérifier, quand vous faites une crise de jalousie, ce que vous dites à ce moment-là qui entraîne ce comportement dysfonctionnel. Mais continuez, pouvez-vous m'en dire plus sur vous, et votre conjoint. *La thérapeute commence à enseigner le lien entre cognitions et émotions*

Lucie : On est ensemble depuis 7 ans, tout va bien. On a acheté un appartement, on a des projets d'enfants, mais j'ai régulièrement des moments, surtout quand je suis fatiguée, où je lui fais des histoires.

Thérapeute : Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous lui avez fait des histoires ?
Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A

Lucie : En ce moment.

Thérapeute : Que se passe-t-il ?

Lucie : Je psychote sur une de mes amies qui est très tactile. Elle est comme ça avec tout le monde mais en ce moment, je ne pense qu'à ça. La dernière fois qu'on a passé une soirée ensemble, elle est venue s'asseoir à côté de Pierre, elle collait sa jambe contre la sienne et lui, il ne s'est pas décalé. Et puis à un autre moment, elle est allée fumer une cigarette, et lui, il l'a accompagnée.

Thérapeute : Un autre exemple ?

Lucie : Oui, j'ai vu dans son téléphone, sur le groupe WhatsApp qu'il a avec ses collègues (oui, je fouille dans son téléphone) qu'ils faisaient des blagues sur la possibilité pour Pierre de se reconvertiser comme ostéopathe parce qu'il avait débloqué le dos d'une collègue. Alors je sais qu'il fait ça tout le temps, sans penser à mal, mais quand même, c'est pas normal.

Thérapeute : Je comprends.

Lucie : Pourtant, c'est plutôt quelqu'un de réservé, qui travaille beaucoup. Quand on s'est rencontrés, on travaillait ensemble nos concours, lui, dans l'enseignement et moi, mon concours d'orthophoniste. On était très complices. Mais dès qu'il s'éloigne un peu, je panique.

Thérapeute : Dans les situations que vous me racontez, j'entends que vous pouvez ressentir de la peur et de la colère.

La thérapeute fait le lien avec les émotions ressenties par la patiente. Il sera nécessaire de vérifier si l'une est l'émotion première et l'autre seconde. Peut-être que la patiente ressent de la peur et que cela entraîne de la colère.

Lucie : Oui, c'est ça.

Thérapeute : Et comment réagissez-vous dans ces cas-là ?
Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

Lucie : Je le presse de questions, « pourquoi tu ne t'es pas éloigné d'elle ? », « pourquoi tu es sorti avec elle fumer ? ». Et je lui demande des preuves qu'il m'aime. Je lui demande comment il sait qu'il m'aime, concrètement. Et à chaque réponse, ça ne me va pas. Alors je continue.

Thérapeute : Et qu'est-ce que ça donne ?
Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et

les conséquences – C

Lucie : Au bout d'un moment, il s'énerve. Alors là, pour moi, c'est carrément horrible. Je me sens totalement rejetée...

Thérapeute : J'imagine... Qu'est-ce que vous vous dites quand votre amie s'assied à côté de lui ou qu'il craque le dos d'une collègue ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Lucie : Je me dis qu'il s'en fout de moi, qu'il le fait exprès alors qu'il sait que ça me rend mal, que peut-être il préfère ces personnes-là à moi.

Thérapeute : Donc quand Pierre est proche d'une autre femme, vous vous dites qu'il s'en fout de vous, qu'il les préfère et cela vous fait ressentir de la peur et de la colère alors vous l'agressez de questions, ce qui l'énerve et augmente votre désarroi ? *La thérapeute montre à la patiente le lien entre cognitions et émotions/comportements*

Lucie : Oui, c'est exactement ça.

Thérapeute : Et cela arrive souvent, comme en ce moment. *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Lucie : Oui.

La thérapeute va poser des questions à la patiente pour recueillir de façon plus structurée des éléments de vie : comment sont les relations avec ses parents, sachant qu'elle ne voit plus son père ; sa place dans la fratrie ; son contexte professionnel ; si elle pratique des loisirs, du sport.

Thérapeute : Par rapport à ce problème de jalousie que nous avons évoqué, qu'aimeriez-vous que nous fassions ensemble ? *Étape 2 : définir avec la patiente l'objectif*

Lucie : J'aimerais être sereine dans mon couple.

Souvent, les patients répondent par un objectif émotionnel car c'est cette souffrance qui les amène à consulter. Cependant, la thérapeute essaye de transformer ces demandes en objectifs comportementaux pour pouvoir davantage vérifier que le travail sur les croyances se traduit bien par des changements en émotions fonctionnelles permettant des actions adaptées et constructives.

Thérapeute : D'accord. Comment saurons-nous que nous avons atteint cet objectif ? Qu'est-ce qui sera différent par rapport à aujourd'hui ?

Lucie : On sera plus complices.

Thérapeute : Parce que vous n'êtes plus complices aujourd'hui ?

Lucie : Si.

Thérapeute : Alors, qu'est-ce qui sera différent concrètement ?

Lucie : J'arrêterai de regarder dans son téléphone par exemple.

Thérapeute : Quoi d'autre ?

Lucie : J'arrêterai de le harceler de questions, de lui demander des preuves. Et j'arrêterai de le piquer.

Thérapeute : Comment ça ?

Lucie : Il m'a dit de bien vous dire ça : je le pique. Dès qu'il a quelque chose de bien qui lui arrive, dans son travail par exemple, je lui dis des trucs pas sympas, que c'est normal, qu'il a eu de la chance, que ce n'est pas grâce à lui.

Thérapeute : Je comprends. Donc on peut se fixer comme objectifs de ne plus regarder dans son téléphone, de ne plus lui demander de preuves qu'il vous aime, de ne plus le harceler de questions et d'arrêter de lui dire des méchancetés. Cela vous convient ?

Lucie : Oui, c'est vraiment ce que j'aimerais arriver à faire.

Thérapeute : Alors, je vous propose, pour la prochaine fois, de noter le nombre de fois où vous avez fait chacune de ces choses-là. Et de décrire deux ou trois exemples, en notant ce qui a déclenché le problème, ce que vous avez pensé, ce que vous avez ressenti et ce que vous avez fait. Cela vous va ?

Lucie : Oui, je vais le faire. J'ai vraiment envie de changer.

La thérapeute finit cette première séance en expliquant les bases de la REBT à la patiente et elles se mettent d'accord sur la fréquence des séances.

2^e partie : modèle ABC

Thérapeute : Comment cela s'est passé pour vous entre nos deux séances, suite à notre dernier rendez-vous ?

Lucie : Ça a été. On est partis en week-end en amoureux et dans ces cas-là, tout va bien. On est complices. Ça me rassure.

Thérapeute : Et donc, par rapport à notre objectif : ne plus regarder dans son téléphone, ne plus lui demander de preuves qu'il vous aime, ne plus le harceler de questions et d'arrêter de lui dire des méchancetés, avez-vous pu noter le nombre de fois où vous l'avez fait ?

Lucie : Non.

Thérapeute : Je vous invite à garder ça en tête et à pouvoir le faire pour la prochaine fois car c'est ce qui nous permettra de vérifier que notre thérapie avance.

Lucie : D'accord.

Thérapeute : Avez-vous une situation que vous souhaitez que nous travaillions ?

Lucie (*elle réfléchit*)... : Oui. Par exemple, la dernière fois que nous étions à l'anniversaire d'une amie. Je sais que je n'étais pas bien.

Thérapeute : Allons-y. Racontez-moi. *La thérapeute prend ses notes avec le modèle ABC*

Lucie : On était à l'anniversaire de cette amie. C'était ses 30 ans, dans une salle. Il y avait pas mal de monde. On parlait avec des amis et là, sans rien me dire, il est parti parler dans un autre groupe. Ça m'a rendu hyper mal. *C émotionnel vague*

Thérapeute : Hyper mal, c'est-à-dire ? Quelle émotion avez-vous ressentie ? *Demande de précision du C émotionnel*

Lucie : Je ne sais pas... J'avais une sensation de vide. Je me suis sentie seule, extrêmement seule. La patiente donne un sentiment

Thérapeute : Essayons de déterminer ensemble à quelle émotion cela peut correspondre. Est-ce que vous étiez angoissée ou blessée ?

Lucie : Blessée, c'est ça. J'étais blessée.

En REBT, la douleur émotionnelle, celle qui fait mal, comme une blessure, peut être gardée telle qu'elle. Elle pourrait aussi être précisée pour savoir si ce n'est pas un mélange de deux émotions comme la colère et le désespoir. Ici, la thérapeute la garde en tant que douleur.

Thérapeute : C'est quand votre conjoint est parti parler avec un autre groupe d'amis que vous vous êtes sentie blessée ? *La thérapeute fait le lien entre A et C pour trouver le A critique*

Lucie : Oui.

Thérapeute : Et qu'est-ce que vous avez fait ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Lucie : J'essaye de continuer à parler avec les gens. J'essaye de continuer de m'amuser, comme pour lui faire mal. J'essaye de trouver quelque chose pour le blesser lui aussi. Et surtout, je le fusille du regard.

Thérapeute : Et qu'est-ce que vous dites à ce moment-là ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Lucie : Je me dis que moi, je ne ferai jamais ça. Je ne comprends pas qu'il fasse ça. C'est pas normal.

Thérapeute : Qu'est-ce que vous dites à ce moment-là ?

Lucie : Je me dis qu'il est mieux ailleurs. Qu'il m'abandonne. Qu'il va faire sa soirée sans moi.

Thérapeute : Qu'est-ce que cela a comme conséquences ?

Lucie : Ça le blesse, car cela veut dire que je ne lui fais pas confiance. Ça lui renvoie plein de négatif sur lui. Et puis ça l'énerve et ça lui gâche le moment. Après, c'est tendu entre nous et je le sens distant. Et puis, je culpabilise. *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Thérapeute : Vous culpabilisez parce que vous dites quoi ? *Recherche de B2*

Lucie : Que je suis horrible !

Thérapeute : Je comprends. C'est dur... Je comprends que vous vivez ce type de situation douloureusement.

Lucie : (*les larmes aux yeux*)... Oui...

Thérapeute : Reprenons les différents éléments que nous avons avec cette situation. (*La thérapeute partage ses notes avec la patiente.*) Nous avons en situation activante, la fête d'anniversaire de votre amie. Quand Pierre s'en va parler avec un autre groupe d'amis, cela vous blesse, vous sentez vide et trahie. Vous dites que vous ne lui feriez pas ça, qu'il est mieux ailleurs, qu'il vous abandonne. Alors, vous essayez de le blesser à votre tour et vous le fusillez du regard, ce qui le blesse et lui gâche son moment. C'est seulement après que vous culpabilisez parce que vous dites que vous êtes horrible. On voit bien dans ce genre de

situations à quel point votre émotion ne vous permet pas de fonctionner correctement et vous pousse même à avoir des comportements qui vous rendent encore plus mal avec la culpabilité que cela entraîne.

Lucie : Oui, c'est tout à fait ça.

Thérapeute : Vous voyez, c'est ainsi que nous continuerons à travailler. En faisant le lien entre ce que vous vous dites, vos émotions et vos comportements dysfonctionnels. Qu'en pensez-vous ?

Lucie : Je vois bien comment tout cela est lié et que c'est moi qui crée le problème.

Thérapeute : Je ne sais pas si c'est vous qui créez le problème, mais en tout cas, quand il y a ce type de problème, vous n'arrivez pas à voir les choses autrement pour vivre les choses autrement. Ce que je vous propose, c'est de continuer de repérer les situations problématiques dans un tableau qui reprendrait les éléments que nous avons vus aujourd'hui. C'est le modèle ABC : A, la situation activante, B, les pensées et C, les conséquences.

Lucie : D'accord.

La thérapeute met fin à la séance.

Le résumé de la séance est proposé dans le modèle ABC ([tableau 18](#)).

Tableau 18. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Je suis avec mon conjoint à la soirée d'anniversaire d'une amie et <i>il s'en va pour parler à un autre groupe d'amis</i> (A critique)	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> Je me dis que moi, je ne ferai jamais ça. Je ne comprends pas qu'il fasse ça. C'est pas normal Il est mieux ailleurs. Il m'abandonne. Il va faire sa soirée sans moi	<i>Émotions :</i> Blessée Sentiment de vide Sentiment de trahison <i>Comportements :</i> J'essaye de le blesser Je le fusille du regard <i>Conséquences :</i> La relation se tend. Pierre est blessé et son moment est gâché
A2	B2	C2
La relation se tend. Pierre est blessé et son moment est gâché	<i>Croyances irrationnelles :</i> Je suis horrible	<i>Émotions :</i> Culpabilité

Lors de cette séance, la thérapeute a repris la tâche assignée lors du

précédent rendez-vous, ce qui est important pour renforcer le patient qui fait cet effort. Pour la patiente, ce travail n'a pas été effectué. La thérapeute garde une certaine souplesse et ne s'attarde pas pour l'instant sur le fait qu'elle ne l'ait pas fait et lui propose de reporter cela à la séance suivante. Si la patiente revient sans avoir pris de note, sans la culpabiliser, la thérapeute sera amenée à essayer de comprendre pourquoi elle ne le fait pas.

Ensuite, le travail thérapeutique peut commencer. En début de suivi, les séances permettent surtout d'organiser la pensée de la patiente qui vit la situation de façon globale, comme un « sac de noeuds ». C'est nouveau pour elle de démêler son vécu sous forme de pensées, émotions, comportements. La thérapeute prend donc le temps de faire ce travail-là. Le tableau ABC présenté [tableau 18](#) n'est pas parfait, mais la thérapeute a déjà réussi à obtenir de nombreux éléments pour une seule séance.

Extrait de la séance suivante

Thérapeute : Avez-vous pu cette fois, noter le nombre de fois où vous avez eu les comportements que nous souhaitons voir disparaître ?

Lucie : Non, toujours pas. Je n'arrive pas. Mais j'ai noté les situations qui se sont mal passées.

Thérapeute : C'est bien. Nous allons pouvoir travailler dessus. Le fait qu'on n'ait pas le nombre de fois où les comportements que nous souhaitons voir disparaître apparaissent nous limitera dans la mesure objective de l'avancée de notre suivi, mais noter les situations est le plus important car cela constitue notre base pour la thérapie. Alors allons-y. Sur quoi travaillons-nous aujourd'hui ?

Lucie : J'ai encore fait une crise...

Thérapeute : D'accord. Est-ce qu'on essaye de comprendre ce qu'il s'est passé ?

Lucie : Oui, je veux bien. On est allés à un mariage et Pierre devait faire un discours car il était le témoin du marié. Donc au moment du repas, il a pris la parole et là, quand j'ai vu tous les regards tournés vers lui, je me suis sentie hyper blessée. *La patiente donne le A critique et le C émotionnel*

Thérapeute : Quoi d'autre ?

Lucie : J'ai tellement honte d'être comme ça. *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Thérapeute : Vous avez honte d'être comment ?

Lucie : J'ai honte d'être blessée alors qu'il ne fait rien de mal. C'est pas normal d'être comme ça. Il fait juste un discours pour les mariés et moi, je suis là, dans le fond de ma chaise, à lui en vouloir.

Thérapeute : Donc quand votre conjoint fait un discours et qu'il a l'attention sur lui, cela vous blesse, et quand vous êtes blessée, vous avez honte, parce que vous vous dites quoi ? (*chaînage d'inférences*) *La thérapeute fait une inférence en supposant que c'est le fait que le conjoint de la patiente ait l'attention sur lui qui l'active émotionnellement.*

Lucie : Que c'est pas normal de réagir comme ça, que je ne suis pas normale.

Thérapeute : Vous n'êtes pas normale parce que ?

Lucie : Je vais le décevoir, il ne va pas comprendre. Il sait que ce n'est pas normal de réagir comme ça.

Thérapeute : Mais imaginons qu'en effet, vous le décevez, qu'il ne comprenne pas, cela vous fait honte parce que vous vous dites quoi ?

Lucie : Je ne *devrais* pas réagir comme ça !

Thérapeute : Parce que ?

Lucie : Parce que je vais le décevoir. *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B – démarche inductive. La patiente revient à chaque fois sur le fait de décevoir. Cela peut laisser penser au thérapeute que sa croyance se situe dans ce thème-là.*

Thérapeute : Qu'est-ce que vous vous dites sur le fait de le décevoir, qui vous fait tellement honte ? Cela a l'air d'être un vrai problème ? Attendez-vous quelque chose de vous par rapport au fait de ne pas le décevoir ?

Lucie : Oui ! Je ne *dois* pas le décevoir !

Lors de cette séance, la thérapeute a réussi à faire émerger une croyance irrationnelle de type exigence. Pour autant, elle n'aura pas le temps de mener une contestation de celle-ci, car les premières séances sont celles de l'apprentissage du modèle ABC et cela prend du temps. Aussi, la séance s'arrête ainsi et, si la croyance irrationnelle « je ne dois pas décevoir » est bien une croyance irrationnelle de la patiente, celle-ci ressortira par la suite et la thérapeute pourra reprendre cet activateur pour la proposer à la patiente.

Lors des séances suivantes, la thérapeute et la patiente feront émerger d'autres croyances irrationnelles : « Pierre doit me donner toute son attention », « je ne suis pas comme il faut », « Pierre doit ressentir comme moi », « je dois être la seule avec qui il a de la complicité », « on doit être en osmose ». La conceptualisation du cas de Lucie commence à se dessiner. Elle ne se sent pas assez bien, pas comme il faut, et exige donc de son conjoint toute son attention pour la valider. Le travail de déséquilibre de ses croyances va pouvoir réellement commencer.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Extrait de la cinquième séance

Thérapeute : Quelle situation travaillons-nous aujourd'hui ?

Lucie : Cette semaine, j'ai entendu Pierre au téléphone avec une collègue. Il rigolait ensemble.

J'ai ressenti de la colère. Je me disais que c'est toujours pareil, il en fait des caisses. Il s'en fiche de moi, je suis transparente. Alors je lui ai pris la tête et on s'est disputés.

Thérapeute : OK, alors on y va par rapport à vos pensées pour voir à quel moment vos pensées traduisent une croyance irrationnelle. Quand vous vous dites qu'il en fait des caisses et qu'il s'en fiche de vous, que vous êtes transparente, cela vous met en colère parce que vous vous dites quoi ? (*chaînage d'inférences*)

Lucie : Que j'existe au travers de lui donc il doit me donner toute son attention.

Thérapeute : Comment ça, vous existez au travers de lui ?

Lucie : Ben ! Je suis rien.

Thérapeute : Donc vous êtes « *rien* » ?

Lucie (*comme une évidence*)... : Ben oui !

Thérapeute : J'entends que cela vous paraît évident. Mais cela l'est moins pour moi. Ça ne me paraît pas coller avec la réalité. En effet, comment pouvez-vous être « *rien* » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Lucie : Comme je suis, ça ne va pas.

Thérapeute : Oui, j'entends bien que comme vous êtes, parfois ça ne va pas. Mais pourquoi penser dans ces cas-là que vous êtes « *rien* » ?

Lucie : Oui, en effet, je ne suis pas rien. Je suis moi. *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Thérapeute : Si vous croyiez que vous n'êtes pas rien, dans ces situations-là, est-ce que cela changerait quelque chose ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Lucie : Oui. Peut-être.

Thérapeute : Qu'est-ce que cela changerait ?

Lucie : Je serais moi.

Thérapeute : Qu'en pensez-vous ?

Lucie : Peut-être... Mais moi, c'est moins bien.

Thérapeute : Comment ça ?

Lucie : Pierre, il est parfait. Il est mieux que moi. Tout est facile pour lui. C'est pour ça que j'ai toujours peur qu'il me quitte. Il va trouver mieux, moi, comme je suis, ça ne va pas.

Thérapeute : Comment ça ?

Lucie : Je ne suis pas comme il faut.

Thérapeute : Parce qu'il faut être comment ?

Lucie : Comme Pierre.

Thérapeute : Donc il faut être comme Pierre ? C'est-à-dire parfait ?

Lucie : Oui c'est ça.

Thérapeute : Il *faut* être parfait. Pierre, lui, y arrive. Et vous, comme vous n'y arrivez pas, vous êtes « *rien* » ?

Lucie : C'est exactement ça.

Thérapeute : Croyez-vous vraiment à cette pensée ?

Lucie : Oui ! Complètement ! *La patiente n'a pas de croyance rationnelle pour contrer la croyance irrationnelle*

Thérapeute : OK, alors je vous propose, pour la prochaine fois, de vérifier si cette croyance « il faut être parfait et Pierre y arrive », est vraie. Peut-être pourriez-vous repérer les fois où Pierre n'est pas parfait. Si vous revenez en m'expliquant qu'il n'y a aucune preuve de cela, alors nous pourrons en conclure que Pierre est parfait. Cela vous va ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style didactique*

Lucie : Oui, je vais faire ces repérages.

Extrait de la séance suivante

Thérapeute : Alors, avez-vous pu repérer des situations où Pierre n'était pas parfait ?

Lucie : Non, je n'ai pas trouvé.

Thérapeute : Ah... Donc vous croyez que Pierre est parfait et qu'on doit tous l'être ? Vous la première ?

Lucie : Non, je me doute que Pierre n'est pas parfait.

Thérapeute : D'accord. Mais je croyais qu'il fallait être parfait, comme Pierre ? Et que si vous ne l'étiez pas, vous étiez « rien » ?

Lucie : C'est vrai que je pense que je dois être parfaite comme Pierre.

Thérapeute : Comment est-ce possible de devoir être parfaite ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Lucie : Ce n'est pas possible.

Thérapeute : Pourquoi ?

Lucie : Parce que je suis comme je suis.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Lucie : J'ai des qualités et des défauts.

Thérapeute : Et ce n'est pas le cas de Pierre ?

Lucie : Si, sûrement.

Thérapeute : Alors comment est-ce possible d'exiger de vous d'être parfaite comme Pierre, alors que vous avez vos qualités et vos défauts ? Et que lui aussi ?

Lucie : Ce n'est pas possible.

Thérapeute : Et ça ne va pas d'avoir des qualités et des défauts ? D'être humain ?

Lucie : Si. Mais je ne me vois jamais comme ça. Je ne vois que ce qui ne va pas chez moi.

Thérapeute : Est-ce que ça ne serait pas plutôt ça le travail que vous auriez à faire ? Voir vos forces et vos faiblesses ? Vous voir comme un être humain ? *Étape 11 : motiver la mise en place de l'enseignement, motiver le changement – E*

Lucie : Si...

Thérapeute : Est-ce que vous pourriez faire ça pour la prochaine séance ? Noter quelles sont vos forces et vos faiblesses ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Lucie : Oui, je vais le faire.

La synthèse de l'intervention thérapeutique est présentée dans le [tableau 19](#).

Tableau 19. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Pierre est au téléphone avec une collègue et rigole	Pensées automatiques et inférences : Il en fait des caisses, il s'en fiche de moi, je suis transparente Croyance irrationnelle : Il faut être parfait comme Pierre. Si je ne suis pas parfaite comme Pierre, je suis « rien »	Émotions, sensations : Colère Comportements : Je lui prends la tête Conséquences : On se dispute	Type logique et style socratique : Comment est-ce possible de devoir être parfaite ?	Croyances rationnelles : Je suis comme je suis, avec mes qualités et mes défauts (CR partielle) Tâche : Repérer mes forces et mes faiblesses

La thérapeute et la patiente contestent l'exigence de « devoir » être parfait et sa croyance dérivée, sinon « je suis nulle (rien) ». La thérapeute amène la patiente à quitter l'exigence et le jugement global de soi. Pour cela, elle invite la patiente à se décrire, avec ses forces et ses faiblesses. Par la suite, elle lui demandera de repérer entre les séances, ce qu'elle a pu réussir, « bien » faire, pour qu'elle fasse le lien entre ses forces et ses réussites. Encore plus tard, la thérapeute lui demandera de repérer ses échecs, ses erreurs, et de faire le lien avec ses faiblesses, sans pour autant se juger globalement. Le but de cet exercice est d'amener la patiente à comprendre qu'en qualité d'être humain, ses forces lui permettent de réussir des choses facilement et ses faiblesses lui demandent des efforts pour corriger ses comportements plus délétères, mais qu'en aucun cas exiger la perfection permet la réussite, car on ne peut pas être autrement que comment on est.

Extrait d'une séance suivante

Lucie : Je suis contente, j'ai réussi à ne pas regarder dans le téléphone de Pierre depuis la dernière séance.

Thérapeute : Super ! Comment avez-vous réussi à faire ça ? *La thérapeute vérifie si la patiente a pu faire appel au travail de contestation d'une croyance irrationnelle*

Lucie : Je me suis dit qu'il fallait que je prenne sur moi sinon rien ne changerait. Je dois vraiment faire des efforts.

Thérapeute : Pouvez-vous me faire le lien avec une de vos faiblesses qui nécessite de prendre sur vous pour ne pas regarder dans son téléphone ?

Lucie : (*elle reprend sa liste de forces/qualités et faiblesses/défauts*)... Comme je manque de confiance en moi, je dois prendre confiance et me dire que ça va aller, je vais y arriver.

Thérapeute : OK, c'est chouette ! Vous arrivez à faire le lien entre vos faiblesses et le risque de ne pas être comme vous voudriez.

Lucie : Oui, enfin ça ne m'a pas empêché d'échouer.

Thérapeute : Ah ?

Lucie : Oui, Quand il était au téléphone avec sa collègue, j'ai encore craqué et je l'ai questionné, l'air de rien, jusqu'à ce qu'il s'énerve.

Thérapeute : Que ressentiez-vous ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Lucie : J'étais jalouse.

Thérapeute : Vous ressentiez de la jalousie parce que vous vous disiez quoi ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Lucie : Je voulais savoir pourquoi ils s'appelaient. C'est vrai, c'est bizarre de tout le temps s'appeler comme ça. Moi, je n'appelle pas toujours mes collègues. Bon, c'est vrai que moi, je ne travaille pas vraiment avec des collègues puisque je suis libérale. Mais quand même, vraiment je ne comprends pas ce besoin qu'ils ont de toujours s'appeler.

Thérapeute : Je ne sais pas s'ils ont vraiment besoin de s'appeler tout le temps ou si c'est plutôt votre perception, mais imaginons que ce soit le cas ?

Lucie : Ben je veux savoir ce qu'ils se disent.

Thérapeute : Parce que ?

Lucie : Sinon je suis trop mal. *La patiente répond par un C émotionnel vague*

Thérapeute : Oui, cela vous rend jalouse, parce que vous vous dites quoi sur le fait de « savoir » ce qu'ils se disent ? *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Lucie : C'est plus fort que moi, j'ai *besoin* de savoir.

Thérapeute : Comme si c'était une obligation. Comme si c'était une question de vie ou de mort.

Lucie : Oui, c'est exactement ça. C'est comme ça que je le vis.

Thérapeute : En effet, c'est comme ça que vous le vivez et on voit bien la connexion entre l'émotion et la pensée. On a bien une croyance. Quelque chose qu'on se dit et auquel on croit très fort, à l'émotion. Là, vous vous dites que vous avez *besoin* de savoir, comme si c'était un besoin vital, comme si vous alliez mourir si ce besoin n'était pas satisfait. *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*. Mais comment pourriez-vous

mourir de ne pas savoir ce qu'ils se disent ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Lucie : C'est vrai que je ne vais pas mourir. Mais ça me paraît *insupportable*.

Thérapeute : Mais est-ce le cas ?

Lucie : Je n'en sais rien. Je n'ai jamais essayé.

Thérapeute : En effet, comme vous vous dites que vous avez besoin de savoir, comme un besoin vital, cela semble *insupportable*, mais pourriez-vous peut-être supporter de ne pas savoir ?

Lucie : Cela me paraît très difficile.

Thérapeute : Mais avez-vous déjà supporté des choses difficiles ?

Lucie : (*la patiente réfléchit*)... Je ne crois pas.

Thérapeute : Il me semble pourtant que vous vivez beaucoup de choses difficiles. Quand vous vous disputez, quand vous questionnez Pierre et que vous continuez d'être mal ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Lucie : Justement, je ne le *supporte* pas !

Thérapeute : Vous êtes pourtant là devant moi pour en parler, alors que si vous ne l'aviez pas supporté, comme si un besoin vital n'avait pas été satisfait, vous seriez morte ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style didactique avec une forme interrogative pour vérifier si le patient adhère à l'explication*.

Lucie : Oui, c'est vrai, mais quand même, je suis mal dans ces cas-là.

Thérapeute : J'entends bien, mais est-ce supportable ?

Lucie : Au sens où je ne suis pas morte, oui.

Thérapeute : Surtout que cela donne quoi quand vous vous dites que vous devez savoir, que vous ne pouvez pas supporter de ne pas savoir ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Lucie : Je questionne Pierre mais ça ne marche pas. Je suis toujours aussi mal.

Thérapeute : Donc ? Pensez-vous que vous puissiez vous dire autre chose que j'ai *besoin* de savoir ce qu'ils se disent et je ne pourrais *pas supporter* de ne pas savoir ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Lucie : Peut-être que j'aimerais savoir mais je peux supporter de ne pas savoir. *La croyance rationnelle proposée par la patiente est partielle car l'exigence n'est pas niée*

Thérapeute : Pourquoi pas ? En effet, cela reviendrait à tolérer l'incertitude. C'est quelque chose de difficile, qui s'entraîne. Comment pourriez-vous tester cette croyance plus rationnelle ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Lucie : Je pourrais ne pas lui poser de question quand j'ai une incertitude. Mais ça me paraît impossible.

Thérapeute : Pourriez-vous essayer ? Le plus important est d'essayer. Même si cela n'aboutit pas à une réussite, cela sera toujours positif car vous pourrez observer ce qui se passe en vous, au niveau émotionnel et cognitif, vous pourrez ramener ces éléments pour que nous continuions de travailler dessus et avancer. En ça, ce sera toujours bénéfique. *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Lucie : Ça me va.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Lors des séances suivantes, la thérapeute reprendra avec la patiente sa croyance d'intolérance à la frustration, croyant qu'elle ne peut pas tolérer l'incertitude. Pour rappel, le concept d'intolérance à la frustration tel que défini par Ellis, consiste pour le patient à croire qu'il ne peut pas tolérer la réalité frustrante. Ainsi, on entend par frustration, tous les aspects pénibles de la réalité : l'inconfort aussi bien physique qu'émotionnel, l'inconfort cognitif, c'est-à-dire les doutes, l'incertitude, les pensées intrusives, tout ce qui n'est pas tel qu'on voudrait que ce soit, facile, confortable, agréable.

Pour travailler ce concept de tolérance à l'incertitude, la thérapeute et la patiente accompagneront le travail de contestation de la croyance irrationnelle de techniques émotionnelles comme la relaxation ou la pleine conscience et de techniques comportementales comme la distraction avec la mise en place d'activités absorbantes. Ces techniques permettront à la patiente de défocaliser de sa croyance irrationnelle, d'éviter qu'elle s'endoctrine et permettre d'ancre sa croyance rationnelle dans la vie quotidienne.

Tableau 20. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Pierre est au téléphone avec une collègue.	Pensées automatiques et inférences : C'est bizarre de tout le temps s'appeler comme ça, je ne comprends pas pourquoi ils s'appellent toujours comme ça Croyances irrationnelles	Émotions, sensations : Jalouse Comportements : Je le questionne Conséquences : On se dispute	Type logique et style didactique : C'est comme ça que vous le vivez et on voit bien la connexion entre l'émotion et la pensée. On a bien une croyance. Quelque chose qu'on se dit et auquel on croit très fort, à l'émotion. Là, vous vous dites que vous avez besoin de savoir, comme si c'était un besoin vital, comme si vous alliez mourir si ce besoin	Croyances rationnelles : J'aimerais savoir mais je peux supporter de ne pas savoir Comportements efficents : Ne pas poser de question à Pierre quand j'ai une incertitude

	<p>: J'ai besoin de savoir</p>	<p>n'était pas satisfait</p> <p><i>Type logique et style socratique :</i> Mais comment pourriez-vous mourir de ne pas savoir ce qu'ils se disent ?</p> <p><i>Type empirique et style socratique :</i> Il me semble pourtant que vous vivez beaucoup de choses difficiles. Quand vous vous disputez, quand vous questionnez Pierre et que vous continuez d'être mal ?</p> <p><i>Type empirique et style didactique :</i> Vous êtes pourtant là devant moi pour en parler, alors que si vous ne l'aviez pas supporté, comme si un besoin vital n'avait pas été satisfait, vous seriez morte ?</p> <p><i>Type pragmatique et style socratique :</i> Surtout que cela donne quoi quand vous vous dites que vous devez savoir, que vous ne pouvez pas supporter de ne pas savoir ?</p>	
--	------------------------------------	---	--

Extrait d'une séance

La thérapeute et Lucie travaillent une situation où Pierre a eu une bonne évaluation lors de son inspection en tant qu'enseignant. Elle est très jalouse de ça.

Lucie : Je n'y arrive pas, on a beau en avoir déjà parlé, je me sens inférieure à Pierre.

Lors de l'extrait précédent, la thérapeute et la patiente avaient travaillé la

croyance irrationnelle « il faut être parfait comme Pierre. Si je ne suis pas parfaite comme Pierre, je suis « rien ». » Mais lors de cette séance, elle parle de se sentir inférieure. Ça n'est pas la première fois que la thérapeute remarque que les cognitions de la patiente sont autour de ce thème (« tout est plus facile pour lui » « tout lui réussit à lui » etc.). Thérapeute et patiente ont fait plusieurs séances et Lucie s'est saisie du modèle en analysant ses émotions/cognitions dedans. Il est alors plus facile de trouver ses croyances irrationnelles, car elle est pleinement actrice du processus en séance.

Thérapeute : Comment ça « inférieure » ?

Lucie : Vraiment, je ne peux pas penser autre chose que le fait que Pierre est mieux que moi. Je sais que c'est irrationnel.

Thérapeute : Oui, c'est un jugement global de la valeur humaine.

Lucie : Oui, je sais qu'aucun humain n'est mieux ou moins bien. Mais je ne peux pas croire autre chose. C'est plus fort que moi.

Thérapeute : OK, j'ai envie d'essayer quelque chose. Je ne vous promets rien, mais j'ai envie de voir.

Lucie : Je vous fais confiance, je veux bien.

Thérapeute : C'est vraiment bizarre ce que je vais dire, mais imaginons que ce soit vrai ; que vous soyez inférieure à Pierre. Voilà, on imagine, on est dans le meilleur des mondes de Huxley, et vous, vous êtes un Epsilon et Pierre un Alpha. Voilà, vous êtes donc inférieure. Dans ce cas, où vous seriez inférieure à lui, qu'est-ce que cela donnerait ?

Lucie (*elle prend au sérieux la projection*)... : Je ne sais pas trop. Je crois que ça me rendrait dépendante de lui.

Thérapeute : OK, alors puisque vous me dites que vous croyez que vous êtes inférieure à lui et que cela vous rend dépendante de lui, alors, il est important d'être logique et de se comporter comme tel. Cela donnerait quoi concrètement ?

Lucie : Je ne sais pas...

Thérapeute : Réfléchissons, qu'est-ce que vous feriez différemment si vous étiez inférieure et dépendante de Pierre ?

Thérapeute et patiente réfléchissent...

Thérapeute : J'ai une idée !

Lucie : (...)

Thérapeute : Quand vous sortez, chez des amis par exemple, c'est lui qui devrait choisir votre tenue !

Lucie (*elle rit*)

Thérapeute : Ben oui ! Soyons logiques, puisque vous êtes inférieure et dépendante de lui, il faut tout décider pour vous, même les tenues. (...) Plus sérieusement, ça pourrait être un bon exercice

? Puisque vous n'arrivez pas à croire que vous êtes un être humain au même titre que Pierre, on va alors réduire la souffrance que vous avez en accompagnant les actions dans ce sens. Et si cela ne vous convient pas, peut-être serez-vous plus enclins à croire autre chose ?

Lucie : Oh, ça va être dur ! Mais je vais essayer.

Lors de la séance suivante, Lucie reviendra en expliquant à la thérapeute qu'elle n'a pas demandé à son conjoint de choisir sa tenue, que cela lui a semblé incongru, mais surtout, elle a constaté que ses croyances bougeaient. Elle ne se sent plus inférieure à son conjoint. Elle a aussi remarqué, lors des vacances avec la famille de celui-ci, que celle-ci n'était pas parfaite et que les travers des parents de Pierre étaient ceux qu'elle retrouvait chez lui. Elle commence à voir l'humain comme il est, avec ses forces et ses faiblesses.

Conclusion

Il a fallu un certain nombre de séances à Lucie pour remettre en question ses croyances sur elle et sur son conjoint. Il aura fallu prendre le temps qu'elle construise une vision plus juste d'elle-même et des autres, avec ses forces et ses faiblesses, en qualité d'être humain faillible. Une fois dans une vision plus réaliste de l'humain (son conjoint, elle, etc.), cela lui a permis de gagner en confiance, suffisamment pour cesser les comportements de vérification qu'elle avait.

Le point de bascule dans la thérapie a été d'accepter d'envisager comment la patiente pourrait vivre avec une croyance irrationnelle. La patiente a pu expérimenter qu'elle avait le choix, qu'elle était pleinement responsable de la vie qu'elle menait.

3 NICOLAS ET LES ANGOISSES SUR LA SANTÉ

Nicolas, âgé de 45 ans, est un pharmacien vivant avec une angoisse constante liée à sa santé, exacerbée par un catastrophisme profond. Chaque sensation inhabituelle ou symptôme mineur est interprété comme le signe avant-coureur d'une maladie grave, entraînant une spirale de peur et d'investigations médicales sans fin. Cet état d'alerte permanent est nourri par son environnement professionnel où, quotidiennement, il est confronté aux maladies et aux inquiétudes de ses clients, ce qui renforce sa propre tendance à envisager le pire scénario possible.

