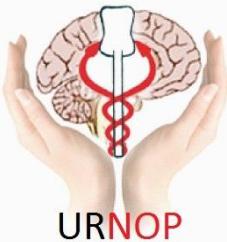


SCIENCES DE L'HOMME



Revue de l'URNOP

Unité de Recherches Neurosciences Cognitives - Orthophonie - Phoniatrie
Université d'Alger 2

ACTES DU IIème CONGRÈS INTERNATIONAL DE
NEUROSCIENCES

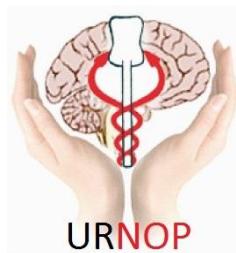
***LES SOINS PSYCHOLOGIQUES ACTUELS : DE LA NEUROBIOLOGIE DU
COMPORTEMENT AUX TCC***

07-08 avril 2012 - Palais de la Culture Moufdi Zakaria -Alger

LE SOIN PSYCHOLOGIQUE PAR LES TCC

N° 12 - Décembre 2013

ISSN 1112-8054



LE SOIN PSYCHOLOGIQUE PAR LES TCC

Comité scientifique

Rédacteur en Chef, Directeur de la Revue, Président du CS
Pr Nacira ZELLAL - URNOP - Université d'Alger 2

Vice Président du CS

Pr Nina SAADALLAH-ZEIDAN
Doyenne de la Faculté de Santé Publique - Université Libanaise

Conseil Scientifique de l'URNOP

AMRANI, S., MC, Université de Batna
BADAOUI, M., MC, Université d'Alger 2
BEDJAOUI, M., MA, ENSSP
BEDJAOUI, W., MC, Université d'Alger 2
BELLACHE, S., MC, Université d'Alger 2
BELMIHOUB, K., Pr., Université Alger 2
BENMOUSSA, L., MC, Université Alger 2
BENYAKOUB, N. MC. Université Alger 2
BOUKHRISSA, N. MC, Université d'Alger 3
EL KOLLI, A., Pr., Université Alger 2
FADLI, A., MC, Université de Blida
IZEMRANE, A., MA, UMMTO
FERCHOULI, F.Z., ENSSP
MABROUKI, W., Université Alger 2
SAIL, H.O., MC, MESRS
TAAUBLI, M., Pr, Université Alger 2
TERKMANI, W., MC, Université Alger 2
TIDJANI, T. MC, Université Alger 2
TRIBECHE, R., Pr, Université Alger 2
ZIANE, S., Pr, Université Alger 2
ZELLOUF, M. MC., Université Alger 2.
.

Membres extérieurs

BARKA-DAHANE, Z., Pr, LBPO, USTHB
BOSREDON, B., Pr, U. Paris 3
BOUZIDA, A. Pr, Dpt LLA, U. d'Alger 2
CAMPOLINI, C., U. Catholique de Louvain, Belgique
CHERFA, Y., LARIM, Université de Blida
FEUILLARD, C. Pr, Université Paris Descartes
GONZALEZ-MONGE, S., Hôpital de l'Est, Lyon
HAMDANI, Pr, IERA, Rabat
HARIDI-LARBI DAHO, L. Pr, CHU Beni Messous
KHIATI, M. Pr, CHU Salim Zmirli
KOTOB, H., Pr, Institut Supérieur de Traduction, Institut Islamique de Beyrouth
LEGROS, D., Pr, Lab. CHART-LUTIN, U. Paris 8
MINOR-CORRIVEAU, M., Pr, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario, Canada
SRAGE, N., Pr, Université Libanaise
SAMRANI-CHAROUK, S., Pr, Université Libanaise
VAN EEKHOUT, Ph., Hôpital Pitié Salpêtrière
ZELLAL, N. MC., FEI, USTHB
SERON, M., Institut Libre Marie Haps, Bruxelles, Belgique.

Édition URNOP - SAOR - SAN
N° 12 - Décembre 2013

SOMMAIRE

Avant propos Nacira ZELLAL.....	4
La thérapie cognitivo-comportementale du PTSD : d'un cas clinique Keltoum BELMIHOUB.....	5
Approche cognitive et comportementale en psychologie de la santé : Le Modèle Éducation Thérapeutique du diabétique Dalila ZENAD	10
L'hypnose Antoine BIOY.....	24
قياس درجة القلق عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين زلوف منيرة.....	31
Cas présentant une agoraphobie traité selon la thérapie cognitivo-comportementale : de l'efficacité de la Psychothérapie Multimodale Brève (PMB) Assia M'HAMEL.....	41
Évolution des théories en TCC dans l'État de Stress Post-traumatique Aurore SÉGUIN-SABOURAUD.....	50
Caractéristiques de l'enfant adopté quelle expertise psychologique ? Madani BENYAHYA.....	57
Quand la criminologie se fait victimologie : éléments pour une clinique politique de la victimologie Loïc VILLERBU.....	71
Prise en charge de la dysphonie et de l'aphonie psychogènes à travers la technique cognitivo-comportementaliste Fatima Zohra BOUKERMA-AGHLAL & Ouarda METREF.....	80
أهم الأساليب المعرفية السلوكية المتبعة في علاج الاكتئاب Boualem GACEB.....	90
فعالية العلاج العقلاطي الانفعالي للمدمنين على المخدرات سهام بوخاري	97
المخططات المبكرة غير المتوقفة عند المدمنين على المخدرات عيشوني شهرزاد	108
Modèle cognitivo-comportementaliste pour la rééducation du bégaiement Nacira ZELLAL.....	116
L'accompagnement en incubation et développement des compétences entrepreneuriales : analyse des concepts, analyse des indicateurs Rabia KHETTACHE.....	122

Avant propos

Nacira ZELLAL
URNOP - Université d'Alger 2

Parmi les trois numéros, 12, 13 et 14, de la Revue de l'URNOP, *Sciences de l'Homme* (édition décembre 2013), les 12 et 13 regroupent les Actes du IIème Congrès International de Neurosciences, organisé au Palais de la Culture (Alger), les 7 & 8 avril 2012, sous la thématique *Les soins psychologiques actuels : de la neurobiologie du comportement aux TCC*, sans exclure, lorsque les textes des conférences ne nous ont pas été remis, des contributions dans le thème, externes au congrès. Le 14 réunit moins de textes puisés des Actes que de textes libres, c'est pourquoi nous en avons fait un numéro classique.

La ligne éditoriale de cette revue internationale se situe au carrefour de la linguistique, de la psychologie et de la biologie. Elle se définit à partir de toutes les activités scientifiques, menées au sein de l'ex-Laboratoire SLANCOM, aujourd'hui promu URNOP. Elle vise à développer, en Algérie, les neurosciences, qui sont, depuis une vingtaine d'années, à la base du renouveau des savoirs en sciences humaines et sociales.

Dans ce numéro 12, premier de cette nouvelle série, le soin psychologique, par les TCC est abordé dans la prise en charge de diverses pathologies : celles qui vont du comportement dépressif, phobique et du stress post-traumatique, jusqu'au comportement vocal compromis pour des raisons psychologiques, en passant par la dépression et l'addiction aux stupéfiants, le tout, sans exclure l'approche des malades chroniques. L'enfance adoptée fait aussi partie des expériences empiriques, réunies, dans ce rapport d'activités.

Nous avons même droit à l'expérience, novatrice (en tous cas pour nous), de la thérapie par la technique de l'hypnose. Le tout, sans que soit faite l'économie la magistrale contribution, ayant trait à une théorisation actuelle, de la notion de victimologie.

Les neurosciences n'impliquent pas que les sciences humaines per se ; elles impliquent aussi l'Homme qui réalise un projet, c'est pourquoi nous n'avons pas omis le rapport d'une expérience dans le domaine entrepreneurial.

Ainsi donc, dans la perspective d'optimiser l'exhaustivité des recherches neuroscientifiques, vecteur de la *communication humaine*, nous publierons, désormais, de façon simultanée 03 numéros de cette revue à la fois, compte tenu de la tri-disciplinarité imposée par ce concept.

La Revue Sciences de l'Homme reste toutefois perfectible, notamment au plan formel. En effet, il faut consigner le fait que, vu le nombre de plus en plus croissant, de disciplines de recherches de l'URNOP, notre projet, pour les prochains « tri » numéros de cette revue internationale, est de faire rigoureusement respecter un « template » standard. Il sera mis incessamment, en ligne dans le site de l'URNOP, lequel est en phase de finalisation.

Ceci s'impose à deux titres : notre volonté de produire plusieurs numéros en un temps minimum, au lieu de nous investir dans la correction et la mise en forme d'articles, d'une part et, de l'autre, de livrer une traçabilité de nos échanges internationaux, qui sont à la fois permanents et de plus en plus intenses.

À titre d'exemple, aujourd'hui, nous élargissons nos travaux avec l'Europe et les pays anglo-saxons, aux pays voisins, comme, par exemple, les recherches terminologiques, en collaboration avec l'IERA de Rabat. De même, le LMD *Orthophonie et neurosciences* est une structure qui est, désormais délocalisée, à l'étranger (Université Libanaise, Faculté de Santé Publique) et des candidats internationaux, notamment des diplômés de France, engagent, aujourd'hui, leurs démarches, auprès du ministère des AE et du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, pour s'y inscrire, en Algérie.

La thérapie cognitivo-comportementale du PTSD : d'un cas clinique

Keltoum BELMIHOUB
URNOP - Université d'Alger 2

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Il se manifeste par une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat).

La réaction immédiate à l'événement aura été traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur. Le ptsd survient parfois à la suite de la réaction aiguë de stress à la situation anxiogène mais il peut aussi apparaître beaucoup plus tard (après plusieurs semaines, ou plusieurs mois). Si un terrain psychologique ou psychiatrique fragile (dépression, anxiété, ...) peut augmenter le risque de développer un SSPT, une expérience traumatisante peut, à elle seule, faire apparaître un SSPT chez des personnes ne présentant aucun antécédent. En particulier, les enfants et les personnes âgées seraient plus vulnérables (www.psychomedia.com).

1. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La thérapie comportementale s'appuie sur des techniques concrètes, qui permettent de travailler directement sur le symptôme. Le principe est simple : le symptôme traduit un comportement inadapté, qu'il faut modifier. Le patient va apprendre à changer son comportement en déployant de nouvelles stratégies plus adéquates.

La thérapie cognitive consiste à identifier les idées irrationnelles et les discuter en les changeant par des idées rationnelles.

2. Cas clinique

- Melle A est étudiante en 2ème année universitaire à la faculté des sciences humaines et sociales. Elle a 22 ans.
- Elle est l'aînée d'une famille de 03 enfants : 02 filles et 01 garçon.
- Le père est directeur au lycée et la mère institutrice au primaire.

L'entourage familial :

- Les parents ont un lien de parenté, ils s'entendent et ne se sont jamais disputés.
- elle adore sa famille; elle a une bonne relation avec sa sœur et son frère
- Elle décrit la maman comme étant sévère, contrairement au père.
- C'est une famille conservatrice. Elle passe toujours ses vacances d'été en bord de mer.

L'enfance :

- À l'âge de 6 ans, à la naissance de son frère, elle part vivre chez sa grand-mère.
- Elle décrit sa personnalité, à cet âge, comme turbulente.

L'adolescence :

- Vu son éducation conservatrice, son adolescence était normale.

Loisirs :

- Elle aime se faire belle.
- Elle aime les gens (sociable).
- Elle aime les fêtes.
- Elle aime la cuisine.