Nicolas a grandi dans une famille de médecins, avec un père généraliste et une mère pédiatre. Après avoir échoué en première année de médecine, il s'est orienté vers la pharmacie. L'idée d'être indépendant et d'avoir sa propre officine dans une petite ville à taille humaine est rapidement devenue un projet important. Durant ses études, il a rencontré Nathalie, qui deviendra son épouse et avec qui il travaille désormais. Parents de deux enfants adolescents, ils trouvent dans leur vie de famille un épanouissement personnel.

Tout irait pour le mieux si les préoccupations de Nicolas pour la santé n'avaient pris une telle ampleur. Il a tenté différentes thérapies par le passé, sans succès. Un épisode récent de trouble panique l'a convaincu de reprendre un suivi. En effet, une récente douleur thoracique a déclenché une peur intense de maladie cardiaque, malgré l'absence de preuves médicales. Reconnaissant l'impact destructeur de ses craintes sur sa vie personnelle et professionnelle, Nicolas cherche de l'aide pour affronter et gérer ses angoisses catastrophiques.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Extrait du deuxième entretien

Thérapeute : Bonjour, nous nous revoyons une deuxième fois après une première séance où vous m'avez fait part de vos inquiétudes importantes au sujet de votre santé. Des préoccupations suffisamment fortes pour provoquer des crises d'angoisse et perturber votre quotidien. Nous avions analysé ensemble le dernier épisode qui vous avait conduit aux urgences, craignant une crise cardiaque. Vous aviez constaté que les symptômes correspondaient à ceux d'une attaque de panique, telle que décrite par le manuel diagnostique que je vous avais montré. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? J'ai l'impression que vous êtes très préoccupé.

Nicolas : Oui, c'est vrai. Je trouve insupportable ce stress permanent lié aux maladies.

Thérapeute : C'est donc sur ce problème précis que vous souhaitez que nous nous concentrions. Concernant ces inquiétudes pour votre santé, quel objectif aimeriez-vous atteindre ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Nicolas : Je veux simplement être capable de ne pas paniquer à chaque fois que je ressens quelque chose.

Cet objectif n'est pas atteignable par les patients, car personne ne peut contrôler son état émotionnel. En REBT, tout comme en TCC de manière plus générale, le thérapeute accompagne les patients vers l'accueil et la gestion émotionnelle, et donc vers l'acceptation. Afin de ne pas compromettre l'alliance thérapeutique au début de la prise en charge, le thérapeute choisit de ne pas aborder immédiatement ce point avec le patient. Il est important de

favoriser l'émergence chez la personne de l'idée d'acceptation émotionnelle d'elle-même au cours de la thérapie.

2^e partie : modèle ABC

Thérapeute : Pouvez-vous me décrire dans quelles situations cela se produit ? Que se passe-t-il au moment où vous commencez à paniquer ? *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Nicolas : Eh bien, dès que je ressens une douleur, même légère, je pense immédiatement au pire. Je me dis que cela pourrait être une crise cardiaque, comme la dernière fois, ou un signe avant-coureur d'une maladie grave.

Thérapeute : Vous établissez donc un lien direct entre une sensation physique et une conclusion assez catastrophique. Cela semble être un processus automatique pour vous. Et lorsque vous pensez au « pire », comment réagissez-vous ? Quelles actions entreprenez-vous ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Nicolas : Je commence à chercher davantage de symptômes, à me surveiller encore plus. Je vérifie mon pouls, ma tension. Avec la pharmacie, j'ai accès à beaucoup de matériel pour faire des mesures. Je sais que je ne devrais pas le faire, mais l'angoisse est trop forte et je préfère vérifier. Et si je trouve quelque chose d'inhabituel, l'inquiétude augmente. J'en parle à ma femme qui essaie de me rassurer, mais je ne peux m'empêcher de penser que si je ne consulte pas, je risque de passer à côté d'un problème grave.

Thérapeute : Vous vous engagez donc dans une sorte de vérification compulsive pour apaiser votre anxiété. Mais cette vérification vous rassure-t-elle vraiment ?

Nicolas : Non, cela ne fait qu'empirer les choses. Plus je cherche, plus je trouve des raisons de m'inquiéter. C'est un cercle vicieux. Je sais que je ne devrais pas le faire, mais l'angoisse est trop forte.

Thérapeute : C'est un cercle vicieux qui vous fait beaucoup souffrir.

Nicolas : Oui, je ne peux pas continuer comme ça.

Thérapeute : Je comprends. Est-ce que cela vous convient si nous reprenons le dernier exemple en date, la dernière fois où vous avez paniqué pour votre santé ?

Nicolas : Oui, c'est simple, c'était dimanche. J'ai eu un mal de tête et immédiatement, j'ai pensé que cela pourrait être une tumeur cérébrale. Enfin, je n'ai pas immédiatement pensé à cela, mais j'étais un peu barbouillé avec une légère envie de vomir, et cela m'a inquiété. De plus, j'avais l'impression que ma vision était un peu brouillée. Tout cela m'a fait penser à une tumeur. J'ai un client de la pharmacie qui se plaignait de maux de tête depuis plusieurs mois et chez qui on a diagnostiqué une tumeur. J'ai immédiatement pensé à lui.

Thérapeute : Qu'avez-vous fait ensuite ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Nicolas : J'ai beaucoup hésité, mais j'ai quand même pris un rendez-vous chez un neurologue.

Thérapeute : Cela vous semble nécessaire et, en même temps, vous semblez ennuyé d'avoir pris cette décision.

Nicolas : Oui, parce que ce n'est pas la première fois que cela arrive et qu'à chaque fois, il n'y a rien. Mais, en même temps, je ne veux pas ignorer quelque chose si cela peut être évité.

Thérapeute : Quelles conséquences cela a-t-il pour vous de faire cette démarche et de découvrir qu'il n'y a pas de problème médical ?

Nicolas : Je réalise bien que j'ennuie tout le monde avec ça. Ma femme en a marre. Elle est compréhensive et voit bien que je suis mal, mais elle pense que je surréagis. Cela perturbe notre quotidien. Elle ne sait pas comment m'apaiser. De plus, étant dans une petite ville, je suis gêné de prendre un rendez-vous pour rien. Je connais bien les médecins locaux ; ils me disent que ce n'est pas un problème de consulter, mais, travaillant dans le domaine de la santé, je sais que les créneaux pour les rendez-vous sont limités. Je suis contrarié à l'idée de faire perdre du temps aux autres.

Thérapeute : Que ressentez-vous à l'idée de faire perdre du temps aux autres ou de perturber la vie de votre entourage ? *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Nicolas : Je me sens coupable et parfois honteux. Je sais intellectuellement que mes réactions sont disproportionnées, mais émotionnellement, je suis submergé.

Thérapeute : En quoi vous sentez-vous coupable ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Nicolas : Je pense que je devrais être capable de contrôler mes peurs, de ne pas déranger les autres. Lorsque je ne le fais pas, je me considère comme faible ou égoïste. C'est comme si j'étais responsable du bien-être de tout le monde, et je ne veux pas être un fardeau.

Thérapeute : Vous êtes très exigeant avec vous-même. Pensez-vous que vous devriez contrôler vos peurs, ne pas déranger les autres ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Nicolas : Oui, parce que je pense que c'est ce qu'une personne forte et responsable ferait. Je ne veux pas être perçu comme quelqu'un qui ne peut pas gérer ses propres problèmes. Je veux être quelqu'un sur qui on peut compter, pas quelqu'un qui a besoin d'aide. Et maintenant, je me retrouve à devoir consulter un psychologue.

Thérapeute : Vous aimeriez être quelqu'un sur qui on peut compter, ou devez-vous être cette personne ? *Le thérapeute appuie sur le verbe devoir avec son intonation*

Nicolas : Je *dois*, c'est une obligation forte, mais en même temps, c'est ce que je veux être pour ma femme et mes enfants.

Le thérapeute commence par identifier les situations A qui déclenchent la réponse émotionnelle de Nicolas. Cela permet de contextualiser l'expérience de Nicolas. Ensuite, le thérapeute explore les conséquences C avec les émotions et les comportements résultant des pensées catastrophistes de Nicolas.

Le thérapeute constate que Nicolas réagit secondairement à son propre comportement par une réaction émotionnelle, ce qui transparaît dans son ambivalence lorsqu'il dit : « j'ai beaucoup hésité ». En utilisant une écoute réfléchitive pour aborder cette ambivalence, le thérapeute examine comment le C1 devient un A2. Ce A2 engendre à son tour un C2 de culpabilité et de honte.

À partir de cette réaction secondaire, le thérapeute s'attaque aux croyances irrationnelles de Nicolas. En posant des questions ouvertes, le thérapeute aide Nicolas à prendre conscience que l'idée présente dans son esprit est qu'il « devrait » être capable de contrôler ses peurs et de ne pas déranger les autres.

Pour instaurer le travail thérapeutique, le thérapeute insiste sur le mot « devoir », soulignant la nature impérative et rigide de la croyance de Nicolas. Cette mise en lumière vise à encourager Nicolas à distinguer entre ses désirs personnels et les exigences irréalistes qu'il s'impose. En mettant l'accent sur le « devoir », le thérapeute incite Nicolas à prendre conscience de son niveau d'exigence élevé, de son auto-évaluation négative et de la rigidité de sa pensée, ouvrant ainsi la voie à une réflexion plus nuancée sur ses motivations et valeurs authentiques.

Cette approche a pour but d'aider le patient à identifier et à remettre en question ses croyances irrationnelles B et à comprendre comment celles-ci entraînent des émotions et des comportements problématiques C.

L'échange entre le thérapeute et Nicolas se poursuit autour de la croyance de Nicolas : « je veux/dois être quelqu'un sur qui on peut compter ». Le thérapeute choisit de se concentrer sur le méta-problème de Nicolas, car il s'agit d'une croyance sous-jacente qui alimente et complique son problème principal, qui est une anxiété liée à la santé. Comme évoqué dans la première partie, il est souvent recommandé de travailler sur les problèmes émotionnels secondaires ou les méta-problèmes avant de s'attaquer au problème primaire.

En mettant l'accent sur le méta-problème, le thérapeute cherche à aborder le niveau de croyances irrationnelles B2 de Nicolas, qui sont à l'origine de ses réactions émotionnelles disproportionnées C2 face à son anxiété de santé A2. Le sentiment d'obligation forte que Nicolas exprime illustre une exigence absolue envers lui-même. Elle renforce son anxiété et sa vérification compulsive, tout en l'empêchant de traiter son anxiété de manière productive. Il se sent coupable et honteux quand il n'arrive pas à contrôler ses peurs, ce qui perturbe sa vie et celle de son entourage. Ces émotions secondes rendent le problème primaire plus difficile à résoudre.

Le focus sur le méta-problème permet non seulement de dénouer le nœud des réactions émotionnelles et comportementales de Nicolas mais également de

poser les fondations pour une approche plus rationnelle et moins perturbatrice de ses problèmes de santé perçus.

Thérapeute : Il est compréhensible que vous vouliez être une source de force et de soutien pour vos proches. Cependant, il semble que vous vous imposez une pression énorme avec cette idée que vous devez l'être en toutes circonstances. Albert Ellis, le fondateur de la REBT, a parlé de ce qu'il appelait la *musturbation*, une tendance que nous avons à penser en termes de « je dois », « il faut » ou « je devrais ». Ces *musts* et *shoulds*, *doit* ou *devrait* en français, sont souvent irrationnels et peuvent être une grande source de souffrance. Peut-être que vous connaissez déjà cela ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*

Nicolas : Non, je n'en ai jamais entendu parler.

Thérapeute : L'idée ici est que lorsque nous nous disons que nous devons absolument faire quelque chose ou être d'une certaine manière, cela peut conduire à de l'anxiété et à de la culpabilité lorsque nous n'atteignons pas ces normes souvent irréalistes que nous nous sommes fixées. Comment faites-vous le lien avec votre idée de devoir à l'égard de vos proches ?

Nicolas : Je comprends le concept, mais, en même temps, je n'ai pas l'impression d'être dans une exigence. C'est normal de vouloir être quelqu'un sur qui on peut compter.

Thérapeute : Tout à fait, à condition que cela reste un souhait, une préférence et non une nécessité *absolue*. Par exemple, une personne qui se dirait « je dois contrôler mes peurs » est dans une exigence à l'égard d'elle-même qui va la conduire, par exemple, à être dans la tristesse ou la colère chaque fois qu'elle ne réussira pas à contrôler sa peur. Si elle souffre d'une phobie, elle risque régulièrement de faire cette expérience désagréable, car une phobie par définition est une réponse émotionnelle que la personne ne contrôle pas. Certaines personnes dans ce cas vont ressentir de la honte. Imaginez que cette même personne ne se dise pas « je dois contrôler mes peurs », mais plutôt quelque chose comme « je préférerais contrôler mes peurs, mais ce n'est pas une catastrophe si je ne le fais pas. C'est désagréable, mais c'est vivable ». À votre avis, comment se sentirait-elle ?

Nicolas : Sans doute plus apaisée, mais ça pourrait aussi l'encourager à se laisser aller, à ne rien faire pour soigner sa phobie.

Thérapeute : Quand on ressent de la honte à l'égard de soi, qu'est-ce que cela peut nous inciter à faire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique.*

Nicolas : À nous cacher, à ne pas nous montrer aux autres, à rester dans notre coin.

Thérapeute : Est-ce que cela aide à agir ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Nicolas : Non, c'est vrai.

Thérapeute : Accepter son émotion, ce n'est pas laisser faire. C'est au contraire pouvoir se concentrer sur les actions pour faire évoluer la situation au lieu de passer son temps à se battre contre soi. *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style didactique*

Nicolas hoche la tête d'approbation.

Le thérapeute initie Nicolas au concept de musturbation, qui décrit l'origine

de ses pensées et sentiments. En soulignant les conséquences négatives des musts et shoulds irrationnels, il aide Nicolas à saisir comment ces croyances engendrent anxiété et culpabilité, en particulier lorsqu'il échoue à atteindre des standards irréalistes. Le thérapeute guide ensuite Nicolas à établir le lien entre les principes de la REBT et ses expériences personnelles, l'amenant à réfléchir à la manière dont il impose ces obligations dans ses relations avec ses proches.

En distinguant entre un simple souhait et une exigence absolue, le thérapeute aide Nicolas à différencier entre une pression autogénérée superflue et un désir légitime de soutenir sa famille. Il encourage Nicolas à adopter une perspective où les préférences ne sont pas perçues comme des contraintes, ce qui lui permet d'envisager d'être moins sévère avec lui-même sans renoncer à ses objectifs de vie à long terme ou valeurs.

Face aux craintes de Nicolas que moins de rigidité mène à l'inaction, le thérapeute l'amène à se rendre compte que reconnaître ses émotions n'implique pas la résignation, mais favorise une meilleure concentration sur les actions positives.

Cette discussion constitue une introduction à la thérapie pour le patient et peut provoquer chez lui une réactance psychologique, car il perçoit une attaque à l'encontre d'une valeur qu'il défend : son rôle auprès de ses proches. Un autre principe, celui du contrôle des situations, est une exigence que Nicolas ne peut abandonner en une seule séance.

Nicolas est tiraillé entre la peur d'un danger extrême anticipé à la suite d'une simple sensation physique et l'exigence de ne pas se montrer faible, oscillant ainsi entre la catastrophisation et l'intolérance à la frustration.

Pour dépasser cette impasse, le thérapeute amorce à la fin de l'échange un début de contestation de type pragmatique et de style socratique.

L'entretien se poursuit.

Thérapeute : Bien évidemment, tout cela est plus facile à dire qu'à faire. Je vous propose dans un premier temps de noter sur un carnet des moments d'inquiétude autour de votre santé, ces moments où une sensation physique déclenche une vive inquiétude ou une angoisse. Pour cela, je vous propose d'utiliser cette grille ABC pour décortiquer les liens entre les situations que vous rencontrez, vos pensées et croyances, et vos réactions émotionnelles et comportementales. La lettre A représente l'activateur, soit l'élément qui dans la situation déclenche votre réaction. Cela peut être, par exemple, une sensation corporelle, mais également une parole que vous entendez, d'un client à la pharmacie, par exemple ou quelque chose que vous venez de lire. Le C se réfère aux

conséquences, c'est-à-dire vos émotions, vos comportements et les conséquences qui en découlent. C'est peut-être la première chose que vous percevez dans la situation avec une émotion qui viendra vous assaillir et il s'agira de retrouver le A, l'activateur de celle-ci. Enfin, le B correspond à vos pensées et croyances face à cette situation. Comme nous en avons discuté, le B fait le lien entre le A et le C, mais nous y reviendrons par la suite.

Afin de permettre à Nicolas de s'approprier les principes de base de la REBT, le thérapeute lui propose un exercice qui constitue une opportunité pour une présentation didactique des principes soutenant l'approche thérapeutique. Les premières séances offrent le cadre idéal pour déployer cette approche psychoéducative, essentielle dans la REBT.

Nicolas : Très bien, je vais prendre ces notes pour la prochaine fois.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Nicolas présente une préoccupation chronique pour sa santé, qui se manifeste par des crises d'angoisse et un comportement de vérification compulsive. Son milieu professionnel et son historique familial, fortement ancrés dans le domaine médical, contribuent à renforcer sa perception des risques pour la santé. L'échec en première année de médecine peut également jouer un rôle dans sa perception de lui-même et de sa capacité à gérer les questions de santé.

Tableau 21. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Nicolas ressent une sensation physique comme des maux de tête par exemple ou de la nausée	Pensées automatiques et inférences : Ce n'est pas normal C'est un début de crise cardiaque J'ai peut-être une tumeur au cerveau Croyances irrationnelles :	Émotions : Peur, angoisse Comportements : Automesures, prise de rendez-vous avec un médecin Conséquences : + : Soulagement de ne pas passer à côté d'un problème grave - : Effet temporaire avec augmentation de l'anxiété, démarches inutiles qui perturbent son quotidien et l'organisation familiale

A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
Avoir consulté un médecin alors que finalement il n'y avait rien	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> J'ennuie tout le monde avec ça Je suis faible et égoïste Je prends une place pour un autre patient</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> Je <i>devrais</i> être capable de contrôler mes peurs Je ne <i>dois</i> pas déranger les autres Je <i>dois</i> être quelqu'un sur qui on peut compter</p>	<p><i>Émotions :</i> Gêne, honte, culpabilité</p> <p><i>Comportements :</i> Consultation d'un psychothérapeute</p> <p><i>Conséquences :</i> Augmentation du mal-être du patient</p>

Nicolas interprète toute sensation inhabituelle ou symptôme mineur comme un signal d'alarme potentiel pour une maladie grave. Ces événements déclenchent son cycle d'anxiété qui est également la source d'une émotion secondaire. Il possède une série de croyances irrationnelles, notamment qu'il doit absolument éviter la maladie (exigence dérivée de type intolérance à la frustration).

Lors des entretiens suivants, Nicolas rapportera plusieurs grilles ABC remplies comme celle du [tableau 22](#).

Tableau 22. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Après avoir discuté avec un client de la pharmacie dont la compagne vient de découvrir qu'elle souffrait d'un début de SEP (sclérose en plaques). J'ai le sentiment de percevoir un engourdissement	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> Tu recommences à stresser Et en même temps, cela peut arriver à des gens de mon âge Cela peut tomber sur n'importe qui</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p>	<p><i>Émotions :</i> Peur, angoisse</p> <p><i>Comportements :</i> Appel d'un ami médecin</p> <p><i>Conséquences :</i> + : Soulagement d'être rassuré par mon ami - : Effet temporaire, car</p>

dans mes membres inférieurs et une légère raideur dans la nuque.

ce n'est pas une « vraie consultation »

Lors des entretiens suivants, la recherche des croyances irrationnelles autour des préoccupations hypocondriaques se poursuit et le travail thérapeutique commence.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Extrait du quatrième entretien

Thérapeute : Reprenons ensemble une des grilles que vous avez remplies. Laquelle souhaiteriez-vous que l'on examine ?

Nicolas : Eh bien, celle sur la SEP (sclérose en plaques).

Thérapeute : Sur la grille, vous avez indiqué qu'après avoir parlé à un client dont la compagne est atteinte de SEP, vous avez commencé à ressentir un engourdissement dans vos membres et une raideur dans la nuque. Cela a déclenché une forte anxiété qui vous a conduit à appeler un ami médecin pour vous rassurer. Parmi les pensées qui vous sont venues à l'esprit, vous vous êtes dit que la SEP était quelque chose qui pouvait arriver à des gens de votre âge et que cela pouvait tomber sur n'importe qui. Que pensez-vous de cette interprétation de la situation ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Nicolas : Je sais que ce n'est peut-être pas rationnel, mais je ne peux m'empêcher de penser au pire scénario.

Thérapeute : Imaginons un instant que le pire se produise, que vous ayez réellement un problème de santé grave comme la SEP. Bien évidemment, nous n'avons aucun élément tangible soutenant ce scénario et il n'est pas souhaitable. Mais imaginons, comment envisageriez-vous les choses ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Nicolas : Ce serait terrible. Ma vie serait foutue, je ne veux pas finir dans un fauteuil.

Thérapeute : Que signifie pour vous « foutue » ? Comment pourriez-vous décrire cette situation ?

Nicolas : Je ne sais pas trop, cela me semble inimaginable.

Thérapeute : Et si nous imaginions que vous vous retrouviez effectivement en fauteuil, cela vous empêcherait-il de poursuivre votre activité professionnelle ? N'y a-t-il pas de pharmaciens exerçant en situation de handicap ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Nicolas : Il y a évidemment des pharmaciens en situation de handicap. D'ailleurs, lors de mes études, j'avais un camarade de promotion qui, après un accident de moto, se déplaçait avec des béquilles, car il n'avait plus l'usage complet de ses capacités motrices. Et c'est vrai que cela ne l'a pas empêché de terminer ses études ; il était même meilleur que moi.

Thérapeute : Donc, ce n'est pas *foutu*, des possibilités existent encore.

Nicolas : Oui, c'est vrai, mais je ne veux pas vivre cela.

Thérapeute : Bien évidemment, personne ne le souhaite, et en même temps, la vie continue.

Vous connaissez sans doute des personnes qui ont une SEP. Diriez-vous que leur vie est foutue ?

Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique

Nicolas : Bien sûr que non. C'est méchant de dire ça.

Thérapeute : Encore une fois, un diagnostic de SEP est une véritable épreuve et il est normal de souhaiter que cela n'arrive à personne. Cependant, des gens vivent avec cette condition régulièrement. Si nous continuons notre projection, imaginant que vous ayez un handicap physique nécessitant des béquilles ou un fauteuil, comment décririez-vous concrètement votre quotidien à la pharmacie ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Nicolas : Nous avons fait des aménagements pour que la pharmacie soit entièrement accessible aux personnes à mobilité réduite. Même derrière le comptoir, il est possible de travailler. Il y aurait quelques adaptations à prévoir, mais rien de trop compliqué. Nous avons investi dans un robot et nous n'avons pas besoin de nous déplacer pour la majorité des médicaments. Nous passons les commandes sur un écran et elles arrivent par une trappe située derrière nous.

Thérapeute : Comment vous sentez-vous maintenant, en discutant de cela ? Qu'éprouvez-vous ?

Nicolas : Je réalise que je n'avais jamais envisagé cela. J'ai toujours eu peur de quelque chose de terrible, comme une entité horrible sans vraiment réfléchir à ce que cela signifie concrètement. C'est l'idée elle-même qui m'effraie.

Thérapeute : Exactement. Cela s'appelle des croyances irrationnelles de catastrophisation. Vous généralisez à partir d'un cas isolé et appliquez l'hypothèse du pire à vous-même sans avoir une vision précise et détaillée de ce pire. Quelles preuves avez-vous que vous pourriez souffrir de la SEP ? Les fourmillements dans les membres ou la raideur dans la nuque sont-ils des symptômes exclusifs à cette maladie ? *Restructuration cognitive*

Nicolas : Non, à la pharmacie, on reste souvent debout toute la journée et cela a ses effets physiques. Je comprends que je fais de la surinterprétation.

Nicolas est aux prises avec une croyance irrationnelle de type catastrophisation. Ce type de croyance laisse envisager à Nicolas des résultats très défavorables dans une situation qui n'a aucun fondement dans la réalité. Nicolas n'a aucun élément à l'appui de son hypothèse catastrophique ; il infère un diagnostic à partir de quelques sensations physiques. Nicolas, comme c'est souvent le cas pour ce type de pensée, ne parvient pas à définir vraiment l'horreur. En le faisant réfléchir concrètement sur cette situation, en le projetant dans le pire, le thérapeute cherche à lui faire percevoir ce mécanisme et à déconstruire la vision floue d'horreur. Cette stratégie n'est pas sans risque pour l'alliance thérapeutique. Le patient pourrait se sentir incompris dans son angoisse ou penser que le thérapeute minimise les conséquences de certains problèmes. Ceci explique pourquoi, dans l'entretien, le thérapeute insiste à plusieurs reprises sur la gravité de la maladie, l'épreuve qu'elle peut constituer et le souhait légitime de ne pas vouloir en souffrir. L'enjeu est de préserver l'alliance

thérapeutique tout en amenant le patient à réfléchir sur sa tendance à catastrophiser les choses. Pour cela, le thérapeute utilise le style socratique dans des contestations de type empirique et logique.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 23. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Après avoir discuté avec un client de la pharmacie dont la compagne vient de découvrir qu'elle souffrait d'un début de SEP (sclérose en plaques). J'ai le sentiment de percevoir un engourdissement dans mes membres inférieurs et une légère raideur dans la nuque	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Tu recommences à stresser Et en même temps, cela peut arriver à des gens de mon âge Cela peut tomber sur n'importe qui</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>Cela serait <i>terrible</i> Ma vie serait <i>foutue</i></p>	<p><i>Emotions :</i> Peur, angoisse</p> <p><i>Comportements :</i> Appel d'un ami médecin</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + : Soulagement d'être rassuré par mon ami - : Effet temporaire, car ce n'est pas une « vraie consultation »

Après l'étape de contestation de sa catastrophisation autour de la SEP, l'entretien se poursuit vers l'élaboration d'une croyance rationnelle.

Thérapeute : Quelle conclusion tirez-vous de notre échange sur cette situation ?

Nicolas : Je vois bien que je dramatisé rapidement. Il suffit d'entendre parler d'un trouble ou d'une maladie pour que je me mette à croire que je l'ai, ou que je ressente le besoin de vérifier que ce n'est pas le cas. Cela m'envahit et je finis par passer une partie de mes journées à m'occuper de ce supposé problème.

Thérapeute : En vous écoutant, je pense à cette citation souvent attribuée à Mark Twain : « J'ai souffert de nombreux maux dans ma vie, dont la plupart ne se sont jamais produits. » *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style métaphorique*

Nicolas : C'est tout à fait ça.

Thérapeute : Quelle serait alors une compréhension plus rationnelle de cette situation ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Nicolas : Peut-être dirais-je : « Je n'aime pas ce que je ressens et cela m'inquiète, mais je n'ai pas de preuves concrètes pour justifier mon inquiétude. » *Le thérapeute poursuit, car le patient produit une pensée alternative et non une croyance rationnelle (Il fait une contestation inélégante comme évoquée dans la première partie)*

Thérapeute : Et si nous prenions en compte que le pire puisse arriver, comment pourriez-vous reformuler votre proposition pour qu'elle reste rationnelle, tout en incluant cette possibilité ?

Nicolas : C'est difficile.

Thérapeute : Utilisons l'écrit pour nous aider. Écrivez sur cette feuille la première formulation : « Je n'aime pas ce que je ressens, cela m'inquiète, mais en même temps, je n'ai pas de preuves que mon inquiétude est justifiée. » *Nicolas écrit la phrase.* Maintenant, en considérant ce que nous avons évoqué, à savoir que la vie continue après un diagnostic de SEP, même si l'épreuve est réellement difficile, comment pourriez-vous réécrire cette phrase ?

Nicolas : Je dirais : « Je n'aime pas ce que je ressens et cela m'inquiète, mais je n'ai pas de preuves, et au pire, j'apprendrais à vivre avec cette situation. »

Thérapeute : Et si nous prenions en compte l'idée de Mark Twain et le fait que vos vérifications n'ont jusqu'à présent jamais confirmé vos craintes ?

Nicolas : Alors, je dirais : « Je n'aime pas certaines sensations, mais je *dois* apprendre à vivre avec elles. »

Thérapeute : Attention, l'exigence refait surface... Vous utilisez encore le verbe « devoir ».

Nicolas : C'est vrai.

Thérapeute : Puis-je vous proposer une alternative ?

Nicolas : Oui, je vous en prie.

Thérapeute : « Je n'aime pas certaines sensations, elles sont désagréables et inquiétantes, mais je suis capable de vivre avec. » Que pensez-vous de cette formulation ?

Nicolas : Oui, cela me convient.

Thérapeute : Comment pourriez-vous appliquer cette nouvelle perspective ? Quel comportement pourriez-vous envisager la prochaine fois que vous ressentez une sensation alarmante dans votre corps ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Nicolas : Je pourrais peut-être m'accorder un délai avant de consulter ou de chercher des informations.

Thérapeute : C'est une bonne idée ! Quel délai vous semble raisonnable pour commencer ?

Nicolas : Je pense qu'une journée serait faisable. Au-delà, cela me semble trop difficile pour le moment.

Thérapeute : Très bien, adoptons ce délai d'une journée. Avant de prendre rendez-vous ou de vous informer d'une quelconque façon lorsque vous ressentez une sensation physique inquiétante, attendez une journée. Quel bénéfice pourriez-vous tirer de cette approche ? *Étape 11 : favoriser la motivation à la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Nicolas : Je serais moins préoccupé par la recherche d'informations. En fait, lorsque je fais ça, je me retrouve complètement absorbé par mon anxiété.

Thérapeute : Donc, chercher à vous rassurer revient à fusionner avec votre anxiété et à la laisser vous dominer.

Nicolas : C'est exact.

Thérapeute : D'ailleurs, il y a un livre d'Albert Ellis sur le sujet : « Dominez votre anxiété avant qu'elle ne vous domine ».

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 24. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Après avoir discuté avec un client de la pharmacie dont la compagne vient de découvrir qu'elle souffrait d'un début de SEP (sclérose en plaques). Nicolas a le sentiment de percevoir un engourdissement dans ses membres inférieurs et une légère raideur dans la nuque	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Tu recommandes à stresser Et en même temps, cela peut arriver à des gens de mon âge Cela peut tomber sur n'importe qui</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>Cela serait terrible Ma vie serait foutue</p>	<p><i>Émotions :</i> Peur, angoisse</p> <p><i>Comportements :</i> Appel d'un ami médecin</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + : Soulagement d'être rassuré par mon ami - : effet temporaire, car ce n'est pas une « vraie consultation » 	<p><i>Type empirique et style socratique :</i></p> <p>Et si justement nous imaginions qu'effectivement vous êtes en fauteuil, cela vous empêcherait-il de continuer votre activité professionnelle ? N'y a-t-il aucun pharmacien exerçant en situation de handicap ?</p>	<p><i>Croyances rationnelles :</i></p> <p>Je n'aime pas ce que je ressens et cela m'inquiète, mais je n'ai pas de preuves, et au pire, j'apprendrais à vivre avec cette situation</p> <p>Je n'aime pas certaines sensations, elles sont désagréables et inquiétantes, mais je suis capable de vivre avec</p> <p><i>Émotions efficientes :</i></p> <p>Préoccupation</p> <p><i>Comportements efficaces :</i></p> <p>Ne pas consulter immédiatement, ni chercher à me rassurer</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>Ne pas perturber mon quotidien, ne pas être constamment dans la lutte</p>

Conclusion

Le travail thérapeutique avec Nicolas va se poursuivre. Ce cas clinique illustre l'application de la REBT face à des problèmes d'anxiété liés à la santé. À travers les séances thérapeutiques, Nicolas va apprendre à identifier et à remettre en question ses croyances irrationnelles, ce qui lui permettra progressivement de continuer de modifier sa croyance catastrophiste de la santé. L'approche socratique et l'utilisation de la grille ABC facilitent cette prise de conscience, encourageant Nicolas à adopter des croyances plus rationnelles et des comportements moins anxieux. Ce cas clinique souligne l'importance d'une collaboration active entre le patient et le thérapeute pour parvenir à un changement durable.

Ce type de problématique peut prendre du temps pour aboutir à une acceptation inconditionnelle de la réalité. Les premières croyances rationnelles n'abordent qu'une partie des croyances irrationnelles du patient.

D'autres contestations seront nécessaires afin que Nicolas accepte qu'il soit de nature anxieuse et qu'il soit souvent affecté par les problèmes médicaux des clients de la pharmacie. Ces contestations aboutiront à la multiplication d'exercices de type prévention de la réponse, c'est-à-dire d'exercice où le patient s'exposera volontairement à des situations anxiogènes sans mettre en œuvre le comportement de réassurance habituel afin de lui permettre de mesurer qu'il est capable d'accepter le vécu de son anxiété.

Son acceptation portera sur sa tendance à imaginer le pire et à activer une hypervigilance en réaction aux informations qu'il recueille sur telle ou telle maladie. Cependant, il sera nécessaire d'aller au-delà et de sonder plus profondément. La thérapie le conduira à accepter le caractère désagréable, difficile et même parfois douloureux de certaines expériences de l'existence, ainsi que leur caractère inéluctable. Les maladies graves touchent injustement de nombreuses personnes et même les soignants ne sont pas épargnés. Seule l'acceptation permet de continuer à vivre pleinement, de profiter de ses proches, de ressentir de la joie dans les moments agréables, sans être en lutte permanente contre tous les problèmes qui pourraient surgir ou qui, plus tard, surviendront inévitablement. C'est dans cette démarche à la fois

philosophique et thérapeutique que le thérapeute accompagnera Nicolas.

4 LÉA ET LES TOC

Léa, 28 ans, a toujours été une élève moyenne. À l'adolescence, elle a commencé à développer des comportements rituels qui l'ont empêchée de se concentrer pleinement en cours. Elle vérifiait constamment ses devoirs, ce qui l'amenait à passer des heures sur une simple tâche.

Les premières obsessions sont apparues lorsqu'elle avait environ 15 ans. Elle craignait que, si elle ne vérifiait pas constamment son travail ou certains actes quotidiens, quelque chose de mal arriverait à sa famille. Ces obsessions étaient accompagnées de rituels de vérification répétitifs. Léa a consulté un psychologue pendant son adolescence pour ses symptômes de TOC, ce qui a permis une légère amélioration, mais le traitement n'a pas été poursuivi longtemps.

Léa se décrit comme introvertie et préfère les petites interactions sociales. Elle a suivi des études universitaires en lettres modernes. Durant cette période, son TOC s'est accentué, surtout durant les périodes d'examen. Elle craignait constamment d'échouer et vérifiait sans cesse ses réponses, ce qui l'a parfois mise en difficulté lors des épreuves chronométrées.

Maintenant âgée de 28 ans, Léa a su canaliser sa passion pour l'écriture en une carrière de rédactrice éditoriale, un métier qui demande une grande précision et une capacité à répondre à des commandes spécifiques. Elle est amenée à rédiger des manuels pratiques ou des guides sur l'utilisation de technologies et de réseaux sociaux pour répondre aux besoins des maisons d'édition. Ces dernières, reconnaissant son talent et sa spécialité en lettres modernes, la sollicitent pour enrichir leur catalogue ou pour satisfaire les demandes précises de leur lectorat.

Ses TOC perturbent significativement son processus de travail. Ses rituels de vérification incessants l'entraînent dans un cycle de doutes et de révisions continus, ce qui la rend inefficace dans le respect des délais. Cette tendance à la vérification, qu'elle croyait être simplement une rigueur professionnelle, se révèle être une facette perturbatrice de son TOC.

Lorsqu'elle écrit, chaque phrase est scrutée, révisée et souvent effacée, puis

réécrite, dans la crainte qu'une erreur ne se soit glissée dans son travail, ce qui pourrait, dans son esprit, avoir des conséquences désastreuses non seulement pour sa réputation mais aussi pour la maison d'édition et les lecteurs qui utilisent les guides. Ce besoin compulsif de perfection, qui pourrait paraître avantageux dans un métier où le mot juste est de rigueur, devient un fardeau qui l'empêche de finaliser ses projets. Sa productivité et sa créativité sont ainsi entravées par la peur persistante de l'imperfection.

Bien que son entourage proche, notamment sa sœur cadette, comprenne et soutienne sa lutte quotidienne contre les TOC, le manque de compréhension de la part de ses parents et la difficulté de maintenir des relations amoureuses stables ajoutent un poids émotionnel, rendant sa condition plus complexe. Léa, la rédactrice éditoriale consciente et introvertie, se retrouve donc dans une lutte constante pour équilibrer son haut niveau d'exigence professionnelle avec les exigences irréalistes que son trouble lui impose.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Extrait du premier entretien

Thérapeute : Bonjour. Bienvenue dans mon cabinet. Comment puis-je vous aider ?

Léa : Bonjour. Je suis là parce que j'ai des problèmes de comportements rituels depuis mon adolescence. Je vérifie constamment tout ce que je fais et ça m'empêche de fonctionner normalement dans ma vie professionnelle et personnelle.

Thérapeute : Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur la nature de ces vérifications ? *Étape 1 : inviter le patient à décrire son problème*

Léa : Quand j'étais plus jeune, je craignais que si je ne vérifiais pas mes devoirs ou d'autres tâches, quelque chose de mal arriverait à ma famille. Maintenant, c'est surtout au travail. Je suis rédactrice et je vérifie sans cesse mon travail de peur d'avoir fait une erreur.

Thérapeute : C'est une source de détresse importante pour vous. Avez-vous remarqué des moments où cette envie de vérifier est plus forte ?

Léa : Oui, principalement lorsqu'il y a une augmentation du stress, comme avec les deadlines au travail ou quand je dois prendre des décisions importantes.

Thérapeute : Vous avez mentionné des craintes pour votre famille lorsque vous étiez plus jeune. Est-ce que ces craintes sont toujours présentes aujourd'hui ?

Léa : Pour le travail ou à la maison, ce n'est plus vraiment pour ma famille que j'ai peur, c'est plutôt d'avoir commis une erreur qui pourrait poser des problèmes aux autres. Au travail, je crains de laisser passer des documents avec des fautes, que l'on publie ensuite ou pire, que des personnes fassent des erreurs ensuite en utilisant les guides, car les informations ne seraient pas exactes. Je travaille surtout sur des livres un peu techniques et j'ai peur de faire des erreurs, car je ne maîtrise pas toujours le sujet.

Thérapeute : Cela doit être très difficile pour vous. En dehors du travail, comment cela se passe-

t-il ?

Léa : Pas très bien. J'ai quelques amis proches, mais j'évite les grands rassemblements. J'ai peur d'être jugée. Mes relations amoureuses n'ont pas duré à cause de mes angoisses, même si j'essaye de les cacher au maximum. Je me sens souvent isolée. J'ai l'impression que mes TOC me définissent et m'empêchent de nouer des liens authentiques avec les gens. Ma sœur est la seule qui me soutient vraiment.

Thérapeute : L'isolement peut certainement renforcer le cycle de l'anxiété et des rituels. Merci de partager cela avec moi, Léa. Ce n'est pas simple de partager avec une autre personne ces comportements qui vous mettent en difficulté. Maintenant, pour aller de l'avant, nous allons essayer de comprendre ensemble le mécanisme psychologique qui vous conduit à faire ces rituels. Pour cela, nous allons nous appuyer sur une forme de psychothérapie appelée la thérapie comportementale émotive rationnelle. Le principe est de vous aider à identifier certaines idées, certains types de pensée qui sous-tendent vos comportements. Cela vous semble-t-il envisageable ?

Léa : Oui, je n'en peux plus. Je veux changer et retrouver une vie normale. *Léa a les larmes aux yeux.*

Thérapeute : Nous utiliserons des techniques de cette thérapie, la REBT, pour identifier les mécanismes de pensée qui vous mettent en difficulté pour les faire évoluer vers des pensées plus constructives. C'est un processus qui prendra du temps, nous allons travailler ensemble pour vous aider à réduire ces comportements et à améliorer votre qualité de vie.

Léa : Cela me donne de l'espoir. Je suis prête à faire ce travail.

Thérapeute : Est-ce que cela vous convient si je vous donne quelques informations sur les principes de la thérapie ?

Léa : Oui.

Thérapeute : La REBT s'appuie sur l'idée que ce ne sont pas les événements en eux-mêmes qui perturbent les personnes, mais plutôt les croyances qu'elles entretiennent à propos de ces événements. En gros, ce n'est pas la nécessité de vérifier votre travail qui crée l'anxiété, mais ce que vous pensez des conséquences possibles de ne pas vérifier.

Léa : Donc, ce sont mes pensées sur le fait de faire des erreurs qui me causent du stress, pas les erreurs elles-mêmes ?

Thérapeute : Exactement. Dans la REBT, nous travaillons à identifier les croyances irrationnelles et à les contester. Ces croyances sont souvent absolues et rigides, comme « je dois toujours faire les choses parfaitement » ou « si je fais une erreur, c'est une catastrophe ».

Léa : Oui, ça me ressemble beaucoup. Mais comment change-t-on ces croyances ?

Thérapeute : Nous utilisons une méthode appelée le modèle ABC. A pour activateur, l'événement ou la situation dans lequel ou laquelle les difficultés apparaissent : inquiétudes, angoisses, etc. Le C représente justement les conséquences : votre réaction émotionnelle, vos rituels de vérification. Entre les deux le B représente les croyances, *beliefs* en anglais, qui font le lien entre le A et le C, ce sont des croyances irrationnelles qui s'activent automatiquement et qui vous poussent à réagir avec vos rituels.

Léa : Cela semble logique. Mais c'est si automatique pour moi, comment pourrais-je changer cela ?

Thérapeute : Cela nécessite de la pratique. Nous allons travailler ensemble à identifier ces croyances automatiques et à contester leur place et leur importance dans votre fonctionnement.

Cette contestation vise à faire évoluer votre système de pensée vers un fonctionnement plus rationnel, c'est-à-dire plus en phase avec la réalité, avec ce qui est possible de faire ou de ne pas faire.

La REBT s'inscrit dans une approche psychoéducative. Les premières séances représentent le moment le plus approprié pour exposer la méthode thérapeutique au patient. Ainsi, lors de l'échange supra, le thérapeute adopte avec Léa cette approche didactique afin de lui transmettre les principes fondamentaux de la REBT.

Léa : Cela me semble vraiment difficile, car c'est vraiment plus fort que moi. Alors que je sais souvent que c'est irrationnel.

Thérapeute : C'est un défi, oui, mais très réalisable avec de la pratique. Ces TOC sont présents depuis longtemps et, malgré votre prise de conscience de leur irrationalité, ils restent présents dans votre vie. C'est normal, car cette prise de conscience et votre volonté ne suffisent pas pour faire évoluer les choses. C'est ici que la REBT intervient pour vous aider à faire évoluer le système de pensée qui entretient la situation. Des techniques et des exercices seront utilisés pour vous aider à faire évoluer ces cycles d'obsession-compulsion. Vous avez fait un premier pas courageux en venant ici, c'est fondamental pour avancer vers le changement. Nous allons maintenant travailler ensemble pour vous aider à gérer et à réduire ces comportements.

Léa : D'accord. Je souhaite vraiment me sortir de tout ça alors je suis prête à essayer cette méthode.

Thérapeute : Pour cela, dans un premier temps, je vais proposer d'ici notre prochaine séance de faire un relevé de vos vérifications dans le quotidien : une journée lorsque vous travaillez et une journée où vous ne travaillez pas, le week-end par exemple. L'idée est que vous enregistriez tout au long de la journée, dans un carnet, les vérifications que vous faites et tous les comportements qui pourraient ressembler à des TOC. Nous reprendrons ce relevé la prochaine fois pour commencer à avancer dans la compréhension des mécanismes sous-jacents. Il sera utile que vous observiez notamment dans quel contexte ces vérifications se produisent, ce que vous ressentez émotionnellement avant, pendant et après vos vérifications ainsi que ce que vous faites. Ce sont beaucoup d'informations, vous ne pourrez pas détailler toutes vos vérifications de la sorte. Sélectionnez deux ou trois vérifications pour lesquelles vous allez noter ces détails plus précisément. Est-ce que cela vous convient de faire ce relevé ? *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Léa : Oui, très bien, je vais prendre des notes pour la prochaine fois.

Le thérapeute commence par accueillir la patiente et l'invite à décrire son problème. Cette étape cruciale permet de créer un espace sûr pour Léa, où elle peut se sentir écoutée et comprise. Cela facilite également l'identification des comportements problématiques et des situations qui les déclenchent. Le thérapeute évalue l'impact de ces comportements sur la vie de Léa et cherche à identifier les moments où l'envie de vérifier est plus forte. L'accent est mis sur les moments de stress accru, qui semblent exacerber son besoin de

vérification.

Le thérapeute explore les craintes originelles de Léa et comment elles se manifestent dans sa vie actuelle. Cela révèle une transition des peurs reliées à la famille vers des peurs d'erreurs professionnelles. Il reconnaît la difficulté de ces expériences pour Léa, pour témoigner de son empathie quant au vécu de la situation par la patiente, un élément déterminant pour la relation thérapeutique et son engagement dans le changement.

La REBT est présentée comme une modalité de traitement, en expliquant son principe central : ce ne sont pas les événements en eux-mêmes qui perturbent, mais les croyances que la personne entretient à propos de ces événements. Cette prise de conscience est cruciale pour la suite de la thérapie. Le thérapeute poursuit la psychoéducation en se basant sur le modèle ABC pour permettre à la patiente de mieux comprendre son fonctionnement psychique et des éléments sur lesquels va s'appuyer le travail thérapeutique : les situations, les émotions, les comportements et les croyances.

Le thérapeute exprime son propre engagement à travailler avec la patiente pour gérer et réduire ses comportements compulsifs, préparant le terrain pour des interventions thérapeutiques spécifiques de REBT, telles que la contestation des croyances irrationnelles et l'adoption de croyances plus rationnelles et adaptatives. Il valorise la démarche de la patiente et reconnaît le défi que peut représenter ce travail. Léa souffre depuis des années de ses TOC et sait que ces comportements sont irrationnels, ceci explique que les perspectives d'une évolution favorable lui semblent difficiles à envisager.

Ces premiers échanges sont l'occasion pour le thérapeute de modéliser pour la patiente le caractère structuré, empathique et collaboratif de l'approche REBT. En offrant du soutien et de l'acceptation, il prépare Léa à un travail actif et engagé dans le processus de thérapie.

2^e partie : modèle ABC

Extrait du deuxième entretien

Le relevé présenté par Léa révèle d'autres TOC que ceux initialement évoqués autour de son travail.

Thérapeute : En reprenant le relevé ensemble, nous avons vu différents types de TOC présents dans votre vie professionnelle et dans votre vie personnelle. Parmi ceux-ci, lequel serait le plus important à faire évoluer ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Léa : Pour moi, le plus difficile actuellement, c'est vraiment le lavage des mains. Je me suis rendu compte en le notant à quel point cela intervenait dans mon quotidien. En fait, je perds beaucoup de temps avec ça, car je suis obligée de le faire des dizaines de fois par jour. Et ça me fait mal, mes mains sont tout le temps rouges et sèches. J'ai peur des germes et je sens que cette peur prend de plus en plus de place dans ma vie. Je voudrais vraiment commencer par là.

Thérapeute : Pouvez-vous me dire ce qu'il se passe pour vous avant de ressentir le besoin de vous laver les mains ?

Léa : Eh bien, je ressens comme une gêne, l'impression que mes mains sont sales. C'est vraiment une sensation désagréable, presque comme si je sentais que des germes ou des virus étaient sur mes mains.

Thérapeute : Quand on reprend le relevé, on s'aperçoit que c'est la première chose que vous faites en rentrant chez vous. *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Léa : Oui, dès que je referme la porte. D'ailleurs, je la referme en la repoussant avec mon épaule pour ne pas la toucher. Et je fonce dans la cuisine qui est à côté pour me laver les mains. Tout est organisé pour que je puisse me laver les mains en rentrant sans avoir besoin de toucher quoi que ce soit. J'ai même installé un robinet qu'on ouvre avec un levier qu'on touche avec le coude.

Thérapeute : Que ressentez-vous émotionnellement à ce moment-là ?

Léa : Une pression intense avec une forte anxiété. Comme une sorte d'agitation, presque de panique, comme si quelque chose de terrible allait se produire si je ne le faisais pas. C'est comme si je pouvais être contaminée à tout moment. Je me dis que j'ai pu toucher quelque chose avec un virus et que je risque d'être malade. Au moment de la Covid, on nous demandait de désinfecter les surfaces, les tables, les chaises. J'avais déjà peur avant, mais là ça a empiré.

Thérapeute : Et après vous être lavé les mains, comment vous sentez-vous ?

Léa : Soulagée, mais quand je regarde mes mains, cela m'inquiète. À force de les laver ou d'utiliser du gel hydroalcoolique, elles sont abîmées et j'ai peur que cela facilite les contaminations.

Thérapeute : Ce que vous décrivez, Léa correspond à un cycle d'obsession-compulsion. Vous avez une pensée obsessionnelle, la peur de la contamination, qui provoque une anxiété, qui est ensuite temporairement apaisée par un comportement compulsif, le lavage des mains. Mais le soulagement est de courte durée, et le cycle recommence. Êtes-vous consciente de ce cycle ?

Patiante : Oui, je vois que c'est sans fin.

Thérapeute : Est-ce que je peux vous poser une question qui peut-être va vous paraître étrange ou un peu angoissante ?

Patiante : Oui.

Thérapeute : Si on imaginait qu'effectivement vous étiez contaminée par un virus après avoir touché quelque chose ou parce que vous ne vous êtes pas lavé les mains. Qu'est-ce qui vous effraierait le plus dans cette situation ? *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Léa : Oh la la, je ne veux pas être malade.

Thérapeute : Bien évidemment, c'est un souhait bien compréhensible. Si on imagine cependant que cela se produise...

Léa : J'aurais peur de transmettre ça aux autres, d'être responsable de la maladie de quelqu'un d'autre.

Thérapeute : Et si cela se produisait néanmoins ?

Léa : Cela serait horrible d'avoir contaminé quelqu'un.

Thérapeute : Vous avez mentionné que le lavage excessif des mains était actuellement le plus difficile pour vous. Que ce besoin de vous laver les mains était impérieux quand vous veniez de toucher une poignée de porte par exemple. Dans ce moment-là, quand vous venez de toucher la poignée que ressentez-vous ?

Patiente : Je me dis que je suis prisonnière de mes propres peurs. Je me sens *stupide* de ne pas pouvoir contrôler ça.

Thérapeute : Vous ressentez de la stupidité et peut-être de la frustration envers vous-même. Ce sont des réactions compréhensibles. Mais je m'intéresse aussi à ce que vous ressentez émotionnellement, dans votre corps juste après avoir touché la poignée. Est-ce de la peur, de la colère, de la tristesse, ou quelque chose d'autre ? *Le thérapeute ramène la patiente sur son émotion alors qu'elle commence à évoquer un méta-problème sur lequel il reviendra par la suite.*

Patiente : Je me sens anxieuse et effrayée. C'est une peur qui ne me quitte pas.

Thérapeute : Qu'est-ce qui est le plus effrayant pour vous dans cette situation ?

Patiente : J'ai peur des conséquences, de contaminer ma famille. J'ai peur d'être responsable de leur maladie ou de leur souffrance.

Thérapeute : Donc, il y a une grande peur d'être responsable de quelque chose de très grave. Cela semble être une lourde charge à porter.

Patiente : C'est exactement ça. C'est comme un poids énorme.

Thérapeute : À quelles conséquences pour vos proches pensez-vous ?

Patiente : À plein de choses, des maladies comme la gastro, ou des choses pires comme le sida. Des fois, je ne pense pas à une maladie précise, c'est flou, c'est juste l'idée d'un grand malheur et je préfère me laver les mains pour l'éviter. Cela me rassure.

Thérapeute : Et quand vous pensez à la possibilité de contaminer vos proches, qu'est-ce que cela vous fait ressentir sur le plan émotionnel ?

Patiente : Je me sens coupable, même si je sais que c'est irrationnel.

Thérapeute : Coupable de... ?

Patiente : Coupable de ne pas avoir fait quelque chose pour éviter qu'ils soient contaminés.

Thérapeute : La culpabilité est une émotion puissante et peut être très pesante. Cela semble être lié à une croyance que vous avez – que si quelque chose arrivait à vos proches, ce serait de votre faute. Est-ce que cela vous semble juste ?

Patiente : Oui, je sais que c'est illogique, mais je le ressens quand même.

En demandant à Léa de déterminer quel aspect de son TOC elle souhaite prioriser, le thérapeute la guide vers une auto-évaluation fonctionnelle et la rend actrice de sa thérapie. Le thérapeute explore avec précision les situations déclenchantes des compulsions (le lavage des mains) et les

émotions associées. Cette étape est essentielle pour comprendre le processus obsessionnel-compulsif de Léa et pour identifier les croyances irrationnelles qui sous-tendent ces comportements. En explicitant le cycle d'obsession et de compulsion, il aide Léa à reconnaître la nature cyclique de son TOC et la manière dont les compulsions renforcent les obsessions, plutôt que de les résoudre.

En interrogeant Léa sur ses craintes liées à la contamination, le thérapeute cherche à mettre en lumière les croyances irrationnelles qui alimentent son anxiété et ses comportements compulsifs. Lorsque Léa dérive vers un métaproblème (le jugement négatif de son comportement, un A2 à partir du C), le thérapeute la ramène sur son expérience émotionnelle immédiate afin de terminer cette analyse fonctionnelle. Il ne perd pas pour autant de vue la nécessité d'explorer l'émotion seconde.

En reconnaissant et en discutant de la culpabilité que Léa ressent et de son sentiment d'être responsable des malheurs potentiels de sa famille, le thérapeute établit un lien direct entre ses croyances irrationnelles et ses émotions. Enfin, le thérapeute met en évidence l'anticipation de Léa et sa croyance que le soulagement procuré par le lavage des mains est temporaire, exacerbant ainsi son anxiété et renforçant son sentiment d'impuissance.

Le thérapeute revient sur l'émotion qui découle des conséquences de sa compulsion afin de mettre au jour des croyances irrationnelles plus profondes. Ce problème supplémentaire aggrave sans aucun doute le problème initial, rendant sa solution nettement plus difficile. C'est la raison pour laquelle, comme cela est indiqué dans la partie théorique, dans la pratique de la REBT, la stratégie thérapeutique adoptée donne la priorité au problème secondaire avant de s'attaquer au problème primaire.

Thérapeute : Revenons sur un aspect que vous avez partagé après le lavage des mains. Vous avez dit que vous vous sentiez stupide de ne pas pouvoir contrôler cela. Pourriez-vous m'en dire plus ?

Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2

Léa : Oui, je me trouve vraiment stupide de ne pas être capable de contrôler cela. En plus, cela se voit, il suffit de regarder mes mains. Elles sont toutes sèches et craquelées. J'ai parfois tellement honte que j'essaye de les cacher.

Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

Thérapeute : C'est vraiment difficile de vivre ça. Qu'est-ce qui est honteux dans le fait de ne pas pouvoir le contrôler ?

Léa : Ce n'est quand même pas compliqué. Je devrais être capable de le faire. J'ai même honte de venir ici parler de quelque chose d'aussi ridicule. (*Elle a les larmes aux yeux*) Je vous fais

perdre du temps alors qu'il y a des problèmes plus graves que cela.

Thérapeute : Nous ne sommes pas ici pour faire une hiérarchie de la gravité des souffrances. Je vois que cela vous affecte beaucoup. Quand vous en parlez les larmes viennent rapidement, montrant combien cette situation est douloureuse pour vous. Cette souffrance légitime à elle seule votre présence ici et votre démarche. Notre travail ensemble est de vous aider à ne plus être dans une telle douleur.

Léa hoche la tête en séchant ses larmes.

Thérapeute : Est-ce que cela vous convient si nous continuons à explorer cette honte que vous ressentez.

Léa : Oui, ça va aller.

Thérapeute : Vous disiez que vous devriez être capable de contrôler votre comportement. Pourquoi devriez-vous ?

Léa : Ce n'est pas comme si je ne connaissais pas le problème ou que c'était compliqué.

Thérapeute : Et donc...

Léa : Quand on sait quoi faire, on doit le faire.

Thérapeute : Vous dites « quand on sait quoi faire, on doit le faire. » Sinon quoi ? Quel est le problème de ne pas faire quand on sait le faire ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Léa : On est nulle. On manque de courage, de volonté.

Thérapeute : Donc vous croyez que « quand on ne fait pas ce qu'on doit faire, on est nulle. »

Léa : Oui, exactement. Je sais que cela peut paraître ridicule dit comme cela, mais, en même temps, c'est ce que je pense.

Dans cet extrait, la démarche du thérapeute s'articule autour de l'identification des croyances irrationnelles de Léa. En reconnaissant que Léa se sent « stupide » et « honteuse », le thérapeute cherche à comprendre le lien entre ces émotions et les croyances sous-jacentes qui les alimentent. Pour cela, il fait preuve d'empathie et de validation des émotions de Léa sans pour autant renforcer ses croyances irrationnelles.

En posant la question « Pourquoi devriez-vous être capable de contrôler votre comportement ? », le thérapeute explore la croyance irrationnelle fondamentale de Léa, exigeante envers elle-même. Cela conduit Léa à révéler une nouvelle exigence personnelle et une croyance irrationnelle d'auto-évaluation.

La verbalisation par le thérapeute des croyances irrationnelles de la patiente favorise chez cette dernière une prise de conscience de l'irrationalité de ses pensées.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de

l'évaluation :

Tableau 25. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Léa rentre chez elle	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Mes mains sont sales Je sens qu'elles sont sales. Si je ne les lave pas, je vais être malade Je vais transmettre des virus à d'autres personnes</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>Je <i>dois</i> éviter de faire du mal aux autres</p>	<p><i>Émotions :</i> Peur, angoisse</p> <p><i>Comportements :</i> Comportements compulsifs : se laver les mains de manière excessive</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>+ : Soulagement d'avoir les mains propres – : Mains devenues rouges, craquelées et douloureuses</p>
A2 (activateur)	B2 (pensées et croyances)	C2 (émotions, comportements, conséquences)
Léa s'est lavé les mains de manière compulsive	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Je suis <i>stupide</i> de ne pas pouvoir contrôler cela</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>Je <i>devrais</i> être capable de le faire Quand on sait quoi faire, on <i>doit</i> le faire Quand on ne le fait pas on est <i>nulle</i>, on manque de courage, de volonté</p>	<p><i>Émotions :</i> Honte, frustration</p> <p><i>Comportements :</i> Dissimule ses mains au regard des autres</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>+ : Éviter le supposé jugement des autres – : Attitudes et contorsions pour cacher ses mains, préoccupations permanentes</p>

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Après plusieurs séances, et au cours d'un exercice pratique utilisant le modèle ABC, la thérapie progresse nettement plus rapidement car la patiente a intégré le modèle. Le thérapeute et la patiente identifient à nouveau la même croyance sous-jacente.

Thérapeute : Parlons de la croyance que « quand on sait quoi faire, on doit le faire ». Où est-ce écrit qu'il est important de toujours faire ce que l'on sait devoir faire ? *Étape 9 : contester les*

croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique

Léa : Parce que je crois que c'est ce qui est attendu de moi en tant que professionnelle. Si je sais comment réaliser quelque chose, je me sens obligée de le faire à la perfection.

Thérapeute : Vous ressentez donc une obligation à faire les choses parfaitement parce que vous connaissez la manière de les faire. Quel est le lien, selon vous, entre savoir quoi faire et l'obligation de le faire parfaitement ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Léa : Eh bien, si je fais quelque chose, je pense que ça doit être fait correctement. Et dans mon esprit, « correctement » signifie sans erreur, c'est-à-dire parfaitement.

Thérapeute : Je comprends votre point de vue. Cependant, pouvons-nous réfléchir à l'idée que même en sachant comment faire quelque chose, cela ne nous oblige pas nécessairement à la perfection ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Léa : C'est difficile pour moi de l'accepter... mais je suppose que c'est vrai. Savoir ne signifie pas que l'exécution sera parfaite.

Thérapeute : Exactement. Avez-vous déjà observé quelqu'un, peut-être un collègue ou un écrivain que vous admirez, qui a réussi sans être parfait ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – empirique et style socratique*

Léa : Oui, j'ai des collègues qui font des erreurs, mais qui sont toujours appréciés et dont le travail est valorisé.

Thérapeute : Alors, si eux peuvent être valorisés sans être parfaits, est-il possible que vous puissiez l'être aussi ?

Léa : C'est logique, même si c'est difficile à intégrer. Peut-être que je n'ai pas besoin d'être parfaite pour être appréciée et réussir.

Thérapeute : Et que se passerait-il si vous acceptiez l'idée que vous pouvez réussir sans être parfaite ?

Léa : Je... Je pense que je serais moins stressée et plus productive. Je passerais moins de temps sur des détails insignifiants.

Thérapeute : Finalement, ce que vous vous dites, c'est que votre recherche de perfection donc de bien faire s'avère être contre-productive. En cherchant à faire parfaitement, vous perdez du temps et n'atteignez pas en fin de compte vos objectifs.

Léa : Oui, c'est effectivement contradictoire.

Le thérapeute utilise le questionnement systématique pour guider Léa à travers un processus de réflexion critique et créative. Avec les questions ouvertes, il encourage Léa à examiner en profondeur ses croyances personnelles. Par exemple, au lieu de simplement lui demander si la perfection est nécessaire, il lui demande de réfléchir au lien entre le savoir et l'obligation de faire parfaitement les choses. Les questions posées par le thérapeute visent à explorer les raisonnements de Léa concernant ses croyances sur la perfection. Elles l'amènent à justifier sa position et à

examiner les implications de son exigence de perfection sur sa productivité et son bien-être.

Le thérapeute répond aux réponses de Léa avec des questions supplémentaires, notamment en l'amenant à envisager la possibilité de réussir sans perfection. Le thérapeute fait attention à utiliser les questions du type « Pourquoi ? » avec précaution, pour éviter que Léa se sente blâmée ou jugée. De plus, le thérapeute entrecoupe ses questions avec des réponses empathiques, comme lorsque Léa admet trouver difficile d'accepter l'idée de ne pas devoir être parfaite, le thérapeute valide sa difficulté avant de poursuivre le questionnement.

Enfin, le thérapeute vise à atteindre un objectif thérapeutique clair avec chaque question dans le but de contester et disputer les croyances irrationnelles de Léa concernant la perfection. L'entretien vise à la conduire à une prise de conscience que sa quête de perfection peut être contre-productive, ce qui est une découverte paradigmique pour Léa dans son processus thérapeutique.

Thérapeute : Considérant ce que nous venons de discuter, comment pourriez-vous reformuler votre croyance initiale pour qu'elle devienne plus rationnelle et moins contraignante pour vous ?

Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles

Léa : Je pourrais me dire « quand je sais quoi faire, je souhaiterais le faire parfaitement mais si ce n'est pas le cas, cela peut quand même aller. »

Thérapeute : Et comment vous sentez-vous en envisageant cette nouvelle perspective ?

Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E

Léa : Cela me soulage un peu, même si j'ai du mal à imaginer mettre cela en pratique.

Thérapeute : Comprendre et accepter cette idée est déjà un grand pas. Pourriez-vous penser à un petit exercice, une situation concrète, où vous pourriez expérimenter cette nouvelle croyance sans viser la perfection ?

Étape 12 : proposer des exercices et renforcer

Léa : Peut-être lors de la préparation de mon prochain texte. Je pourrais me concentrer sur le fait de le rendre complet et informatif, sans passer des heures à peaufiner chaque phrase. En tout cas, me donner une limite de temps à ne pas dépasser.

Thérapeute : Comment vous sentez-vous à l'idée d'essayer cela ?

Léa : Curieuse et un peu anxieuse, mais prête à essayer. Je vois l'intérêt de changer ma manière de penser.

Thérapeute : C'est tout à fait normal. N'hésitez pas à apporter vos observations lors de notre prochaine séance. Cela nous permettra d'ajuster si nécessaire et de continuer à travailler sur l'acceptation de votre imperfection.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 26. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Léa s'est lavé les mains de manière compulsive	<p>Pensées automatiques et inférences : Je suis <i>stupide</i> de ne pas pouvoir contrôler cela</p> <p>Croyances irrationnelles : Je <i>devrais</i> être capable de le faire</p> <p>Quand on sait quoi faire, on <i>doit</i> le faire</p> <p>Quand on ne le fait pas on est <i>nulle</i>, on manque de courage, de volonté</p>	<p><i>Emotions</i> : Honte, frustration</p> <p><i>Comportements</i> : dissimile ses mains au regard des autres</p> <p><i>Conséquences</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> + : Éviter le supposé jugement des autres - : Attitudes et contorsions pour cacher ses mains rouges, craquelées et douloureuses <p>Préoccupation permanente</p>	<p>Type logique et style socratique</p> <p>Pourquoi pensez-vous qu'il est important de toujours faire ce que l'on sait devoir faire ?</p> <p>Quel est le lien, selon vous, entre savoir quoi faire et l'obligation de le faire parfaitement ?</p> <p>Type empirique et style socratique</p> <p>Avez-vous déjà observé quelqu'un, peut-être un collègue ou un écrivain que vous admirez, qui a réussi sans être parfait ?</p>	<p>Croyances rationnelles : Quand je sais quoi faire, je souhaiterais le faire parfaitement mais si ce n'est pas le cas, cela peut quand même aller</p> <p>Émotions efficientes : Moins anxieuse</p> <p>Comportements efficents : Se donner une limite de temps sur les tâches au travail</p> <p>Conséquences : Soulagement, sérénité</p>

Conclusion

Dans le cadre du travail thérapeutique avec Léa, le processus d'intégration d'une croyance rationnelle plus souple s'est amorcé, remplaçant progressivement la pression qu'elle s'imposait pour la perfection. Confrontée à l'exigence irrationnelle de devoir être parfaite dans son rôle professionnel, Léa a commencé à reconnaître l'impact négatif de cette croyance sur son

bien-être et sa productivité.

La prise de conscience de Léa et son acceptation de l'imperfection marquent un tournant dans sa thérapie. La mise en place d'un exercice concret, celui de préparer un texte avec une limite de temps et sans révisions excessives, représente une application pratique de sa nouvelle croyance rationnelle. Ce type d'exercice comportemental lui permettra de faire l'expérience directe des avantages d'une telle approche, notamment en termes de réduction du stress et d'accroissement de l'efficacité.

Le suivi des réactions émotionnelles de Léa et des retours sur son travail lui fournira des données précieuses pour évaluer l'efficacité de la nouvelle croyance. Cela permettra également d'identifier toute persistance de croyances irrationnelles, ouvrant la voie à une contestation plus approfondie si nécessaire. Le défi principal pour Léa sera de maintenir cette nouvelle perspective face aux critiques, en se rappelant que l'imperfection est une partie naturelle de l'expérience humaine et n'a pas de lien avec son humanité qui est inconditionnelle.

Le dialogue thérapeutique a également souligné l'importance de la flexibilité cognitive, en reconnaissant les émotions de curiosité et d'anxiété face au changement, et en encourageant Léa à observer les changements sans autocritique excessive. L'accent est mis sur l'apprentissage et le progrès plutôt que sur la perfection, une leçon essentielle non seulement pour la patiente mais également pour sa pratique professionnelle.

En somme, la thérapie avec Léa est un processus dynamique et en cours, où l'évaluation continue de ses croyances et comportements sera cruciale pour ancrer les croyances rationnelles et améliorer son bien-être général.

5 COLIN ET SON ADDICTION

Colin est homme de 52 ans, fils unique, célibataire, sans enfant. Il est originaire de Normandie où il a reçu une éducation stricte de parents exigeants et peu expansifs. Il est revenu y vivre depuis peu, après avoir vécu à Paris pendant une trentaine d'années. Il continue d'y travailler, du lundi au vendredi, comme concepteur-rédacteur dans une boîte de communication. Il dit adorer son activité et d'y être « très bon », car se décrit comme sérieux,

travailleur, rigoureux avec un bon relationnel. Il se définit aussi comme un fêtard de longue date, très sociable, sauf plus jeune, avec la gent féminine, au contact de laquelle il était très inhibé. Il trouvait, alors, dans l'alcool, un allié efficace. Cette difficulté est dépassée depuis longtemps. Il n'a jamais voulu fonder de famille. Il ne souffre d'aucun trouble psychiatrique, n'a aucun traitement et ne semble pas avoir un trouble de la personnalité. Par ailleurs, il fume du tabac, mais ne souhaite pas arrêter, et du cannabis à de rares occasions. Il ne consomme pas d'autres substances psychoactives et ne décrit pas d'addiction comportementale.

Son problème, comme il le dit, c'est l'alcool. Les premières consommations ont lieu à l'âge de 15 ans dans des contextes festifs puis lorsqu'il est étudiant, il consomme plusieurs fois par semaine à type alcoolisation ponctuelle importante (*binge-drinking*), à la recherche d'un effet euphorisant et d'une désinhibition. Il décrit de nombreux « black-out » dès cette époque. Ces consommations excessives deviennent régulières, mais pas journalières. À l'âge de 30 ans, cela devient quotidien. En sus de ses consommations dans le cadre professionnel (invitations de clients au restaurant ou à des cocktails), il prend l'habitude de consommer seul à la sortie du travail. À l'âge de 40 ans, les consommations sont quotidiennes. Le midi et le soir, de l'ordre de 7 à 8 unités standards d'alcool par jour ce qui correspond à un peu plus d'une bouteille de vin. À l'âge de 48 ans, il consomme le matin pour soulager les symptômes de manque. C'est alors qu'il prend conscience des conséquences négatives de ces consommations. À 50 ans, c'est une mise à pied au travail ainsi que de nombreuses remarques de la part de ses collègues qui le décident à débuter un suivi en addictologie. Il fait une cure hospitalière puis une postcure sur 2 mois. S'ensuivent 5 mois d'abstinence où il s'investit « corps et âme » dans son travail tout en appliquant quelques stratégies comportementales : éviter les bars, changer ses itinéraires, pratiquer la sophrologie quotidiennement. De cette période, il note plusieurs bénéfices pendant les 3 premiers mois : le fait d'être encore plus actif et plus performant au travail, un bien-être physique, et une meilleure alimentation. Arrêté pour « surmenage et épuisement » par son médecin, il part en cure thermale par le train. Pendant le voyage, il reprend des consommations qui sont d'emblée massives, il décrit d'ailleurs une ivresse pathologique avec hallucinations. Il rencontre le médecin du centre de cure thermale, qui lui prescrit 10 jours de traitement pour se sevrer, à la suite de quoi, il est à nouveau abstiné pendant 3 mois. Puis, progressivement, c'est la reprise.

Quand il rencontre le thérapeute, Colin alterne consommations « contrôlées » en semaine (une demie à 2 bouteilles de vin par soir) et consommations « aléatoires » le week-end (de 0 à 4 ou 5 bouteilles par jour). Il est encore ambivalent, trouvant du plaisir dans l'ivresse mais craignant ces mises en danger physiques et les répercussions psychologiques. Il est étonné de pouvoir se passer d'alcool plusieurs jours certaines semaines sans présenter de signe de dépendance physique. Il constate néanmoins que les doses n'ont cessé d'augmenter, ce qui l'inquiète car il craint de retrouver les quantités consommées avant sa cure.

Son objectif final est de réinstaller une abstinence en semaine et une consommation « plus raisonnable » le week-end, qu'il évalue à une bouteille de vin par jour. Il ne comprend pas ce qui fait qu'il puisse déraper à tout moment « sans logique apparente » et avoir des consommations massives. Il décide d'abord de se focaliser sur la semaine pour préserver son emploi.

Les deux premiers entretiens permettent de faire connaissance, de circonscrire le problème, de refaire l'historique de son trouble, de mettre en place un repérage des situations à risques, puis de lister et de réappliquer les stratégies efficaces que Colin connaît et qui ont toujours été aidantes. Des points de psychoéducation sur l'ambivalence humaine et les articulations entre comportements, cognitions et émotions sont faits. Colin est vivement intéressé et demande des lectures.

Dès le second entretien, Colin est abstinente en semaine, expliquant que celle-ci est bien remplie, bien structurée et qu'il reprend l'habitude de ne pas consommer. Confiant, Colin est persuadé que ce sont également ses habitudes et la non-planification de ses week-ends qui expliquent les dérapages. Il décide de les structurer en faisant des choses qui ont du sens pour lui : aller se baigner à la mer, passer du temps avec ses parents, voir des amis proches qui ont des consommations modérées, réutiliser les techniques apprises en sophrologie, faire des travaux dans sa maison avec son père... etc. Les week-ends qui suivent sont beaucoup moins alcoolisés. Colin est satisfait, il se rapproche de son objectif, l'atteint même un week-end. En revanche, le thérapeute pointe qu'il est accompagné la plupart du temps et que les consommations grimpent les jours où il est seul, sauf s'il a ramené du travail. Colin est très intéressé par tout cela, mais n'est pas très participatif dans l'exploration des situations activatrices avec le modèle ABC où sa consommation grimpe. Il réfléchit beaucoup, théorise, fait des liens mais

n'approfondit rien. C'est l'été, il fait beau et tout compte fait, cela se passe comme il veut, son objectif se maintient... Il souhaite espacer les séances. L'été se passe avant qu'il ne vienne, un lundi de septembre, fatigué, les yeux très cernés...

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Thérapeute : Vous avez le visage marqué, vous semblez épuisé.

Colin : Oui, c'est le cas. Je vais vous expliquer.

Thérapeute : Allez-y, je vous écoute. *Étape 1 : inviter le patient à décrire son problème*

Colin : Les week-ends. C'est n'importe quoi. Ça ne va plus du tout.

Thérapeute : Actuellement, quel est votre objectif de consommation ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Pour les problèmes comportementaux, il est essentiel de demander l'objectif de changement comportemental très tôt. En effet, si le patient est encore ambivalent, l'objectif sera flou, peu circonscrit dans le temps et l'espace, il pourra également souffrir de nombreuses exceptions. Dans ce cas, un travail motivationnel sera plus indiqué. En revanche, si le patient est déterminé, l'objectif énoncé permettra de préciser les situations problèmes à travailler avec l'approche REBT.

Colin : Jusqu'à maintenant je voulais contrôler. Ne boire qu'une bouteille de vin le week-end mais ça ne marche pas. Y a de plus en plus de week-ends où je finis ruiné, complètement dépressif. Je suis en fœtus dans mon lit et j'ai encore envie de boire. J'ai bu à mort tout le week-end, et j'ai encore envie de boire !

La réponse de Colin est floue. Il énonce son précédent objectif (ne consommer qu'une bouteille de vin par week-end), décrit les conséquences en fin de week-end mais ne dit rien des autres jours de la semaine. De plus, le week-end peut commencer à différent jour selon les personnes. Le thérapeute va donc chercher à faire préciser ces points.

Thérapeute : Et en semaine, comment cela se passe ?