Ambitions :

- Faire des études supérieures.
- Avoir sa propre voiture.
- Travailler comme institutrice.

Les études :

- Elle était l'élève de sa mère au primaire.
- Et l'élève de son père au lycée.
- Elle était brillante au primaire mais moyenne au CEM et au lycée.
- Elle a eu son baccalauréat avec 10.
- Son 1^{er} choix était la langue française, pour les études universitaires.
- Elle a un penchant, cependant, pour la psychologie (son 5^{ème} choix).

Antécédents familiaux :

- Deux oncles et une tante ont souffert des TOC.
- Elle décrit sa tante maternelle comme très sensible.

1^{er} événement traumatisant (le 11/04/2007) :

- Elle était dans l'autobus au moment de l'explosion du Palais du Gouvernement, qui a eu lieu à proximité.
- Plusieurs étudiants furent blessés. Elle a été blessée au niveau du pied et malgré sa blessure et sous le choc, elle a marché jusqu'à l'Hôpital Mustapha.
- Elle est restée chez elle un mois, puis elle a repris ses études.

2^{ème} événement traumatisant (le 11/12/2007) :

- Ce deuxième traumatisme a eu lieu alors qu'elle alla déposer son dossier lié au premier, de victime du terrorisme.
- Elle était à la cité universitaire de Ben Aknoun, lorsqu'elle a été surprise par bruit d'explosion, à quelques mètres. C'était un acte terroriste contre le bâtiment de magistrature.
- Elle n'a pas quitté son domicile pendant une semaine.

Les symptômes :

- Pleurs.

- Manque d'appétit.
- Cauchemars.
- Revivre l'événement.
- Insomnies.
- Peur de mourir dans une explosion.
- Évitement de la foule, des bus et des stations de bus.
- Irritabilité.

Les comportements :

- L'incapacité de se concentrer en cours.
- Assise sur le qui-vive.
- L'anticipation d'autres explosions.
- La peur des kamikazes.
- Chercher les informations des kamikazes.
- Mais quand elle part chez ses parents à 300km d'Alger tous ces symptômes disparaissent.

Le conditionnement :

- Elle évite tout ce qui est lié à l'événement.
- Elle ne mange pas le couscous parce que ce jour là elle l'a mangé.
- Quand le temps est gris elle évite de sortir parce que ce jour là le temps était gris.
- Elle évite de porter les vêtements qu'elle avait portés ce jour là.
- Elle évite de sortir le 11 de chaque mois.

Conséquences :

- La peur s'intensifie entre le 10 et le 11 de chaque mois.
- Elle a peur pour ses études.
- Elle envisage le transfert de ses études vers sa ville natale.

L'hypothèse :

- D'après l'analyse fonctionnelle, la patiente est issue d'un milieu familial stable mais avec une disposition héréditaire, outre une personnalité sensible.
- Se retrouver deux fois devant le même événement traumatisant a renforcé la peur chez elle.

La stratégie thérapeutique :

- Dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale on lui a demandé de pratiquer la technique de self monitoring.
- Cette technique consiste à identifier les idées automatiques quand elle est d'humeur dépressive, pour les discuter ensuite, car elles sont souvent irrationnelles.
- Aussi, a-t-on utilisé l'exposition au stimulus.

Les idées négatives :

- Les idées négatives les plus récurrentes, d'après La technique de self monitoring sont les suivantes :
- je suis un porte malheur, là où je vais, il y a une explosion.
- Le temps est gris il va y avoir une catastrophe.
- Sa tante, qui vit chez elle, a préparé un couscous pour le déjeuner. Pour elle ceci présage d'une catastrophe.

Les stimuli :

- Elle a identifié les conditions dans lesquelles ces idées apparaissent et à quel moment et comment elle les a surpassées.

Discussion des idées négatives :

- Pour discuter l'idée : je suis un porte malheur.
- On lui a demandé d'utiliser la technique des pour et contre l'idée.
- Les pour : j'ai déjà assisté à deux attentats en l'espace de six mois.
- Les contre : plusieurs attentats terroristes ont eu lieu en Algérie ; je n'ai assisté qu'à deux d'entre eux seulement. Donc, si j'étais un porte malheur je n'en aurais raté aucun.

La peur dans le bus :

- Elle rapporte que parmi les endroits où elle a le plus peur, c'est l'autobus qui l'effraie. Elle a peur de l'accident dès que le chauffeur conduit avec un peu de vitesse.
- Elle rapporte aussi que le chauffeur de l'autobus quitte sa place pour se disputer avec les étudiants, en laissant le bus rouler tout seul, dans les virages.
- Pour discuter cette idée, on lui a posé la question suivante : est-ce que le bus peut faire un accident à cause d'elle, y présente ou bien du fait que le chauffeur est dangereux pour tout le monde et pas pour elle seulement.

Évitement du centre ville :

- La patiente évite le centre ville, lieu du premier attentat.
- Anticipation négative : si je pars au centre ville il y aura sûrement un attentat.
- Les pour : j'ai assisté à 02 attentats le 11 avril et 11 décembre 2007 ; l'insécurité dans le pays ; je ne veux pas vivre une 3^{ème}.
- Les contre : je suis déjà partie au centre ville et il ne s'est rien passé ; le pays est en voie de stabilité et de sécurité.

L'exposition graduée au stimulus :

- La patiente voulait reprendre ses activités habituelles, sans le sentiment d'angoisse.
- Nous avons convenu du choix de l'activité par étapes, à commencer par son déplacement au centre ville, lieu du 1^{er} attentat.
- 1^{ère} étape : aller au centre ville accompagnée.
- 2^{ème} étape : y aller seule.
- Elle apprécia un repas au restaurant au centre ville, avec ses oncle et tante.

Reprendre la vie sociale :

- Elle a rendu seule visite à ses amies, ce qui lui permis de réaliser qu'elle n'est pas une porte malheur comme ses camarades tentent de la taquiner.
- Elle est aussi allée avec ses amies au marché, la même semaine.

Conclusion

- Grace aux techniques cognitivo-comportementales, la patiente a repris une vie normale et s'est débarrassée de sa peur et de ses angoisses.

Bibliographie

- 1- احمد عبد الخالق (1998) الصدمة النفسية لجنة التأليف و التعریب و النشر الشویخ الكويت.
- 2- Guelfi J. D. (1988), Psychiatrie de l'adulte, Ellipses, Paris.
- 3- Cottraux J. (2001), Thérapies cognitives des troubles de la personnalité, Masson, Paris.
- 4- Cottraux J. (2004), Les thérapies comportementales et cognitives, 4^{ème} édition, Masson.
- 5- American Psychiatrique Association - DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte Révisé (Washington, 2000). Traduction de Guelfi J. D., Masson, 2003.

Approche cognitive et comportementale en psychologie de la santé : Le modèle Education Thérapeutique du diabétique

Dalila ZENAD

Laboratoire Prévention et Ergonomie - Université d'Alger 2

1. Introduction

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont l'application de la psychologie scientifique à la thérapie de certains troubles, déterminés par cette approche spécifique de la psychologie. Elles se sont développées au sein de la psychologie de la santé, mais également de la médecine psychosomatique. Elles proposent une approche des troubles psychiatriques caractérisés, associés aux troubles psychosomatiques, outre des manifestations somatiques elles-mêmes, le tout, en mettant à jour les stratégies d'adaptation développées par les patients : prenons donc le diabète comme modèle.

2. Définition des psychothérapies cognitivo-comportementales

De plus en plus largement reconnues et pratiquées, les Thérapies Comportementales et Cognitives offrent aux professionnels de la santé des outils efficaces et validés pour le traitement d'un grand nombre d'affections. Elles sont basées sur une démarche scientifique expérimentale, elles s'attachent à une évaluation rigoureuse de leurs méthodes et de leurs résultats.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont des thérapies qui se sont développées d'abord dans les phobies, la dépression, les troubles anxieux, les troubles psychotiques, mais également dans les pathologies somatiques dès les années 1970, avec le développement du courant de la médecine comportementale, les TCC ont également trouvé certaines indications en médecine psychosomatique. L'approche comportementale et cognitive repose sur des programmes thérapeutiques structurés appliqués au travers d'une relation collaborative thérapeute-patient (Cottraux, 2004).

L'apparition, le développement et le maintien du trouble rapporté par le patient sont évalués au travers d'une analyse comportementale, cognitive, émotionnelle (Analyse fonctionnelle) permettant de proposer des techniques adaptées pour tenter d'apporter une réduction ou un amendement du trouble, voire une meilleure adaptation à ce dernier.

Les TCC sont issues de la psychologie expérimentale de la fin des années 1950, et reposent sur deux grands courants théoriques : la psychologie de l'apprentissage (conditionnement classique, conditionnement opérant et apprentissage social), dont l'origine remonte au début du XXème siècle, et la psychologie cognitive, plus récente (Cottraux, 2004).

En TCC, le thérapeute élabore une relation collaborative et effectue une analyse fonctionnelle de la problématique du patient. Cette analyse permet d'intégrer les facteurs comportementaux, cognitifs et émotionnels impliqués dans l'apparition et le maintien du trouble, rapporté par le patient. Les données biographiques sont également considérées.

À partir de cette conceptualisation, des techniques comportementales adaptées toujours discutées, et acceptées par le patient, peuvent être appliquées, tout comme des techniques cognitives.

Ces dernières visent à faire prendre conscience au patient de son mode de fonctionnement actuel et de tenter de lui faire acquérir progressivement de nouvelles façons de percevoir, d'interpréter, de ressentir et d'agir.

3. Psychologie de la santé

La psychologie de la santé, cherche à étudier scientifiquement les facteurs psychosociaux impliqués dans l'apparition et l'évolution des maladies, ainsi que les mécanismes psychobiologiques pouvant sous-tendre cette influence. Son approche se veut intégrative en ce sens qu'elle s'intéresse aux caractéristiques de l'environnement des sujets, aux caractéristiques de ces derniers, mais également à leurs interactions (Odgen J., (2008)).

Bruchon-Schweitzer en 1994 définissait la psychologie de la santé comme l' « *étude des troubles psychosociaux pouvant jouer un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution* ». S'intéressant autant aux causes qu'aux conséquences, qu'elles soient directes ou indirectes), la psychologie de la santé propose des méthodes et des solutions préventives ou curatives impliquant généralement des changements de comportements en matière de santé (Bruchon-Schweitzer, 1994).

Cette branche de la médecine considère que la maladie résulte - pour partie au moins - d'un conflit psychique.

Son intérêt est d'identifier les dimensions socio-psychologiques et leurs répercussions biologiques, de manière à aider l'individu à trouver en lui et autour de lui des ressources pour faire face à la maladie et à adopter des comportements préventifs. Elle peut inclure une dimension épidémiologique, en étudiant certains facteurs individuels, sociaux et psychoaffectifs et d'environnement matériel, en jeu dans l'apparition et le développement des épidémies et pandémies.