Colin : Je ne bois toujours pas. Je suis à Paris, je bosse. Je maintiens mes routines. Je ne vais toujours pas dans les troquets, j'ai changé mes itinéraires et quand je suis au boulot, c'est le boulot ! De toute façon, je ne me donne pas le choix : mon patron est au courant et mes collègues aussi donc si je dérape ou que j'arrive et que je sens l'alcool ça va mal se passer. Ils ont été compréhensifs la première fois, mais je sais bien que faut pas que je dérape. En plus, vous le savez, j'adore mon taf. Je n'ai pas envie de faire de la merde.

Thérapeute : Si je comprends bien, c'est le week-end qui vous pose problème.

Colin : Oui, en semaine, vraiment, ça va. J'ai peu d'envies et elles passent vite. Non, c'est le week-end. Ça va me tuer un jour.

Thérapeute : Quand commence le week-end pour vous ?

Colin : Le vendredi soir.

Thérapeute : Vous souhaitez donc... ?

Colin : Ne plus boire vendredi, samedi, dimanche.

L'objectif se précise. Ne consommant pas la semaine et ne voulant plus consommer le week-end, Colin vise, de fait, une abstinence totale. Pour les problèmes comportementaux, il est important de collecter toutes les stratégies efficaces que la personne utilise et/ou a utilisées dans le passé qui lui ont permis de modifier son comportement. Celles-ci peuvent, la plupart du temps, être réappliquées. En effet, nombre de personnes ayant vécu une rechute laissent tomber tout ou partie de leurs stratégies qu'elles pensent rétrospectivement inefficaces, du fait qu'elles ne les ont pas protégées de ladite rechute. Le thérapeute va donc explorer les autres jours de la semaine.

Thérapeute : Vous avez mis en place à Paris des stratégies très efficaces qui font que vous ne consommez pas et que vous avez peu d'envies. Comment se fait-il que ces stratégies ne fonctionnent pas le week-end ?

Colin : Bah, déjà il n'y a pas le boulot. Je fais ce que je veux, je n'ai pas de contraintes le lendemain. Je ne suis pas obligé d'être en forme, j'ai pas d'horaires, personne pour me dire quoi que ce soit et puis... le week-end, c'est fait pour décompresser !

Thérapeute : Tout ce que votre travail à Paris vous impose de facto... Assurer dans votre travail vous motive vraiment beaucoup.

Colin : Oui, clairement.

Thérapeute : Nous avions vu que vous pouviez ramener du travail le week-end. Comment cela se passe avec l'alcool ces week-ends-là ?

Colin : Bah... les fois où j'ai dû ramener du boulot urgent chez moi, le week-end, j'ai pas bu une goutte... En fait, quand je suis dans le boulot, la question ne se pose même pas.

Thérapeute : OK, toujours le boulot qui vous motive. Vous me disiez lors des précédents entretiens, que faire des choses qui ont du sens pour vous était très efficace. Vous parlez également de distractions pour dépasser les envies...

Colin : Oui je sais. C'est ce que j'ai fait en achetant une maison près de la mer. J'en rêvais depuis longtemps et pendant le Covid, où je m'étais exilé chez mes parents, je me disais : « Retourne en Normandie, essaye de trouver une maison près de la mer où tu pourras tout faire à vélo ». Je l'ai fait ! Je l'ai choisie, elle est super, elle est exactement comme je voulais. Le coin est sympa, je peux, comme je le voulais, me déplacer à vélo. J'ai quelques travaux à faire pour l'améliorer, l'agencer comme je veux. J'ai invité mes amis. Ils viennent de bon cœur. Déjà, parce que ce sont mes amis et je pense, sans trop me tromper, qu'ils m'apprécient ! Mais aussi, venir sur la côte normande sans avoir à payer quoi que ce soit... ça ne se refuse pas !

Thérapeute : Quand vous en parlez, vous êtes hyper enthousiaste ! Et les distractions ?

Colin : Quand j'ai bu, je n'ai envie de rien... Je dirais même, quand j'ai envie de boire j'arrive pas à me distraire.

Thérapeute : Donc, votre objectif est de ne pas consommer les week-ends où vous n'avez pas à travailler. Les week-ends « décompression » comme vous dites ? (Sourire)

Colin : (Rire) Oui, c'est ça. Je le veux vraiment mais après avoir picolé tout le vendredi soir, je me réveille tard le samedi, explosé. Je suis pas motivé, je rebois un peu pour m'aider et je suis pas bien non plus, j'ai envie de rien, tout me fait chier, je me dis que je suis un con d'avoir picolé et puis je pars m'acheter des bouteilles à la supérette et puis là, après, c'est n'importe quoi.

L'objectif est précisé. Colin souhaite ne pas consommer les week-ends où il ne travaille pas chez lui et précise que les consommations du vendredi conditionnent le reste du week-end. Le thérapeute et Colin vont pouvoir commencer à évaluer les situations déclenchantes A. Sur la totalité des vendredis soirs, le thérapeute va essayer de circonscrire les situations réellement activatrices de cet ensemble. Cela permet de dégager des contextes et des stratégies qui « protègent » Colin et d'autre part, cela permet de préciser les caractéristiques du A face auquel Colin rechute.

2^e partie : modèle ABC

Thérapeute : Vous est-il arrivé de ne pas commencer à boire le vendredi ? Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A

Colin : Oui. Par exemple, j'ai déjà été directement chez mes parents en rentrant de Paris. Ils habitent à 10 bornes de ma maison. Ça l'a fait. Je mange avec eux, je vais me coucher et je bois pas, l'envie est là mais pas trop forte. Mais bon, en même temps je sais que le lendemain je suis chez moi avec personne pour m'empêcher de quoi que ce soit !

Thérapeute : Et...

Colin : Oh, bah c'est toujours la même chose. Quand je commence je ne peux plus m'arrêter jusqu'au dimanche.

Thérapeute : Comment se fait-il que vous arriviez à stopper le dimanche, seul, alors que vous ne semblez pas maîtriser votre consommation vendredi et samedi ?

Colin : Là, y'a le boulot le lendemain. Alors j'arrête aux forceps !

Thérapeute : OK, si je comprends bien, la situation à risque c'est le premier verre pendant un week-end « décompression », seul, chez vous, en Normandie, sans ami et sans boulot.

Le thérapeute précise la situation qui, pour Colin, amorce une consommation vécue, ensuite, comme incontrôlable. En théorie, la décision de boire se joue à chaque verre mais Colin ne se représente pas la chose de cette manière. Pour lui, passer le premier verre la consommation est vécue comme incontrôlable, irrépressible. Le thérapeute décide d'aborder ce point plus

tard pour se focaliser sur la situation désignée comme cruciale par Colin.

Colin : Exactement.

Thérapeute : OK. Pouvez-vous me décrire la dernière fois où cela est arrivé ?

Colin : Oui, pas de problème, c'était vendredi dernier. J'avais invité un ami à venir passer le week-end avec moi, je sais qu'il ne boit pas donc pour moi c'était rassurant. Dans ces cas-là, je bois pas, ça passe. Donc, après le boulot, je suis allé directement à la gare pour descendre en Normandie. J'avais des pensées d'alcool, du *craving* quoi, mais léger. Dans le train, pas de problème, j'ai bouquiné et c'est passé. En fait, jusque chez moi, c'était là, j'y pensais de temps à autre, mais rien d'inquiétant.

Thérapeute : OK, jusqu'ici tout va plutôt bien.

Colin : Oui ! (*Sourire*) Après je sais pas. Tout s'est enchaîné très vite, j'ai déconné, j'ai picolé et après ça a été n'importe quoi...

Colin fait un survol de la soirée mais ne détaille rien. Le thérapeute va le recentrer sur les événements de la soirée pour cibler le A.

Thérapeute : Excusez-moi, vous m'expliquiez étape par étape votre voyage de Paris à chez vous et globalement, tout se passait bien. Pouvez-vous continuer à me décrire l'enchaînement des événements s'il vous plaît ?

Le thérapeute cherche le moment précis où les pensées d'alcool, l'envie de boire est apparue comme irrépressible pour Colin : le moment de bascule entre une envie et le comportement de consommation.

Colin : Oui oui ! Donc j'arrive chez moi il est quoi... 20 heures, j'allume le chauffage, je range mes affaires, je prépare la chambre d'ami et je reçois un message, justement de mon ami, qui me dit qu'il va devoir annuler sa venue pour un pépin familial. Je suis déçu. Mais bon, rien de grave. Et puis j'ai toujours cette envie qui est là et je sens bien qu'elle monte. Je me dis que je vais manger mais je n'ai pas faim. Je retourne dans le salon, il fait nuit, l'ambiance est morne, les lumières sont glauques, faut vraiment que je les change ! En même temps j'ai encore plein de choses à changer ! J'ai pas mal de boulot qui m'attend...

Colin dévie sur autre chose, il semble éviter de s'immerger dans la situation.

Thérapeute : Excusez-moi, peut-on revenir sur les événements ?

Colin : Oui oui pardon...

Thérapeute : Donc, vous êtes chez vous vendredi soir, dans le salon, dans une ambiance morne et glauque, vous avez des pensées d'alcool, une envie de boire qui augmente et votre week-end avec votre ami est annulé et...

Le thérapeute re-immerge Colin « dans » la situation pour l'activer émotionnellement et ainsi favoriser la détection de ses « cognitions chaudes » qui orientent son vécu émotionnel et/ou le comportement de consommation,

qui est le comportement problème cible.

Colin : Oui c'est ça, ambiance pas glop du tout. Je suis pas bien, je sais pas si c'est de l'angoisse ou autre chose mais là, c'est con, mais je me dis qu'un verre me ferait du bien. En même temps je me suis promis de ne pas boire... Si mon ami était venu y aurait pas eu de problème. Je ne bois jamais quand il est là. Je comprends pas...

Thérapeute : Vous vous sentez comment à ce moment-là ? Vous dites : « pas glop du tout ». Vous ressentez quoi ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Colin : J'suis pas bien, je suis stressé.

Thérapeute : Vous avez un craving, vous avez décidé de ne pas boire et vous ressentez du stress ?

Colin : Oui, c'est ça. J'ai cette putain d'envie, je lutte et ça me stresse.

Thérapeute : Qu'auriez-vous envie de faire quand vous ressentez ce stress face à la lutte engagée pour ne pas boire alors que vous avez envie de boire ?

Le thérapeute se sert de la tendance à l'action, composante du processus émotionnel, pour mieux définir l'émotion précise derrière le terme « stress ».

Colin : Me barrer, être téléporté je sais pas où, mais que ça s'arrête !

Thérapeute : Pouvoir fuir cette situation frustrante où vous devez lutter contre ces envies d'alcool ?

Colin : Oui, exactement.

La fuite souhaitée par Colin oriente le thérapeute vers l'anxiété. Son hypothèse forte est que l'émotion ressentie est de l'anxiété liée à l'inconfort d'être frustré de ne pas boire. Il va alors soumettre son hypothèse à Colin.

Thérapeute : A ce moment-là, pourrait-on dire que vous ressentez de l'anxiété à l'idée d'être dans l'inconfort du fait de devoir lutter contre ce craving ?

Colin : Oui.

L'émotion en C est constituée. Le thérapeute va alors vérifier le lien entre A et C.

Thérapeute : Si je comprends bien : vous avez décidé de ne pas boire vous avez des pensées d'alcool et vous ressentez une anxiété, un « stress » comme vous dites. C'est bien cela ?

Colin : Carrément.

Colin valide l'hypothèse soumise par le thérapeute. L'élément crucial de A est la frustration de ne pas boire alors que l'envie est présente. La conséquence émotionnelle en C est l'anxiété d'inconfort. Ce concept, central

en REBT, n'est pas évident pour les patients. Pour qu'ils puissent l'assimiler, un point psychoéducatif est primordial. En effet, l'impact de l'intolérance à la frustration est vite éliminé ou non perçu par les patients en ayant le comportement problème ciblé, en « craquant ». Ils ne remarquent pas clairement les sentiments éprouvés quand ils ne peuvent obtenir un soulagement ou une satisfaction immédiate.

Thérapeute : Ce que vous venez de décrire me fait furieusement penser à ce que nous appelons une anxiété d'inconfort en REBT : votre confort est menacé en ce début de week-end, vous voulez absolument être confortable dans ce contexte et c'est horrible pour vous que cela ne se passe pas comme ça.

Colin : Je suis frustré quoi !

Thérapeute : Techniquement, la frustration n'est pas une émotion. Elle fait référence au blocage de ses objectifs. Mais, je vois ce que vous voulez dire. Disons que l'anxiété d'inconfort est la conséquence émotionnelle d'un refus total, par la personne, de vivre certaines situations frustrantes pour elle. Si celles-ci arrivent quand même, c'est vécu comme une catastrophe.

Colin : Oui, je vois...

La démarche classique en REBT voudrait que le thérapeute cherche ensuite les éventuelles émotions secondes ou méta-problèmes. Mais à la suite de ce point de psychoéducation, il opte pour interroger les cognitions de Colin face à la situation frustrante vécue pour que celui-ci comprenne mieux, à partir de son propre vécu, ce qui alimente son anxiété d'inconfort et puisse ainsi, mieux adhérer au modèle.

Thérapeute : Par exemple, vous. Qu'est-ce que vous vous dites face à cette situation frustrante de vendredi soir qui vous fait ressentir cette anxiété d'inconfort ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Colin : Que je vais passer une soirée de merde. Que je vais galérer, que je vais me faire chier !

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous rend si anxieux à l'idée de passer une soirée de merde et de vous faire chier ?

Colin : J'ai besoin de me détendre le week-end ! Je veux juste être bien ! Et là j'ai envie de rien ! J'ai envie de boire et je me l'interdis, faut pas. C'est un peu de la torture mentale vous voyez ?... Je sais pas si vous vous rendez compte ? ! *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Thérapeute : Je pense comprendre.

Ce chaînage inférentiel a permis de récolter au moins deux croyances irrationnelles que le thérapeute décide de ne pas contester tout de suite ; il souhaite d'abord avoir l'enchaînement des événements menant à la rechute. En conséquence, le A et le C précédemment décrits deviennent, dans les faits, A1 et C1. Le thérapeute place C1 en A2 et interroge les cognitions en B2

pour accéder aux conséquences émotionnelles et/ou comportementales en C2. Il fait très attention aux comportements verbaux, paraverbaux et non verbaux pour mieux circonscrire l'émotion.

Thérapeute : Que vous dites-vous d'être si anxieux face à cet inconfort ? Que vous dites-vous face à cette « torture mentale » ? *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Colin (*yeux froncés, hausse le ton, débit de parole accéléré, se redresse torse un peu bombé, mains agitées dans des postures d'agacement...)* : Ça me prend la tête !

Thérapeute : Êtes-vous en colère ?

Colin : Mais carrément ! Je supporte pas d'être comme ça ! C'est horrible ! *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions + Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Colin enchaîne de lui-même, emporté par sa colère, sur ses cognitions en B2 (dans ce type de situation, le thérapeute doit être prêt à accélérer sa prise de notes !). Il énonce même deux croyances irrationnelles d'un jet ainsi que le comportement problème cible. Le thérapeute est face à un choix. La démarche « orthodoxe » en REBT obligeraient le thérapeute face à un problème primaire (l'anxiété d'inconfort) et un problème secondaire (la colère et la consommation d'alcool) de demander au patient lequel il souhaite travailler. Mais, dans l'approche des problèmes dits comportementaux en REBT, telle que l'addiction, travailler le « pré-C » (le A et le B qui précèdent le C comportemental ciblé) est la stratégie indiquée.

Thérapeute : Et vous vous dites... *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Colin : Qu'il faut que j'me calme ! Qu'il me faut un verre, que j'ai besoin d'un verre ! *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Thérapeute : Et donc...

Colin : Je me dis que ce sera que ce soir. Je me suis dit que le reste du week-end ce sera « diet » oui c'est con, je sais très bien que quand je commence comme ça, ça ne s'arrête pas !

Thérapeute : Et donc...

Colin : Bah, je vais chercher ma bouteille de vin et je me sers un verre et après ça s'enchaîne...

Le C2 comportemental est précisé. C'est le comportement cible de l'intervention. Pourtant, le thérapeute décide, de nouveau, de ne pas contester tout de suite les croyances irrationnelles en B2. Il souhaite explorer le « post-C », les croyances irrationnelles en B3 qui semblent orienter une nouvelle consommation en C3 (« ça s'enchaîne »).

Thérapeute : Que vous dites-vous une fois que vous craquez ? *Étape 5 : rechercher et évaluer les*

répercussions secondaires du trouble

Colin : Je me dis : « T'es vraiment un con ». Que je suis faible, je craque facilement. Que je ne suis pas guéri. (*Débit de parole ralenti, volume sonore bas, baisse les yeux, mains inertes*) *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Thérapeute : Que ressentez-vous en vous disant cela ?

Colin : Je suis pas fier. Ça me déprime de ne pas savoir gérer. Je suis faible.

Colin semble ressentir de la honte et/ou de la culpabilité (« Je suis pas fier »), de la dépression et évoque un jugement global de sa valeur (« Je suis faible »), qui est une croyance irrationnelle, une cognition, mais pas une émotion. Le thérapeute cherche alors à bien faire labelliser ses émotions par Colin.

Thérapeute : Que ressentez-vous quand vous vous dites ne pas être fier de vous.

Colin : Que je suis faible.

Thérapeute : Ça c'est votre jugement sur vous, c'est une pensée, pas une émotion. Que ressentez-vous dans vos tripes ?

Le thérapeute oriente l'attention de Colin sur ses ressentis physiques en mettant l'emphase sur ceux-ci.

Colin : J'ai honte d'être faible (*rougit légèrement*).

Thérapeute : OK, c'est de la honte.

Colin : Oui, c'est ça, j'ai honte de moi, là.

Thérapeute : Vous avez aussi dit : « je suis faible ». Je ne pense pas que ce soit vrai, en fait, je n'en sais rien ! Mais imaginons que vous soyez réellement « faible » dans cette situation. Que ressentez-vous ?

Le thérapeute formule sa question au présent pour éviter que Colin ne réfléchisse, « sur », la situation en intellectualisant mais focalise son attention sur ses ressentis « dans » la situation.

Colin : Ça m'énerve de me voir comme ça ! En y repensant je trouve ça pathétique. J'y arrive en semaine et là ça me paraît une montagne !

Thérapeute : Pourrions-nous dire que vous ressentez de la colère ou bien même du mépris contre vous ?

Colin : Du mépris oui.

Thérapeute : Le mépris est un mélange de colère et de dégoût.

Colin : On y est !

Colin ayant dit qu'après avoir pris un verre, les choses « s'enchaînent », le thérapeute va chercher le C3 comportemental. Il va replonger Colin dans cette séquence « post-craquage » en condensant ses émotions clairement labellisées et ses cognitions. Il va commencer par les émotions qui viennent d'être activées puis introduire les « cognitions chaudes ».

Thérapeute : Vous vous sentez déprimé, honteux, dégoûté et en colère contre vous d'avoir craqué. Vous vous dites que vous êtes un con, faible qui craque facilement, qu'est-ce que vous faites en vous disant et en ressentant tout cela ?

Colin : Je me ressers... Oui, c'est nul, je sais. Mais bon, sur le moment, perdu pour perdu autant s'anesthésier jusqu'au bout !

Thérapeute : Nul, je n'en sais rien mais ce n'est pas ce que vous voulez pour l'avenir !

Colin : Clairement ! Mais, je commence à y voir plus clair en parlant. Il se passe plein de choses, ça va vite ! En aussi peu de temps. C'est intéressant.

Thérapeute : Vous bossez bien ! Votre spontanéité nous aide beaucoup. Je vous propose de résumer dans un tableau nos échanges pour que vous compreniez bien comment tous ces événements se sont enchaînés et la part active que vous avez jouée... « À l'insu de votre plein gré » comme disait l'autre ! *Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas*

Colin (*il rit*)

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 27. Modèle ABC

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
Seul chez lui à 20 h le vendredi ; son ami décommande le week-end ; il s'ennuie ; <i>craving</i> ; frustré de ne pas boire	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Je veux juste être bien ! J'ai envie de rien ! J'ai envie de boire et je me l'interdis</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>J'ai <i>besoin</i> de me détendre le week-end !</p> <p>C'est un peu de la <i>torture mentale</i></p>	<p><i>Émotions :</i> Anxiété d'inconfort</p> <p><i>Comportements :</i> Focalise sur ses ressentis et pensées anticipatoires</p> <p><i>Conséquences :</i> Alimente son anxiété d'inconfort</p>
A2	B2	C2
Anxiété d'inconfort	<i>Pensées automatiques et inférences :</i>	<p><i>Émotions :</i> Colère</p>

	<p>Ça me prend la tête ! Ce sera que ce soir Le reste du week-end ce sera « diet »</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> Je supporte pas d'être comme ça ! C'est horrible ! Il faut que j'me calme ! Il me faut un verre, j'ai besoin d'un verre</p>	<p><i>Comportements :</i> Boit</p> <p><i>Conséquences :</i> Abandonne la lutte</p>
A3	B3	C3
Est en colère ; boit	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> Je craque facilement Je ne suis pas guéri</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> T'es vraiment un con ! Je suis faible</p>	<p><i>Émotions :</i> Honte Colère Dégout de soi Dépression</p> <p><i>Comportements :</i> Boit</p> <p><i>Conséquences :</i> Cherche à fuir ses émotions...</p>

La nature circulaire du modèle ([tableau 27](#)) reflète le fait que les C, les conséquences, peuvent et deviennent souvent de nouveaux A (Méaproblème). Les thérapeutes, puis à l'usage, les patients, doivent avoir une idée de la chronologie des événements : ce qui est arrivé, ce qu'en a pensé le patient, comment cela a affecté ses pensées, émotions et comportements et enfin savoir si ces conséquences ne constituent pas un nouveau A. Ainsi, chaque « étage ABC » peut être travaillé indépendamment. Dans l'exemple de Colin, il est possible de travailler sur les croyances qui l'amènent à ressentir de l'anxiété d'inconfort. Ou bien de travailler sur celles qui l'amènent à se mettre en colère et à décider de consommer face à cette anxiété (Pré-C). Enfin, il est tout aussi possible de travailler les croyances irrationnelles qui s'activent face à la transgression de la limite comportementale qu'il s'est posée en amont (Post-C). Si le patient risque de lâcher toute démarche de changement, se déprime sévèrement et semble abandonner tout espoir, il est préférable de travailler le « post-C ». Sinon, travailler sur le « pré-C » est plus intéressant pour le patient car c'est là que ses croyances irrationnelles font la bascule entre une situation inconfortable,

voire très inconfortable et la reprise du comportement problème ciblé. Ici, boire. Dans le cas de Colin, l'entretien ne montre aucun signe de baisse de moral. Il est motivé pour travailler cette situation qui lui résiste. Il la décrit clairement, se laisse questionner sans souci, se « lâche » émotionnellement et aussi dans ses propos, il est chaud ! En conséquence, le thérapeute a le choix entre la première séquence (A1, B1, C1) et la seconde (A2, B2, C2). L'esprit de la REBT étant de se préparer au pire, la seconde séquence est idéale. En effet, si thérapeute et patient travaillent la première séquence, Colin va sûrement progresser dans l'acceptation de ces moments inconfortables de craving sans possibilités de soulagement immédiat. Mais d'autres situations de vie peuvent, peut-être, générer cette anxiété d'inconfort qu'il déteste tant. Ainsi, travailler les croyances irrationnelles qui l'amènent à céder face à l'anxiété d'inconfort (B2) peut l'aider à y faire face dans plusieurs autres secteurs de sa vie. De surcroît, cela lui permettra de travailler l'acceptation inconditionnelle de ce type d'émotion dans des situations où il n'y a pas forcément de lien avec son problème d'addiction. Enfin, un travail efficace de contestation et de restructuration à ce niveau facilite par la suite, du moins le plus souvent, le travail de contestation à l'étape précédente (B1). Le thérapeute décide donc de contester les croyances irrationnelles en B2. Mais, dans le cas de Colin, de par la densité des informations recueillies, le thérapeute décide de ne pas contester tout de suite, faute de temps. Il favorise la nécessaire appréhension du modèle par le patient, grâce notamment au partage des colonnes ABC. Colin, repartant pour une semaine de travail, se sentait confiant quant à sa capacité à ne pas boire. Lui et le thérapeute conviennent donc de se revoir quelques jours plus tard.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Extrait de la séance suivante

Colin revient en consultation le vendredi midi de la même semaine. Il n'a pas bu à Paris et est plus alerte qu'à l'entretien précédent. Après une réactivation de la situation du vendredi précédent, Colin et le thérapeute commencent à contester les croyances irrationnelles en B2.

Thérapeute : Je vous propose de travailler sur l'une des croyances qui entraîne colère et prise d'alcool qui est « je ne supporte pas d'être comme ça ». Le thérapeute questionne une croyance irrationnelle dérivée d'intolérance à la frustration.

Colin : Oui, je supporte pas trop la frustration.

Thérapeute : Quand vous pensez « je ne supporte pas d'être comme ça », « ça » ce serait la frustration ?

Colin : Oui, je suis pas bien, ça me prend la tête, je déteste ça.

Thérapeute : Je comprends très bien le mal-être, que vous détestiez ça mais qu'entendez-vous par insupportable ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique, style socratique*

Colin : Je sais pas... Je peux pas le supporter c'est tout. Quand j'ai des envies et que je m'en empêche, au bout d'un moment c'est irrépressible, c'est plus fort que moi. C'est comme ça.

Thérapeute : Qu'est-ce qui est plus fort que vous ?

Colin : L'envie ! C'est irrépressible, il faut que je l'ouvre (*la bouteille*) j'ai besoin de boire ! Je sais pas comment vous dire...

Colin est dans une logique d'attribution externe : l'envie est plus forte, l'envie ne peut être réprimée. Il tente d'expliquer l'aspect insupportable de son expérience en énonçant une croyance irrationnelle dogmatique « Il faut que je boive » et une nouvelle attribution externe « besoin ». Le thérapeute décide (dans le feu de l'action et peut-être à tort !) de questionner le « besoin ».

Thérapeute : En quoi est-ce un besoin ?

Colin : C'est trop dur, il faut que je boive !

Thérapeute : Vous pensez avoir besoin de consommer car vous pensez que l'inconfort est insupportable.

Le thérapeute reformule ce qu'il a compris de la logique de Colin en la replaçant dans le modèle REBT. Se faisant, il commet plusieurs erreurs en synthétisant trop vite, trop tôt et surtout tout seul, ce qu'il a compris de ce que Colin pense.

Colin : Oui, il le faut je peux pas m'en empêcher. !

Cette saillie quelque peu « sentencieuse » se révèle totalement inefficace. Colin restant en boucle dans ses cognitions. Le thérapeute tente maladroitement de rebondir en proposant sa propre définition de « besoin » pour la mettre en concurrence avec celle de Colin.

Thérapeute : Au sens strict du terme, un véritable besoin nous oblige à y souscrire sous peine de mourir à plus ou moins brève échéance comme manger, s'hydrater, dormir. Allez-vous mourir si vous ne consommez pas d'alcool ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*

Colin : Non... Mais...

Thérapeute : Avez-vous *besoin* de boire de l'alcool pour survivre ?

Colin : Bah non.

Thérapeute : C'est donc un « faux besoin » : une envie, un désir, associé à une exigence de satisfaction immédiate. « J'ai envie de boire *donc il faut* que je boive. »

Le thérapeute (sûrement anxieux et voulant désespérément être « efficace ») commet de nouvelles erreurs. Il fait sa démonstration « magistrale » mais ne laisse pas le patient répondre et ne l'accompagne pas dans les rouages de ses croyances. Au passage, il met de la verticalité dans la relation, ce qui n'est pas l'esprit de la REBT et qui risque de générer de la réactance psychologique chez Colin.

Colin : Je comprends bien, mais vous ne vous rendez pas compte. C'est insupportable je vous assure.

C'est un coup d'épée dans l'eau pour le thérapeute. De plus, il a levé des résistances chez son patient qui ne se sent pas compris et qui continue de rebondir entre ses différentes croyances irrationnelles. Il revient d'ailleurs au départ de la contestation en évoquant à nouveau la croyance irrationnelle d'intolérance à la frustration : « C'est insupportable ». Le thérapeute va devoir rétablir le partenariat et faire montre de davantage d'empathie avant de tenter une nouvelle contestation.

Thérapeute (*fait une pause de 3 secondes*) : Veuillez m'excuser pour mon intervention très « professeur des écoles » sur la notion de besoin. Je suis sincèrement désolé, je me suis emballé. J'ai parlé tout seul.

Colin (*souriant*) : Y a pas de mal, vous êtes passionné ça se voit ! Sincèrement, pas de souci. Et puis c'est pas faux ce que vous dites.

C'est aussi dans ces moments-là que l'on peut évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique. Il est important que le thérapeute, le cas échéant, témoigne de sa faillibilité en toute sincérité. Loin de briser l'alliance, cela la renforce le plus souvent et permettra au patient de davantage s'autoriser à partager sa propre faillibilité par la suite.

Thérapeute : On continue sur cette croyance « je *supporte* pas d'être comme ça » ?

Colin : Bien sûr.

Thérapeute : Vraiment, je ne doute pas une seconde du grand inconfort et de la grande frustration qui vous envahissent à ce moment-là face à cette anxiété d'inconfort. Par contre, je ne sais pas en quoi cela est « insupportable ». Que ce soit douloureux, dur, frustrant, oui, je le comprends très bien, mais « insupportable »... ? Étape 9 : *contester les croyances irrationnelles – D – type*

logique et style socratique

Colin : Je vous assure... C'est irrépressible. C'est trop dur, il faut que je boive !

Le thérapeute « remet le métier » en repartant de sa question initiale. Il ne s'attend pas à ce que Colin, comme par magie, réponde autre chose que ce qu'il a déjà dit, mais cela marque un nouveau départ dans la mise à l'épreuve de cette croyance. Colin étant très réactif sur le plan émotionnel, le thérapeute décide d'une approche plus immersive pour que Colin ressente l'irrationalité de sa croyance.

Thérapeute : Colin, acceptez-vous de faire une petite expérience en imagination pour essayer de comprendre l'aspect, « insupportable » de votre ressenti et l'aspect « irrépressible » de votre comportement ?

Colin : Oui pas de souci...

Thérapeute : Petite question avant de commencer. Qui est la personne que vous aimez le plus au monde ?

Colin : Y en a plusieurs, mais je dirai ma filleule, Ninn.

Thérapeute : Très bien, merci. Fermez les yeux s'il vous plaît... Imaginez que vous êtes dans la situation que nous travaillons. Vous avez très envie de boire, c'est « insupportable », vous êtes à deux doigts de craquer et vous apprenez que Ninn a été capturée par un psychopathe-sadique et qu'il ne la libérera que si vous acceptez de ne pas boire à partir de maintenant et pendant 15 jours. Accepteriez-vous ces conditions ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style métaphorique*

Colin : C'est un peu extrême ! Mais... évidemment !

Thérapeute : Mais, vous pensiez ne pas pouvoir supporter l'inconfort de ne pas boire ! Que c'était impossible !

Colin (*interloqué*)...

Le thérapeute a utilisé une contestation appelée « contestation du terroriste » pour aider Colin à ressentir sa capacité à tolérer l'inconfort de la frustration. À vivre, par une mise en situation en imagination une expérience qui lui prouve l'irrationalité de sa croyance en son incapacité à accepter la frustration. Colin, restant interloqué, le thérapeute se garde bien de dire quoi que ce soit ni même de le fixer dans les yeux pour le laisser travailler.

Thérapeute : ...

Colin (*sourire en coin, détente du haut du corps, apaisement, voix posée*) : Oui, je vois...

Thérapeute : Si votre envie de boire inassouvie, l'anxiété d'inconfort ressentie, était réellement « insupportable » et la consommation réellement « irrépressible », Ninn ne devrait jamais être libérée.

Colin : Oui, mais là... c'est pas pareil, je...

Thérapeute : ...

Colin : ... Mais oui je vois... oui, c'est vrai. Je vois ce que vous voulez me faire comprendre... Je peux le supporter.

Thérapeute : Oui. Je pense que vous pouvez tolérer cette douleur. Avez-vous douté une seconde de votre capacité à accepter cette douleur pour sauver Ninn ?

Colin : Non !

Thérapeute : Je vous crois, ça s'est vu ! C'est désagréable, dur, mais peut-être vivable.

Colin : Oui c'est vrai. Surtout que je l'ai déjà vécu dans le passé. J'avais des envies au boulot, après ma première cure, mais je me rappelais que je pouvais le perdre. Que j'avais déjà failli le perdre à cause de l'alcool. Je serrais les dents et puis ça passait.

Étonnamment, une fois une croyance irrationnelle bien contestée et remise en cause, les patients trouvent ou retrouvent des preuves de leur capacité à tolérer l'inconfort. Ils argumentent contre la croyance irrationnelle. Ici, Colin conteste sa croyance de façon empirique (son vécu) et pragmatique (les conséquences quand il accepte l'inconfort ressenti). Au passage, il fournit la motivation intrinsèque qui lui a permis d'accepter cet inconfort : le travail. Le thérapeute note cette information pour la reprendre plus tard avec Colin.

Thérapeute : En combien de temps ?

Colin : 10... 15 minutes. Rapidement en fait, mais c'est hyper chiant, c'est toujours tendu, limite.

Thérapeute : Effectivement, c'est exactement le délai rapporté par les patients qui souffrent d'addictions.

Colin : Au final, c'est pas long, mais à vivre... C'est dur.

Colin utilise les termes « dur », « hyper chiant » et non plus « insupportable » ce qui témoigne sûrement d'une appréhension plus réaliste du phénomène.

Thérapeute : Oui, c'est un peu comme les bulletins météo. Ils donnent la température réelle, objective, et la température ressentie, qui est souvent plus désagréable.

Colin (*il rit*) : C'est tout à fait ça !

Thérapeute : Qu'est-ce que vous pourriez vous dire, à la place de « c'est insupportable », qui soit plus réaliste dans cette situation ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Colin : Bah que c'est pas insupportable en fait.

Thérapeute : Oui, mais imaginez-vous dans la situation évoquée, vous êtes frustré de ne pas boire et vous avez envie de boire. Que vous dites-vous à la place de « c'est insupportable », qui soit plus adapté, plus réaliste dans cette situation ?

Colin : C'est très désagréable mais supportable, ça passe, tu l'as déjà supporté.

Thérapeute : Super, je la note, nous y reviendrons en fin de séance. Face à ce grand inconfort d'être frustré de ne pas boire, vous vous dites aussi : « c'est horrible ! ». Comment comprendre le terme « horrible » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique. Le thérapeute questionne une croyance irrationnelle dérivée catastrophisation.*

Colin (*souriant et amusé*) : Y a rien d'horrible. C'est juste hyper chiant !

Thérapeute : Comment pourriez-vous penser cela en situation de manière plus réaliste ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Colin (*circonspect*) : Bah, je crois qu'on l'a déjà fait... C'est très désagréable, très chiant, mais c'est vivable.

Thérapeute : OK ! La pensée plus rationnelle « C'est très désagréable mais supportable, ça passe, tu l'as déjà supporté » viendrait également contrer cette pensée « c'est horrible ! » ? !

Colin : Bah oui c'est la même chose.

Thérapeute : OK ! Très bien !

Il arrive que la contestation d'une croyance irrationnelle « désactive », « dégonfle » une autre qui y est liée. Il ne sert à rien de s'acharner alors sur cette dernière. Le temps passant, le thérapeute décide de conclure la séance. Colin a commencé à élaborer des croyances plus rationnelles. Le vendredi soir, il a prévu d'aller chez ses parents directement et de retourner à Paris le dimanche midi, pour se protéger. Il revient le vendredi suivant après un week-end sans prise de risques et une semaine sans problème particulier sur Paris. En revanche, Colin n'a rien de prévu pour le week-end et nous sommes vendredi...

Extrait de la séance de la semaine suivante. Toujours un vendredi

Thérapeute : OK ! très bien. Toujours face à cette situation d'inconfort (*montre le tableau en A2*), de frustration de votre envie, vous pensez « il faut que je me calme » (*montre B2*). Qu'entendez-vous par « calme » à ce moment-là ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique. Le thérapeute interroge une croyance irrationnelle de type exigence dogmatique.*

Colin : Il faut que ça s'arrête. Je suis en stress, je me prends la tête, je veux que ça s'arrête.

Thérapeute : Vous exigez que le stress dû à la frustration de ne pas boire s'arrête ?

Colin : Oui c'est ça oui...

Thérapeute : Vous exigez d'être comment ?

Colin : Bah... Bien (*Sourit*).

Thérapeute : OK, vous exigez d'être bien face à l'inconfort d'être frustré. Qu'entendez-vous par « bien » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Colin : Bah... détendu, bien, relaxe, de pouvoir me détendre, de profiter de la soirée...

Le thérapeute, par expérience, fait l'hypothèse que le délai d'attente du

soulagement exigé est le plus souvent extrêmement court dans les problèmes d'addiction. Il pose donc une question dans ce sens pour que Colin explicite son attente. Il accélère légèrement son débit de parole pour que Colin ne réfléchisse pas trop et reste spontané dans ses réponses.

Thérapeute : Et dans quel délai vous exigez d'être bien face à l'inconfort d'être frustré ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Colin : D'être bien là... Là. Tout de suite.

Colin valide l'hypothèse du thérapeute et s'entend préciser une composante importante de son exigence : l'immédiateté. Le thérapeute reformule donc son exigence en y insérant cette dimension.

Thérapeute : Il faut que vous soyez bien, détendu, tout de suite.

Colin : Oui. C'est vrai.

Colin ne conteste pas spontanément son exigence de soulagement immédiat. Il accepte le constat mais ne semble pas percevoir l'irrationalité d'une telle attente quand, lorsqu'on est envahi de pensées de consommation, il adhère à sa croyance. Le thérapeute pourrait faire une contestation de type logique, style socratique comme : « Est-ce réaliste d'exiger d'être bien détendu tout de suite quand on est envahi de pensées d'alcool ? », mais il craint d'opérer une rupture dans les échanges en prenant trop de « hauteur » avec une question plus générale et abstraite. Il se souvient de sa calamiteuse intervention, très théorique, sur les « faux besoins » qui n'a pas pris sens pour Colin, alors que la contestation plus immersive et émotionnelle de la dispute du terroriste a été très efficace. Colin étant bien activé émotionnellement, il décide donc d'explorer les stratégies qu'il utilise pour souscrire à sa croyance, afin qu'il prenne conscience que seules des solutions exutoires peuvent répondre à son exigence.

Thérapeute : Quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire, qu'est-ce que cette exigence de vouloir être bien, tout de suite, vous amène à faire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : Bah... (sourit) à boire ! Oui, c'est con, je calme le mal par le mal ! Enfin c'est pas tout à fait ça mais vous me comprenez !

Thérapeute : Je crois. Vous allez me dire. Ce serait : il faut que je sois détendu tout de suite de ma frustration de ne pas boire en buvant ?

Colin : Exactement ! C'est peut-être pour ça que je me dis qu'il faut que je boive. *Il pointe du doigt la croyance irrationnelle « il me faut un verre » en B2*

La remarque de Colin est très pertinente, il fait le lien entre deux croyances irrationnelles qui se sont enchaînées dans sa tête. L'une « il me faut un verre » répondant à l'exigence de la précédente « il faut que je me calme ». Le thérapeute va reformuler l'hypothèse de colin pour qu'il la valide ou non.

Thérapeute : Il faut que je sois bien tout de suite donc, il me faut un verre ?

Colin : C'est clair !

Thérapeute : En quoi répondre efficacement à votre exigence en buvant, vous aide dans votre objectif d'abstinence ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : Oui c'est très con, je tourne en rond !

Colin perçoit l'articulation entre son exigence de soulagement immédiat d'envies d'alcool et son exigence de consommation d'alcool pour y souscrire. Mais pas l'aspect non réaliste de son exigence.

Thérapeute : Quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire, mis à part boire, qu'est-ce que cette exigence de bien-être immédiat, vous a amené à faire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : Fumer des joints (*il rit*) ! Non c'est vrai, mais c'est con, c'est pareil !

Thérapeute : Mis à part boire, fumer ou toute autre béquille chimique, qu'est-ce que cette exigence « je dois être bien tout de suite », vous a amené à faire quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Le thérapeute fait le « disque rayé » en reposant sa question tout en excluant toute stratégie de consommation de produits psychoactifs et en mettant l'emphase sur l'exigence de gratification immédiate.

Colin... (*réfléchit, a une moue de doute*) : Mmm, bonne question...

Thérapeute : Comment être bien, tout de suite ?

Colin : ... Comment je fais pour être bien tout de suite, sans produits, quand j'ai des envies ?... Je sais pas... C'est pas possible je crois. J'ai pas le choix en fait ! Je sais bien au fond, ce qu'il faut faire : Être entouré, appeler quelqu'un, bosser sur un dossier important, ça, ça marche bien aussi ! Mais bon, je vais pas bosser tous les week-ends !

Thérapeute : Non, je ne vous le souhaite pas ! Donc, effectivement, vous connaissez pas mal de stratégies, nous en avons même travaillé ensemble en début de thérapie quand votre objectif était de ne pas boire en semaine.

Colin : Oui, je sais. Mais là, sur le moment j'ai pas envie.

Colin cible un élément important qui l'empêche d'appliquer des stratégies

qu'il connaît, la motivation à le faire.

Thérapeute : Vous n'avez pas envie de quoi ?

Colin : Pas envie de me forcer. Je le sais, mais ça me soûle.

Thérapeute : Pourtant vous avez expérimenté que c'est efficace.

Colin : Oui mais sur le moment c'est encore un effort et...

Thérapeute : Et...

Colin : Et... bah, ça peut marcher... ça marche j'en suis sûr mais, mais c'est pas pareil... ça demanderait du temps. Oui. Ça demande des efforts et du temps.

Colin constate qu'il peut s'apaiser en appliquant des stratégies mais il ne saisit pas ce qui rend cette option non motivante « dans le feu de l'action ».

Thérapeute : Oui, vous avez raison, cela demanderait un effort un peu de temps avant de vivre un apaisement. Mais vous, vous exigez quoi ?

Colin : D'être bien là.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Colin : Être bien là, tout de suite... C'est encore la même chose... C'est impossible en vrai. À part les produits je sais que y'a rien qui marche. Y'a rien de plus efficace pour que ça s'arrête direct.

Colin se rend compte que son exigence de satisfaction immédiate l'empêche de mettre en place les stratégies aidantes mais qui sont en elles-mêmes incompatibles avec l'immédiateté. Le thérapeute continue de contester cette croyance en interrogeant les bénéfices obtenus en y obéissant.

Thérapeute : Quelles sont les conséquences quand vous obéissez à cette injonction « il faut que je soit bien tout de suite » et que vous consommez ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : Bah ça marche sur le moment, ça me soulage, oui. Mais c'est très court. Je regrette vite et je me flingue le moral après et je rebois.

Thérapeute : Obéir à cette injonction est très efficace à très court terme pour trouver une solution radicale mais vous le regretterez à court terme.

Colin : Oui c'est ça.

La tentation pour le thérapeute serait d'interroger les croyances irrationnelles en B3 qui s'activent face à la prise d'alcool censée permettre à Colin de se sentir « bien » et qui influent sur les émotions de dépression, de dégoût de soi, de honte, de colère en C3. Mais, Colin et lui n'ont pas encore élaboré de nouvelles croyances rationnelles qui permettront de concurrencer

les croyances irrationnelles fraîchement contestées. Il décide d'aller au bout de la contestation, puis de construire des croyances rationnelles, avant de travailler une autre séquence. Cela peut être frustrant mais le risque est de rendre la démarche confuse pour le patient.

Thérapeute : Quelles sont les conséquences à plus long terme quand vous obéissez à cette injonction « il faut que je bois bien tout de suite » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : J'enchaîne les verres, les clopes et ça ne va jamais vraiment. Ça va pas du tout.

Thérapeute : En quoi cette exigence de soulagement et de plaisir immédiat vous aide dans votre décision de ne plus boire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Colin : Ah bah ça ne m'aide pas du tout en fait ! C'est sans fin.

Thérapeute : OK, nous avançons vite et bien ! Donc, face à l'inconfort d'une envie inassouvie, d'une frustration, vous exigez d'être bien à très court terme. Comment pourriez-vous voir les choses autrement ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Colin : C'est simple, c'est juste impossible d'être bien tout de suite. Faut attendre que ça passe en se forçant à faire autre chose, ou sinon c'est pire en fait !

Thérapeute : Essayez de reformuler une croyance plus réaliste en vous imaginant face à un craving important ou vous allez vous dire : « Putain ! Je veux être bien tout de suite ! » pour que cette « contre-croyance » soit percutante, vous aide à reprendre vos esprits.

Colin (*s'immerge dans la situation*) : C'est impossible d'être bien tout de suite, ça va passer tu le sais, fais autre chose. Force-toi, serre les dents.

Thérapeute : Serre les dents ?

Colin : Accepte de souffrir un peu.

Il est important que les nouvelles croyances rationnelles soient formulées avec les termes du patient. Ce sont SES croyances et des formulations par trop « académiques » risque, en situation, d'être vécues comme des injonctions plus externes. Le risque alors est de voir le pouvoir contestataire de la croyance rationnelle diminué, voire annulé si cela crée une réactance psychologique chez le patient.

Thérapeute : Je la note, nous y reviendrons en fin de séance. Face à ce grand inconfort d'être frustré de ne pas boire, vous vous dites aussi : « j'ai besoin d'un verre ». En quoi est-ce un « besoin » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique. Le thérapeute questionne une croyance irrationnelle de type exigence dogmatique.*

Colin : Non, c'est pas un besoin. C'est pas un besoin vital ! Ce serait plutôt le contraire ! Non, j'en ai très envie. Comment déjà, vous avez décris les choses l'autre jour ? C'était bien.

L'intervention calamiteuse sur les « faux besoins » à tout de même marqué

Colin qui demande l'avis du thérapeute. C'est la situation la plus adaptée pour faire une contestation dans le style didactique : quand le patient la demande.

Thérapeute : Oui pas de souci. Nous, les humains, avons très peu de véritables besoins vitaux : manger, boire, dormir et sûrement un minimum de liens affectifs. Même la sexualité n'est pas un besoin vital ! La plupart de ce que l'on pense être des besoins sont des besoins conditionnés, appris mais pas mortels si nous n'y souscrivons pas. Ce sont donc des « faux besoins » : une envie, un désir, associé à une exigence de satisfaction immédiate. « J'ai envie de boire *donc il faut que je boive* ». *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique*

Le thérapeute écrit devant son patient : ENVIE + IL FAUT = FAUX (T) BESOIN. Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique

Thérapeute : Vous voyez, une lettre suffit à faire la bascule !

Colin (*rit*) : Oui, c'est bien !

Thérapeute : Donc, en vous, quand vous dites « j'ai besoin d'un verre » que pouvez-vous vous dire d'autre qui vienne contrer cette croyance très irrationnelle ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Colin : J'ai une sacrée envie de boire mais je ne vais pas mourir de ne pas boire. C'est dur mais je peux le supporter, je le sais.

Thérapeute : OK, très bien. Nous arrivons à la fin de la séance. Donc, face à cette anxiété d'inconfort d'être frustré de ne pas boire nous avons exploré vos croyances irrationnelles et vous avez élaboré des croyances rationnelles qui contestent chacune d'elles.

Colin : Oui

Le thérapeute partage une feuille où sont écrites les trois croyances rationnelles : « C'est très désagréable mais supportable, ça va passer, tu l'as déjà supporté. » ; « C'est impossible d'être bien tout de suite, ça va passer tu le sais, fais autre chose. Force-toi, serre les dents. » ; « J'ai une sacrée envie de boire mais je ne vais pas mourir de ne pas boire. C'est dur mais je peux le supporter, je le sais. »

Thérapeute : Vous le savez, vous l'avez vécu, cela va très vite dans ces moments-là. Ce que je vous propose c'est d'essayer de construire une seule croyance rationnelle qui va vous aider à garder le cap dans la tempête. Une formulation à vous, pas trop longue, percutante, efficace pour contester ce qui va « s'allumer » comme pensées irrationnelles.

Colin : OK oui, les trois là, ça fait beaucoup. Même si je les trouve très justes.

Colin a d'abord décidé d'éviter les doublons comme « supportable », « insupportable » qui alourdissent et sont peu opérants pour lui quand il teste

les choses en s'immergeant « dans » la situation activante. Il enlève « j'ai une sacrée envie de boire » car pour lui c'est la situation activante et la répéter ne sert à rien. Il reformule désagréable qu'il trouve trop littéraire par « c'est hyper chiant » qui est beaucoup plus proche de son ressenti dans l'action. Il modifie aussi l'ordre des idées, toujours en testant « dans » la situation en imagination, pour que cela soit plus efficace pour lui. Il tique sur l'injonction « serre les dents » qu'il trouve jugeante à l'usage et s'inspire de son expérience pour la remplacer par « fais autre chose ». Il aboutit à une courte phrase choc : « C'est hyper chiant mais c'est impossible d'être bien tout de suite, ça va passer, tu l'as déjà supporté, fais autre chose ».

Thérapeute : OK, super, elle percuté effectivement !

Colin : Oui ! Ça résume bien la bonne façon de voir les choses. Du moins, moi, ça me correspond.

Thérapeute : Comment ce qu'on a vu aujourd'hui pourra vous être utile dès aujourd'hui ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Colin : Clairement, j'ai tendance à dramatiser les choses quand ça ne se passe pas comme je veux. Je le sais, au boulot on m'appelle le gueulard ! Alors, pas le gueulard méchant, mes collègues en sourient, mais je grogne tout seul quand je suis bloqué.

Colin évoque une facette de son comportement au travail qu'il avait toujours occulté mais qui témoigne peut-être d'un problème plus général d'intolérance à l'inconfort jugé comme « anormal ». Le thérapeute le note pour plus tard.

Thérapeute : Intéressant ! Et donc, ce que l'on a travaillé pourrait aussi vous aider au travail ?

Colin : Oui, je pense oui. C'est sûr. Mais la grande épreuve c'est ce soir. Je pensais emmener du travail chez mes parents mais après ce qu'on s'est dit va falloir que j'affronte. Sinon ça ne s'arrêtera jamais. Faut que j'arrête de fuir. Ah mais c'est vrai que j'aime pas du tout être frustré ! Rien que d'y penser !... Y a du boulot !

Thérapeute : Vous comptez vous y prendre comment ?

Colin : Je ne suis pas masochiste, je ne vais pas me forcer à rester tout seul devant une bouteille pour m'entraîner ! Non, je plaisante. Non, je ne vais pas aller chez mes parents (*yeux fixés vers le bas, très concentré, se parlant comme à lui-même*), je n'ai invité personne de toute façon. Je ne vais pas bosser, mais par contre je vais me prévoir une soirée sympa ce soir. C'est con hein mais c'est pas si évident que ça pour moi. Le boulot m'aide beaucoup mais c'est pas bon non plus. Un jour je bosserai plus...

Thérapeute : Si l'envie est très forte ?

Colin : J'ai ma phrase (*la nouvelle croyance rationnelle*). Je ferai autre chose, même si je sais que j'en aurai aucune envie !

Thérapeute : Se poser un délai peut être aidant. Un délai d'une demi-heure où l'on refuse de

débattre avec soi-même. Un délai où on fait autre chose mentalement et/ou physiquement, quelque chose qui capte notre attention. Le délai passé, on décide de la suite. Soit on se remet un délai soit on décide de céder... *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Colin : Si l'envie est encore là ! Moi je sais qu'elle est souvent passée.

Thérapeute : Pour votre phrase je vous encourage à l'écrire quelque part. Des patients glissent le papier dans leur coque de portable. Pendant le délai, ils relisent leur vision rationnelle et certains y ont ajouté une liste de choses à faire *avant* de décider de boire ou pas à l'issue dudit délai... *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Colin : Très bien, c'est bon pour moi ! Y a plus qu'à !

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 28. Modèle ABCDE

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)	D1 (contestation)	E1 (effets)
Seul chez lui à 20 h le vendredi ; son ami décommande le week-end ; il s'ennuie ; <i>craving</i> ; frustré de ne pas boire	Pensées automatiques et inférences : Je veux juste être bien ! J'ai envie de rien ! J'ai envie de boire et je me l'interdis Croyances irrationnelles : J'ai <i>besoin</i> de me détendre le week-end ! C'est un peu de la <i>torture mentale</i>	Émotions : Anxiété d'inconfort Comportements : Focalise sur ses ressentis et pensées anticipatoires Conséquences : Alimente son anxiété d'inconfort	<i>Non contesté</i>	
A2	B2	C2	D2	E2
Anxiété d'inconfort	Pensées automatiques et inférences : Ça me prend	Émotions : Colère Comportements :	Type et style : <i>Sur la croyance dérivée faible tolérance à la</i>	Croyances rationnelles : C'est hyper chiant (d'être frustré d'alcool)

<p>la tête !</p> <p>Ce sera que ce soir</p> <p>Le reste du week-end ce sera « diet »</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Je supporte pas d'être comme ça ! C'est horrible ! Il faut que j'me calme ! (Je dois être bien tout de suite) Il me faut un verre, j'ai besoin d'un verre 	<p>Boit</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>Abandonne la lutte</p>	<p>frustration :</p> <p><i>Contestation de type logique, style socratique</i></p> <p>Je comprends très bien le mal-être, que vous détestiez ça mais qu'entendez-vous par <i>insupportable</i> ?</p> <p><i>Contestation de type logique, style didactique</i></p> <p>Au sens strict du terme, un véritable besoin nous oblige à y souscrire sous peine de mourir à plus ou moins brève échéance comme manger, s'hydrater, dormir. Allez-vous mourir si vous ne consommez pas d'alcool ?</p> <p><i>Contestation de type empirique, style métaphorique (« dispute du terroriste »)</i></p> <p>Imaginez que vous êtes dans la situation que nous travaillons. Vous avez très envie de boire, c'est « insupportable », vous êtes à deux doigts de craquer et vous apprenez que Ninn a été capturée par un psychopathe-sadique et qu'il</p>	<p>mais c'est impossible d'être bien tout de suite, ça va passer, tu l'as déjà supporté, fais autre chose</p> <p>Émotion efficiente :</p> <p>Est agacé par la frustration, mais n'est plus anxieux à l'idée de la vivre. Il ne « souffre » plus de la vivre ; l'accepte</p> <p>Comportements efficents :</p> <ul style="list-style-type: none"> Confronte ses croyances irrationnelles grâce à sa croyance rationnelle Se fixe un délai Fait autre chose <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> Repousse efficacement la prise du « premier verre » Hausse du sentiment d'efficacité personnelle Augmente sa tolérance à l'inconfort Hausse de sa motivation au changement
--	--	--	--

ne la libérera que si vous acceptez de ne pas boire à partir de maintenant et pendant 15 jours Accepteriez-vous ces conditions ?

Sur la croyance dérivée catastrophisme :

Contestations de type logique, style socratique

Face à ce grand inconfort d'être frustré de ne pas boire, vous vous dites aussi : « C'est horrible ! ».

Comment comprendre le terme « horrible » ?

Qu'entendez-vous par « calme » à ce moment-là ?

Sur la 1^{re} croyance dogmatique :

Contestations de type logique, style socratique

OK, vous exigez d'être bien face à l'inconfort d'être frustré.

Qu'entendez-vous par « bien » ?

Et dans quel délai vous exigez d'être bien face à l'inconfort d'être frustré ?

Contestations de type pragmatique, style socratique

Quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire, qu'est-ce que cette exigence de vouloir être bien, tout de suite, vous amène à faire ?

En quoi répondre efficacement à votre exigence en buvant vous aide dans votre objectif d'abstinence ?

Quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire, mis à part boire, qu'est-ce que cette exigence de bien-être immédiat vous a amené à faire ?

Quelles sont les conséquences quand vous obéissez à cette injonction « Il faut que je sois bien tout de suite » et que vous consommez ?

Quelles sont les conséquences à plus long terme quand vous obéissez à cette injonction « Il faut que je sois bien tout de suite » ?

En quoi cette exigence de

		<p>soulagement et de plaisir immédiat vous aide dans votre décision de ne plus boire ? Mis à part boire, fumer ou toute autre béquille chimique, qu'est-ce que cette exigence « je dois être bien <i>tout de suite</i> », vous a amené à faire quand vous souffrez d'être frustré de ne pas boire ?</p>	
		<p>Sur la 2^{de} croyance dogmatique : <i>Contestation de type pragmatique, style socratique</i> Face à ce grand inconfort d'être frustré de ne pas boire, vous vous dites aussi : « J'ai besoin d'un verre ». En quoi est-ce un « besoin » ?</p> <p><i>Contestations de type logique, style didactique</i> La plupart de ce que l'on pense être des besoins sont des besoins conditionnés, appris mais pas mortels si nous n'y souscrivons pas. Ce sont donc des « faux besoins » : une</p>	

			envie, un désir, associé à une exigence de satisfaction immédiate. « J'ai envie de boire donc il faut que je boive » ENVIE + IL FAUT = FAUX (T) BESOIN (écrit et partagé par le thérapeute)	
A3	B3	C3	D3	E3
Est en colère ; boit	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <p>Je craque facilement Je ne suis pas guéri</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <p>T'es vraiment un con ! Je suis faible</p>	<p><i>Émotions :</i></p> <p>Honte Colère Dégoût de soi Dépression</p> <p><i>Comportements :</i></p> <p>Boit</p> <p><i>Conséquences :</i></p> <p>Cherche à fuir ses émotions...</p>	<i>Non contesté</i>	

Conclusion

Colin géra sa soirée « de main de maître » comme il le dira avec humour. Il nota que l'anticipation de l'inconfort associé à l'acceptation de celui-ci pour atteindre ses objectifs, rendait « l'inconfort moins fort », qu'il passait plus vite. Colin nota également qu'il pouvait assez facilement « rentrer dans autre chose », une autre activité, car il ne focalisait plus sur le soulagement de l'inconfort. Colin atteignit son objectif d'abstinence totale en 6 semaines car un gros travail en amont avait été effectué. Deux ans plus tard, il l'était toujours.

6 ♦ ANNICK ET LE DEUIL

Annick a 70 ans et elle s'est occupée de son mari atteint de la maladie d'Alzheimer pendant plusieurs années avant de le confier à un EHPAD quand cela est devenu trop difficile à domicile. Son époux, Jules, est décédé fin décembre 2020. Il a contracté la Covid 19 et, étant déjà très fragilisé par la maladie neurologique, il n'a pas survécu après quelques jours à l'hôpital en insuffisance respiratoire. Pour Annick, le deuil de son époux avait commencé avant son décès car Jules n'était plus celui qu'elle avait aimé à cause des symptômes de la maladie d'Alzheimer. De plus, le couple vivait séparément depuis l'hébergement en EHPAD. L'éloignement affectif ainsi que l'éloignement physique auraient pu laisser envisager un deuil moins dououreux pour Annick au moment du décès, mais cela n'a pas été le cas. Elle vient consulter une psychologue 9 mois après le décès de Jules sur les conseils d'une amie qui a constaté que le temps qui passe ne permet pas de l'apaiser. Au contraire, elle semble être de plus en plus tourmentée tout en répétant qu'il n'y a que le temps qui lui permettra de se remettre du décès de son mari.

Extrait du premier entretien

Annick : Je suis bien occupée, mais, par moments, la douleur me submerge. Je ne le verrai plus jamais. Ma force venait de lui, il était une partie de moi ! Je suis dévastée. Je n'ai plus envie de continuer. J'ai pensé me suicider, mais c'est égoïste et je ne saurais pas comment faire de toute façon ! Je survivs pour mes enfants. J'ai perdu le compagnon de ma vie. Le deuil est bien pire que ce que j'avais imaginé, c'est l'anéantissement de soi. Une partie de moi qui n'est plus là. Chaque jour est une épreuve à vivre pour moi. Je voudrais tellement qu'il soit là.

La patiente n'ayant jamais fait de psychothérapie, elle ne sait pas ce qu'elle vient chercher auprès de la psychologue qu'elle consulte. La thérapeute identifie immédiatement qu'Annick a besoin de verbaliser son vécu. Elle laisse la patiente s'exprimer librement dans un premier temps avant de lui proposer un travail psychothérapeutique avec l'approche REBT.

Annick arrive à la première consultation avec un lourd vécu de la maladie d'Alzheimer et le retentissement du décès dans un contexte particulier de pandémie (visites à l'hôpital contrôlées et limitées, port du masque, etc.). La thérapeute fait de l'écoute active (relances verbales de type reformulation) sur les événements récents vécus par la patiente. Cependant, il n'est pas nécessaire que la patiente raconte tout dans les détails pour éviter qu'elle ne

souffre de nouveau à cause d'événements qu'elle a déjà surmontés. L'idée de la thérapeute REBT est de l'amener à travailler sur les émotions inadaptées qu'elle conserve et non sur celles du passé auxquelles elle a déjà fait face.

Annick bénéficiait de séances d'aide dans une association de familles et de malades concernés par la maladie d'Alzheimer, elle a donc déjà abordé les aspects concernant la maladie. Elle a également déjà parlé du décès de son mari à des personnes de son entourage, il ne sera donc pas nécessaire de reparler de tous ces événements difficiles. La thérapeute se montre empathique et crée un climat propice à une bonne alliance thérapeutique.

La personne qui pratique la REBT explique les outils qu'elle utilise à ses patients et discute avec eux de leur motivation à travailler plus activement sur eux-mêmes dans l'objectif d'aller mieux et de mettre en place les comportements plus adaptés à la situation qu'ils vivent. En REBT, les thérapeutes partent du principe que le sujet souffre à cause de son système de croyances erronées qu'il faudra modifier pour que les pensées collent davantage à la réalité. Dans certains cas, il est possible de modifier la réalité pour qu'elle colle au système de pensées : « cet emploi ne correspond pas à mes valeurs, je décide d'en changer ». Concernant la maladie et la mort, ceci est évidemment impossible, mais il arrive que des personnes mettent en place des stratégies qui font illusion quelque temps, comme, laisser des objets du défunt à leur place, parler à la personne décédée ou, comme Annick, lire quotidiennement les lettres que son mari lui avait écrites au début de leur relation.

■ 1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Les étapes 1 et 2 ont été réalisées lors du premier rendez-vous et elles sont résumées ainsi :

- Étape 1 : inviter la patiente à décrire son problème : la patiente se sent très triste depuis le décès de son mari, la sensation de manque est très difficile à vivre.
- Étape 2 : définir avec la patiente l'objectif : elle aimeraient se sentir mieux pour vivre mieux les années qui lui restent et profiter de ses enfants, de ses petits-enfants et de ses amis.

Extrait du deuxième entretien

Annick : Au départ, quand le neurologue a parlé de la maladie d'Alzheimer, je ne voulais pas y croire ! Je pensais que Jules jouait la comédie et que tout allait s'arranger en faisant un petit effort. Au bout de 2 ans, je suis allée à l'association France Alzheimer pour participer à des groupes avec d'autres aidants comme moi. Là, j'ai réalisé qu'il ne faisait pas exprès et que c'était définitif... Qu'il ne serait plus comme avant ! Mais j'ai décidé que je pouvais encore l'aimer et faire des choses pour lui et pour nous ! Ça m'a beaucoup aidée, mais le deuil est le combat le plus dur et je n'ai pas envie de le mener. Notre complicité m'a construite, l'aide que je lui apportais m'a portée pendant ces années, mais là... C'est fini, tout est fini et je ne m'autorise pas à aller mieux. Je me sens démunie par son absence. C'est insupportable de ne pas lui donner la main.

Thérapeute : Que faites-vous pour vous sentir mieux quand vous ressentez son absence ?

Annick : Si je ne partage plus avec lui, la vie n'a plus d'intérêt. Ma vie a commencé avec lui. Alors quand ça ne va pas, c'est-à-dire tous les soirs, je relis ses lettres et je lui écris... ça me fait beaucoup de bien. Je le sens près de moi et je m'endors avec lui.

Thérapeute : D'accord Annick ! Vous avez mis en place une stratégie qui vous aide à vous sentir mieux le soir au coucher. Y a-t-il autre chose que vous faites pour vous aider à vous sentir mieux au quotidien ?

Annick : Je m'active beaucoup, je vois du monde, je ne reste jamais à rien faire... Si jamais je restais sous la couette, ce serait la fin ! Je pourrais tomber !

Thérapeute : Que veut dire tomber pour vous ?

Annick : Faire une crise d'angoisse, avoir envie de mourir... Quand on s'est connus avec Jules, nous étions fragiles psychologiquement et on s'est construits ensemble, l'un pour l'autre... Il était mon centre, mon axe... Sans lui, je vis sans la flamme et je sais qu'il n'y a rien au bout... Mais je n'ai que 70 ans, je dois vivre encore quelques années sûrement... Heureusement que j'ai mes enfants et mes petits-enfants... et mes amis aussi...

Thérapeute : Faire des crises d'angoisse ou avoir envie de mourir peut être bien normal quand on vient de perdre un proche. Pour éviter l'angoisse et la dépression, vous vous activez et cela est une stratégie efficace pour vous. Pour l'envie de mourir, vous m'avez dit ne pas avoir de plan suicidaire et ne pas souhaiter mettre fin à vos jours pour ne pas faire de la peine à vos enfants. Vous me paraissiez avoir les moyens de faire face aux vagues de tristesse et d'anxiété qui peuvent vous submerger par moments.

Annick : En effet, j'en ai les moyens, mais je ne veux pas vivre ça ! Vous comprenez ! C'est simplement impossible de vivre cette douleur après avoir connu le bonheur avec Jules !

En prononçant cette phrase, Annick pleure pour la première fois en séance. Au cours de ces échanges, la thérapeute vérifie que la patiente a les ressources internes (elle s'active par exemple) et externes (elle est bien entourée socialement) nécessaires pour gérer ses émotions quand elle se sent mal. C'est très important de vérifier cela, car le travail en REBT ne sera pas nécessairement apaisant dans l'immédiat. Certains patients peuvent avoir la pensée magique que tout va aller mieux grâce à leur psychologue. Il est important que la patiente comprenne qu'elle aura un rôle actif à jouer et que cela pourra prendre un peu de temps. Avec Annick, la thérapeute est

confrontée à deux problématiques à travailler :

- *La première sera un travail émotionnel et cognitif concernant sa philosophie de vie sur le bonheur en couple comme élément indispensable à la vie : « c'est simplement impossible de vivre cette douleur après avoir connu le bonheur avec Jules ».*
- *La deuxième sera un travail plutôt comportemental sur le fait de rendre le proche disparu présent au quotidien en lui écrivant et en lisant ses lettres. Ce comportement lui évite de trop souffrir à court terme, mais risque de prolonger la détresse à long terme.*

Il est nécessaire de bien lui expliquer le travail que la thérapeute souhaite engager car la patiente est très attachée à ses comportements et à sa façon de voir la vie.

Thérapeute : Annick, je trouve très intéressant tout ce que vous avez mis en place pour vous aider à supporter la phase aiguë du deuil. Il est généralement préconisé de faire en sorte de se séparer progressivement de son proche avec des rituels qui sont comme des rituels de passage, mais il sera aussi question à un moment de se séparer de Jules...

Annick : Oui je comprends ! Je vais mettre en vente la maison et une association est venue chercher ses vêtements et ses outils. J'ai donné quelques objets en souvenir aux enfants et aux petits-enfants et j'ai gardé deux ou trois bricoles dans une boîte. Comme je vous l'ai déjà dit, je m'active, je ne reste pas les bras croisés.

Thérapeute : Bravo Annick ! Tout cela me paraît très positif ! Rien ne presse bien sûr, mais concernant les lettres, pensez-vous que vous pourriez essayer de ne pas le faire de temps en temps ?

Annick : Ah non, je ne pense pas qu'il soit souhaitable d'arrêter de lire ses lettres tous les soirs... Je ne vois pas l'intérêt car ça me fait du bien.

Thérapeute : C'est OK. Pas de problème. Vous diminuerez le temps passé à lire les lettres quand vous vous sentirez prête.

Annick : J'en lis déjà moins. Je suis passée de trois lettres par soir à une, mais aucune, ça me paraît impossible... ça me rappelle le bonheur que j'ai vécu...

Thérapeute : Ce que vous avez vécu semble avoir été exceptionnel et c'est assez rare d'entendre parler de bonheur comme celui que vous décrivez...

Annick : Mais j'en ai bien conscience. Je plains ceux qui ne connaissent pas ce bonheur de fusionner, de ne faire qu'un avec la personne aimée...

En thérapie, il est fréquent de rencontrer des patients qui attendent le bonheur, qui veulent donner du sens à leur vie et le travail cognitif consiste surtout à remettre de la réalité dans leurs attentes irrationnelles. Annick n'a jamais eu besoin de thérapie car elle avait ce bonheur. Elle a appelé à l'aide

quand Jules est tombé malade car la maladie venait entraver son bonheur. Elle a reçu de l'aide et elle a aidé Jules, cela a rempli sa vie. Avec le décès de son mari, elle a perdu le sens de sa vie, mais elle comprend par elle-même qu'elle a eu de la chance de vivre ce qu'elle a vécu. Elle regarde intensément la thérapeute et continue ainsi :

Annick : Je me rends compte, en vous parlant, que même cette douleur est précieuse pour moi, ça rend notre relation de couple encore plus exceptionnelle.

Thérapeute : Est-ce que ça veut dire que vous allez moins souffrir maintenant que vous donnez un sens à ce que vous ressentez ?

Annick : Non, je ne vais pas moins souffrir, mais je comprends mieux pourquoi je souffre autant et ça m'aide à accepter la douleur.

Annick a bien cheminé au cours de ce deuxième entretien. La souffrance reste importante car elle la justifie comme une preuve de « vie exceptionnelle », mais elle exprime aussi que réaliser à quel point sa vie a été heureuse avec son mari l'aide à accepter cette souffrance.

Après plusieurs séances, Annick se sent globalement mieux. Elle s'active toujours, mais s'accorde aussi l'autorisation de ressentir ses émotions négatives. Elle a réussi à parler de son chagrin avec ses enfants, ce qu'elle n'avait pas encore réussi à faire jusque-là, ce qui lui a permis d'atténuer sa peine alors qu'elle craignait que ce partage ne l'accentue. Puis, il est arrivé le moment où elle a décidé de quitter la maison dans laquelle elle avait vécu avec Jules pour « un nouveau départ » comme elle dit. À ce moment-là, la douleur qui s'était un peu atténuée est revenue plus forte.

2^e partie : modèle ABC

Annick : Ce déménagement, c'est un nouveau départ, mais c'est surtout une nouvelle vie, une vie sans Jules... Je sens que j'ai besoin de ça, mais c'est tellement effrayant !

Thérapeute : Qu'est-ce qui est effrayant exactement ?

Annick : Je sais que vous allez dire que je suis seule déjà depuis presque 2 ans, mais dans cette maison, Jules était un peu avec moi quand même, car tout me le rappelle... Mais dans une autre maison, il aura complètement disparu !

Thérapeute : Et... ? *Chaînage inférentiel*

Annick : Bah je serai vraiment seule...

Thérapeute : Et... ? *Chaînage inférentiel*

Annick : Je n'ai jamais été sans Jules de toute ma vie. Jusqu'à 17 ans, c'était nul avec mes parents, puis je l'ai connu et ça a été le bonheur. J'en déduis donc que sans lui la vie ne peut

qu’être nulle ! *Croyance irrationnelle B de type évaluation globale de la valeur de la vie*

Thérapeute : *Nulle, c'est-à-dire ? Précision des termes pour faire préciser le B et voir si cette évaluation globale découle d'une exigence sur la vie*

Annick : Peu attrayante, peu excitante... Ça ne vaut pas la peine de vivre une vie comme ça ! *Croyance irrationnelle sur l'exigence envers la vie, la thérapeute continue son questionnement*

Thérapeute : Et donc si votre nouvelle vie sans Jules est peu attrayante, qu'imaginez-vous qu'il se passera pour vous ?

Annick : Je n'arrive même pas à l'imaginer. C'est inimaginable ! Peut-être que je ne survivrai pas à cela ! Je ne sais pas, car je ne l'ai jamais vécu... *Croyance irrationnelle dérivée de type intolérance à la frustration suite à la croyance d'exigence sur la vie*

Thérapeute : Quand vous étiez enfant, votre vie était difficile, mais vous avez survécu n'est-ce pas ? Depuis 2 ans, votre vie est difficile et, déjà avant, avec la maladie d'Alzheimer, votre vie était difficile. Beaucoup de personnes ont une vie difficile, peu attrayante et pourtant, la plupart survivent, sinon imaginez le taux de décès prématurés... *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style humoristique*

Annick : C'est vrai ! Je voyais hier les migrants près du port et je me disais que j'avais bien de la chance d'avoir un pays, une maison, une famille...

Annick sourit à la thérapeute. Elle a les larmes aux yeux, mais elle a compris que ce qu'elle croit sur la solitude est irrationnel. Nous craignons tous de nous retrouver complètement seuls au monde, mais en réalité, il est rare que cela se produise totalement et, de plus, si cela devait se produire, nous ferions face. Cette croyance est souvent construite pendant l'enfance, car l'enfant peut difficilement se débrouiller seul. En tant qu'adultes, nous conservons cette croyance et nous avons tendance à l'entretenir dans les relations familiales, amoureuses et amicales que nous imaginons indispensables à nos vies.

La thérapeute explique le modèle ABCDE à la patiente qui est prête à travailler plus activement avec ce modèle. Il faut parfois du temps pour que les patients soient dans des conditions idéales pour ce type de travail sur soi.

Extrait de la séance suivante

Thérapeute : Depuis notre dernier RDV, est-ce qu'il y a eu des moments difficiles ?

Annick : Oh oui !

Thérapeute : Pouvez-vous me parler de la dernière fois où vous vous êtes sentie mal ? *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Annick : Hier j'étais mal. J'ai eu une émotion plus forte que d'habitude sans raison. *La patiente décrit un C*

Thérapeute : C'est-à-dire « sans raison » ? *La thérapeute recherche le A*

Annick : Sans déclencheur externe. Par exemple, parfois je ressens l'absence parce que quelque

chose me fait penser à Jules, mais là, hier, il n'y avait rien. J'étais tranquille dans mon jardin et c'est arrivé d'un seul coup ! *Le A est le fait d'« être tranquille dans le jardin » : elle a le temps de penser et le A est certainement ses propres pensées*

Thérapeute : Qu'est-ce qu'il y avait dans votre tête à ce moment-là ? *Étape 6 : rechercher le B et identifier les cognitions*

Annick : Dans ma tête, il y a souvent la pensée qu'il n'est pas là et que je vais continuer sans lui. Je ne pleure pas à chaque fois, mais hier c'était plus fort d'un coup. *La patiente décrit toujours le C*

Thérapeute : Et quand l'émotion est plus intense d'un seul coup, ça vous fait vous dire quoi ?

Annick : Bah je ne me dis rien... Seulement que cette vie est *nulle* et c'est vrai ! Jules était une belle personne qui occupait ma vie. Avant lui, ma vie n'était pas heureuse... *Croyance irrationnelle sur la valeur de la vie*

Thérapeute : Comment était votre vie « pas heureuse » avant Jules ?

Annick : Vous voulez vraiment savoir ? C'est pas très drôle à entendre, vous savez !

Thérapeute : Non, je ne sais pas en effet, car nous n'en avons jamais parlé, de comment c'était avant Jules... Vous voulez bien m'en parler ?