Domaines d'application. Ce sont surtout :

- Le monde du travail (en appui à la médecine du travail) ; la médecine-chirurgie, souvent en milieu hospitalier. Cette clientèle (hospitalisée, dite « *interne* » ou ambulante, dite « *externe* ») est, en effet, aux prises avec des problématiques physiologiques souvent complexes, chroniques ou fatales (diabète, douleur chronique, problèmes cardio-vasculaires, dialyse, hématologique, troubles vasculaires, problèmes de fertilité,...) très perturbantes pour la vie de couple, familiale, professionnelle et sociale.
- De nombreux problèmes physiologiques amènent souvent l'apparition des difficultés psychologiques, voire psychiatriques (trouble de l'adaptation, dépression, réactions anxiо-dépressives, délirium...), qui nécessitent une aide extérieure.
- Les institutions pour personnes âgées.
- Le soin et l'aide aux jeunes enfants, aux handicapés physiques ou mentaux ou des traumatisés (souvent dans les institutions en accueillant).
- Les services d'aide sociale et tous les domaines visant à améliorer la qualité de vie des malades, la relation soignants-soignés, l'observance thérapeutique, etc...
- Tous les cas où il faut faciliter le processus d'adaptation à la maladie, travailler certains deuils, améliorer l'observance du traitement médical et paramédical et

finalement réduire les comportements ou attitudes pouvant favoriser le maintien d'une symptomatologie dangereuse (Bruchon-Schweitzer, 1994).

4. Les thérapies cognitivo-comportementales appliquées en psychologie de la santé - Généralités

Comme dans toute prise en charge en TCC, une information claire est délivrée aux patients, sur cette approche thérapeutique. Ensuite, l'analyse fonctionnelle de la problématique du patient est réalisée avec lui. Il participe donc, d'emblée, en donnant son ressenti et son appréciation de cette nouvelle conceptualisation de son problème, qui illustre comment ses émotions, ses pensées et ses comportements peuvent interagir et participer à entretenir son trouble.

En médecine psychosomatique et en psychologie de la santé, ces principes sont respectés pour participer à la prise en charge d'un état dépressif ou anxieux, fréquemment associé aux symptomatologies rebelles "inexpliquées", mais également associé au symptôme somatique, rapporté par le patient.

Ainsi, ces thérapies cherchent à mettre à jour la façon dont le patient gère son symptôme sur les plans cognitif, émotionnel et comportemental.

Ce sont les stratégies d'adaptation (coping) mises en œuvre, qui sont alors étudiées. Différentes techniques peuvent être appliquées, pour répondre à certaines méthodes inefficaces ou dysfonctionnelles.

La relaxation permet de gérer les activations excessives du système nerveux végétatif. Les techniques de focalisation ou de distraction de l'attention s'adressent davantage à l'hypervigilance, aux sensations corporelles. La restructuration cognitive et les exercices comportementaux abordent une notion clé, celle de la réattribution du symptôme, à des causes physiologiques bénignes ou psychologiques.

Les inquiétudes hypochondriaques sont abordées par la désensibilisation, l'évitement par l'exposition et la réactivation physique. Les démarches de réassurance et de soins peuvent nécessiter d'autres techniques comportementales (Bruchon-Schweitzer, 2001).

5. Indications particulières

5.1 Le diabète

Le diabète est une maladie chronique, qui apparaît quand le pancréas ne sécrète pas assez d'insuline ou quand l'organisme utilise mal l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, soit une trop grande concentration de sucre dans le sang, est le premier symptôme de la maladie. On récense trois types de diabète : type 1 ou diabète insulinodépendant ou diabète de l'enfant, type 2 ou diabète non insulinodépendant ou diabète de l'adulte, enfin, le diabète gestationnel, qui survient pendant la grossesse.

Le diabète est l'une des causes de décès les plus importants dans le monde. Véritable épidémie, le diabète est responsable de plus de décès que le VIH, il tue une personne toutes les dix secondes. Il prend des proportions alarmantes et suscite de vives inquiétudes chez les praticiens en charge de cette maladie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a plus de 180 millions de diabétiques dans le monde. Un chiffre d'autant plus effarant, qu'on prévoit le double à l'horizon de 2030.

Alors qu'ils étaient très rares il y a encore vingt ans, 63 % des diabétiques vivent dans les pays en développement. L'OMS estime que le taux de mortalité dû au diabète va augmenter de 50 % durant la prochaine décennie si aucune mesure urgente n'est prise.

Plus de trois millions d'Algériens sont diabétiques, soit plus de 10% de la population. Parmi eux, 30% ne sont pas assurés, selon le Président de l'Association des diabétiques, M. Bousseta Noureddine, lors d'une conférence de presse organisée à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale du diabète célébrée le 14 novembre 2012 à Alger, sur le thème « L'Éducation et la Prévention du Diabète ». M. Bousseta (2012) souligne le fait que la prévention est le meilleur moyen de protection contre cette pathologie, qui a des conséquences lourdes sur le malade.

L'annonce du diagnostic du diabète suscite chez le patient toute une gamme d'émotions, dont la crainte des conséquences de la maladie et les risques qui y sont associés. C'est un moment parfois déstabilisateur et souvent de grande détresse pour le patient, qui a besoin d'aide pour accepter et apprivoiser sa maladie. En effet, le diagnostic du diabète peut être générateur de troubles psychologiques ou peut exacerber ceux qui existaient déjà, entravant la bonne observance du traitement. On rapporte que plus de 40% des patients diabétiques présentent des troubles anxieux. Les troubles anxieux généralisés sont plus fréquents chez les diabétiques que dans la population générale, 32% contre 14%. De même, les symptômes dépressifs sont courants chez les diabétiques.

D'où la nécessité de procéder régulièrement au dépistage de la dépression et de l'anxiété, qui peuvent entraver le fonctionnement normal du diabétique (A. J. Scheen & M. De Hert, 1999).

5.2 La dépression

Le diabète accroît le risque de dépression. L'Association canadienne du diabète (ACD) révèle que la dépression frappe deux fois plus d'individus affligés du diabète comparativement à la population générale. Pire encore, au moins 15 % des diabétiques souffriront de dépression sévère.

Diabète et dépression doivent tous deux faire l'objet d'une gestion constante, les ignorer ne peut qu'empirer la situation; les traiter adéquatement permettra de retrouver une meilleure qualité de vie.

Malheureusement une dépression non traitée peut couvrir bien des années et affecter sérieusement la vie professionnelle et personnelle de la personne. On peut craindre une dépression chez une personne affichant cinq ou plus des symptômes suivants :

- Impression de tristesse et de désespoir pratiquement au quotidien et qui persiste toute la journée
- Rendement inadéquat à l'école, au travail ou en société
- Changements de l'appétit et du poids
- Insomnie
- Perte d'intérêt envers travail, loisirs, gens et rapports sexuels
- Mise à l'écart de la famille ou des amis
- Sentiment d'inutilité, de désespoir, de culpabilité, de pessimisme ou pauvre estime de soi
- Agitation, apathie ou fatigue
- Difficulté à se concentrer, à se souvenir ou à prendre des décisions
- Larmes faciles ou, au contraire, envie de pleurer sans y parvenir
- Pensées suicidaires (qui devraient toujours être prises au sérieux)
- Déconnexion d'avec la réalité, pouvant comprendre le fait d'entendre des voix ou d'avoir des idées étranges.

Bien que les signes et symptômes de la dépression peuvent varier grandement d'une personne à l'autre, la dépression coïncide souvent avec un changement important dans la vie de la personne ; par exemple, un diagnostic de diabète où l'ajustement aux modifications importantes du mode de vie exigé par cette maladie peuvent suffire à déclencher des périodes de dépression.

En effet, pour gérer leur traitement, les patients diabétiques doivent eux-mêmes réaliser des actes techniques et prendre des décisions d'ordre thérapeutique, l'ensemble étant désigné par le terme de « comportements de soins ».

Or, l'adhésion à ces comportements de soins dépend de nombreux facteurs : psychologiques, affectifs, familiaux et socioculturels, dont les connaissances nécessaires à la gestion du traitement.

Un des rôles des soignants est donc d'intégrer l'enseignement des connaissances de la maladie à un processus d'éducation thérapeutique du patient, axé sur la gestion de sa pathologie.

Plusieurs études ont montré que les diabétiques de type 2, ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique, non seulement connaissaient mieux leur maladie, mais aussi, savaient mieux se traiter, étaient mieux équilibrés faisaient moins de complications.

Parmi toutes les maladies chroniques, le diabète est celle pour laquelle l'éducation thérapeutique du patient a été, jusqu'à ce jour, la plus développée, formalisée et évaluée (A. J. Scheen & M. De Hert, 1999).

6. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme thérapie cognitivo-comportementale

6.1 Définition

Depuis les années 1980 et de façon accélérée dans la dernière décennie, *l'éducation thérapeutique du patient (ETP)* prend sa place dans la prise en charge des maladies chroniques, en tant qu'élément à part entière du traitement, dans diverses pathologies chroniques, dont le diabète est l'un des principaux modèles.

Selon la définition de l'OMS-Europe en 1996 : "L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences, dont ils ont besoin, pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente, de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation, des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie (A. Maldonato & coll., 1995).

L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle aspire à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie) ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications).

Elle se distingue de *l'éducation sanitaire d'une population non malade*, qui concerne la prévention primaire à l'égard de l'apparition d'une pathologie (exemple : éducation nutritionnelle des enfants, visant à réduire l'incidence de l'obésité infanto-juvénile) (A. Lacroix & J.P. Assal, 1998).

Parler d'éducation *thérapeutique* du patient permet de souligner deux points :

- L'éducation ainsi dénommée est reconnue comme faisant partie des moyens de traitement.
- Les actions d'éducation mises en place, par les soignants, ne sont pas standardisées, mais elles sont adaptées et personnalisées pour un patient donné, en prenant en compte le contexte global de *ce* patient et les objectifs de *son traitement*. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est un acte de soin, dont le rôle revient aux soignants, médicaux, paramédicaux et psychologues de la santé et nécessite une formation spécifique (A. Deccache, I.A. Aujoulat, 2001).

Les enjeux de l'éducation thérapeutique concernent les patients, les soignants, et la société :

- **Le patient** devient partenaire des soignants, dans la prise en charge de sa maladie au quotidien. Acteur, il acquiert des compétences pour s'impliquer dans la gestion de son traitement. Ex. : Dans le cas du diabète, l'enjeu essentiel est la prévention des complications à long terme, conséquences de l'hyperglycémie chronique. La difficulté n'est pas tant l'obtention en milieu médical d'une normoglycémie, toujours possible, grâce à un traitement intensifié, que son maintien en ambulatoire et au long cours. Cette gestion de l'équilibre glycémique nécessite la coordination au jour le jour, de plusieurs paramètres (alimentation, activité physique, adaptation du traitement).
- **Le soignant** fait l'expérience d'une nouvelle relation d'adulte à adulte, avec le patient. Expert à l'écoute du patient, il l'accompagne dans cette prise en charge au long cours.
- **La société** : l'éducation thérapeutique permet des économies de santé. Par exemple, dans le cas du diabète, une économie est générée par des actions d'éducation thérapeutique via la réduction de fréquence et de durée des hospitalisations ou la réduction de la fréquence des amputations.

6.2 Déterminants modifiables et non modifiables dans l'éducation thérapeutique

Paramètres non modifiables ou hors du champ des soignants

Ce sont : l'âge, le sexe, le type de maladie, les origines socioculturelles, le statut économique, le niveau d'instruction, l'expérience antérieure de la maladie.

Paramètres modifiables, dans lesquels les attitudes des soignants jouent un rôle.

Ce sont les réactions émotionnelles : au cours des phases d'acceptation, de la survenue d'un changement de traitement, d'une complication, d'un passage difficile, lié ou non à la maladie (ex : perte d'emploi).

Attitude adaptée du soignant : attention vigilante, discernement des blocages, écoute, intervention empathique. Les représentations de la maladie, les croyances de santé.