Annick exprime des croyances irrationnelles sur la vie sans Jules qui est nulle et sur sa faible tolérance à devoir vivre cette vie-là, mais la thérapeute pense qu'il existe une croyance irrationnelle plus fondamentale qui a été construite bien avant le décès de son mari et certainement même avant leur rencontre. C'est pourquoi la thérapeute décide de faire parler la patiente de sa vie avant son mari, ce qu'Annick évite de faire depuis les premiers entretiens.

Annick commence à raconter son enfance triste avec des parents qui se disputaient beaucoup, une mère sévère et un père absent, le passage d'un an dans un sanatorium à cause de la tuberculose, éloignée de sa famille quand elle avait 13 ans, etc. Elle répète qu'il n'y avait rien d'heureux dans cette vie-là. Après le sanatorium, ses parents se sont séparés et elle est partie dans le nord à Lille avec sa mère, son frère et sa sœur. Le climat n'était pas apaisé à cause de son frère. De son enfance, elle dit conserver ces croyances : « il faut se battre pour être heureux » et « il ne faut pas baisser les bras ». Elle dit aussi qu'elle a pris « l'habitude de mettre le négatif de côté et que c'est pas intéressant d'y revenir ».

Annick : Mon enfance, c'est comme une brique pas très belle, ça ne sert à rien d'insister sur cette brique moche. Avec Jules, j'ai construit un beau mur avec de belles briques car la vie doit être belle. On ne doit raconter que les belles choses. *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B. La thérapeute a accès à la croyance fondamentale de la patiente qui la fait souffrir aujourd'hui qui est « la vie doit être belle »*

Le A de la patiente est un déclencheur interne qui concerne ses propres pensées sur sa vie passée et actuelle alors qu'elle vit un moment calme dans son jardin seule. Elle dit que l'émotion est arrivée sans déclencheur externe, mais elle n'a pas conscience du déclencheur interne.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation de cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 29. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Annick est dans son jardin et elle pense à sa vie passée avec son mari et à sa vie actuelle sans son mari	Pensées automatiques et inférences : C'est inimaginable de vivre sans mon mari Croyances irrationnelles : Cette vie sans lui est <i>nulle</i> Je me suis battue pour avoir cette belle vie donc ma vie <i>doit</i> être belle	Émotions : Désespoir au point où parfois elle souhaiterait mourir Comportements : Elle pleure beaucoup Conséquences : Ces moments de tristesse intense lui font peur parce qu'elle a des idées noires et pessimistes alors qu'elle a toujours refusé le négatif

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Thérapeute : Est-ce qu'on pourrait illustrer votre enfance et votre vie avec Jules comme ceci ?

La thérapeute dessine la brique moche et un beau mur avec d'autres belles briques tout autour de la brique moche et montre le dessin à Annick.

Thérapeute : Pouvez-vous compléter le dessin du mur de votre vie sans Jules ? Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – La thérapeute reprend la métaphore du mur qui a été initiée par la patiente

La patiente complète le dessin du mur d'une autre couleur. Les briques sont dessinées avec un léger tremblement. Elle est émue et elle dit :

Annick : Ce mur devient moche à cause de ces nouvelles briques que je rajoute.

Thérapeute : Pourtant, il a pu être beau malgré la brique moche de votre enfance. Est-ce qu'il ne pourrait pas rester un peu beau malgré ces nouvelles briques moins esthétiques que vous rajoutez ?

Annick : En vous parlant, je prends conscience que le lien entre ma vie d'avant et ma vie de maintenant, c'est que le bonheur n'existe plus ! C'est injuste ! Pourquoi on m'a retiré ce bonheur ? Quand j'étais petite avec ma sœur, on se disait souvent qu'on n'avait pas de chance parce qu'on n'avait le droit de rien faire avec notre père et qu'il n'y avait pas d'harmonie à la maison. Dans mon foyer, j'ai voulu faire autrement que mes parents. À mon avis, ne pas être heureux, c'est un échec. Le bonheur ce n'est pas subjectif, on doit tout faire pour l'avoir et le conserver.

À 70 ans, les croyances d'Annick sur le bonheur n'ont pas évolué, d'autant qu'elle a tendance à idéaliser sa vie avec son mari. Le discours de la patiente est de plus en plus animé. Elle verbalise des « cognitions chaudes » sur sa vision du bonheur, le sentiment d'injustice, son exigence absolue d'être heureuse et de le rester qui débouche sur un sentiment d'échec si elle n'obtient pas ce qu'elle veut. La thérapeute poursuit la contestation des croyances irrationnelles en lui montrant toujours le dessin du mur :

Thérapeute : Est-ce que ce mur ne mérite pas qu'on fasse quelques petits travaux de rénovation pour l'embellir et le rendre plus résistant ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style métaphorique*

Annick : Oui je vois où vous voulez en venir... Je peux continuer à faire des projets et avancer sans Jules et c'est ce que je fais déjà, mais parfois c'est difficile et j'ai envie de casser ce foutu mur...

Thérapeute : Ce qui casserait ce que vous avez construit avec Jules.

Annick : Oui et ferait souffrir mes enfants, par exemple si je me laissais aller.

Thérapeute : Annick, est-il possible de vivre en étant moins heureuse qu'à une autre période ? Est-ce qu'il est possible qu'il vous arrive encore des belles choses qui embelliraient ce mur ? Est-ce que ce n'est pas en vous laissant une chance de vivre la suite que vous pourrez le savoir ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Annick : Vous avez sûrement raison, mais est-ce que je vais pouvoir le supporter ?

Thérapeute : N'avez-vous pas déjà supporté l'absence et la tristesse à d'autres périodes de votre vie ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique sur le passé*

Annick : Si au sanatorium. J'étais toute seule pendant 1 an, j'étais comme dans une salle d'attente et je me suis toujours promis de ne jamais revivre ça ! Pourtant en ce moment, je me sens comme dans une salle d'attente, c'est pareil ! Sauf que j'attends quelque chose qui ne viendra pas cette fois !

Thérapeute : Si vous attendez Jules, en effet, il ne viendra pas. Mais voyons plutôt quelle pensée rationnelle vous pourriez développer sur votre vie actuelle et le futur. *Étape 10 : construire avec la patiente une croyance rationnelle*

Annick : Je sais que c'est bizarre parce que je viens chez vous pour aller mieux et ça me fait du bien de venir vous voir, mais je préfère vous préciser que je tiens à cette perturbation qui me paraît normale. Quand on a vécu ce que j'ai vécu avec lui pendant 50 ans et que ça se termine, c'est normal de se sentir aussi mal ! Vous ne pensez pas ? *Nouvelle croyance irrationnelle concernant la normalité de sa souffrance*

La thérapeute : Ça fait maintenant un moment que nous nous rencontrons et vous me faites

confiance n'est-ce pas ? Eh bien, permettez-moi de vous dire que vivre plus sereinement sans Jules, ne retirera rien à la belle histoire que vous avez vécue ensemble et perdre l'objet d'amour n'est pas nécessairement synonyme d'une souffrance infinie qu'on serait obligés de vivre absolument. Cette dichotomie que vous faites entre *vivre le bonheur* ou *vivre une souffrance infinie* n'est pas logique. N'est-il pas possible de *vivre tout court* ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Annick (*elle réfléchit*) : Vous avez raison ! En plus, je pense que Jules aurait voulu que je vive bien malgré son absence.

La thérapeute : Bien sûr qu'il aurait souhaité le meilleur pour vous. Que pourriez-vous vous dire sur l'absence de Jules et la vie à venir sans lui qui vous permettrait de continuer à construire votre mur ?

Annick : Je pourrais me dire que j'ai beaucoup aimé notre vie de couple, que j'ai beaucoup aimé cet homme...

Elle pleure : elle ressent une émotion saine de tristesse. La thérapeute la laisse ressentir cette émotion en silence, avec des signes non verbaux de soutien.

La thérapeute : Merci Annick, de vous autoriser à partager votre tristesse avec moi. Je vais continuer la formulation de la pensée rationnelle et vous me direz si vous êtes d'accord : la vie ne doit pas être belle dans l'absolu. Elle peut aussi parfois être douloureuse et moins agréable, ça reste la vie et je peux le *supporter*. *Étape 10 : construire avec la patiente une croyance rationnelle*

Annick (*plus calme*) : J'aimerais beaucoup me dire ça, mais ce n'est malheureusement pas ce que je me dis.

La thérapeute : Je vois bien que cette pensée-là ne s'impose pas à vous pour l'instant, mais on pourrait l'écrire quelque part pour que vous puissiez la relire de temps en temps. *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 30. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Annick est dans son jardin et elle pense à sa vie passée avec son	Pensées automatiques et inférences : C'est inimaginable de vivre sans	Émotions : Désespoir au point où parfois elle souhaiterait mourir Comportements :	Contestation de type pragmatique et de style métaphorique : Est-ce que ce mur ne mérite pas qu'on fasse	Croyances rationnelles : La vie ne doit pas être belle dans l'absolu. Elle peut aussi parfois être douloureuse et

mari et à sa vie actuelle sans son mari	mon mari <i>Croyances irrationnelles :</i> Cette vie sans lui est <i>nulle</i> Je me suis battue pour avoir cette belle vie donc ma vie <i>doit</i> être belle	Elle pleure beaucoup <i>Conséquences :</i> Ces moments de tristesse intense lui font peur parce qu'elle a des idées noires et pessimistes alors qu'elle a toujours refusé le négatif	quelques petits travaux de rénovation pour l'embellir et le rendre plus résistant ? <i>Contestation de type empirique de style questionnement socratique :</i> Est-il possible de vivre en étant moins heureuse qu'à une autre période ? Est-ce que ce n'est pas en vous laissant une chance de vivre la suite que vous pourrez le savoir ? <i>Contestation logique de style questionnement socratique :</i> Cette dichotomie que vous faites entre <i>vivre le bonheur ou vivre une douleur infinie</i> n'est pas logique. N'est-il pas possible de <i>vivre tout court</i> ?	moins agréable, ça reste la vie et je peux le supporter <i>Émotions efficientes :</i> Tristesse moins intense, elle ne ressent plus l'envie de mourir <i>Comportements efficents :</i> Elle continue d'échanger avec ses enfants de ses ressentis. Elle a mis la maison en vente. <i>Conséquences :</i> Elle envisage sa vie dans une nouvelle maison et dans une nouvelle région avec plus d'entrain même si l'absence reste difficile
---	---	--	--	---

Conclusion

Annick est en thérapie REBT depuis presque 2 ans et elle ressent toujours une peine importante. Les contestations telles que celles qui ont été présentées ont été renouvelées au cours de plusieurs séances. À plusieurs reprises, elle a pu revenir sur son enfance qui a été difficile, notamment avec la période d'isolement au sanatorium pendant 1 an lorsqu'elle avait 13 ans. Annick a eu besoin de verbaliser certains faits marquants de sa vie pour admettre qu'elle avait construit des croyances irrationnelles qui étaient sans

conséquences lorsque sa vie lui apportait satisfaction, mais qui étaient devenues plus inadaptées avec la maladie d'Alzheimer, puis le décès de son époux. À ce jour, elle continue de lire une lettre de son mari par jour, mais cela ne semble pas entraîner de conséquence au niveau émotionnel. Elle est de plus en plus à l'aise pour communiquer avec ses enfants, elle a mis la maison en vente et elle envisage un déménagement dans une autre région dans les mois à venir.

7 ♦ LAURE ET LA RANCŒUR

Laure a 43 ans. Elle vient consulter pour des relations conflictuelles avec son ex-mari, Olivier, qui la minent. Elle s'inquiète aussi pour ses enfants et aimeraient gérer cette situation au mieux.

Lorsque Laure arrive au cabinet, elle ne sait plus comment faire. Elle est complètement perdue car chacun des points de conflits rejaillit sur les enfants qui sont pris à partie.

Si Laure contacte leur père pour un sujet à régler concernant les enfants, il ne filtre rien et la critique devant eux. Ces derniers se retrouvent à ne pas parler de certaines choses à l'un ou à l'autre pour éviter toute nécessité de contact entre eux. C'est très douloureux pour elle car elle assiste à certains dysfonctionnements sans pouvoir réagir. Quand elle brave l'interdiction de ses enfants pour appeler leur père, cela se passe toujours de la même façon, il finit par lui faire des reproches et la discussion tourne en rond.

La volonté de restriction de contacts est forte et donne lieu à de nombreuses injonctions : Laure n'a pas le droit d'appeler ses enfants sur la semaine de leur père, elle n'a pas le droit de passer dans leur rue etc.

On pourrait se dire que le temps permet d'apaiser le vécu douloureux, que « l'eau coule sous les ponts », mais cela n'est pas une garantie car les gens peuvent au contraire s'auto-endoctriner avec leurs croyances irrationnelles.

Laure a rencontré son mari à 17 ans. Ils étaient très amoureux et ont construit leur relation sur cette base. Ils ont grandi ensemble et ont appris à s'ajuster, s'accommoder l'un à l'autre. Cela n'était pas toujours simple mais la force de leur amour et la conviction qu'ils avaient beaucoup en commun les ont aidés à tenir dans les moments les plus difficiles. Ils ont eu trois enfants de 12, 15

et 17 ans.

Laure est à l'origine de la séparation. Elle commençait à se poser des questions sur elle, comment elle voyait l'avenir, ce qui importait pour elle. Elle traversait une crise existentielle. Elle avait commencé à se retrouver régulièrement avec des amies célibataires, à sortir, en quête de sensations fortes, comme un dernier shoot avant la deuxième partie de sa vie. Elle a fini par rencontrer un autre homme et quitter Olivier.

Laure a emménagé chez son nouveau conjoint, par commodité. Cela n'a pas aidé les relations avec son ex-mari. Tout cela était allé très vite. Sûrement trop vite. Les enfants eux, se sont retrouvés à vivre chez ce nouveau conjoint et se sont adaptés par nécessité.

Cette rupture et ces conflits sont d'autant plus difficiles à vivre pour Laure qu'elle vient d'une famille très unie. Ses parents sont ensemble depuis 50 ans et ont toujours eu une parfaite entente. Elle n'a jamais été témoin de disputes entre eux. Cela ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de problème mais la communication était très présente et notamment entre eux et leurs enfants. Elle a du mal à quitter ce modèle et ne comprend pas que le bien des enfants ne soit pas la priorité de chacun comme c'était le cas pour ses parents. Laure avait été très choyée et aimée. C'était une vraie chance, mais également sa faille, car elle avait développé un côté exigeant et quelque peu « tyrannique » où sa façon de voir les choses était souvent la meilleure, et ses désirs des volontés.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

Les premières séances permettent de faire l'évaluation de la problématique de Laure et de fixer l'objectif.

Il est très douloureux pour Laure de vivre des relations non constructives avec son ex-mari. Elle reste bloquée sur ce point de rupture et s'enferme dans ses attentes de bon fonctionnement. Cela la fait souffrir et elle a un mode de relation inefficace. Elle souhaite donc réussir à réagir de façon plus adaptée face aux difficultés avec le père de ses enfants.

2^e partie : modèle ABC

Ensuite, la thérapeute lui présentera le modèle ABC et elles travailleront

ensemble les situations problématiques, qui génèrent de la détresse émotionnelle chez Laure, pour comprendre comment fonctionne son problème, ce qui est présenté dans le [tableau 31](#) avec quelques exemples.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Grâce au modèle ABC, le thérapeute et sa patiente constatent que lors de chaque contact avec son ex-mari, Laure s'attend à pouvoir parler avec lui, à échanger avec lui, comme au temps de leur mariage, époque où ils s'entendaient correctement, où ils s'ajustaient. Elle a des attentes irrationnelles vis-à-vis de son ex-mari. Elle « croit » que son ex-mari « devrait » réagir « intelligemment », comme elle dit. Mais réagir « intelligemment », c'est réagir de façon raisonnable, avec la raison, le rationnel, en gérant ses émotions. Or son ex-mari a vécu le désamour et il souffre. La douleur qu'il vit le déborde, il réagit donc à l'émotion. Elle se met alors en colère. Enfermée dans ses attentes irrationnelles, elle tente de le convaincre sans cesse, ce qui la rassure dans ses croyances mais donne toujours plus de possibilités à son ex-mari de pouvoir l'atteindre, de rejeter sur elle sa souffrance et elle, de souffrir encore plus. Elle n'arrive pas à quitter ce schéma car elle s'est construite avec cette vision du couple et de la vie comme étant fonctionnelle.

Tableau 31. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Son ex-mari lui dit qu'elle cherche des prétextes pour être en contact avec lui et qu'elle le harcèle	<p>Pensées automatiques et inférences :</p> <p>Je ne comprends pas. Je fais tout ce qu'il faut pour le contacter le moins possible et pourtant il dit que c'est encore trop</p> <p>Il dit non juste pour m'ennuyer alors que ce serait mieux pour les enfants. Il n'a pas digéré que je parte</p> <p>Croyances irrationnelles :</p> <p>Il devrait réagir intelligemment</p>	<p>Émotions :</p> <p>Colère</p> <p>Palpitations</p> <p>Comportements :</p> <p>J'essaye de prouver que c'est faux</p> <p>Je note tout pour pouvoir me justifier</p> <p>J'échange pendant des jours pour lui faire comprendre les choses</p> <p>Conséquences :</p> <p>COURT TERME</p> <p>Cela me rassure de croire que je peux y arriver. Arriver à le</p>

		convaincre de son erreur Il dit des méchancetés Il dit que c'est pour mon confort et que je ne pense qu'à mon nouveau conjoint LONG TERME Aucun changement Angoisse anticipatoire
--	--	---

Tableau 32. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Elle demande un changement de vacances à son ex-mari	<i>Pensées automatiques et inférences :</i> Il ne me respecte pas. On ne peut pas parler avec lui Je ne mérite pas ça Il veut garder le pouvoir <i>Croyances irrationnelles :</i> Il ne doit pas m'imposer	<i>Émotions, sensations :</i> Colère Tension interne <i>Comportements :</i> Agressivité <i>Conséquences :</i> COURT TERME Cela me soulage de décharger cette tension interne LONG TERME Aucun changement Je m'en veux de m'être emportée et je rumine pour trouver comment lui faire comprendre son erreur Il pense que je suis une égoïste qui ne pense qu'à elle et s'en fiche des enfants et qui sait mieux que tout le monde et le fait passer pour un mauvais père

Pour aider Laure, la thérapeute va l'amener à identifier ses croyances irrationnelles pour leur substituer des croyances rationnelles et ainsi apaiser sa colère pour qu'elle ne produise plus les comportements dysfonctionnels dans lesquels elle est entrée. Cela nécessitera d'identifier les potentielles allumettes qui allument sa colère, les canaliser en amont, et apprendre à s'affirmer, sans pour autant obtenir en retour.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Thérapeute : Qu'avez-vous noté pour que nous travaillions pendant notre séance ?

Laure : Mon ex-mari m'avait dit de me débrouiller pour le stage de 3^e de mon fils. J'avais trouvé un lieu de stage intéressant à Paris et il devait dormir chez ma tante. Je devais prendre son billet de train mais cela tombait sur un jour de semaine chez son père. Je lui ai donc demandé quel train l'arrangeait par rapport à son travail et là, la réponse a été complètement à côté de la plaque, faite de reproches car je ne l'avais pas consulté en amont. Donc d'un côté, il me dit que je cherche des excuses pour le contacter et de l'autre, il me reproche de ne pas le contacter... Je ne comprends plus rien. Ça me rend dingue.

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous rend dingue ? *Recherche de A critique sur l'émotion « colère »*

Laure : Qu'il ne se rende pas compte qu'il fait et dit n'importe quoi. Il dit une chose et son contraire.

Thérapeute : Et ?

Laure : Il ne se rend pas compte que ce qu'il attend de moi est impossible. Et peu importe ce que je fais, c'est forcément mal.

Thérapeute : Et quand il fait ça, quelle est votre réaction ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Laure : Je me justifie, pour lui prouver que ce qu'il dit est faux. Pour qu'il se rende compte. J'en arrive à tout noter, à relever chaque fois que je le contacte, pour prouver, à moi-même, à lui et aux autres que c'est faux, que je ne le harcèle pas et que mes demandes sont légitimes.

Thérapeute : C'est dur... Pourquoi faites-vous cela ? Parce que vous vous dites quoi ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions. Le thérapeute enchaîne deux questions car la première question n'était pas correctement formulée. Il aurait été préférable de dire : « vous faites cela parce que vous vous dites quoi ? »*

Laure : Qu'il devrait se rendre compte de sa bêtise ! Il *devrait* se raisonner et apaiser sa colère ! Donc je lui apporte des preuves.

Thérapeute : Donc vous vous dites qu'il *devrait* se raisonner, c'est ça ? *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Laure : Ben oui !

Thérapeute : Oui en effet, ce serait mieux, mais quand quelqu'un vit une émotion très forte, comment peut-il faire preuve de raison ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Laure : Je ne sais pas, en effet, ça paraît compliqué.

Thérapeute : Il me semble aussi... Pour que l'émotion soit fonctionnelle, cela nécessite d'avoir des croyances rationnelles, et nous savons toutes les deux, au vu du travail que nous faisons ensemble, que ce n'est pas si simple. On peut souvent avoir des croyances irrationnelles sur comment les choses ou les gens devraient être qui nous amènent à avoir des émotions inadaptées.

Laure : Oui mais depuis le temps, il *devrait* être apaisé !

Thérapeute : Parce que ?

Laure : Qu'avec le temps, il devrait avoir digéré notre séparation et être passé à autre chose.

Thérapeute : Vous vous dites que le temps apaise les rancœurs ?

Laure : Oui, en effet.

Thérapeute : Mais est-ce bien une règle, une loi, que nous pourrions vérifier ? Pouvez-vous me prouver que le temps apaise les rancœurs ? En avez-vous des exemples ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Laure : C'est vrai qu'en réfléchissant, j'ai plutôt des exemples contraires. De personnes, séparées depuis des années qui continuent de se détester... Des parents de mes amies, plusieurs amies, qui 20 ans après ne pouvaient pas se rendre au mariage de leur fille si l'autre était là...

Thérapeute : Donc ? Le temps permet-il toujours de se raisonner ?

Laure : Non, en effet...

Thérapeute : Et pourquoi ? Qu'est-ce qui peut bien expliquer que le temps ne le permette pas ?
La thérapeute vérifie que la patiente a bien modifié la logique de son raisonnement

Laure : Je ne sais pas, j'imagine qu'on rumine ses griefs contre l'autre. Qu'on se le répète jour après jour.

Thérapeute : Oui, j'imagine. L'émotion peut s'apaiser mais on peut également l'alimenter avec nos propres cognitions et se réendoctriner encore et encore.

Laure : Oui c'est sûr...

Thérapeute : Alors plutôt que de croire que votre ex-mari *devrait* être apaisé, quelle croyance rationnelle pourriez-vous avoir ? *Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles*

Laure : Je me dirais peut-être qu'il ne peut pas être apaisé car il utilise sûrement le temps pour alimenter sa colère.

Thérapeute : Et si vous acceptiez, au sens intégrer, sans pour autant approuver, que votre ex-mari n'est pas apaisé, qu'est ce qui serait différent ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Laure : je ne sais pas trop...

Laure marque un silence. Ce silence est un signe positif de la dissonance cognitive qui se produit lorsque le patient tente d'intégrer une nouvelle information qui ne correspond pas à ses schémas existants. Le patient va avoir besoin d'accorder sa vision du monde au réel. C'est le cas de Laure qui n'arrive pas à accepter que son ex-mari ne réagisse pas comme elle le veut. Cela lui renvoie des choses difficiles. Avant, ils échangeaient, ils décidaient à deux. Mais la réalité de la séparation est qu'il n'est pas toujours possible de maintenir une parentalité adaptée et fonctionnelle.

Thérapeute : Que se passe-t-il là ?

Laure : Je sens que je bloque, ça ne me convient pas.

Thérapeute : Qu'est-ce qui ne vous convient pas ?

Laure : Je ne vois pas comment fonctionner autrement. Je suis bien obligée d'être en relation avec lui. Sinon, en effet, on peut tout passer par les enfants, et ça, ça me rend dingue. Je ne vois pas comment ils vont s'en sortir. Ça ne pourra pas aller bien pour eux. Et ça, c'est impensable pour moi.

Thérapeute : Je vois que l'émotion est réactivée. Ça vous rend dingue. Parce que ? *Étape 6 :*

rechercher et identifier les cognitions

Laure : J'ai toujours tout fait pour que les enfants aillent bien.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

Laure : C'est vrai que j'ai toujours anticipé leurs besoins, fait attention à ce que tout soit toujours parfait pour eux, qu'ils se sentent bien.

Thérapeute : Parce que ? Qu'est-ce que vous vous dites qui vous pousse à tout anticiper pour eux ?

Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions

Laure : Que la vie *devrait* toujours leur être agréable et positive, qu'ils ne *devraient* pas être mal.

Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B

Thérapeute : Et qu'est-ce que cela donnait ?

Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

Laure : J'anticipais tous leurs besoins, je prévoyais tout pour eux, j'anticipais la météo, j'anticipais leurs ennuis, leurs tracas.

Thérapeute : Et qu'est-ce que ça a donné ?

Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique

Laure : Je me suis épuisée et j'ai eu besoin de soupapes pour décompresser. C'est d'ailleurs ce qui m'a amenée à m'étourdir et mettre mon couple en danger.

Thérapeute : Donc, chercher à rendre la vie parfaitement agréable à vos proches vous a mis en difficulté, créant les causes de votre épuisement et peut-être même de votre séparation ?

La contestation pragmatique consiste à confronter les croyances du patient à leurs conséquences dans la réalité. Cela a-t-il fonctionné ? Cela a-t-il permis d'atteindre les objectifs, les attentes du patient ? A priori non, car le problème avec une croyance irrationnelle, c'est qu'elle ne permet pas de fonctionner en prenant en compte la réalité et donc d'avoir des comportements en adéquation avec elle. On se retrouve à poursuivre un idéal qui n'existe pas et provoquer l'inverse de ce que nous recherchons, ce que nous attendons.

Laure : Oui... que voulez-vous me dire ? Que si j'accepte que mon ex ne gère pas notre séparation et les échanges qui seraient nécessaires, alors il va falloir que je m'adapte mais pour cela il faut que j'accepte que cela ne sera pas bon, au sens où je l'entends pour mes enfants ?

Thérapeute : Qu'en pensez-vous ?

Laure : Je crois que je n'ai pas le choix, car c'est ce qui se passe.

Thérapeute : C'est la différence entre s'adapter et s'accorder. Lorsque les conditions ne sont pas favorables à atteindre mes buts, je les prends en compte, je les accepte, et alors je m'adapte. Mais parfois, l'adaptation n'est pas suffisante et il me faut changer profondément ma façon d'appréhender les choses, alors, je m'accorde. *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style didactique*

Une autre croyance irrationnelle selon Ellis est qu'il existe une solution

parfaite et que « je “dois” la trouver ou que l’autre doit adopter la solution parfaite ». Dans le cas de Laure, nous retrouvons ce mécanisme anxieux qui vise à trouver cette solution parfaite qui va permettre que tout le monde se sente parfaitement bien et que tout se déroule parfaitement bien.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 33. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements et conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Réserver le train pour son fils sur la semaine de son père	Croyances irrationnelles : Il devrait être apaisé	Émotions : Colère Ça me rend dingue	Type logique et style socratique : Quand quelqu'un vit une émotion très forte, comment peut-il faire preuve de raison ? Type empirique et style socratique : Mais est-ce bien une règle, une loi, que nous pourrions vérifier ? Pouvez-vous me prouver que le temps apaise les rancœurs ? En avez-vous des exemples ?	Croyances rationnelles : Mon ex-mari ne peut pas être apaisé car il utilise sûrement le temps pour alimenter sa colère Avoir une croyance rationnelle et efficiente devient A2
A2	B2	C2	D2	E2
Accepter que son ex-mari se réendocrine, et que le temps ne l'apaisera peut-être pas	Croyances irrationnelles : La vie devrait être agréable et positive pour mes enfants	Émotions : Anxiété Comportements : Anticipation de tous les aléas et tracas de la vie	Type pragmatique et style socratique : Qu'est-ce que ça a donné ? Type pragmatique et style didactique : C'est la différence entre s'adapter et s'accorder. Lorsque les	

			conditions ne sont pas favorables à atteindre mes buts, je les prends en compte, je les accepte, et alors je m'adapte. Mais parfois, l'adaptation n'est pas suffisante et il me faut changer profondément ma façon d'appréhender les choses, alors, je m'accorde	
--	--	--	--	--

Il faudra avancer encore un peu dans les séances pour retravailler les croyances irrationnelles et amener à de nouvelles émotions et comportements efficents. En voici un extrait :

Thérapeute : Vous me disiez que cela s'est à nouveau mal passé dernièrement avec le père des enfants ? *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Laure : Oui, il y a eu un problème pour l'alternance des vacances. Depuis que nous sommes passés à une alternance le vendredi au lieu du lundi, il veut imposer que cette alternance se poursuive pendant les petites vacances. Moi je ne suis pas d'accord parce que je pars souvent dans ma famille pendant ces petites vacances. Je préfère donc que les week-ends soient inclus dans ma semaine. Alors que si je dois lui ramener les enfants le vendredi, je perds 2 jours.

Thérapeute : Et il n'est pas d'accord avec ça ?

Laure : Si, mais il dit que si je lui ramène les enfants plus tard, je les récupère dès le vendredi suivant pour maintenir l'alternance. Ce qui fait que je n'ai jamais de week-end pour pouvoir profiter d'une vie de couple sans enfants. Et comme rien n'est dit dans la convention de divorce, nous n'avons rien auquel nous référer.

Thérapeute : Et alors, comment se passent les échanges ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Laure : Comme habituellement. Il me parle mal, me dit que je veux faire uniquement comme je l'entends. Il dit même que c'est pour arranger mon nouveau compagnon, que ce n'est pas du tout pour les enfants. Quand je lui dis que les enfants préfèrent être en même temps que les enfants de mon conjoint, il dit que c'est faux, qu'ils s'en fichent d'eux, qu'ils ne sont rien pour eux. C'est *insupportable*.

Thérapeute : Que ressentez-vous quand vous dites ça ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Laure : Je suis en colère.

Thérapeute : Parce que ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Laure : Parce qu'il dit des choses fausses sur moi. Il ne veut pas entendre raison. Il *devrait* se

rendre compte que ce qu'il dit n'est pas juste. Et que ça nuit aux enfants au final.

Thérapeute : Et ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Laure : Je ne supporte pas qu'il dise que je ne pense pas aux enfants alors que c'est lui qui fait n'importe quoi et leur nuit. Il dit ça parce que je l'ai quitté. Mais c'est fait. Et c'est vrai que je l'ai fait parce que c'était le meilleur choix pour moi.

Thérapeute : Alors qu'est ce qui vous pose le plus problème quand il dit que vous ne pensez qu'à vous ?

Laure : Parce qu'il va me reprocher ça combien de temps ? Et puis depuis, je fais de nouveau mes choix en pleine conscience, je ne suis plus dans les mêmes tourbillons d'émotions qui m'ont amenée à le quitter.

Thérapeute : Et ? *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Laure : Il devrait se rendre compte de ce qui est.

Thérapeute : Il devrait prendre en compte la réalité ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

Laure : Oui, vous allez encore me dire que ce n'est pas possible, qu'il est irrationnel !

Thérapeute : Je ne sais pas moi, mais c'est ce qui ressort me semble-t-il chaque fois que nous parlons de lui ?

Laure : Oui...

Thérapeute : Et donc ?

Laure : C'est normal qu'il dise que je fais des choix égoïstes puisque c'est ce qui s'est passé quand je l'ai quitté, même si on pourrait disserter pendant des heures pour savoir si me sacrifier aurait été mieux pour les enfants. Et c'est normal qu'il me le redise encore aujourd'hui puisqu'il est resté bloqué dans la même émotion qu'au moment de la rupture. OK, mais qu'est-ce que je fais ?

La patiente a elle-même trouvé une croyance rationnelle, car elle a bien intégré le travail de contestation lors des précédentes séances.

Thérapeute : Je n'ai pas de réponse toute faite à ça. Quand vous vous dites que c'est *insupportable*, que c'est injuste, que vous ressentez de la colère, que faites-vous ?

Laure : Je m'énerve et surtout je me justifie, sans arriver à lâcher.

Thérapeute : Qu'est-ce que cela vous apporte ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Laure : Rien !

Thérapeute : Réfléchissez bien, qu'est-ce que cela peut bien vous apporter ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Laure : Je dirais que cela me permet de maintenir l'illusion que les choses peuvent changer et s'améliorer.

Thérapeute : Mais ?

Laure : Les relations se sont dégradées car nous accumulons encore plus de rancœur. J'ai même des angoisses chaque fois que nous devons entrer en communication. Cela me tend, j'ai le cœur

qui s'accélère et j'ai peur...

Thérapeute : Ce qui vous crée des anticipations négatives avec un risque de surréaction...

Laure : Oui...

Thérapeute : Plutôt que de croire que votre ex-mari *devrait* être apaisé, quelle croyance vous semblerait plus rationnelle ? *Étape 10 : construire avec le patient une croyance rationnelle*

Laure : Je me dirais qu'il n'y a pas de loi qui l'oblige à être apaisé et que chaque échange me prouve qu'il ne l'est pas.

Thérapeute : Donc si vous acceptiez que chacune de vos demandes est reçue par quelqu'un de blessé, qui va réagir sur la base de cette blessure, comment agiriez-vous ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Laure : Je ne sais pas, peut-être que je le laisserais dire ce qu'il pense et que je recentrerai sur ma demande.

Thérapeute : Peut-on revenir sur cet appel et le refaire ensemble ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer*

Laure : Essayons.

Thérapeute : Nous allons construire ensemble votre demande en utilisant une technique d'affirmation de soi, puis nous l'expérimenterons grâce à un jeu de rôle.

La thérapeute et la patiente construisent ensemble la demande selon la technique d'affirmation de soi, puis la jouent. Quand la patiente est suffisamment à l'aise et confortable dans ce jeu de rôle, elles décident de la mise en place de l'exercice lors de la prochaine demande qu'elle aura à faire à son ex-mari.

Tableau 34. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements et conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Changement d'alternance	<i>Croyances irrationnelles :</i> Il <i>devrait</i> se rendre compte de ce qui est	<i>Émotions :</i> Colère Ça me rend dingue	<i>Type logique et style socratique :</i> Il <i>devrait</i> prendre en compte la réalité ? <i>Type pragmatique et style socratique :</i>	<i>Croyances rationnelles :</i> Il n'y a pas de loi qui l'oblige à être apaisé et chaque échange me prouve qu'il ne l'est pas <i>Comportements efficents :</i>

			Qu'est-ce que cela peut bien vous apporter ?	Je le laisserais dire ce qu'il pense et je recentrerais sur ma demande
--	--	--	--	--

Conclusion

Le suivi de Laure a été assez étendu, avec des rendez-vous espacés, en général une fois par mois. Elle a réussi à être bien, c'est-à-dire à avoir des émotions gérables, même désagréables, mais qui lui permettaient de continuer de bien fonctionner et donc d'aller bien. Elle a accepté qu'il n'existe pas forcément de bonne façon de faire, ce qui lui a permis de ne plus bloquer sur des éléments de vie du quotidien, décidés par son ex-mari. Elle a continué à faire des demandes précises et a accepté de laisser ses enfants évoluer et s'adapter à ce climat conflictuel entre leurs parents. Et finalement, ayant disparu au maximum de la vie de son ex-mari, celui-ci n'avait plus d'exutoire à sa colère et il a décidé d'aller voir un psychologue. Il s'est apaisé. Et les relations avec Laure ont fini par s'améliorer.

8 WILLIAM ET LA SÉPARATION

William est un homme de 42 ans. Sa compagne vient de le quitter après 8 ans de relation. Celle-ci était plutôt bonne même si William se décrivait comme quelqu'un de taciturne là où son ex-compagne était beaucoup plus joyeuse. Ils vivaient dans la maison de cette dernière et avaient eu 2 enfants, un garçon âgé de 3 ans et demi et une fille âgée de 2 ans. William était très heureux de ces naissances mais son caractère introverti faisait de lui un père parfois renfermé. Un an auparavant, il avait subi un licenciement économique. Il avait alors décidé de se lancer dans une activité en tant qu'indépendant mais n'y avait pas mis l'énergie nécessaire et son activité était au point mort. Cela avait créé de nombreuses tensions dans le couple, Vanessa essayant d'aider William à s'engager à nouveau dans des actions de la vie et investir son projet professionnel, sans résultat. En 1 an, la relation s'était fortement dégradée et Vanessa avait fini par engager la séparation.

William a bien conscience qu'il va mal. Il est dévasté par la nouvelle de la séparation même s'il semble y faire face pour leurs enfants. Il a beaucoup

d'angoisses et vit de nombreux symptômes de dépersonnalisation. Il admet que le mal-être existait avant la séparation mais il se sent incapable d'aller mieux. Il avait déjà eu des suivis psychologiques qui l'avaient aidé mais il avait toujours gardé au fond de lui un certain mal-être et semble résigné. Malgré tout, il accepte de revenir pour essayer d'aller mieux et de ne pas craquer, pour ses enfants.

Son enfance a été compliquée. Il n'a pas connu son père et sa mère l'a élevé seule. Celle-ci souffrait vraisemblablement d'un TOC et peut-être d'un TAG. Elle était très permissive, envahie par ses troubles, elle n'était pas présente psychiquement pour William. Cela était très angoissant pour l'enfant qu'il était. Il ne disposait pas de la sécurité dont il avait besoin pour grandir. Il a ressenti beaucoup d'insécurité, il avait peur que sa mère ne puisse plus s'occuper de lui. Il voyait bien qu'elle avait quelque chose qui n'allait pas. Cette différence, il a voulu la cacher, que les autres ne découvrent pas ses secrets. Il s'est donc construit en évitant les relations trop intimes pour éviter de sentir le regard des autres sur ce mode de vie étrange.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

William prend rendez-vous avec la thérapeute, poussé par son ex-compagne qui était assez inquiète pour lui et il arrive au cabinet sans trop y croire.