Attitude adaptée du soignant : pédagogie utilisant les confrontations de points de vue (notamment lors de l'éducation en groupe) et les expériences vécues, puis analysées avec le patient. Procéder par étapes, en proposant au patient de faire des expériences qu'il commenterà et que l'on analysera avec lui.

Contrôle externe/interne : le but est de trouver un équilibre entre les actions du soignant et du patient, dans un rapport de partenariat.

6.3 L'enseignement thérapeutique en quatre dimensions

- **Dimension Cognitive** : Élaboration, apprentissage des savoirs, compétences, conceptions
- **Dimension Emotionnelle** : Intention, émotion du patient
- **Dimension Métacognitive** : Auto-perception que se fait le patient de sa maladie :

a- Comprendre

Comparer
Mettre en relation
Interpréter
Intégrer
Transformer

b- Mémoriser

Encoder
Stocker
Reformuler
Résumer

c-Mobiliser

Utiliser
Mettre en pratique
Connaître la limite
Transmettre

d-Transformer

Construire-Déconstruire
Changement de comportement

- **Dimension infra cognitive** : Raisonnements intimes, Réflexes de pensée, habituels (Assal J.P., Golay, 2001).

6.4 L'éducation thérapeutique du patient en pratique

Objectif général : Acquisitions des compétences thérapeutiques "L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin, pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique".

Une liste de ces catégories de compétences, qui a l'intérêt d'être valable pour l'ensemble des maladies chroniques, a été produite en 2002 pour les soignants :

Les compétences

1. Intelligibilité de soi et de sa maladie

- *Comprendre, s'expliquer*

- *Savoir communiquer avec son entourage à propos de sa maladie*

- Comprendre sa maladie, les principes du traitement.

- Donner un sens à la prise en charge, faciliter son vécu de la maladie face à l'entourage, la société.

2. Maîtrise de gestes techniques et d'utilisation d'outils :

- *Pratiquer, faire*

- Pratiquer avec une technique appropriée des gestes : autosurveillance glycémique, injections, ...

- Reporter correctement sur un carnet des données d'auto surveillance

3. Auto-diagnostic : Patient sentinelle :

- *Repérer, analyser, interpréter*

- Reconnaître des symptômes précoce, des signes d'alerte

- Analyser et repérer des situations à risque

- Interpréter des résultats, des mesures.

4. Auto-gestion d'une crise

- *Déclencher une procédure d'urgence, appliquer, décider :*

- Appliquer un protocole d'urgence en situation critique : objectifs de sécurité (hypo, acétone)

- Décider quand arrêter l'autogestion et recourir à un soignant.

5. Auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie :

- *Résoudre, adapter, prévenir au quotidien*

- Mettre en place des stratégies d'ajustement pour intégrer la maladie dans sa vie quotidienne
ex : ajuster une dose d'insuline, aménager la diététique, l'activité physique, ...

6. Auto-adaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques sur le long terme.

- *Adapter, réajuster, évoluer*

- Gérer les changements de contexte de vie (voyage, grossesse)

- Intégrer les nouvelles technologies médicales

- Abandonner les concepts obsolètes ou erronés.

7. Utilisation des ressources d'aide du système de soin.

- *Utiliser, planifier, s'organiser*

- Savoir où, quand consulter, qui appeler

- Connaître les associations de patients

- Faire valoir ses droits (A. Deccache & I. A. Aujoulat 2001).

Pour la plupart de ces compétences, la mise en application associe 3 registres d'acquisition :

1. Acquisition d'un savoir : Le soignant transmet au patient un niveau suffisant et nécessaire de *connaissances* pour un objectif. Ex : Connaître l'objectif glycémique 2h après un repas.

2. Acquisition d'un savoir-faire (compétence) : Le soignant montre puis fait faire au patient un geste, il s'agit d'un **apprentissage**. Celui-ci est souvent à répéter, en tâchant de se rapprocher ou de se projeter des conditions dans lesquelles s'effectuera ce geste à domicile. Ex : Savoir mesurer sa glycémie capillaire avec un lecteur, si possible *le lecteur* qu'aura le patient.

3. Acquisition d'un savoir-être : Ce domaine est plus complexe, le patient met en pratique à bon les acquis du savoir et du savoir faire dans sa vie quotidienne, c'est la *maîtrise des évènements*. Elle met également en jeu des paramètres psycho-affectifs. Rôle du soignant : faire analyser au patient ses expériences, se projeter dans une situation comparable. Ex : Travailler à partir d'un cas clinique fictif, faire identifier au patient les comportements corrects/incorrects. Cela lui permet de s'identifier et de se projeter dans une situation analogue, sans être directement en cause (ce qui évite le parasitage lié aux émotions personnelles).

4. Le diagnostic éducatif : Un état des lieux de la vie du patient avec sa maladie : L'action d'éducation thérapeutique est un **soin centré sur le patient** (et non centré essentiellement sur la maladie). Pour chaque patient, l'acquisition d'un savoir, l'apprentissage d'un savoir-faire, le développement d'un savoir-être dans la gestion de son traitement, interviennent dans des environnements intellectuel, culturel, social et émotionnel, qui lui sont propres et constituent son **cadre de référence**. Sa prise en compte, par les soignants, est indispensable, pour l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

Par exemple :

- Le niveau d'instruction. Le soignant peut avoir à s'adapter à un illettrisme.
- Le contexte linguistique et culturel (il existe des programmes d'éducation, en groupe, pour patients diabétiques, de langue et de culture arabes, avec présence d'un traducteur, aidant à faire le lien entre 2 cultures).
- Des éléments relatifs à la personnalité du patient, à sa situation psychologique ou émotionnelle.

C'est pourquoi la plupart des programmes d'éducation thérapeutique prévoient, en amont ou en phase initiale du programme, un **entretien structuré** appelé **diagnostic éducatif**, visant à établir un **état des lieux de la vie du patient avec sa maladie**.

L'entretien du **diagnostic éducatif** a été décrit par les Prs J.F. D'Ivernois et R. Gagnayre, de manière à ne pas négliger certains aspects de la vie du patient, pouvant être déterminants pour son implication dans son traitement.

Ils abordent 5 "dimensions" de la vie du patient avec sa maladie :

- *Qu'est-ce qu'il a ?* : Situation clinique → dimension biomédicale (ex : ancienneté et niveau d'équilibre du diabète, compliqué ou non).

- *Qu'est-ce qu'il fait ?* : Données de son environnement professionnel, socio affectif, familial → dimension socioprofessionnelle.
- *Qu'est-ce qu'il sait, comment voit-il sa maladie, sa santé ?* : Ses représentations et croyances concernant sa maladie et son traitement → dimension cognitive.
- *Qu'est-ce qu'il ressent, comment vit-il les choses ?* : Son vécu du diabète et de sa santé, par rapport à lui-même et face aux autres → dimension psycho émotionnelle.
- *Quels sont ses projets ?* : Que souhaite-t-il réaliser, sur le plan professionnel ou personnel, qu'est ce qui lui tient à cœur → dimension projective. Ces projets peuvent représenter un levier de motivation.

Cet entretien est utile au patient et au soignant :

- Pour le patient, il constitue un temps pédagogique. Il place le patient comme acteur en situation d'expression et de réflexion, à propos de sa vie quotidienne, avec son diabète. Ce moment l'aide à prendre conscience de sa coopération avec le soignant et peut faciliter l'émergence de sa propre demande d'acquisition de compétences.
- Il permet au soignant de comprendre ce que comprend le patient et d'évaluer ses besoins.

À l'issue de l'entretien, les soignants en effectuent **une synthèse** : principales représentations du patient, atouts et difficultés, projets/leviers. Le but est d'élaborer le projet d'éducation thérapeutique personnalisé, adapté au patient.

L'évaluation de la vie du patient, avec son diabète, est utile dans tout projet d'éducation thérapeutique, que ce soit dans le cadre d'un suivi individuel en consultation ou d'un programme d'éducation en groupe.

La vie du patient évolue, l'évaluation de ses besoins et les éléments du diagnostic éducatif ne sont pas figés, mais eux aussi à réajuster régulièrement (J.F. Ivernois & R. Gagnayre, 2001).

5. Progression par objectifs à court terme, contrat éducatif : Le patient, acteur dans la gestion de son traitement, met en place des changements de comportements. Les enjeux de santé se situent essentiellement sur le long terme, et cette durée est à mettre à profit pour accompagner le patient, pas à pas, dans les changements.

Sur le plan pédagogique, cela signifie qu'il n'est pas souhaitable de vouloir travailler, de front, de nombreux objectifs de changement, plutôt qu'un objectif après objectif :

- Au cours d'une consultation (ou d'un programme d'ETP), patient et soignant conviennent ensemble d'1 ou de 2 objectifs.

Exemple :

- 1) avoir toujours du sucre sur soi.
- 2) faire un contrôle glycémique en cas de suspicion d'hypoglycémie.

- À la consultation suivante, soignant et patient analysent ensemble **l'expérience du patient** par rapport à ces 2 objectifs : ils font une **évaluation** de cette expérience.

Exemple :

- 1) Le patient a-t-il du sucre sur lui pendant la consultation ? Comment s'est-il organisé ? Qu'est-ce qui lui pose difficulté ?

2) Le patient a-t-il fait l'expérience d'une sensation d'hypoglycémie qui n'était pas confirmée par le lecteur ? Qu'a-t-il alors fait ?

- L'analyse des expériences soutient la progression dans la recherche de solutions. L'objectif est maintenu, ajusté si besoin, un nouvel objectif est partagé, négocié, pour la prochaine consultation.

6.5 La communication soignant-soigné : La qualité de la relation entre soignant et soigné est un des principaux déterminants de l'efficacité d'une action d'éducation. La manière de conduire un entretien avec un patient conditionne sa fonction éducative.

• **Le vocabulaire médical et les explications au patient** : Ce que dit un soignant, médecin ou paramédical, à un patient, doit être compréhensible, **et compris par lui** :

- Simplifier et clarifier son langage, de façon adaptée au patient.
- Conserver les mots du vocabulaire médical s'ils ont un intérêt pratique pour le patient
- Définir simplement ces mots, en se reportant éventuellement à la vie quotidienne.

Exemples :

1) Il est utile que le mot glycémie, si souvent entendu par un patient diabétique, ait pour lui une signification.

Définition médicale : taux plasmatique de glucose. Explication possible : le sucre dosé dans le sang est le glucose. La quantité de glucose, en grammes, qui est dissoute dans chaque litre de sang de notre organisme est la glycémie.

Poser des questions permet de faire participer le patient. Certains modes de formulation des questions, sont plus appropriés que d'autres, lors de l'implication de l'interlocuteur dans un dialogue.

- **Les questions fermées - Les questions ouvertes** : une perception du vécu du patient, de traits de sa personnalité. *“Racontez-moi quand et dans quelles circonstances votre diabète a été découvert”*. Ceci l'engage dans le dialogue et fournit des éléments, qui seront pris en compte, pour l'éducation (ex: formulation d'une croyance).

- **Les questions qui font appel à la compréhension** suscitent davantage une démarche mentale, plus dynamique que celles qui font appel à la connaissance.

La réponse ne fait pas seulement appel à la mémoire, elle entraîne une utilisation pratique, des connaissances, elle sollicite l'imagination, la projection de soi dans une situation.

“Comment vous organisez-vous pour avoir du sucre à portée de main quand vous n'êtes pas à la maison” ?

• **L'écoute, la reformulation, l'empathie** : Écoute de la part du soignant et temps suffisant d'expression pour le patient, sont d'autres déterminants essentiels.

. Le sentiment (du patient) d'avoir été entendu ouvre à entendre mieux soi-même que son interlocuteur (le soignant).