Ce genre de 1^{er} rendez-vous est toujours plus compliqué car le patient ne vient pas pour lui, mais pour répondre aux attentes d'un tiers, ici William veut répondre aux attentes de Vanessa pour tenter de la faire changer d'avis. Il ne vient pas pour aller mieux mais pour apporter satisfaction à sa partenaire. C'est le cas de certains enfants qui ne sont pas demandeurs d'un suivi mais qui viennent au rendez-vous parce que le parent le leur demande et ils acceptent pour répondre à cette demande parentale. La thérapeute essaye alors de faire prendre conscience au patient de ses difficultés, de sa souffrance, pour faire émerger une demande, condition nécessaire au déroulement d'un suivi.

Les premières séances ont été difficiles à structurer car les choses sont allées très vite : annonce de la séparation, demande de Vanessa de quitter la maison qui lui appartenait et installation du nouveau compagnon de celle-ci dans la maison.

La demande de William est de se remettre en action, de faire les choses

plaisantes comme les corvées. *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

2^e partie : modèle ABC

Pour comprendre comment fonctionne le problème de William, la thérapeute fait des analyses fonctionnelles de son problème avec le modèle ABC. La prise de notes se fait sous forme de colonnes. Les colonnes sélectionnées et présentées dans le [tableau 35](#) sont le résultat de plusieurs séances avec William.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 35. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Trouver un appartement	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> C'est injuste. Pour elle tout va bien, elle vit la famille recomposée idéale. Tout ça au détriment des enfants qui seront cassés par cette séparation car ils auront été privés de leurs parents ensemble</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> L'échec est <i>insupportable</i></p>	<p><i>Émotions :</i> Angoisse +++</p> <p>Dépersonnalisation : vue rétrécie, vision accrue, audition cotonneuse</p> <p><i>Comportements :</i> Évite d'y penser en pensant à autre chose</p> <p><i>Conséquences :</i> À COURT TERME Soulagement de l'angoisse À LONG TERME Il ne met rien en place, ne cherche pas d'appartement</p>

Tableau 36. Modèle ABC

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)
Relancer son activité professionnelle Appeler l'Urssaf pour avoir des	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> Ma famille est existentielle. Moi, seul, je ne suis pas légitime</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p>	<p><i>Émotions :</i> Angoisse +++</p> <p>Dépersonnalisation : vue rétrécie, vision accrue, audition cotonneuse</p> <p><i>Comportements :</i></p>

informations	Je voulais réussir cette famille donc ça ne devrait pas être autrement. C'est épouvantable	Prend un alprazolam Conséquences : À COURT TERME Soulagement immédiat de l'angoisse À LONG TERME Il ne met rien en place, ne relance pas son activité professionnelle
--------------	--	--

À la suite des analyses fonctionnelles réalisées avec William, dont seulement quelques-unes sont présentées ici, la thérapeute peut dégager une compréhension globale du problème du patient.

William est envahi par l'angoisse. L'incertitude quant à son avenir est un facteur de stress très important pour lui. Mais le stress, qui est une réaction de l'organisme préparant à l'action pour atteindre ses objectifs, se transforme en angoisse et provoque des symptômes de dépersonnalisation. William s'est construit dans la peur avec comme seule stratégie l'évitement et le contrôle de tout ressenti anxieux. Quand dans sa vie, les choses allaient bien, il pouvait être confiant et alerte, mais face au stress généré par l'environnement, il est tétanisé. En revanche, il est confronté à ce fonctionnement uniquement pour les facteurs de stress touchant à sa vie affective (le fait d'avoir une mère fragilisée par un trouble psychique l'a fortement insécurisé. Elle n'était pas rassurante, du fait de ses comportements étranges mais aussi parce qu'elle était envahie par son trouble qui la rendait parfois inaccessible à son fils). La crainte d'être rejeté est tellement forte pour lui qu'il a construit une exigence d'amour absolu. C'est ainsi que la famille est devenue un enjeu fondamental. Sa séparation de Vanessa a été un choc.

L'échec est insupportable et il en tient Vanessa pour responsable. Il n'accepte pas que la vie ne se soit pas déroulée selon sa volonté. Il tente donc de garder le contrôle pour imposer à son ex-compagne ce qu'il juge sécurisant pour ses enfants, l'enjeu de sécurité étant central pour lui.

Vanessa étant quelqu'un d'assez directif et impulsif, la peur de se retrouver écrasé paralyse William jusqu'à ce qu'il contre-agresse, ce qui le rassure quand il évite puis le soulage quand il explose. Il tente ainsi de garder le contrôle mais cela nuit aux relations parentales.

À force de lutter contre ces symptômes de stress liés aux relations, William a fini par s'épuiser et développer un trouble dépressif.

Pour résumer, nous avons pour compréhension globale du problème de William qu'il a vécu au cours de son enfance dans un contexte insécurisant. Il a développé un trouble anxieux, ayant peur de tout ce qui pouvait entrer dans son intimité et notamment les autres. Il a construit sur cette faille des croyances irrationnelles sur comment devait être sa vie et l'autre. Ces attentes irrationnelles l'ont empêché d'accepter la réalité telle qu'elle était, de faire avec, de mettre en place les actions adaptées sur la base des émotions ressenties.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Extrait d'une séance

Thérapeute : Sur quoi voulez-vous travailler aujourd'hui ? Y a-t-il un événement dernièrement qui vous a perturbé et que vous avez noté ?

Avec un patient comme William, qui est dans l'évitement émotionnel, il est fréquent de se retrouver à intellectualiser les situations problématiques. Pour éviter ça, le travail cognitif nécessite d'être fait à partir de l'émotion, pour atteindre les cognitions dites chaudes. À froid, les croyances peuvent ne pas être activées et le patient peut rationaliser, de manière purement intellectuelle, tout en gardant ses croyances profondes irrationnelles. William et la thérapeute prennent donc une des situations activantes pour lui, pour travailler ses croyances en lien avec l'émotion : Vanessa demande un changement de dates pour les week-ends.

William : Oui, j'ai reçu un mail de Vanessa et je ne veux pas l'ouvrir. Je sais qu'elle veut changer les dates pour l'alternance des week-ends. J'ai peur qu'il soit agressif. Je ne préfère pas le lire.

Thérapeute : Quand vous voyez ce mail dans votre boîte de réception, que ressentez-vous ?
Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C

William : C'est toujours pareil avec elle, elle fait comme ça lui chante, peu importe ce que j'ai prévu.

Thérapeute : J'entends bien, mais je vous demandais ce que vous ressentiez quand Vanessa demande à changer les dates des week-ends, quelle émotion cela génère chez vous.

William : Je ne sais pas trop, je suis mal.

Thérapeute : Comment ça, mal ? Peut-on essayer de préciser comment vous vous sentez mal ? Est-ce que vous ressentez de la peur, de la colère ou de la tristesse ? *La thérapeute propose trois*

émotions.

William : Je ne sais pas trop...

Thérapeute : Est-ce que cela vous sert à l'intérieur, comme une oppression ? Ou est-ce que vous ressentez un feu intérieur, comme quelque chose qui brûle ou qui bouillonne ? Ou est-ce que vous vous sentez écrasé d'un poids ?

La thérapeute utilise les indices kinesthésiques pour aider le patient à qualifier son émotion. Elle peut aussi utiliser la tendance à l'action : le fait de sentir le besoin de fuir peut signifier la peur ; le fait de sentir le besoin d'agresser l'autre, la colère ; sentir le besoin de se couler au fond du lit, la déprime.

William : Ça me sert à l'intérieur, tout devient flou et j'ai envie de fuir. Je n'ai même pas envie de lire ses messages.

Thérapeute : Donc cela vous angoisse ?

William : Oui, c'est ça. D'ailleurs, rien que d'en parler, je sens que ma tête bourdonne et je me sens oppressé.

Thérapeute : Donc quand vous voyez le mail de Vanessa dans votre boîte mail, vous ressentez de l'angoisse ?

William : Oui.

Thérapeute : Et que faites-vous quand vous voyez le mail ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

William : Je ferme ma boîte mail. Je préfère ne pas le voir. Je fuis le problème, comme ça il n'existe pas.

Thérapeute : Et qu'est-ce que cela a comme conséquences ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

William : Je ne sais pas trop. Mais je sais que cela m'évite d'être angoissé.

Thérapeute : Oui, sûrement. Cela vous évite d'être angoissé. Et après ?

William : Je sais que c'est pire car Vanessa va penser que je l'ignore. Elle va encore dire que j'en fais exprès, que c'est pour entraver sa vie de famille, parce que je ne veux pas l'arranger, que c'est une mesure de représailles pour la faire payer le fait qu'elle est partie.

Thérapeute : Donc quand vous voyez que Vanessa vous a écrit un mail pour un changement de dates, cela vous angoisse, vous évitez de le lire, et donc vous n'y répondez pas, ce qui vous soulage mais aggrave la situation puisque Vanessa va devenir encore plus pressante ?

William : Oui c'est ça...

Thérapeute : Quand vous êtes angoissé parce que Vanessa veut changer les dates de week-end, qu'est-ce que vous vous dites ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

William : Je me dis qu'elle ne fait que ce qui l'arrange. Qu'elle s'en fiche de moi, que je ne compte absolument pas.

Thérapeute : Comment ça, vous ne comptez absolument pas ?

William : Elle veut uniquement faire plaisir à son mec. Elle s'en fout des enfants. Elle confond intérêt des enfants et intérêt de son mec.

Thérapeute : Vous pensez qu'elle ne pense pas aux enfants quand elle demande à changer de week-end ?

William : Oui, ce qu'elle veut c'est que les enfants soient calés sur les enfants de son mec, comme ça ils occupent ses enfants.

Thérapeute : C'est une vision assez négative et on entend la pointe de jugement derrière. Mais prenons votre pensée comme telle et imaginons que cela soit vrai. Quel est le problème pour vous que les enfants de son compagnon s'occupent avec les vôtres ?

William : Ils ne sont rien pour eux. Ils ont besoin de leur mère. Vanessa doit s'occuper d'eux de manière privilégiée. Elle *devrait* penser à eux uniquement. *Étape 7 : identifier les croyances irrationnelles – B*

Thérapeute : Comment ça « elle *devrait* penser à eux uniquement » ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – la thérapeute utilise l'intonation pour souligner la contestation de type logique et style socratique*

William : C'est évident, si on veut qu'un enfant se développe bien, il faut qu'il ait un attachement sécurisé. Et là, ce ne sera pas le cas car mes enfants se rendront bien compte que leur mère se préoccupe plus de son mec que d'eux. Elle est tellement aveuglée par l'amour que plus rien ne compte autour.

Thérapeute : Peut-on voir ensemble ce qu'il en est de cette demande absolue que vous avez que Vanessa se concentre uniquement sur vos enfants ? Parce que j'aimerais comprendre comment cette exigence peut correspondre à la réalité. En effet, chaque fois que vous décrivez Vanessa, vous me dites qu'elle est égocentrique et totalement amoureuse. Je ne sais pas si c'est vrai mais cela semble être ce que vous percevez. Aussi, comment pensez-vous que Vanessa, qui serait quelqu'un d'assez tournée vers elle et envahie par des sentiments amoureux puisse penser exclusivement à vos enfants ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style didactique puis socratique*

William : Oui, en effet ça n'est pas vraiment possible... Mais c'est *épouvantable*. Cela veut dire que mes enfants n'auront pas une enfance sécurisante, sûre.

Thérapeute : *Épouvantable* ?

William : Oui, regardez-moi, c'est ce que j'ai vécu et aujourd'hui cela m'handicape énormément dans la vie.

Thérapeute : Mais vos enfants sont-ils vous ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type logique et style socratique*

William : Non, c'est vrai. Ils ont des parents plus présents et surtout une mère plus présente et plus équilibrée même si elle fait n'importe quoi en ce moment.

Thérapeute : Alors est ce que ce qu'ils vivront sera *épouvantable* ?

William : Peut-être pas.

Thérapeute : Peut-on envisager que Vanessa, aussi autocentrale ou amoureuse soit-elle, ne soit pas une mère abominable pour vos enfants qui se ficherait de leur bon développement et de leur épanouissement ? Et que vos enfants aient suffisamment de repères pour continuer de se construire correctement ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style didactique*

William : sûrement...

Même si le raisonnement de William n'est pas dénué de toute logique : « je veux que mes enfants grandissent dans un environnement sûr alors je veux que leur mère fasse attention à eux », il a transformé ces attentes en exigences vis-à-vis du comportement de Vanessa. Or cette exigence est irrationnelle puisque Vanessa semble être une femme plutôt égocentrique et sa nouvelle relation lui apporte toute la valorisation puissante que permet le sentiment amoureux, avec le sentiment d'être l'Unique. La thérapeute ne porte aucun jugement sur Vanessa, mais ce que William dit d'elle, rend irrationnel d'attendre d'elle des comportements altruistes. Ce qui ne veut pas dire que Vanessa est une femme horrible et égoïste qui mériterait d'être blâmée pour cela.

Cette contestation sur les croyances irrationnelles de William permet de mettre en déséquilibre ce qu'il pense être une évidence, une loi, comme si, sorti de cette façon de penser, rien n'était possible ou seulement des choses dramatiques. L'objectif est de lui faire envisager la vie autrement que comme un lot de souffrances si les règles de base d'un fonctionnement idéal n'étaient pas respectées. L'objectif est également de lui faire accepter que Vanessa ne peut pas être un mauvais parent comme il le pense même si accepter ne veut pas dire approuver. Il peut rester en désaccord avec Vanessa tout en intégrant qu'elle veut aussi le bien de leurs enfants, même s'ils n'en ont pas la même vision. Il est important de permettre au parent de retrouver le respect de ce qu'est l'autre, dans ses forces et ses failles. C'est l'acceptation inconditionnelle de l'autre. J'accepte l'autre tel qu'il est, non pas dans ce qui me convient, pas à la condition qu'il soit comme je le souhaite. Je l'accepte sans condition, dans sa globalité. Cette acceptation inconditionnelle de l'autre permet de le voir tel qu'il est et non d'être angoissé, déprimé ou en colère contre ce qu'il est et qui me déplaît. L'acceptation inconditionnelle de l'autre me permettra d'accepter, de faire avec comment est l'autre. Et donc d'avoir des comportements qui prennent en compte cette façon d'être, des comportements qui seront adaptés.

Thérapeute : Alors comment pourriez-vous voir les choses autrement ? Étape 10 : construire avec le patient des croyances rationnelles

William : Je ne peux pas les voir autrement pour l'instant. Je sens que ça n'est pas possible. Je le sens en moi. Ça résiste.

Thérapeute : Je comprends. Laissons infuser notre réflexion et nous en reparlerons plus tard. Car

tant que vous n'avez pas de croyances plus rationnelles, les situations risquent de réactiver les croyances irrationnelles et donc des émotions inadaptées. Aussi, nous serons amenés à refaire ce travail. Cependant, j'aimerais que l'on voit s'il serait quand même possible d'agir autrement ? Quand Vanessa demande un changement de dates de week-end, si vous l'acceptiez telle qu'elle est, sachant qu'accepter ne veut pas dire approuver, comment agiriez-vous ? *Étape 11 : motiver la mise en place de l'enseignement, motiver le changement – E*

William : J'affirmerais mon point de vue puisqu'elle ne se met pas à ma place.

Thérapeute : C'est-à-dire ?

William : Je lui dirais que je ne veux pas changer, car je ne suis pas une variable ajustable.

Thérapeute : Savez-vous faire ?

William : Plus ou moins. Professionnellement, je n'ai jamais eu de souci pour ça. J'ai encadré beaucoup de collaborateurs et j'ai toujours réussi à exprimer mon désaccord de façon ferme et directe tout en étant respectueux du salarié.

Thérapeute : OK. Alors cela donnerait quoi, si vous deviez utiliser votre savoir-faire avec Vanessa ?

William : Je lui expliquerais pourquoi je ne veux pas changer les dates de week-end.

Thérapeute : Peut-on suivre le modèle d'affirmation de soi pour cela ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer – la thérapeute va proposer au patient de construire ensemble un exercice grâce à une technique d'affirmation de soi pour exprimer un désaccord de façon constructive*

William : OK.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

La thérapeute va mettre en place avec le patient un outil d'affirmation de soi comme comportement efficient. Ils s'entraîneront en séance car le jeu de rôle en affirmation de soi est une étape très importante. Lors de la thérapie, la thérapeute profite de la séance pour permettre au patient de s'entraîner et le renforce dans ce qu'il arrive à faire. L'objectif de la REBT est bien un travail cognitivo-émotionnel pour permettre au patient de retrouver des comportements fonctionnels, reposant sur des croyances rationnelles. L'expérience de ce nouveau comportement sera reprise en début de séance suivante par la thérapeute.

Tableau 37. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
Vanessa demande	Pensées automatiques	Émotions : Angoisse	Type logique et style socratique :	Croyances rationnelles :

<p>à changer les dates de week-end</p>	<p><i>et inférences :</i> Elle s'en fiche de ce qui est bon pour les enfants. Elle fait ce qui arrange son mec. Je ne veux pas subir les contraintes liées à son mec, je ne veux pas que nos enfants soient élevés par un autre, donc il n'y a pas de raison que ça se passe autrement</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> Ils ont besoin de leur mère donc cela devrait être sa priorité, elle devrait leur consacrer son temps, seulement, sans les enfants de « l'autre » qui ne sont rien pour eux Elle ne devrait exister qu'en tant que mère</p>	<p>Colère Dépersonnalisation et palpitations, montée d'adrénaline</p> <p>Comportements : Évite de lire les messages de Vanessa et ne lui répond pas au téléphone, puis quand la discussion s'impose, il essaye d'imposer sa vision des choses en imposant un mode de garde où les enfants seraient seuls avec leur mère, sans les enfants du nouveau conjoint</p> <p>Conséquences : À COURT TERME Évite la panique. Évite d'explorer à court terme</p> <p>À LONG TERME Disputes violentes avec insultes mutuelles, passage en force avec des comportements agressifs comme aller chercher les enfants le 1er à l'école pour que l'autre parent ne puisse pas les récupérer Il a du mal à ne pas focaliser sur ces conflits, cela lui prend beaucoup d'énergie et cela le mine, déprime également</p>	<p>Comment ça « elle devrait penser à eux uniquement » ?</p> <p>Type logique et style didactique, puis socratique : J'aimerais comprendre comment cette exigence peut correspondre à la réalité. En effet, chaque fois que vous décrivez Vanessa, vous me dites qu'elle est égocentré et totalement amoureuse. Je ne sais pas si c'est vrai mais cela semble être ce que vous percevez. Aussi, comment pensez-vous que Vanessa, qui serait quelqu'un d'assez tournée vers elle et envahie par des sentiments amoureux puisse penser exclusivement à vos enfants ?</p> <p>Type logique et style socratique : Vos enfants sont-ils vous ?</p> <p>Type empirique et style didactique : Peut-on envisager que Vanessa, aussi autocentré ou amoureuse soit-</p>	<p>Aucune</p> <p>Comportements rationnels : Mise en place d'une technique d'affirmation de soi</p> <p>Conséquences : À reprendre lors de la prochaine séance</p>
--	---	---	---	--

		<p>elle, ne soit pas une mère abominable pour vos enfants qui se ficherait de leur bon développement et de leur épanouissement ? Et que vos enfants aient suffisamment de repères pour continuer de se construire correctement ?</p>	
--	--	--	--

Conclusion

Au fil des séances, la thérapeute et le patient ont continué d'utiliser la REBT pour permettre à William d'avancer et de s'engager dans sa vie. Ils ont contesté ses croyances irrationnelles pour avoir des émotions plus fonctionnelles lui permettant de mettre en place les actions appropriées.

William a avancé, il a activement déconstruit ses schémas de pensées, ses croyances pour pouvoir mieux vivre tout ce qui touchait à la séparation, ce qui n'était pas l'objectif principal mais qui était le frein pour l'atteindre. En effet, William, considérant qu'il n'aurait pas dû vivre cette séparation, que cette situation ne *devait* pas exister, il ne pouvait pas mettre en place les actions sur la base de la réalité qu'il refusait d'accepter. Aussi, malgré de nombreuses séances et des efforts soutenus, le suivi s'est interrompu. Les progrès étaient présents et surtout la compréhension pour William de ses croyances irrationnelles. Mais il n'a pas voulu fonctionner avec les croyances rationnelles qu'il avait élaborées avec la thérapeute.

Il est parfois difficile pour le thérapeute d'échouer si près du but. Mais un thérapeute ne *doit* pas réussir. Il peut aller dans ce sens et accepter que rien n'oblige à ce que la réussite soit là (*contestation élégante*). Et il peut aussi se dire que finalement, il ne sait pas ce que le patient a fait de tout ce travail REBT. Il a peut-être fini par accepter et fonctionner dans le réel (*contestation inélégante*).

9 LINA ET L'AFFIRMATION DE SOI

Lina a 33 ans et elle a un frère aîné qui a 4 ans de plus. Elle est célibataire sans enfant. Elle a eu quelques relations avec des hommes, mais toujours de courte durée. Sa profession est ingénieur en travaux publics et elle dirige une équipe de sept personnes. Elle consulte en décembre 2022 sur les conseils de son médecin nutritionniste car elle a des problèmes de poids depuis l'enfance et pèse 92 kg pour 1,57 m. Actuellement, elle dit qu'elle ne souffre pas de dépression, mais elle évoque des antécédents de dépression à la période du lycée avec des idées suicidaires. Les causes identifiées de sa dépression étaient qu'elle ne trouvait pas sa place, ni au lycée avec les camarades, ni à la maison avec ses parents et son frère, ainsi que son problème de poids. Elle a aussi fait un burn-out en 2016 avec un arrêt de travail de 3 semaines qui a débouché sur une démission. Lina se décrit comme une personne très émotive qui pleure facilement. Une évaluation de sa personnalité met en évidence la présence de traits paranoïaques et évitants. Au niveau de ses relations sociales, elle a peu d'amis et peu d'activités de loisirs en dehors de son travail. Au niveau familial, elle s'entend bien avec son frère et sa mère, mais la relation est conflictuelle avec son père depuis toujours. Elle rapporte des comportements de violence verbale et physique de sa part quand elle était enfant notamment à cause des résultats scolaires.

Elle consulte pour travailler l'affirmation de soi. Elle a constaté qu'elle a une forte tendance à éviter les conflits et à avoir des réactions inadaptées dans certaines situations. Le problème se pose particulièrement au travail car elle dirige une équipe constituée de collègues avec des personnalités qu'elle décrit comme « fortes ». Elle est en grande difficulté émotionnellement quand elle doit faire une demande ou une critique constructive à un collègue, mais aussi quand un collègue lui parle mal ou lui fait des reproches. Elle ressent de la colère contre celui qui lui exprime son mécontentement, puis de la colère contre elle si elle ne répond pas de façon appropriée. Elle garde ses émotions pour elle, mais elle mange en rentrant pour décompresser. Au niveau alimentaire, elle n'a jamais essayé de se dire non. Si elle a envie de prendre un aliment, elle le prend spontanément. Elle parle d'une certaine « impulsivité » dans ses réactions et dit « avoir du mal à respecter le cadre » et à supporter les contraintes. La thérapeute a donc identifié avec Lina deux comportements qui lui posent problème : le défaut d'affirmation de soi et l'absence de régulation au niveau alimentaire. La thérapeute et Lina se

mettent d'accord pour travailler les compétences sociales au travail et, dans un deuxième temps, la motivation à changer ses comportements alimentaires et la tolérance à la frustration par rapport à la nourriture.

1^{re} partie : évaluation et mise en place de la thérapie

La thérapeute fixe les objectifs thérapeutiques en collaboration avec la patiente. Cela peut être fait à la fin du premier rendez-vous ou au début du deuxième. À la fin du premier rendez-vous, la thérapeute demande à la patiente de noter, pendant 2 semaines dans un cahier de thérapie ou dans son téléphone, les situations difficiles pour elle au travail, par exemple :

- celles où elle a eu le sentiment de ne pas avoir adopté le comportement affirmé qu'elle aurait souhaité avoir,
- celles où elle a ressenti quelque chose de désagréable dans ses relations avec ses collègues.

Si elle revient avec ses notes, celles-ci sont passées en revue pour faire l'évaluation de son problème et choisir une situation sur laquelle travailler. Si elle ne revient pas avec ses notes, la thérapeute pourra faire l'évaluation en questionnant la patiente sur ce qui s'est passé depuis le dernier rendez-vous, sur ce qui lui a paru le plus marquant. Sans culpabiliser les patients qui reviennent sans leurs notes, il est important de leur préciser qu'il est préférable, pour eux et le bon déroulement de la thérapie, de le faire entre les séances. Si le patient ne respecte toujours pas la consigne, le thérapeute s'intéressera aux raisons qui expliquent cette non-prise de notes et/ou oubli des notes. Ce point pourra être travaillé comme un C comportemental de type procrastination et évitemment. Lina vient à la deuxième séance sans son relevé. Cette séance de travail l'aidera à comprendre ce qui est attendu d'elle et l'intérêt qu'elle a à prendre des notes entre les séances.

Extrait du deuxième entretien

Thérapeute : Essayez de penser à noter et à apporter vos notes à la prochaine séance, c'est important pour le bon déroulement de votre psychothérapie. Mais, nous allons quand même pouvoir faire le point ensemble sur ce qui s'est passé pour vous depuis notre dernier rendez-vous. Vous souvenez-vous du problème que nous avions identifié qu'il serait important de travailler ? *Cette question permet à la thérapeute de vérifier qu'elle est bien sur le même axe de travail que sa patiente*

Lina : Oui, c'était au travail, je crois...

Thérapeute : Pouvez-vous me dire ce qui est le plus difficile pour vous au travail en ce moment ?

Étape 1 : inviter Lina à décrire son problème

Lina : Comme je passe beaucoup de temps au travail, c'est dans ce contexte que mon problème d'affirmation se fait le plus ressentir. Je suis bloquée pour exprimer ce que je veux ou recevoir le mécontentement de mon équipe. Je contiens toute la journée mon angoisse et ma frustration et je craque le soir en rentrant chez moi. Je mange tout ce que je trouve pour m'apaiser et après je me sens triste d'avoir mangé autant car je me trouve grosse.

Thérapeute : Pour votre thérapie, est-ce que votre objectif pourrait être de travailler sur l'expression de ce que vous pensez, ressentez et souhaitez au travail ? Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'en travaillant ce sujet, il vous sera plus facile de vous dire non sur la nourriture en rentrant le soir. Il sera certainement inévitable de travailler sur la tolérance à la frustration dans un deuxième temps, mais il est peut-être prioritaire de travailler la communication avec les collègues en premier. Qu'en pensez-vous ? *Étape 2 : définir avec le patient l'objectif*

Lina : Je suis d'accord car là, je suis beaucoup trop débordée au travail pour me concentrer sur ma façon de manger. D'un autre côté, je ne vois pas du tout comment je vais pouvoir dire à mes collègues ce que je veux... ça me paraît impossible !

2^e partie : modèle ABC

Thérapeute : OK Lina ! Si nous sommes d'accord sur l'objectif de travailler l'affirmation de soi avec vos collègues, allons-y !

Lina : Oui ! Que dois-je faire ?

Thérapeute : J'aimerais savoir quand était la dernière fois où vous vous êtes retrouvée en position de pouvoir exprimer quelque chose à un collègue ou que vous avez été en conflit avec un collègue et que vous vous êtes sentie mal à l'aise. *Étape 3 : évaluer les situations déclenchantes – A*

Lina : Ah bah c'est pas difficile, c'est tous les jours ! Prenez hier par exemple : Bruno me demande de l'aider sur un dossier personnel pour sa maison. Bruno a été recruté pour m'aider. Bon, je ne suis pas contre lui donner un coup de main pour son dossier de maison, mais on avait beaucoup de dossiers professionnels en cours et je lui ai dit que je ne pouvais pas l'aider pour l'instant.

Thérapeute : Bravo ! Vous lui avez donc formulé un refus de l'aider et proposé de l'aider plus tard. C'est bien ça ?

Lina : Oui, tout à fait ! Je n'ai pas fermé la porte, mais j'ai différé car ce n'était pas le moment...

Thérapeute : Et vous avez bien fait si ce n'était pas le moment. Je ne comprends pas alors... Quel est le problème ?

Lina amène une situation qui est « dire non à Bruno pour l'aider sur un dossier personnel ». Elle exprime qu'elle a réussi à lui faire un refus, il semble donc qu'il ne s'agisse pas du A déclencheur de l'émotion. La thérapeute va continuer l'exploration afin de trouver le A sur lequel elle

pourra travailler avec la patiente.

Lina : Le problème c'est qu'après je me suis sentie super mal toute la journée.

Thérapeute : Parce que...

Lina : Parce que je lui ai dit non. J'étais hyper mal, j'avais envie de pleurer et je me suis enfermée dans mon bureau toute la journée et le soir... Je ne vous dis pas le festival dans le frigo !

Thérapeute : Si je vous comprends bien, l'émotion est montée une fois que vous vous êtes affirmée avec Bruno, juste après, c'est bien ça ? C'était quoi comme émotion ?

Lina : Oui, tout à fait ! Je suis impulsive, je dis non sans me soucier des conséquences. L'émotion ? Bah il y en avait plusieurs : la peur des représailles et la colère contre lui de m'avoir demandé ça et contre moi de lui avoir dit non. Si je lui avais dit oui, je n'aurais pas ressenti tout ça !

Thérapeute : Lina, je voudrais reprendre ce que vous venez de dire. Il me semble que le refus était justifié et non impulsif puisque vous étiez au travail et qu'il vous demandait de l'aide pour un dossier personnel. Vous avez été adaptée sur ce point. Vous ne trouvez pas ?

Lina : Peut-être ! Alors pourquoi je me sens si mal ensuite ?

La thérapeute aide Lina à préciser le A. Elle regrette ce refus qu'elle juge impulsif et qui entraîne des conséquences émotionnelles pour elle (peur des représailles et colère). Même si le A n'est pas totalement précisé, la thérapeute décide de commencer l'étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C.

Thérapeute : C'est cela que nous allons essayer de comprendre. Je note la peur des représailles, la colère contre lui d'avoir demandé et la colère contre vous d'avoir dit non et de vous sentir mal à cause du refus. *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Lina : Oui, c'est ça ! Et le soir, la tristesse d'avoir ressenti tout ça et de manger comme une vache !

Thérapeute : Cela fait une belle cascade d'émotions ! Comme je vous l'ai expliqué lors de notre premier rendez-vous, nous allons rechercher vos cognitions, c'est-à-dire les pensées que vous vous formulez intérieurement sur vous, sur les autres et sur le monde dans les situations que vous vivez comme émotionnellement fortes.

Il est toujours pertinent de rappeler la façon de travailler même si cela a déjà été expliqué. En effet, les patients sont souvent émus lors du premier rendez-vous car ils abordent des sujets délicats devant un inconnu, parfois pour la première fois. Avec l'émotion, il arrive fréquemment qu'ils oublient une partie de ce qui a été dit et expliqué.

Thérapeute : En thérapie comportementale émotive rationnelle, l'hypothèse est que ce sont nos pensées qui sont en partie responsables de nos émotions et de nos comportements. Si nos pensées

sont rationnelles, nos émotions et nos comportements seront adaptés. Au contraire, si nos pensées sont irrationnelles, nous risquons de ressentir des émotions inadaptées et de nous comporter de façon inappropriée dans certaines situations qui nous posent problème. Nous appelons ces pensées des croyances irrationnelles. Nous avons tous des croyances irrationnelles que nous avons construites en fonction de nos expériences de vie, nos traits de personnalité, notre éducation, notre modèle parental... *Explication de la relation entre cognitions et émotions*

Lina : Ah oui ça c'est vrai que je pense des trucs complètement stupides !

Thérapeute : Il n'y a rien de stupide à penser ce que vous pensez. Je pense au contraire que c'est loin d'être stupide, mais c'est juste décalé par rapport à la situation que vous vivez actuellement. Ces pensées ont certainement joué un rôle important à un certain moment de votre vie. Elles se sont mises en place pour vous protéger quand vous en aviez besoin. Ce que je vous propose, c'est d'aller les identifier et de les discuter pour voir si elles ont encore un intérêt aujourd'hui et s'il n'est pas possible de penser un peu différemment les situations que vous vivez au travail. Mon objectif est de vous aider à être mieux au travail avec vos collègues en communiquant plus efficacement avec eux. Nous pouvons y aller ?

La thérapeute explique à la patiente l'approche REBT qu'elle va appliquer avec elle. Il est important de la détromper sur ses pensées qu'elle juge « stupides » pour qu'elle accepte plus facilement d'avoir, comme tout le monde, des pensées irrationnelles. Ceci permet de maintenir l'alliance et de favoriser l'expression des croyances irrationnelles.

Thérapeute : Dites-moi, quand vous avez fait ce refus à Bruno d'une façon que vous trouvez impulsive et qu'après vous êtes allée dans votre bureau, à quel moment vous êtes-vous sentie le plus mal ?

Lina : Je me suis enfermée dans mon bureau et là, la panique m'a prise.

Thérapeute : OK, à ce moment-là, quand vous vous êtes enfermée dans votre bureau, l'émotion que vous avez ressentie était de la panique, c'est bien ça ? *Étape 4 : évaluer les émotions, les comportements et les conséquences – C*

Lina : Oui, de la panique totale !

Thérapeute : Et qu'avez-vous pensé à ce moment-là qui vous a amené à ressentir cette panique ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Lina : Que j'étais folle. Je me suis dit qu'il y allait avoir des conséquences graves, des représailles. Il peut me pourrir la vie...

Thérapeute : Parce que vous lui avez dit non ? *Demande de confirmation et de précisions sur la situation A*

Lina : Bah oui ! Avec lui, je m'attends à tout... Il m'a déjà hurlé dessus pour moins que ça !

La thérapeute repart à l'étape 3 : évaluer les situations déclenchantes A. Il semble que le A soit la peur des représailles d'avoir formulé un refus et non l'impulsivité de son refus. La patiente commence à s'agiter à l'évocation d'un événement passé avec son collègue qui lui a hurlé dessus. La thérapeute

décide de se servir de ce souvenir car ce déclencheur lui semble plus « chaud » que celui du refus. Si la thérapeute souhaite s'approcher des « cognitions chaudes », elle a intérêt à explorer les déclencheurs les plus forts qu'elle estime être en rapport avec le problème actuel de la patiente.

Thérapeute : Et que vous êtes-vous dit quand il vous a hurlé dessus la dernière fois ? *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

Lina : Je ne suis pas au niveau ! Je l'ai déçu ! Le but de la vie c'est pas de mettre les autres en colère.

Thérapeute : OK ! Mais si cela arrive, vous en pensez quoi ?

Lina : Je ne *dois* pas provoquer l'émotion négative de l'autre.

Thérapeute : OK ! Mais si l'autre est excessif, impulsif pour des raisons qui lui appartiennent ?

Lina (*émue aux larmes*) : Mon père était impulsif. Il me hurlait toujours dessus pour rien et je me disais que même s'il est mal conçu et que c'est pour ça qu'il me hurle dessus, je *dois* tout faire pour éviter d'en rajouter !

Thérapeute : Comment ça ? Vous dites qu'il vous hurlait dessus pour rien. Comment faire pour éviter d'en rajouter dans ce cas ?

Lina : Ce que vous ne comprenez pas, c'est que je *dois* apporter le bonheur autour de moi ! Même quand je viens ici, je me dis que je *dois* vous apporter du positif ! Au lieu de ça je suis en train de pleurer dans votre bureau...

Thérapeute : Lina, il n'y a vraiment aucun problème à pleurer ici... C'est même plutôt rassurant pour moi si vous pleurez, c'est que je fais bien mon travail. Vous voyez que vous avez des émotions négatives avec moi et que je peux rester confortable avec vous. Que ressentez-vous d'avoir pleuré devant moi ? *Étape 5 : rechercher et évaluer les répercussions secondaires du trouble, C1 = A2*

Lina : Je me sens anxieuse. Je me dis que c'est de la *faiblesse* de pleurer et que je *dois* tout faire pour éviter de ressentir ça à l'avenir ! Ça ne doit plus se reproduire avec Bruno, ni avec personne. *Étape 6 : rechercher et identifier les cognitions*

La thérapeute explique à Lina que ses émotions successives sont liées à ses croyances et non à la situation en elle-même. Après ces échanges, il apparaît que le A qui déclenche la cascade d'émotions de Lina est la possibilité de provoquer, volontairement ou involontairement, l'émotion négative chez les autres et leur possible réaction négative à son encontre (risquer de mettre Bruno en colère à cause du refus et de subir son éventuelle agressivité verbale). De ce fait, la plupart des interactions sociales sont considérées comme à risque pour Lina car elle ne peut pas prévoir ce qui va se passer quand elle échange avec les autres et elle craint beaucoup les conséquences surtout quand elle doit s'affirmer, d'où sa difficulté à le faire.

À l'étape 7, la thérapeute aide la patiente à identifier ses croyances

irrationnelles qui sont des exigences envers elle-même : « je dois apporter le bonheur autour de moi », « je ne dois pas provoquer l'émotion négative de l'autre ». À partir de ce moment-là, la thérapeute peut lui proposer une analyse fonctionnelle de son problème et l'exposer comme dans le tableau 38.