. Du point de vue pédagogique, une parole prononcée est plus utile qu'une parole entendue (exemple : le patient ce qu'il a compris et comment il compte faire).

L'écoute est une démarche active, qui consiste à saisir les contenus intellectuel et émotionnel, du propos que l'on vient d'entendre. Signifier au patient que l'on a compris ses

paroles est important et peut se faire en particulier grâce à la **reformulation**. Par ce mode de réponse, le soignant reproduit ce qui a été dit, en choisissant d'autres mots et incite le patient à apporter des rectifications, des nuances propres à faire progresser l'échange, à poursuivre.

“*Si je vous comprends bien, vous voulez dire que...*”, “*A votre avis*”, “*Selon vous...*”.

L'attitude de compréhension, qui consiste, pour le soignant, à manifester au patient qu'il a saisi son propos intellectuellement et émotionnellement est appelée **empathie**. L'empathie a un effet constructif, essentiel, dans la relation de partenariat soignant/soigné (A. Lacroix &, J.P. Assal, 1998).

7. Éducation individuelle et éducation en groupe : L'éducation du patient seul et l'éducation de plusieurs patients en groupe, présentent **des avantages et des inconvénients** respectifs. Ces deux modalités d'organisation s'avèrent très **complémentaires** et sont à combiner. Ci-dessous les spécificités de ces 2 modalités d'éducation :

a. Éducation individuelle :

Entretien personnalisé
Relation privilégiée patient/soignant
Adaptation au rythme du patient
Prend beaucoup de temps
Convivialité
Possible monotonie dans la relation, lassitude
Possible incompatibilité des 2 personnalités.

b. Éducation en groupe :

Échange d'expériences entre les patients
Interactions, confrontations, gain de temps
Risque d'emprise du soignant sur le patient
Complémentarité/équilibre entre les différentes personnalités
Stimulation par exercices interactifs facilitée.

8. Une méthodologie interactive : Que ce soit lors de séances d'éducation individuelle ou en groupe, une **méthodologie interactive** est à favoriser. Sa plus grande efficacité pédagogique tient notamment à :

- Une participation active du patient (le schéma opposé est l'audition passive d'instructions), facilitant la mémorisation, l'appropriation ou la projection vers une situation personnelle.
- Un équilibre entre les temps de parole du (des) patient(s) et du soignant.
- Une utilisation d'outils éducatifs et de techniques pédagogiques mettant le + possible les patients en action, lui proposant de chercher, découvrir, comprendre, trouver un sens (méthode de la découverte).

Exemples :

. Consigne de tri à partir de photos d'aliments, en éducation nutritionnelle. Choix et commentaires à propos d'instruments de soins des pieds (éducation à la prévention des plaies du pied).

. Apprentissage technique : le patient manipule et fait lui-même la séquence technique, par exemple pour l'emploi d'un lecteur de glycémie (à l'opposé, l'observation passive d'une démonstration est inefficace).

Il est utile de remettre au patient une **documentation écrite** synthétisant les principaux messages pratiques (K. Howorka & coll., 2001).

9. Les atouts d'une équipe multi professionnelle : Le caractère multi professionnel d'une équipe d'éducation est un atout, il permet de renforcer l'efficacité et la cohésion des messages. En diabétologie, la formation du patient concerne le médecin, l'infirmière, la diététicienne, le pédicure-podologue, et également l'éducateur physique et sportif, le psychologue, l'assistante sociale...

Nous l'avons déjà évoqué, la prise en compte des facteurs d'ordre psychologique est essentielle dans l'éducation thérapeutique, et la participation d'une psychologue dans l'équipe de soignants est très utile. Son intervention peut se faire au travers d'entretiens individuels, et également sous forme d'animation de groupes de parole de patients (par exemple à propos du vécu de la maladie).

Une équipe multiprofessionnelle :

- Permet une **diversification** et un enrichissement de l'approche pédagogique, en combinant l'action de compétences spécifiques et de personnalités différentes.
- Facilite souvent l'utilisation de **méthodes et outils éducatifs variés**.
- Doit délivrer des **messages consensuels**, consignés dans des supports écrits.
- Doit mener une **action concertée**
 - . Pour établir une stratégie thérapeutique consensuelle pour chaque patient
 - . Pour évaluer et faire progresser ses pratiques professionnelles

Un programme d'éducation en groupe s'organise selon un **emploi du temps structuré et pré-établi**. Sa durée est variable et adaptée au type de programme (ex : une 1/2 journée pour une formation initiale de patients diabétiques de type 2 en ambulatoire ; 3 jours pour des patients diabétiques de type 2 en échec thérapeutique ; 5 jours en hospitalisation pour des sujets diabétiques de type 1).

Dans le cas d'un programme développé sur plusieurs jours en hospitalisation, l'éducation est associée à une évaluation médicale et, si besoin, à un ajustement du traitement. L'immersion, pour quelques jours, dans une dynamique d'éducation, avec un groupe de patients et une équipe de soignants, favorise l'engagement du patient.

Un patient doit participer à un programme d'éducation en groupe **en dehors d'une période de pathologie intercurrente ou de fragilité psychologique**, qui altèreraient momentanément sa disponibilité et sa réceptivité (E.B. Fisher & coll., 2005).

Conclusion

La formation du soignant à la prise en charge de la maladie chronique recouvre :

La formation scientifique pour une prise en charge précise et compétente de la maladie,

La formation du soignant à la communication avec le patient et sa famille,

La formation à une pédagogie interactive destinée au patient adulte,

L'évaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique est complexe. Elle prend en compte des indicateurs de santé (ex. l'HbA1c dans le cas du diabète), l'évolution de comportements du patient à l'égard de la prise en charge de sa maladie, et s'intéresse à l'impact sur la qualité de vie.

Bibliographie

1. SCL Gough, Diabetes and schizophrenia, Pract Diab Int jan-feb, vol. 22, n° 1, 2005.
2. Scheen A. J. & De Hert M., Risque de diabète sucré sous antipsychotiques atypiques, Revue Médicale Suisse, Care, n° 507, 2004, 222-997.
5. D'Ivernois J. F., Gagnayre R., Apprendre à éduquer le patient, Vigot, Paris, 1995.
6. Deccache A., Aujoulat I. A., European perspective : common developments, differences and challenges in patient education, Pat Educ Counsel, 44, 2001, 7-14.
8. Ellis S. E., Speroff T., Dittus R. S., Brown A., Pichert J. W., Elasy T. A., Diabetes patient education : ameta-analysis and meta-regression, Pat Educ Counsel, 52, 97-105, 2004.
9. Lacroix A., Assal J. P., Éducation thérapeutique, Paris, Vigot, 1998.

L'hypnose

Antoine BIOY

Laboratoire de Psychopathologie et Psychologie Médicale - Université de Bourgogne
Institut Français d'Hypnose (IFH)
CHU Bicêtre

Introduction

L'hypnose est une méthode ancienne, qui connaît de nos jours un renouveau important tant dans le champ médical que dans celui de la psychologie. Elle possède maintenant une base de pratique bien constituée, appuyée sur des connaissances scientifiques confirmées. Se sont ces données qui sont présentées dans cet article, et nous donnons des exemples tirés principalement d'une pratique clinique, auprès de patients douloureux ou présentant un traumatisme psychique.

L'hypnose prit naissance au 18ème siècle, dans ce que l'on appelait, à l'époque, le magnétisme animal. Elle marqua un tournant dans l'histoire des sciences, puisqu'elle donna largement naissance, à la fois, aux psychothérapies, à la psychiatrie, à la psychologie clinique et à la psychanalyse (Biory 2005 ; Biory, 2008). Parallèlement, elle fut rapidement utilisée en médecine et particulièrement en anesthésie, où elle permettait des interventions chirurgicales d'un nouveau type, puisque le patient n'était plus en état de vigilance consciente. Cela, jusqu'à l'apparition du chloroforme, qui présentait l'avantage d'être plus facilement utilisable et moins incertains dans ses effets.

Puis, l'usage de l'hypnose s'est un peu tari, notamment dans le domaine médical, car son existence était remise en question (insuffisance de preuves scientifiques).

Actuellement, l'hypnose connaît un nouvel engouement dans le champ de la médecine. Particulièrement, il est indéniable que le recours à l'hypnose s'est développé en parallèle à l'intérêt, somme toute, nouveau (moins de 30 ans), de la médecine, pour les symptômes douloureux, car cette technique recèle une redoutable efficacité, sur une grande partie des troubles de ce type. Mais surtout, comme nous l'avons dit, l'hypnose avait été délaissée, car il n'a pas été possible, pendant longtemps, de faire la preuve scientifique de son existence.

Or, ces dernières années, avec les progrès de l'imagerie cérébrale (Imagerie par Résonance Magnétique et Pet-Scan), il a été possible de démontrer l'existence d'un état hypnotique très caractéristique et bien différencié d'autres états de conscience comme l'état de veille, de sommeil, de distraction, de somnolence, etc. L'hypnose associe, en fait, un état de relaxation mentale et une attention sélective sur tel élément d'un environnement donné (un son, une image, un ressenti corporel comme la douleur, etc.) avec une logique de pensée particulière (comme une modification du vécu temporel et spatial). Cet état est produit par ce que l'on nomme « induction hypnotique » : un ensemble de suggestions faites par un praticien, qui ont pour but de créer cette expérience particulière qu'est l'hypnose (Biory, 2013).

En fait, l'état hypnotique n'a rien de « magique », nous savons tous rentrer en hypnose lorsque, par exemple, on est absorbé par la vision d'un film ou que l'on est simplement « perdu dans ses pensées ».

L'hypnose, dans le domaine du soin, consiste donc à proposer au patient de recréer un état d'activation mentale, qu'il connaît par ailleurs, mais qu'il n'a pas eu l'idée d'utiliser pour lutter contre une situation donnée : gestion de la douleur, de l'anxiété, d'une phobie, d'un trauma psychique ou, simplement, pour viser une amélioration du sommeil.

Ainsi, pendant longtemps, quand on parlait de l'hypnose, les réactions étaient « j'y crois » ou « je n'y crois pas ». Maintenant, il ne s'agit plus d'y croire, puisque le phénomène hypnotique est scientifiquement démontré, mais bien de savoir si on adhère à cette forme de pratique ou non et à l'usage qui peut en être fait, dans les divers domaines du soin.

1. La pratique de l'hypnose

Dit rapidement, la pratique de l'hypnose consiste en un mode de communication à l'autre, qui va réveiller les ressources du patient, pour l'aider à dépasser une difficulté. Elle peut être utilisée soit par le personnel médical et paramédical, soit par les experts du psychisme. Dans ce dernier cas, elle prend le terme d'hypnothérapie et les aspects psychologiques du patient sont, avant tout, mis en avant, dans la prise en charge (élaboration psychique, analyse symbolique, sens des processus inconscients, etc.).

Lorsqu'elle est utilisée par un soignant, la pratique de l'hypnose est parfois appelée hypnosédation, hypnoanalgésie ou hypnosomatique, en fonction du type de trouble traité. Dans ce cas, c'est, en effet, le symptôme qui est, avant tout, la cible du traitement par hypnose, avec, en premier lieu, la recherche d'une efficacité somatique, même si, évidemment, des données psychiques sont présentes. Simplement, elles ne seront pas élaborées ni interprétées.