Étape 8 : analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas – synthèse de l'évaluation :

Tableau 38. Modèle ABC

A1 (activateur)	B1 (pensées et croyances)	C1 (émotions, comportements, conséquences)
J'ai provoqué l'émotion négative de Bruno en lui refusant de l'aider sur un dossier personnel	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Il va y avoir des représailles Il peut me hurler dessus comme la dernière fois Je l'ai déçu <p><i>Croyances irrationnelles :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Je ne <i>dois</i> pas provoquer l'émotion négative de l'autre 	<p><i>Émotions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Peur des représailles Colère contre Bruno de lui avoir demandé Colère contre elle d'avoir refusé <p><i>Comportements :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Elle s'enferme dans son bureau <p><i>Conséquences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> À <i>court terme</i>, elle évite les contacts avec ses collègues toute la journée Elle se sent très mal À <i>long terme</i>, elle évite les interactions potentiellement délicates avec ses collègues pour ne pas avoir à s'affirmer

Les colonnes ABC sont rédigées avec la patiente pour résumer ce qu'elle vient de verbaliser. Ce tableau fournit une vue d'ensemble du problème évoqué et servira de support pour l'intervention thérapeutique présentée ci-après.

3^e partie : intervention thérapeutique – DE

Thérapeute : Je vous propose de travailler sur la croyance qui entraîne la peur et la colère qui est « je ne *dois* pas provoquer l'émotion négative de l'autre ». Admettons, mettons-nous en situation. Imaginez que vous arrivez dans mon cabinet et que subitement je me mette à vous crier dessus. Vous avez donc provoqué mon agacement et je vous crie qu'il est interdit de s'asseoir dans le fauteuil de gauche que vous avez choisi d'utiliser. Qu'allez-vous ressentir, qu'allez-vous vous dire

et qu'allez-vous faire ?

La thérapeute expose la patiente à une situation fictive où elle provoque l'émotion de quelqu'un involontairement pour la mettre face à sa croyance « je ne dois pas provoquer l'émotion négative de l'autre », ses émotions (la peur et la colère) et ses réactions (la fuite et le défaut d'affirmation de soi). La thérapeute se prépare à passer à l'étape 9 qui est la contestation des croyances irrationnelles appelée aussi le D dans le modèle ABCD.

Lina : Bah je vais me sentir mal parce que je vous ai contrariée, je vais m'excuser et me mettre dans l'autre fauteuil. Je vais me dire que j'aurais dû savoir...

Thérapeute : Comment auriez-vous pu savoir ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

(Silence)

Lina (riant) : Bah je ne sais pas !

Thérapeute : Nous sommes donc d'accord pour dire qu'on peut contrarier quelqu'un sans le vouloir et sans savoir pourquoi. En réalité, il est impossible de prévoir toutes les situations qui risquent de provoquer les réactions des autres puisque leurs réactions leur appartiennent. Qu'en pensez-vous ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style didactique*

Lina : Oui, je suis d'accord, leurs réactions leur appartiennent, mais si je peux éviter d'en rajouter...

Thérapeute : Oui, j'ai bien compris que c'est ce que vous essayez de faire la plupart du temps, mais est-ce que cela vous apporte des bénéfices ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style socratique*

Lina : Pas vraiment parce que je n'y arrive pas. Il doit bien y avoir un moyen...

Thérapeute : Bah vous me direz quand vous l'aurez trouvé... ça m'intéresse et ça pourrait intéresser beaucoup de monde à mon avis. Par exemple, si les enseignants savaient comment faire bosser les ados sans provoquer leur mécontentement, je pense qu'ils seraient preneurs... *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type pragmatique et style métaphorique*

Lina : Je vois ce que vous voulez dire... Parfois, on ne peut pas prévoir comment l'autre va réagir et, parfois, on est obligé de provoquer leur mécontentement.

Thérapeute : C'est exact. Sauf si on insulte ou frappe volontairement une personne, ses réactions par rapport à ce que nous lui demandons ou au refus que nous lui formulons lui appartiennent. Prenez votre père par exemple, il réagissait vivement souvent contre vous, mais pourtant la petite fille que vous étiez ne faisait rien de particulier pour provoquer ça ?

Lina : Bah j'avais du mal à l'école quand même...

Thérapeute : Peut-être, mais où est-il écrit qu'on doit hurler sur ses enfants quand ils sont en difficulté scolaire ? *Étape 9 : contester les croyances irrationnelles – D – type empirique et style socratique*

Lina : Nulle part, j'espère...

Thérapeute : Donc, sommes-nous d'accord pour dire que si je vous crie dessus si vous vous

asseyez dans le mauvais fauteuil, c'est que c'est moi qui pète un câble, mais que vous n'avez rien fait de mal ?

Lina (*riant, se relâchant*) : Vu comme ça en effet ! Je n'avais jamais réfléchi à ça comme ça ! C'est mon père qui a un problème quand il explose pour un rien...

Thérapeute : Que ressentez-vous maintenant ?

Lina : Tout à l'heure quand vous avez pris cette situation imaginaire où je vous décevais d'avoir pris le mauvais fauteuil, je me sentais angoissée à l'idée d'avoir mal agi avec vous, mais là je ne le ressens plus. J'aurais envie de vous demander pourquoi je ne peux pas m'asseoir dans ce fauteuil, en fait. J'ai senti un changement en moi d'un coup. C'est comme si j'ouvrais les yeux...

Lina constate en présence de la thérapeute que son automatisme de s'excuser dans des situations où elle n'a, a priori, rien fait de mal, n'est pas adapté. Quand la thérapeute lui pointe, qu'en réalité, elle n'avait aucun moyen de savoir que son comportement était préjudiciable et qu'on n'est pas toujours obligé de s'excuser et d'obéir aux autres surtout quand ils ont tort, Lina rit et se détend. La thérapeute échange avec Lina sur la façon dont elle a mis en place ses croyances irrationnelles au cours de sa vie : ses relations compliquées avec son père colérique, les camarades qui se moquaient d'elle à l'école, etc. La synthèse de l'analyse fonctionnelle élaborée au cours de cette deuxième séance a permis une bonne alliance thérapeutique et une confrontation des croyances irrationnelles. Ce n'est pas toujours possible d'aller aussi loin dès la deuxième séance et il faudra plusieurs séances pour que Lina parvienne à s'affranchir de ses nombreuses croyances irrationnelles.

La thérapeute pointe aussi sa peur de ressentir des émotions qui explique, en grande partie, les évitements ou les comportements défensifs dans les situations d'affirmation de soi. Tout cela sera à reprendre au cours des séances suivantes. Cette deuxième séance a été très intense. Même s'il reste des croyances irrationnelles qui n'ont pas été travaillées, la séance va se terminer car tout ne peut pas être abordé en une seule fois. La thérapeute a pris des notes sur ce qu'il sera important de reprendre. Elle redonne la consigne à Lina de noter dans son cahier de thérapie ou son téléphone les situations comme celle avec Bruno qui a été travaillée. Elle lui rappelle l'intérêt de noter pour éviter l'oubli et garder une trace du travail effectué en séance et surtout constater ses progrès, ce qui est important pour maintenir la motivation à poursuivre la thérapie. La thérapeute s'assure que Lina se sente bien et conclut la séance sur quelque chose de positif.

Thérapeute : Lina, je suis contente que vous ayez pu ressentir ces émotions avec moi

aujourd’hui. Comment vous sentez-vous ?

Lina : Ça va. Ça va beaucoup mieux même !

Thérapeute : Très bien ! Si vous êtes d'accord, nous reprendrons tout cela lors de la prochaine séance. En attendant, continuez à faire des refus à vos collègues ou à vous affirmer dans des situations où cela vous paraît possible et justifié. Notez dans votre carnet de thérapie les tentatives, même non abouties, d'affirmation de soi. *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Lors de la troisième séance, la thérapeute regarde avec Lina ce qu'elle a noté dans son carnet de thérapie. Elle a noté une situation avec Bruno où elle n'a pas osé lui parler d'une attitude qu'il a envers elle et qui la gêne. Elle trouve que son collègue surveille trop ce qu'elle fait. Objectivement, elle est consciente qu'il ne peut pas lui nuire, mais elle aimeraient quand même lui dire que son comportement la gêne et elle n'y arrive pas. Cette situation a été reprise en jeu de rôle avec la patiente. Lina est tétranisée dès qu'elle se met dans la situation d'exprimer à son collègue son ressenti. Il est donc trop tôt pour exposer Lina davantage à cette situation d'affirmation de soi car l'émotion bloque le passage à l'action, même en jeu de rôle. Les étapes de la thérapie qui ont été travaillées à la deuxième séance sont reprises et elles reprennent l'analyse fonctionnelle qui avait été faite. La thérapeute propose de nouveau l'étape 9 de contestation des croyances irrationnelles comme à la deuxième séance. Elle entraîne aussi Lina à la respiration abdominale, la mise en sécurité dans un lieu sûr et des exercices de détente musculaire afin de lui fournir des ressources internes de détente rapidement mobilisables en cas d'urgence. Ces techniques seront pratiquées à chaque séance et en dehors des séances.

À la quatrième séance, la thérapeute évalue avec Lina le niveau d'émotion face à la situation imaginée d'affirmation de soi avec le collègue Bruno en jeu de rôle. Lina semble être prête et le jeu de rôle se déroule normalement. Le niveau émotionnel a fortement chuté et Lina adopte un comportement adapté dans le jeu de rôle. Elle est capable d'appliquer les compétences sociales d'affirmation de soi pour exprimer son ressenti à son collègue et lui demander ce qu'elle attend de lui. Les croyances irrationnelles de Lina existent toujours, mais elle est capable de les critiquer, de voir en quoi elles sont irrationnelles. La thérapeute peut passer à l'étape 10 qui consiste à construire avec Lina des croyances rationnelles.

Thérapeute : Nous avons vu que généralement la pensée qui vous vient à l'esprit quand vous devez vous affirmer est : « je ne dois pas provoquer l'émotion de l'autre ». Vous êtes d'accord

pour dire que cette pensée n'est pas rationnelle pour les raisons qu'on a déjà évoquées ensemble lors des séances précédentes. Que pourriez-vous vous dire d'autre, de plus rationnel, quand vous devez vous affirmer et éventuellement contrarier quelqu'un ? *Étape 10 : construire avec la patiente des croyances rationnelles*

Lina : Bah, je ne vois pas quoi me dire d'autre justement. Je ne dois pas le faire, c'est sûr, mais, des fois, ça peut arriver... C'est bien ça ?

Thérapeute : Vous avancez bien Lina, mais l'absolu est gênant parce que même si vous n'aimez pas le conflit, vous allez être amenée souvent à dire des choses qui ne vont pas faire plaisir à vos collègues, surtout si vous êtes la cheffe ! Est-ce que cette proposition pourrait vous convenir : Je peux faire des demandes, des critiques constructives et des refus aux autres. Cela pourrait ne pas leur plaire et il est possible qu'ils se rebellent, mais ça fait partie de mon travail.

Lina : ça me paraît un peu compliqué et peu instinctif, mais, en effet, ça sonne plus juste que mon petit disque intérieur.

Thérapeute : Pouvez-vous reformuler, avec vos mots, ce que vous avez compris, s'il vous plaît ?

Lina : Je peux dire ce que j'attends de mes collègues au travail sans craindre leurs réactions. Bruno n'est pas mon père et même s'il n'est pas content, cela le concerne, moi j'aurais fait mon travail en lui disant les choses, même celles qui sont désagréables. Je serais carrément plus à la hauteur si je lui dis ce que je pense, vous ne pensez pas ?

Thérapeute : Je ne peux pas savoir si vous êtes compétente dans votre travail, mais il est sûr que ce n'est pas la réaction de mécontentement de votre collègue qui le détermine... Bravo Lina ! Vous vous en sortez très bien. Vous sentez-vous capable d'appliquer ce que nous avons fait en jeu de rôle en réalité au travail ? *Étape 11 : motiver la mise en pratique de l'enseignement, motiver le changement – E*

Lina (*peu convaincue*) : Je ne sais pas franchement si je vais en être capable ! Mais j'essayerai...

Thérapeute : OK, vous avez l'air peu convaincue. Quand allez-vous le faire et avec qui ? Par exemple au travail, voyez-vous un refus que vous pourriez formuler prochainement à quelqu'un ? Peut-être une personne qui vous impressionne moins que Bruno pour commencer ? *Étape 12 : proposer des exercices et renforcer, ce qui facilite l'apprentissage et la mise en pratique*

Lina : Aurélie, la secrétaire peut-être ? Elle fait souvent des boulettes et j'ai toujours peur de lui dire, mais elle ne me fait pas peur pourtant.

Thérapeute : Eh bien c'est parfait, Aurélie n'a qu'à bien se tenir !

La thérapeute s'assure que Lina reparte de la séance avec une situation qu'elle pourra réaliser prochainement avec Aurélie. Idéalement, la mise en pratique est programmée (où et quand). Cela sera repris à la séance suivante pour travailler les freins et les leviers. La thérapeute pourra reprendre les exemples qu'elle rapportera pour en discuter, revoir les croyances irrationnelles, revoir les blocages, les progrès, etc. Il sera aussi possible d'utiliser les jeux de rôle et les expositions en visualisation si Lina ne parvient pas à s'exposer en réalité. La thérapeute s'assure aussi que Lina continue à pratiquer les exercices de respiration et de détente afin de développer ses ressources internes qu'elle pourra mobiliser dans les

moments les plus difficiles.

La patiente a aussi des croyances irrationnelles sur les émotions, « c'est de la faiblesse de pleurer », qui devront être travaillées, ainsi que de nouvelles croyances qui pourront apparaître au fur et à mesure du traitement.

Synthèse de l'intervention thérapeutique

Tableau 39. Modèle ABCDE

A (activateur)	B (pensées et croyances)	C (émotions, comportements, conséquences)	D (contestation)	E (effets)
J'ai provoqué l'émotion négative de Bruno en lui refusant de l'aider sur un dossier personnel	<p><i>Pensées automatiques et inférences :</i> Je provoque du négatif chez lui Il va y avoir des représailles Je le déçois</p> <p><i>Croyances irrationnelles :</i> Je ne <i>dois</i> pas provoquer l'émotion négative de l'autre</p>	<p><i>Emotions :</i> Anxiété Colère (contre lui et contre elle)</p> <p><i>Comportements :</i> Ne s'affirme pas et quand elle le fait se replie dans son bureau pour éviter de croiser ses collègues</p> <p><i>Conséquences :</i> Évitements des interactions avec ses collègues même quand c'est nécessaire Mal être important toute la journée</p>	<p><i>Type empirique et style socratique :</i> Comment peut-on prévoir les réactions des autres ? Comment prouver que les émotions de l'autre sont liées à elle, etc. ?</p> <p><i>Type pragmatique et style métaphorique de l'enseignant :</i> Il contrarie souvent ses élèves et, pour autant, il est important qu'il fasse son travail auprès des élèves même si cela ne leur plaît pas</p>	<p><i>Croyances rationnelles :</i> Je peux faire des demandes, des critiques constructives et des refus aux autres. Cela pourrait ne pas leur plaire et il est possible qu'ils se rebellent, mais ça fait partie de mon travail</p> <p><i>Comportements efficents :</i> Faire un refus ou une critique constructive à Aurélie</p> <p><i>Conséquences :</i> Sa relation avec Aurélie est plus authentique</p>

Conclusion

Au bout de plusieurs mois de psychothérapie, Lina va beaucoup mieux, elle s'affirme plus régulièrement au travail et elle ressent moins de tension. Elle se rend compte que les résultats de ses efforts au travail sont bénéfiques aussi au niveau personnel, car elle ressent moins le besoin de compenser avec la nourriture quand elle rentre chez elle le soir. Après plus d'un an de psychothérapie, Lina conserve des difficultés pour se dire non face à un aliment qu'elle aime. Il existe toujours une intolérance à la frustration sur laquelle elle se sent maintenant prête à travailler, car elle ressent moins de stress au travail et elle perçoit l'efficacité et l'intérêt de travailler sur elle pour obtenir des bénéfices à court et à long terme. Elle a déjà perdu un peu de poids, elle a commencé à se mettre au sport et elle a amélioré la qualité de ses relations sociales en sortant davantage et en participant à des activités de loisirs en dehors du travail. Elle sait cependant qu'il lui reste du travail à faire sur le long terme. Ce sera la mise en pratique, la répétition des exercices et l'enseignement de la REBT sur chaque croyance irrationnelle qui lui permettront d'aller mieux, de maintenir les comportements sociaux adaptés au travail et dans sa vie privée, d'adopter de meilleures habitudes alimentaires et de pratiquer une activité physique régulière pour son poids et sa santé.

Conclusion

Les auteurs de cet ouvrage ont eu pour ambition de rendre la pratique de la REBT accessible aux psychothérapeutes francophones, en illustrant les principes fondamentaux de cette approche par des exemples cliniques variés.

Depuis sa conception, la REBT a considérablement évolué sous l'influence constante d'Albert Ellis et de ses successeurs qui ont affiné ses concepts et principes clés. Ellis a dialogué avec Steven Hayes sur les similitudes et divergences entre la REBT et l'ACT peu avant son décès, marquant ainsi l'adaptabilité de la REBT aux différentes vagues de la TCC : comportementale, cognitive, et émotionnelle.

David H. Barlow, psychologue américain, a récemment théorisé que l'évitement de l'expérience émotionnelle est une cause principale des troubles anxieux, une idée qui fait écho à celle d'Albert Ellis concernant l'intolérance à la frustration comme racine des perturbations émotionnelles. À l'image d'Ellis, Barlow défend l'acceptation inconditionnelle de ses émotions et des facteurs déclenchants – le monde, les autres, soi-même, la réalité. Toutefois, dans les nouvelles thérapies, l'approche cognitive de cette acceptation repose encore sur la restructuration cognitive, méthode développée par Aaron Beck. Même le protocole unifié proposé par Barlow pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels s'appuie sur la stratégie de *dispute inélégante*.

Ainsi, la REBT maintient son originalité et sa pertinence en accompagnant les patients vers une évolution de leurs mécanismes cognitifs source de souffrance, les guidant vers une acceptation authentique de la réalité, plutôt qu'une simple adaptation temporaire. La remise en question de la *dispute inélégante* par Ellis reste donc pertinente.

Cet ouvrage met en lumière le caractère toujours novateur de la REBT et sa capacité à s'intégrer aux différentes vagues de la TCC, y compris la troisième

vague et les approches les plus récentes, processuelles et transdiagnostiques. La REBT enrichit le répertoire des stratégies thérapeutiques et peut s'intégrer efficacement à d'autres méthodes cognitivo-comportementales, comme souligné tout au long de ce livre.

Des recherches seront nécessaires pour explorer les connexions entre la REBT et les nouvelles approches en TCC. En effet, il semble crucial d'approfondir la compréhension des mécanismes qui facilitent la contestation des croyances irrationnelles et l'élaboration de croyances rationnelles efficaces. Une telle investigation pourrait significativement améliorer l'efficacité thérapeutique au bénéfice des patients. En comprenant mieux comment ces processus interagissent et se renforcent mutuellement au sein des diverses méthodologies cognitivo-comportementales, les thérapeutes pourront affiner leurs interventions pour offrir des soins encore plus personnalisés et efficents. Avec cet ouvrage, les auteurs espèrent inspirer de futures recherches dans cette direction, contribuant ainsi à l'avancement de notre compréhension et pratique dans le champ de la psychothérapie.

Bibliographie

- Abelson R. P., Rosenberg M. J. (1958), Symbolic psycho-logic : a model of attitudinal cognition, *Behavioral Science*, 3, 1-13.
- Alford B., Beck A. (1997), *The integrative power of cognitive therapy*, Guilford Press.
- Allen L. B., McHugh R. K., Barlow D. H. (2008), Emotional disorders : a unified protocol. In : D. H. Barlow, *Clinical handbook of psychological disorders : a step-by-step treatment manual*, 4th ed., The Guilford Press, p. 216-249.
- Allport G. W. (1937), *Personality : a psychological interpretation*, Rinehart & Winston.
- Allport G. W. (1961), *Pattern and growth in personality*, Rinehart & Winston.
- Arnold M. B. (1960), *Emotion and personality : psychological aspects*, vol 1. New York, Columbia University Press.
- Backx W. (2012), The distinction between quantitative and qualitative dimensions of emotions : Clinical implications, *Journal of rational emotive and cognitive Behavior therapy*, 30, 25-37.
- Bain A. (1859), *The emotions and the will*, Parker and Sons.
- Bandura A. (1969), *Principles of behavior modification*, Rinehart & Winston.
- Bandura A. (2002), *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, De Boeck Université.
- Bandura A., Ross D., Ross S. (1961), Transmission of aggression through imitation of aggressive models, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Barlow D. H. (2004), *Anxiety and its disorders : the nature and treatment of anxiety and panic*, Guilford Press.
- Barlow D. H., Farchione T. J. (2017), *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*, Oxford University Press.
- Bartlett F. (1932), *Remembering : a study in experimental and social psychology*, Cambridge University Press.
- Beal D., Kopec A. M., DiGiuseppe R. (1996), Disputing clients'irrational beliefs, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 14, 4.
- Beck A. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press.
- Beck A., Alford B. A. (2009), *Depression : causes and treatment*, University of Pennsylvania Press.

- Beck A., Emery G., (1985), *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*, Basic Books/Harper Collins Publishers.
- Beck A., Freeman A. M. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford Press.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. (1979), *Cognitive therapy of depression : a treatment manual*. Guilford.
- Bishop F. M. (2004), *Managing addictions : cognitive, emotive, and behavioral techniques*, Aronson.
- Bishop W., Fish M. (1999), Questions as interventions : Perceptions of Socratic, solution-focused, and diagnostic questioning styles, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 17(2), 115-140.
- Bordin E. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy*, 16, 3.
- Brehm J. W. (1966), *A theory of psychological reactance*, Academic Press.
- Chamayou J. L., Tsenova V., Gonthier C., Blatier C., Yahyaoui A. (2016), Validation française de l'échelle de frustration et d'inconfort (Frustration Discomfort Scale), *L'Encéphale*, 42(4), 325-332.
- Chamberlain J. M., Haaga D. A. (2001), Unconditional self-acceptance and psychological health, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 163-176.
- Clément C. (2006), *Apprentissage et conditionnements*, Dunod.
- Comte-Sponville A. (1995), *Petit traité des grandes vertus*, PUF.
- Corey G. (1996), *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, Brooks/Cole.
- Cormier S., Nurius P. S., Osborn C. J. (2009), *Interviewing and change strategies for helpers : fundamental skills and cognitive-behavioral interventions* (Instructor's ed., 6th ed.), Brooks/Cole.
- Cottraux J. (2004), Formation et supervision dans les TCC, *Psychothérapies*, 24(3), 151-159.
- Craske M. G., Treanor M., Conway C. C., Zbozinek T., Vervliet B. (2014), Maximizing exposure therapy : an inhibitory learning approach, *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Damasio A. R. (1994), *Descartes' error : emotion, reason and the human brain*, Grosset/Putnam Books.
- Darwin C. (1872), *The expression of the emotions in man and animals*, John Murray.
- David D. (2006), Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies ; toward an integrative model, *Clinical Psychology Review*, 26(3), 284-298.
- David D., Cotet C., Matu S., Mogoase C., Stefan S. (2018), 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy : a systematic review and meta-analysis, *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304-318.
- David D., Cotet C. D., Szentagotai A., McMahon J., DiGiuseppe R. (2013), Philosophical versus psychological unconditional acceptance : Implications for constructing the unconditional acceptance questionnaire, *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 13(2A), 445.
- David D., DiGiuseppe R., Dobrean A., Păsărelu C. R., Balazsi R. (2019), The

measurement of irrationality and rationality. In : *Advances in REBT : theory, practice, research, measurement, prevention and promotion*, Springer, 79-100.

David D., McMahon M. C. (2001), Clinical strategies in cognitive behavioral therapy ; a case analysis, *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 1, 71-87.

David D., Montgomery G. H., Macavei B., Bovbjerg D. H. (2005), An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress, *Journal of Clinical Psychology*, 61, 499-516.

David D., Schnur J., Belloiu A. (2002), Another search for the « hot » cognitions : appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotions, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 93-132.

David D., Schnur J., Birk J. (2004), Functional and dysfunctional feelings in Ellis'cognitive theory of emotion : an empirical analysis, *Cognition and Emotion*, 18, 869-880.

Davison G. C., Neale J. M. (1990), *Abnormalpsychology*, 5th ed., Wiley.

DeRubeis R. (2009), Allegiance in psychotherapy outcome research : separating association from bias, *American Psychological Association*.

DiGiuseppe R. (1991), Comprehensive Cognitive Disputing in RET. In : M. E. Bernard, *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 173-195), Springer.

DiGiuseppe R. (1996), The nature of irrational and rational beliefs : progress in rational emotive behavior theory, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 4, 5-28.

DiGiuseppe R., Doyle K. A., Dryden W., Backx W. (2014), *A practitioner's guide to rational emotive behavior therapy*, Oxford.

DiGiuseppe R., Jilton R. (1996), Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy, *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100.

DiGiuseppe R., Leaf R., Gorman B., Robin, M. W. (2018), The development of a measure of irrational/rational beliefs, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 36, 47-79.

DiGiuseppe R., Tafrate R. (2007), *Understanding anger disorders*, Oxford University Press.

Dryden W. (1989), The use of chaining in rational-emotive therapy, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 7, 59-66.

Dryden W. (2001), *Reason to change : a rational emotive behaviour therapy (REBT) workbook*, Brunner-Routledge.

Dryden W. (2010), Flexibility and passionate non-extremism versus absolutism and extremism : teaching the basics of REBT theory and showing its wider applicability, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 30, 38-51.

Dryden W., DiGiuseppe R., Neenan M. (2010), *A primer on rational emotive behavioral therapy*, 3rd ed., Research Press.

Dryden W., Gordon W. (1993), *Beating the comfort trap*, Sheldon Press.

Ellis A. (1956), An operational reformulation of some psychoanalysis, *Psychoanalytic Review*, 43, 163-180.

Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart.

Ellis A. (1969), A week-end of rational encounter. *Rational Living*, 4(2), 1-8. Reprinted in A. Ellis & W. Dryden, *The practice of rational-emotive therapy* (pp. 180-191), Springer, 1987.

- Ellis A. (1977), The basic clinical theory of rational-emotive therapy, In A. Ellis, R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 3-34). Springer.
- Ellis A. (1979), Discomfort anxiety : a new cognitive behavioral construct, *Rational Living*, 14, 3-8.
- Ellis A. (1987), A sadly neglected cognitive element in depression, *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-45.
- Ellis A. (1994), *Reason and emotion in psychotherapy*, revised ed., Birch Lane.
- Ellis A. (1995), Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT), *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13,2), 85-89.
- Ellis A. (2002), *Overcoming resistance : rational-emotive therapy with difficult patients*, 2nd ed., Springer.
- Ellis A. (2003a), Discomfort anxiety : a new cognitive-behavioral construct (Part 1), *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21(3-4), 183-191.
- Ellis A. (2003b), Similarities and differences between rational emotive behavior therapy and cognitive therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 17(3), 225-240.
- Ellis A. (2005), Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated ?, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 153-168.
- Ellis A., DiGiuseppe R. (1993), Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational emotive therapy qualitative or quantitative ?, *Cognitive Therapy and Research*, 5, 471-477.
- Ellis A., Dryden W. (2007), *The practice of rational emotive behaviour therapy*, Springer.
- Ellis A., Harper R. A. (1961), *A guide to rational living*, Prentice-Hall.
- Ellis A., Harper R. (2007), *La thérapie émotivo-rationnelle*, Ambre.
- Engels, G. I., Garnefski, N., Diekstra, R. F. (1993), Efficacy of rational-emotive therapy : a quantitative analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1083-1090.
- Eysenck M. W., Keane M. T. (2000), *Cognitive psychology : a student's handbook* (4th ed.). Psychology Press/Taylor and Francis.
- Festinger L. (1957), *A cognitive dissonance theory*, Stanford University Press.
- Finn T., DiGiuseppe R., Culver C. (1991), The effectiveness of rational-emotive therapy in the reduction of muscle contraction headaches, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5(2), 93-103.
- Flett G. L., Hewitt P. L., Cheng W. M. W. (2008), Perfectionism, distress, and irrational beliefs in high school students : analyses with an abbreviated survey of personal beliefs for adolescents, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 194-205.
- Fodor I. G. (1987), Moving beyond cognitive-behavior therapy : Integrating Gestalt therapy to facilitate personal and interpersonal awareness, In : N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice : Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 190-231), The Guilford Press.
- Frankl V. (1946/2006), *Man's search for meaning*, Beacon Press.

- Freud S. (1913), Sur l'engagement du traitement, In : *La technique psychanalytique* (pp. 93-114), PUF, 2013.
- Frijda N. H. (1986), *The emotions*, Cambridge University Press.
- Frijda N. H. (1993), The place of appraisal in emotion, *Cognition and Emotion*, 7(3–4), 357-387.
- Frijda N. H. (2003), Passions : l'émotion comme motivation, In : J. M. Colletta, A. Tcherkassof (Eds.), *Les émotions. cognition, langage et développement* (pp. 15-32), Mardaga.
- Frijda N. H., Kuipers P., ter Schure E. (1989), Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 212-228.
- Goldstein A. J., Chambless D. L. (1978), A re-analysis of agoraphobia, *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gonzalez J. E., Nelson J. R., Gutkin T. B., Saunders A., Galloway A., Shwery C. S. (2004), Rational emotive therapy with children and adolescents a meta-analysis, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 222*235.
- Grieger R., Boyd J. (1980), *Rational-emotive therapy : a skills-based approach*, Van Nostrand Reinhold.
- Greenberg L. S., Paivio S. C. (1997), *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.
- Guerrin B. (2012), Albert Bandura et son œuvre, *Recherche en Soins Infirmiers*, 108(1), 106-116.
- Harrington, N. (2005), The frustration discomfort scale : development and psychometric properties, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(5), 374-387.
- Hauck P. A. (1974), *Overcoming frustration and anger*, John Knox Press.
- Hayes B., Hesketh B. (1989), Attribution theory, judgmental biases, and cognitive behavior modification :prospects and problems I, *Plenum Publishing Corporation*.
- Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. (1999), *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6), Guilford Press.
- Hayes S. C., Wilson K. G., Gifford E. V., Folette V. M., Stosahl K. (1996), Experiential avoidance and behavioral disorders : a functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Heider F. (1958), *The psychology of interpersonal relations*, Wiley.
- Horney, K. (1945), *Our inner conflicts*, Norton.
- Hurley M., Dennett D., Adams R. (2011), *Inside jokes : using humor to reverse-engineer the mind*, The MIT Press.
- Hyland P., Fox R., Treacy G., Maguire P., Boduszek D., Vallières F. (2017), Assessing the factorial validity of the attitudes and belief scale 2-abbreviated version : a call for the development a gold standard method of measuring rational and irrational beliefs, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 35, 111-124.
- James W. (1890/1981), *The principles of psychology*, Harvard University Press.
- Janis I. L., Mann L. (1977), *Decision making : a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*, Free Press.

- Kelley H. H. (1967), Attribution theory in social psychology, *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kelly G. (1955), *The psychology of personal constructs*, Norton.
- Kinderman P., Tai S. (2007), Empirically grounded clinical interventions clinical implications of a psychological model of mental disorder, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 1-14.
- Korzybski A. (1933), *Science and sanity : an introduction to non Aristotelian systems and general semantics*, The International Non-Aristotelian Library Publishing Co.
- Lakoff G., Johnson M. (1985), *Les métaphores dans la vie quotidienne* (Traduction de M. de Fornel en collaboration avec J.-J. Lecercle), Minuit.
- Lane R. D. (2000), Neural correlates of conscious emotional experience, In : R. D. Lane, L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 345-370), Oxford University Press.
- Languérand E. (2024), *Comment redonner du sens à sa vie*, Dunod.
- Linehan M. M. (2020), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*, Guilford Publications.
- Lyons L. C., Woods P. J. (1991), The efficacy of rational-emotive therapy : a quantitative review of the outcome research, *Clinical Psychology Review*, 11(4), 357–369.
- Mac Millan J. (1987), Enhancing college students critical thinking : a review of studies, *Research in Higher Education*, 26(1), 3-29.
- Mahoney M. J. (1974), *Cognition and behavior modification*, Ballinger.
- Maslow A. (1943), A theory of human motivation, *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow A. (1962), *Toward a psychology of being*, Wiley & Sons.
- Miller N. E., Mowrer O. H., Doob L. W., Dollard J., Sears, R. R. (1958), Frustration-aggression hypothesis, In : C. L. Stacey, M. DeMartino (Eds.), *Understanding human motivation* (pp. 251-255), Howard Allen Publishers.
- Miller W. R., Moyers T. B. (2021), *Effective psychotherapists*. Guilford Publications.
- Milliren A., Milliren M., Eckstein D. (2007), Combining socratic questions with the « ADAPT » problem-solving model : implications for couple's conflict resolution, *The Family Journal*, 15(4), 415-419.
- Mogoşa C., Ştefan S., David D. (2013), How do we measure rational and irrational beliefs ? The development of rational and irrational beliefs scale (RAIBS) – A new theory-driven measure, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(2A), 529-546.
- Monestès J. L., Baeyens C. (2016), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Dunod.
- Moore R. H. (1983), Inference as 'A' in RET, *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 17-23.
- Muran J. C., DiGiuseppe R. (1990), Towards a cognitive formulation of metaphor use in psychotherapy, *Clinical Psychology Review*, 10 (1), 69–85.
- Neenan M., Dryden W. (1996), The intricacies of inference chaining, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 14, 231-243.
- Nieuwenhuijsen K., Verbeek J. H., de Boer A. G., Blonk R. W., van Dijk F. J. (2010),

Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder : a prospective cohort study, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57-72.

O'Connell W. E. (1960), The adaptive functions of wit and humor, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61(2), 263-270.

Overholser J. (1993), Elements of the Socratic method : I. Systematic questioning, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 67.

Overholser J. (1999), Elements of the Socratic method : VI. Promoting virtue in everyday life, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 137-145.

Overholser J. (2011), Collaborative empiricism, guided discovery, and the Socratic method : core processes for effective cognitive therapy, *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(1), 62-66.

Padesky C. (1996), *Developing cognitive therapist competency : teaching and supervision models*, The Guilford Press.

Pavlov I. (1927), *Conditioned reflexes : an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*, Oxford University Press.

Perls F. S. (1973), *Gestalt approach, and eye witness to therapy*, Bantam.

Piaget J. (1954), *The construction of reality in the child*, Basic Books.

Piaget J. (1976), Cognitive development in children : Piaget development and learning, *Journal of Research in Science Teaching*, 2, 176-186.

Pozner L., Dodd R. (1993), *Cross-examination : science and techniques*, Michie Company.

Provine R. (1993), Laughter punctuates speech : linguistic, social and gender contexts of laughter, *Ethology*, 95, 38-45.

Ravon D. (2010), L'introduction faussement simple du cognitivisme dans la thérapie comportementale, *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 8, 207-218.

Rollnick S., Miller W. R., Butler C. C. (2023). *Motivational interviewing in health care : Helping patients change behavior* (2nd ed.). The Guilford Press.

Rogers C. R. (1951), Through the eyes of a client, *Pastoral Psychology*, 2, 32-40.

Rogers C. R. (1961), What we know about psychotherapy, *Pastoral Psychology*, 12, 31-38.

Roseman I. J., Wiest C., Swartz T. S. (1994), Phenomenology, behaviors, and goals differentiate discrete emotions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 206-221.

Scherer K. R. (1984), On the nature and function of emotion : a component process approach, In : K. R. Scherer, P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotions* (pp. 293-318), Lawrence Erlbaum.

Schmidt S., Williams A. (2001), Memory for humorous cartoons, *Memory and Cognition*, 29(2), 305-311.

Skinner B. F. (1963), Behaviorism at fifty : the rapid growth of a scientific analysis of behavior calls for a restatement of the philosophy of psychology, *Science*, 140(3570), 951-958.

Smith C. A., Ellsworth P. C. (1985), Patterns of cognitive appraisal in emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 813-838.

- Steel P. (2007), The nature of procrastination : a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure, *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94.
- Suls J. M. (1972), A two-stage model for the appreciation of jokes and cartoons : an information-processing analysis, In : J. H. Goldstein, P. E. McGhee (Eds.), *The psychology of humor : theoretical perspectives and empirical issues*, Academic Press.
- Trexler L. D. (1976), Frustration is a fact, not a feeling, *Rational Living*, 11, 19-22.
- Trip S., Vernon A., McMahon J. (2007), Effectiveness of rational-emotive education : a quantitative meta-analytical study, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 81-93.
- Vīslā A., Flückiger C., Grosse Holtforth M., David D. (2016), Irrational beliefs and psychological distress : a meta-analysis, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 8-15.
- Walburg V., Arnault S., Callahan S. (2014), Les croyances rationnelles et irrationnelles en lien avec le niveau de stress des étudiants confrontés à l'idée d'un échec aux examens universitaires, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24(1), 14-23.
- Walen S., DiGiuseppe R., Wessler R. L. (1980), *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*, Oxford University Press.
- Walter J., Peller J. (1992), *Becoming solution-focused in brief therapy*, Psychology Press.
- Watson J. (1998), *Rational emotive behavior therapy : origins, constructs, and applications*, University of North Carolina at Greensboro.
- Watson P. J., Simmons N. M., Weathington B. L., O'Leary B. J., Culhane S. E. (2009), Psychometric analysis and tentative shortening of survey of personal beliefs, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 201-212.
- Weiner B. (1985), An attributional theory of achievement motivation and emotion, *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Wolpe J. (1961), The prognosis in unpsychoanalysed recovery from neurosis, *American Journal of Psychiatry*, 118, 35-39.
- Wolpe J. (1990), *The practice of behavior therapy*, Allyn & Bacon.
- Yerkes R. M., Dodson J. D. (1908), The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation, *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.