Ce qu'apporte l'hypnose par rapport à d'autres techniques de relation d'aide, c'est qu'elle fait intervenir, à la fois, des données relationnelles (établissement d'un lien de confiance et d'une alliance thérapeutique), des données perceptives (ressentis corporels, la façon dont le patient « habite » son corps) et des données symboliques, sous la forme de visualisations. En fait, l'hypnose mobilise, à la fois, des données cognitives (traitement de l'information) et affectives (ressentis subjectifs) et fait partie du champ de ce que l'on nomme « les thérapies à médiation corporelle » (Biory, Wood & Celestin, 2010).

Les données relationnelles sont parmi les plus importantes dans la pratique de l'hypnose. Il ne peut y avoir de mise sous hypnose si le patient n'a pas confiance en son praticien. Plusieurs raisons à cela. La première est que la majorité des personnes pensent qu'en état hypnotique, elles vont être « déconnectées » de la réalité, dans un état proche du sommeil, avec une forme d'amnésie une fois « réveillés ». Bien que cela ne soit pas exact, cette représentation de l'hypnose étant celle que la plupart des patients ont avant de faire l'expérience de ce qu'est réellement l'hypnose, comment pourraient-ils accepter cette « domination » qu'ils supposent que l'hypnopraticien va avoir sur eux et conduisant à un sommeil avec amnésie, s'ils n'ont pas confiance ?

La seconde raison à la nécessité d'une bonne relation avant de pratiquer l'hypnose est que cette technique va mobiliser notamment des données d'ordre psychique.

Si le patient se sent « fragile », s'il est dans une situation traumatisante, la situation hypnotique pourra être ressentie comme dangereuse, car associée à une forme de lâcher prise, de laisser aller total, avec le risque que toutes les angoisses, les peurs et les éléments de fragilité se retrouvent au premier plan. Seule une bonne relation soignant/soigné va permettre de sécuriser le patient, qui acceptera de s'en remettre à des mains expertes, qui sauront encadrer, contenir, accueillir efficacement tout ce qui pourra être ressenti comme négativement par le patient. Cela suppose, évidemment, une vraie compétence du praticien de l'hypnose, point sur lequel nous reviendrons.

À côté de ces données relationnelles, l'hypnose fait également intervenir des données de l'ordre du ressenti corporel. En effet, en état hypnotique, le corps est ressenti de façon différente, par le patient. Plus précisément, l'hypnose donne l'occasion au patient, de prendre

de la distance avec ce qu'il ressent et la façon dont il perçoit son problème corporellement. Si, par exemple, le patient est anxieux, à l'idée de revivre un événement traumatisant, l'état hypnotique va lui permettre de ne plus être sidéré, englouti, par son anxiété : il pourra dire comment il perçoit son anxiété (respiration haletante, boule dans la gorge, l'impression de se liquéfier...) et à mesure qu'il décrit avec précisions ses symptômes, il va apprendre, grâce aux suggestions de l'hypnopraticien, à changer un à un ses ressentis, jusqu'à ne plus ressentir corporellement l'angoisse associée au vécu traumatisant et donc jusqu'à ce que celle-ci ait disparu.

Enfin, interviennent des données de l'ordre de la visualisation. En effet, d'une certaine façon, l'hypnose pourrait être assimilée à une forme de rêve éveillé. Ainsi, le patient peut donner une structure imaginaire à son symptôme (« lorsque j'évoque mes cauchemars, j'ai l'impression d'un lasso, qui me serre la gorge et qui m'étouffe »), qui sera utilisée sous hypnose (par exemple, suggestion que le nœud coulant du lasso peut se desserrer peu à peu). Le patient visualise la scène et agit par imagination sur son symptôme. Ceci permet une certaine efficacité, c'est que le cerveau réagit à une action pensée, comme s'il s'agissait d'une action réelle. Ainsi, si l'on imagine sous hypnose, que l'on fait du vélo, les zones cérébrales, qui vont s'activer seront à peu de choses près, les mêmes que si l'on fait réellement du vélo. La seule différence étant que la « commande » initiant le mouvement physique, sera inhibée, mais le processus est bien réel. Aussi, si le patient arrive à bien percevoir le nœud coulant, qui se desserre peu à peu, tout se passe comme si cela était vrai et le symptôme se modifie en intensité. Si le patient n'arrive pas à le visualiser, cette technique n'aura pas d'efficacité.

Comme on peut s'en douter, la façon dont l'hypnose agit, par exemple, dans ce dernier cas, reste encore en partie mystérieuse, même si le voile se lève peu à peu. Ainsi, si l'on prend l'exemple de l'action de l'hypnose sur le symptôme douloureux, on connaît maintenant les principes neurobiologiques majeurs qui sont en jeu (Wood et Bioy, 2008).

En particulier, même si le patient, après avoir été hypnotisé dit ne plus avoir mal du tout, l'on sait que l'hypnose n'a pas réellement fait disparaître le percept douloureux. En fait, l'information « douleur » est toujours perçue par le cerveau, mais ce que l'hypnose permet est une modification de la réponse qui est apportée à cette information. Autrement dit, ce qui est modifié par hypnose n'est pas le message lui-même (le cerveau « sait » que le corps est meurtri) mais, ce qui en est fait, les deux autres dimensions de la douleur : affectivité et cognition sont modifiées.

Succinctement dit, avec l'hypnose, on peut donc leurrer son cerveau pour aller mieux !

2. Mise en place d'une séance type

Durant le temps de la séance, le lien unissant le praticien à son patient est fort, car l'implication est maximale : le patient souffrant, s'en remet au spécialiste, ce dernier met en œuvre sa compétence et son désir d'aide et enfin, l'hypnose va mobiliser l'Être dans sa totalité : corps, psyché, affect, intellect.

On pourrait « découper » une séance classique de la façon suivante (Bioy, 2013) :

Phase un, prise de contact : cette phase est essentiellement celle de la présentation de l'hypnose. On recueille la façon dont le patient voit la méthode et on recadre, par rapport à celle-ci (non un sommeil, mais un état d'éveil particulier, etc.).

Phase deux, préliminaire à l'hypnose : le patient décrit son mal, son syndrome. Le soignant

recueille dans le discours du patient, tout ce qui va pouvoir servir à la séance : images utilisées par le patient pour décrire, par exemple, son traumatisme, nature de la souffrance (est-ce plus le trauma lui-même ou l'invalidité qu'il peut amener, dans certaines circonstances de la vie ; est-ce plus le stress qui est insupportable ou la honte de ne pas arriver à dépasser la situation, etc.).

À cette phase, on peut, éventuellement, demander au patient ce qu'il souhaite et notamment s'il désire faire un voyage particulier, dans un lieu qui, pour lui, est confortable. Tout dépend de la technique d'hypnose que l'on va choisir, par la suite.

Phase trois, induction hypnotique : par différentes techniques de communication (suggestions indirectes, double lien, focalisation de l'attention...), on propose au patient de glisser à son rythme vers l'état hypnotique parfois nommé *transe hypnotique*. Plus le patient aura l'habitude de la technique, et plus cette phase sera courte. Le choix de tel ou tel type d'induction, est, en partie, déterminé en fonction des caractéristiques du patient (plutôt visuel, auditif...), de sa situation interne (niveau de stress, d'anxiété, disponibilité à l'hypnotisation...), mais aussi du contexte où la séance se passe. En effet, on pense souvent que, pour être hypnotisé, il faut être dans un endroit calme, si possible dans la pénombre, allongé, immobile et les yeux fermés. Cela est faux, on peut très bien utiliser l'hypnose dans des cadres très différents, y compris bruyants et lumineux. Pour se faire, durant l'induction, on propose au patient d'observer son environnement à tout niveau : les sons, le niveau de luminosité, le passage des gens dans le couloir, etc. Lorsque tous les éléments présents seront bien perçus par le patient, le plus souvent il ne sera plus dérangé par eux.

Par contre, si on oublie, par exemple, de demander au patient de bien écouter la trotteuse d'un gros réveil placé à côté de lui, le patient sera facilement dérangé par lui. En effet, il cherchera à l'oublier, ce qui est la pire des choses. Pour comprendre cela, il suffit de prendre maintenant quelques secondes et d'essayer de penser à tout sauf à un chat noir... L'idée voire l'image d'un chat noir vient automatiquement... Pour le patient (particulièrement s'il est anxieux), c'est un peu la même chose : tout élément de l'environnement non inclus dans l'induction est susceptible d'agir comme le chat noir et de parasiter la pensée du patient.

Phase quatre, l'hypnose : les techniques employées à ce stade sont très variables : suggestions directes de modification du percept, visualisation, usage de métaphores, accentuation du vécu de détente, et bien d'autres choses. Tout dépend des objectifs à atteindre. Durant cette phase également, le patient peut souhaiter rester silencieux ou bien entrer en interaction avec le praticien : il peut communiquer verbalement avec lui (et, contrairement à ce que l'on pense, le patient sait ce qu'il dit ou retient ce qu'il ne veut pas dire) ou par geste (ce que l'on nomme le *signaling*). Par exemple, lever un doigt de la main droite dès que la proposition faite est atteinte (détendre complètement le bas du corps, observer complètement la respiration, se retrouver dans un endroit calme, etc.).

Phase cinq, retour à l'état ordinaire de conscience : le patient revient peu à peu et le soignant discute avec lui de la façon dont la séance s'est passée, comment il se sent, comment a évolué le symptôme. C'est une sorte de phase de débriefing, où, également, va se décider si d'autres séances et des objectifs futurs, sont nécessaires. Également, on peut, de façon didactique, apprendre au patient à utiliser seul ce qui a été fait (autohypnose), par exemple, si l'hypnose a été proposée, pour réguler des troubles de l'endormissement et si le patient doit réutiliser la technique, avant de s'endormir.

Bien sûr, ces phases ne sont données qu'à titre indicatif et suivant le lieu d'emploi, l'urgence d'utilisation et d'autres variables, elles pourront être modulées. Par exemple, si une patiente

est dans un état aigu, lors du récit d'un trauma, alors l'induction (phase trois) sera courte car la patiente est déjà, en partie, en état dissociatif (hypnotique), du fait du traumatisme subi et ré-évoqué.

Concernant la phase quatre, le maître mot est créativité. Du fait de son expérience, de la qualité relationnelle au patient, de ses associations d'idées, le praticien de l'hypnose utilisera une palette très riche d'outils, qui lui viendront, plus ou moins spontanément. L'hypnose est une pratique vivante, qui stimule l'imagination à la fois du praticien et du patient et donne des effets, dans le réel, de chacun d'eux.

3. Qui est hypnotisable ?

L'état hypnotique n'est pas spécifique d'un travail particulier. En fait, cet état de transe est universel et se produit dans de nombreuses situations : l'enfant qui est « dans la lune », la pensée qui s'évade, lorsque l'on conduit seul de nuit, à vitesse fixe, avec les bornes lumineuses du bord de la route qui défilent à rythme répétitif et constant, attention absorbée par un film qui nous passionnant, etc.

Chacun de nous a, par exemple, pu faire l'expérience que, captivé par un reportage ou un film à la télévision, on met du temps à attendre la sonnerie du téléphone ou que l'on ne pense plus à sa douleur au bras, qui pourtant est si inconfortable, par ailleurs...

C'est ça l'état hypnotique ! Quelque chose de banal et connu de tous. Aussi, comme nous l'avons dit, lorsque l'on pratique l'hypnose auprès des patients, on ne fait donc que leur proposer de recréer ce qu'ils savent faire et font par ailleurs, mais qu'ils n'ont pas l'idée d'utiliser à ce moment-là ou dans ce contexte précis, du soin psychique.

Il en découle que tout le monde est hypnotisable (puisque l'état hypnotique est universel), mais pas de la même façon. Certains patients réagissent mieux que d'autres, à la suggestion (on parle de personnes plus ou moins suggestibles), certains ont besoin d'être détendus, d'autres totalement vigiles, etc.

Ce qui va intervenir également, ce sont les résistances du patient, qui sont fonction du contexte d'action, de la situation générale de la prise en charge, du niveau de confort ou d'inconfort global, des représentations que le patient possède de la technique elle-même (perçue plus ou moins positivement), de ses croyances sur l'hypnose ou sur ce qui peut lui convenir, et enfin de données intrapsychiques et personnelles.

En fait, toutes les études menées, concluent qu'il n'existe pas de « profil de personnalité », qui ferait que certaines personnes seraient plus hypnotisables que d'autres. Ni l'origine socio-culturelle du patient, ni son niveau de QI ou d'éducation, ni sa structure de personnalité ne sont prédictifs de comment ce patient-là va réagir à l'hypnose. Ce qui intervient, ce sont des données plus subtiles, de nature relationnelle, sur la façon dont se construit et se vit l'alliance entre le patient et son hypnopraticien.

Ajoutons un dernier point. Il est souvent dit que les enfants sont plus facilement hypnotisables que les adultes. Cela est le plus souvent exact, du fait, d'une part, d'une grande suggestibilité des enfants (très réceptifs aux « ordres », notamment parentaux), mais également car naturellement, les enfants sont très portés sur les activités qui utilisent en plein l'imagination, notamment dans les situations de jeux.

Les adultes étant plus ancrés dans la réalité et le concret, les inductions hypnotiques seront souvent moins immédiates. Bien sûr, cette donnée générale est souvent vérifiée, mais n'est pas une loi universelle : chaque patient est un individu singulier, et le travail hypnotique requiert que l'on s'intéresse à chacun de façon différente, en fonction d'éléments qui lui sont propres, et quel que soit son âge.

4. Exemple d'indication : hypnose et trauma

La question du psychotraumatisme est historiquement liée à l'hypnose (Crocq, 1999) et pour Kédia & El Farricha (2008), « *c'est justement le concept de dissociation, qui permet d'expliquer les rapprochements entre l'hypnose et le psychotrauma* ».

Joséphine Hilgard (1970), chercheure de renom en hypnose, s'attacha à démontrer que le caractère traumatisant de sévices durant l'enfance, amène les sujets à développer une plus grande susceptibilité à l'hypnose. Par ailleurs, selon ses travaux, non seulement il existe un lien entre traumatisme et dissociation, mais aussi, ce dernier est facilité, du fait d'une grande hypnotisabilité.

Également, de Clercq & Lebigot (2001) écrivent : « *il est démontré que les sujets atteints d'état de stress post-traumatique sont plus facilement et plus profondément hypnotisables que les autres* ». Il y aurait donc un lien entre la dissociation traumatisante et la facilité à entrer en hypnose. La dissociation traumatisante pourrait être vue comme une tentative de résolution à demi efficace, face à l'angoisse du trauma, l'hypnose permettant, alors, d'utiliser cette capacité, jusqu'à la réduction ou la dissolution des émotions négatives.

Ainsi, Edgette & Edgette (2001) affirment que « *la dissociation peut être indiquée comme stratégie thérapeutique, quand une personne l'utilise, souvent involontairement, comme mécanisme à l'origine de son problème* ».

Pour faire cela, une des techniques utilisées, est celle de la double dissociation, à savoir une dissociation des sensations visuelles et kinesthésiques, permettant de revivre un événement, en se dissociant des émotions trop envahissantes (Biou et al., 2010). On utilise souvent l'image de l'écran de cinéma. Il est proposé préalablement au sujet de retrouver un « lieu de sécurité », dans lequel il se sent bien. Par la suite, on suggère que le sujet soit assis devant un grand écran, sur lequel sera projeté un film. Il lui est demandé de se voir dans la salle, en train de regarder ce film. Il lui est ensuite demandé d'imaginer que le film de la scène traumatisante, démarre. Un travail d'accompagnement spécifique est mené, permettant de gérer les expressions émotionnelles présentes. Une fois le film terminé, il est demandé au sujet de se sentir à nouveau, dans son corps.

La dissociation thérapeutique, que permet l'hypnose, autorise une diminution de l'intensité des émotions et d'adopter une nouvelle position face à la situation : la dissociation se produit lors des séances, mais cette fois-ci, non pas de manière traumatisante, mais contrôlée, graduée et pouvant faire intervenir de manière active le sujet, qui pourra entrer et sortir de la transe aux moments désirés.

Conclusion

Abordons, ici, en quelques mots, les limites de l'hypnose. Comme toute pratique de soin qui s'adresse à l'humain, elle est sujette à beaucoup de variables. La nature du contexte d'utilisation, la situation du patient qui en bénéficie, le degré d'expertise du praticien qui l'utilise, la nature du trouble et des données subjectives, qui tiennent à la qualité relationnelle et à l'activité psychique du praticien et du patient, au moment de la pratique de l'hypnose, font que la notion d'efficacité est très variable. On est, parfois, surpris de réduire un sentiment d'effroi, coté à huit sur dix, chez un patient, alors que quelques minutes auparavant, on n'a pas réussi à soulager un stress à trois sur dix chez un autre patient.

En fait, l'hypnose n'est pas un médicament. C'est une technique s'inscrivant dans le cadre d'une relation d'aide, et qui est donc soumise à des données très subjectives. La pratique de

l'hypnose réclame donc une certaine humilité du praticien, en même temps qu'une véritable expertise psychologique et de pratique.

Bibliographie

- Bioy A., (2013), L'hypnose (seconde édition). Paris : InterEditions
- Bioy A., Wood C, (2010), Célestin I. L'aide mémoire d'hypnose. Paris : Dunod
- Bioy A., Michaux M. (Eds), 2009, Traité d'Hypnothérapie. Paris : Dunod
- Bioy A., Keller Ph., (2009), Hypnose Clinique et principe d'analogie. Bruxelles : DeBoeck
- Bioy, A., (2008), Freud et l'hypnose. Une histoire complexe. *Perspectives Psy*, 47 (2), 171-184
- Bioy, A., (2005), Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy*, 44 (5), 346-354.
- Crocq L., (1999), Les traumatismes psychiques de guerre. Paris, Editions Odile Jacob
- De Clercq M., Lebigot F., (2001), Les traumatismes psychiques. Paris: Masson
- Edgette J. H., Edgette J. S., (2001), Manuel des phénomènes hypnotiques. Bruxelles : Satas
- Hilgard J. R., (1970), Personality and Hypnosis : A study of Imaginative Involvement, Chicago : University of Chicago Press
- Kédia M. & El Farricha M., (2008), Hypnose. In : Kédia M, Sabouraud-Seguin A. & al., *Psycho-traumatologie. L'aide-mémoire 45 notions clés*. Paris : Dunod ; 213-7
- Wood C., & Bioy A., (2008). Hypnosis and pain in children. *Journal of Pain symptom and Management*, 35 (4), 437-446.

قياس درجة القلق عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين

رلوف منيرة
02 - جامعة الجزائر URNOP

مقدمة

يعتبر داء السكري مرضًا مزمنًا، يلازم الفرد طول حياته، ويخلق لدى المراهق مشاكل توافقية متعددة كالشعور بالقلق، خاصة وأن المراهقة مرحلة حساسة مميزة بضغوط نفسية واجتماعية. فقد أشار (1980) De Ajuriaguerra إلى معاناة المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين حين وضح أن المراهق يبقى رهينة الدواء المستمر المفروض عليه عن طريق حقن الأنسولين وما يتربّ عنها.

ولقد بينت أبحاث (1983) Rosine Debray على عينة مكونة من عشرين فرد مصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين، أن هناك صراعًا نفسياً داخلياً وقلقًا مستمراً، وذلك من خلال تحليلها لبروتوكولات الرائز الإسقاطي T.A.T.

ووضّح (1979) Bergeret من جهته، أن المراهقين المصابين بداء السكري المرتبط بالأنسولين يعانون من قلق فقدان الموضوع وهو يختلف عن القلق العصبي أو القلق الذهاني، مما يؤدي بهم إلى عدم القدرة على التحكم في الوضعيّات، كما يتميّزون باليأس والملل والفراغ والوحدة والاكتئاب.

إشكالية الدراسة

وضّح (1980) De Ajuriaguerra معاناة المراهق المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين حيث يبقى رهينة الدواء المستمر المفروض عليه عن طريق حقن الأنسولين، وما يتربّ عنها. كما يؤدي به المرض إلى إختلال التوازن النفسي له ولعائلته، مما يؤثر على نموه في أهم مراحله وعلى العلاقة مع والديه.

من جهة أخرى، فإن المرض يفرض تدعيماً لهذه العلاقة على مستوى الجسد عن طريق الحقن والتحاليل البولية ومخالف التقاليصات الغذائية.

إن من أهم تأثيرات داء السكري المرتبط بالأنسولين أن يصاب المراهق بصدمة نفسية عنيفة، حيث يمكن أن يؤدي به الضغط النفسي إلى إستجابات سلوكية مثل العداونية أو حالات إكتئابية وأحياناً إلى الحصر وصعوبات في التفاعل مع الآخرين مما ينجم عنه غالباً الإنطواء حول النفس وإهمال المرض وعدم تقبّله، وفي بعض الأحيان وصوله إلى تهديم ذاته (1990) Association Française des Diabétiques.

تعرض الإضطرابات الأيضية عند المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين على عدم التوازن النفسي

الذي يعتبر عاملًا أساسياً في عملية التكيف الاجتماعي، وفي الإنجاز العادي للأعمال اليومية.

ويكون أثر هذا الإضطراب بالغًا على الحياة النفسية للمراهق حيث يقوم بتنظيم حالات إضطرابية داخلية تعزز شعوره بالقلق والتوتر والإنطواء متمنياً الإحتكاك مع الآخرين بسبب كتمانه لمرضه وخجله منه.

كما يعمّل على إظهار سلوك عدواني عنيف تتجلى مظاهره في الثورة والغضب لأفّقه الأسباب وعدم

التحكم في مختلف الإفعاليات، وحدوث تقلبات مزاجية متكررة (1997) Soins.

تمثل جميع هذه الأعراض النفسية إستجابة واضحة للحالة الصحية لدى المراهق.

وفي بعض الحالات، لا يتقبل المراهق المصاب مرضه المزمن ولا يعترف به كحقيقة مرضية يعيشها،

لذلك قد يحاول البعض منهم الإنتحار كوسيلة للخروج من حالة الألم والذنب النفسي.

وثمة أعراض أخرى تظهر على المراهق من خلال تلقيه تهديدات بالموت مرتبطة بحوادث الإغماء وبتعقيدات المرض الخطيرة المثيرة للقلق والخوف الحادين مما يمكن أن يطغى على حياته الحزن الشديد والتشاؤم.

B. Gramer, F. Feihl et F. Palacio Espasa (1979) قد أشار كل من F. Seidman R. Swift et H. Stein (1967) إلى وجود إضطرابات نفسية متعددة وبنسبة عالية عند المراهقين المصابين بداء السكري المرتبط بالأنسولين من خلال دراستهم حول المشاكل التي يتعرض إليها هؤلاء المراهقون J. Appelboom – Fondu, F. Verstraeten et N. Dopchie (1974).

تمثلت هذه النسبة في 68% مستخلصة من الدراسة النفسية الاجتماعية على مائتان وستة وتسعون مراهقاً من الجنسين مصاباً بداء السكري المرتبط بالأنسولين والتي قام بها كل من S. Amir, A. Galatzer. M. Frish & Z. Laron (1977)

ويتضح من هذه الدراسة التحليلية أهم هذه الأنماط السلوكية في سيكولوجية شخصية المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمرتبطة بتأثير المرض عليها:

1. العدوانية

وهي موجودة عند أغلبية المراهقين المرضى بداء السكري المرتبط بالأنسولين ، وتتجلى في مظاهر متعددة دالة على صورة الذات السلبية كالرغبة في تدمير الذات ، حيث أشارت Barta (1968) إلى وجود نسبة مرتفعة دالة احصائياً للانتشار عند فئة المراهقين المصابين مقارنة بمجموعة أخرى من المراهقين العاديين.

يؤكد كل من Swift & Seidman (1967) أن العدوانية نحو الذات وتدميرها تعبّر عن انعكاس لأزمة القلق والمخاوف الحادة المرتبطة بالمرض ، وفي هذه الحالة يميل المراهق إلى الانتحار. ويمكن أن تظهر هذه العدوانية الذاتية في مظاهر أخرى كإهمال المرض وعلاجه ورفض مراجعة الطبيب والإنكار لأحد الوالدين الذي نقل له المرض J. Appelboom Fondu F. Verstraeten & N. Dopchie (1974)

2. القلق والتوتر

وهو ناتج عن المرض في حد ذاته مولداً لدى المراهق إضطراباً حاداً في التوازن النفسي الذي من أهم أعراضه العدوانية الذاتية .

يعتقد كل من Karp (1979) , Jochmus (1971) , Dunbar (1969) و (1979) B. Gramer, F. Feihl et F. Palacio Espasa (1979) أن هذا القلق المتأزم يؤثر بشدة على المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين حيث يصيّبه الإحباط الشديد والذهول الذهني (1979) B. Gramer, F. Feihl et F. Palacio Espasa كما ينجم عنه أيضاً حسب (1968) Lestradet و (1950) Boulin ظهور سلوكيات تعكس المرض كالإكتئاب والعدوانية وأعراضًا سبيكوسوماتية واضحة (1974) J. Appelboom-Fondu – F. Verstraeten et N. Dopchie و تتطلب الحالة الحادة للقلق والتوتر التكفل النفسي بالراهق المريض.

3. مشاكل التقمصات الجنسية والعلاقات الجنسية الغيرية

والتي تبدو صعبة بالنسبة للمرادق المصاب من الجنسين، حيث يشعر بعقدة النقص نحو الصورة المطلوبة للرجل أو المرأة في المجتمع.

فهو لا يستطيع تقمص شخصية فرد عادي، ويتردد كثيرا في إقامة علاقة مع الطرف الآخر وفي إجتناب الفكير في موضوع الزواج لأنه يجلب الإحساس الشديد بالخجل والدونية.

وتؤدي صعوبة تقمص المرادق للأب والمرادقة للأم إلى ضعف الاهتمام والإنجذاب نحو العلاقات الجنسية الغيرية، وتكون شخصية الذكر أقل تطورا من شخصية الأنثى نتيجة للتأخر في عملية البلوغ

J. Appelboom, Fondu, F. Verstraeten & N. Dopchie (1974)

4. مشكل التبعية

الذي يعتبر إشكالية حادة بالنسبة للمرادق ، فهو يعتمد رغمما عنه على والديه خاصة الأم في مرضه وفي الحالة التي يفقد فيها الوعي نتيجة لانخفاض نسبة السكر في الدم .

وهذا ما يولد لديه الشعور بعقدة الذنب في تعذيب الآخرين لأنه يعتقد نفسه مصدرا للقلق والألم والازعاج .

ومن جهة أخرى، أكدت دراسة Alexandre (1977) أن المرادقين المصابين بداء السكري المرتبط بالأنسولين يتميزون بسلوكيات التبعية نظرا لأن احتياجاتهم من الحنان والحب لم يتم إشباعهما مما يخلق لديهم الإحساس بالإحباط الذي يستجاب له عن طريق العدوانية .

وأحياناً تمنع الحماية المفرطة من طرف أحد الوالدين أو كلاهما معاً استقلالية المرادق المريض الذي يحتاج إلى ذات مستقلة، يعالج من خلالها على الأقل شعوره القوي بالذنب.

5. سوء التكيف الاجتماعي

يميل المرادق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين إلى الإنطواء على نفسه وعلى ذاته لاسيما في الحالة التي يواجه فيها مواقف مقلقة أو محربة اتجاه مرضه

ويصف كل من (1967) Seidman & Swift شخصية المرادق المريض بالسلبية حيث تتميز بالتضاريق والإنطواء.

وفي بعض الأحيان ، يؤدي قبول الوالدين المحموم للمرض إلى سلوكيات شخصية لا شعورية كإهمال المراقد المصاب ، أو على العكس تبني الحماية المفرطة مما يؤثر في عملية التكيف الاجتماعي .

من جهة أخرى ، يجد المجتمع في حد ذاته صعوبة في الإحتكاك مع المرادق المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين، ويلعب دوراً كبيراً في عدم السماح له بأن يكون فرداً عادياً مثل الآخرين.

هذا، ويركز كل من :

Khurana (1970) (1967) Besse (1972) (1967) Swift (1967) Manciaux (1970) Zeidel (1970) على الدور العائلي والأسري من أجل تحقيق تكيف اجتماعي أفضل للمريض.

وتتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان الوسط العائلي والمحيط الاجتماعي والتربوي غير متقدماً للظروف التي يعيشها المرادق، زادت حدة جمبع السلوكيات السابقة وتفاقمت أثارها السلبية، ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

هل تؤثر الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين في مستوى القلق عند المرادقات ؟

فرضية الدراسة

توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض.

نوع الدراسة

يعتبر المنهج الطريقة التي يجب على الباحث إتباعها لدراسة إشكالية الدراسة . ويتحدد نوع المنهج بالسؤال عن الوسيلة التي سوف يدرس بها الباحث موضوع البحث. تؤدي طبيعة الإشكالية المطروحة و الفرضيات بالإعتماد على المنهج المحسني الوصفي في دراسة هذا البحث ، حيث وقع اختيار الباحثة لهذا المنهج على وجه التحديد لأن الفرضيات التي طرحتها سالفا تستوجب إعتماد هذا المنهج بحكم أنها بصفة ظاهرتين نفسيتين تستلزمان الوصف العميق والتحليل والتفسير والمقارنة ودراسة علاقتهما بظاهرة تعليمية ومدى تأثيرهما فيها.

كيفية اختيار العينة

أجريت الدراسة الأساسية على عينة قدرها 111 من المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين، متدرسات في الطور الثانوي، بستوياته الثلاثة تتراوح أعمارهن ما بين 15-19 سنة، اختيرت بطريقة عشوائية وموزعة كما يبين الجدول رقم (02) وذلك في المؤسسات الطبية التالية :

- مصلحة الطب الداخلي بمستشفىبني موس.
- المركز المتخصص في داء السكري ببوزريعة (Maison Des Diabétiques).
- المركز المتخصص في داء السكري برويسو (Maison Des Diabétiques).

مع العلم أن الباحثة إتصلت بالمركز المتخصص في داء السكري ببمايو، ولكن تعذر إجراء العمل الميداني نظراً لأنه يستقبل أفراد مصابين بداء السكري غير متواافقين مع متغير السن الذي حددناه في البحث. كانت الباحثة لا تتدخل في اختيار الأسماء/الأشخاص ، وإنما تركت الأمر لأطباء المراكز الاستشفائية باختيار المريضات.

الحالات الصحية	المجموع	F التكرارات	النسبة المئوية %	السن	السنة الدراسية الحالية
مراهقات مصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين	51	45.94	18-15 سنة	الأولى ثانوي	
	28	25.22	18-16 سنة	الثانية ثانوي	
	32	28.82	19-18 سنة	الثالثة ثانوي	
100		111			
مراهقات غير مصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين	53	45.29	17-15 سنة	الأولى ثانوي	
	30	25.64	17-16 سنة	الثانية ثانوي	
	34	29.05	19-17 سنة	الثالثة ثانوي	
100		117			

جدول رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية

أدوات البحث

تتمثل أدوات البحث الحالي في مقياس القلق.

مقياس القلق

أ/ وصف المقياس

اقتبس وأعد كل من مصطفى فهمي أستاذ ورئيس الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس و محمد أحمد غالى أستاذ علم النفس بالمعهد العالى للخدمة الإجتماعية بالقاهرة هذا المقياس من مقياس القلق الصريح الذى استعملته وقنته العالمة النفسانية جانيت أ. تايلور. يتشكل المقياس في صورته النهائية من 50 سؤالا.

وهو يقيس مستوى القلق الذي تعانى منه مختلف الفئات العمرية ، وذلك حسب الجدول التالي :

مستوى القلق	الدرجة		الفئة
	إلى	0	
خالي من القلق	16	0	أ
قلق بسيط	20	17	ب
قلق نوعي	26	21	ج
قلق شديد	29	27	د
قلق شديد جدا	50	30	ه

جدول رقم (02). يوضح مستويات القلق

ب/ طريقة تطبيق المقياس على العينة

طبقت الباحثة المقياس على نفس أفراد عينة البحث، حيث قامت بقراءة تعليماته في كل تطبيق، ثم قرأتها كل فرد قراءة صامتة قبل الإجابة . وليس للمقياس زمن محدد للإجابة ، ولكن وجد أن أفراد عينة البحث إستطاعوا الإجابة عليه في مدة زمنية تتراوح بين 25 إلى 30 دقيقة . وكل مرة، قامت الباحثة بالتأكد من إجابة كل فرد على جميع بنود المقياس من خلال عملية جمع الأوراق.

ج/ طريقة تصحيح المقياس

تعطي درجة واحدة عن كل إجابة بـ "نعم" ، ولا تحسب الإستجابة بـ "لا" ، ثم تجمع الإستجابات المشار إليها بعلامة (X) أمام الإستجابة (نعم). وتعبر الدرجة الكلية للمفحوص في المقياس عن مستوى القلق الذي يعانيه حيث يدرس من الجدول رقم (02).

عرض وتحليل النتائج

بعد الحصول على البيانات التي تمثل درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على مقياس القلق، تم تصنيفها وتقسيمها إلى نوعين حسب درجة القلق لديهن، حيث تم اعتبار كل المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض، واللواتي لهن درجات على مقياس القلق أقل من أو يساوي درجة 26 ضمن فئة المراهقات اللواتي لهن قلق غير شديد.

كما تم اعتبار كل المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض واللواتي لهن درجات على مقاييس الفلق أكبر من أو يساوي درجة 27 وأقل من أو يساوي درجة 50 ضمن فئة المراهقات اللواتي لهن فلق شديد حسب الجدول رقم (03). كما تم تحليل ومعالجة هذه النتائج باستعمال اختبار "كا²", وهذا لغرض دراسة دلالة الفروق بين الحالة الصحية (مصابات- غير مصابات) ومستوى الفلق (قلق شديد- قلق غير شديد).

وفيما يلي عرض وتحليل لمختلف النتائج :

26-0	قلق غير شديد	درجات المراهقات على
50-27	قلق شديد	مقاييس الفلق

الجدول رقم (03) : يبين نوعي الفلق حسب درجات المراهقات على مقاييس الفلق

النسبة المئوية (%)	التكرارات (F)	نوع الفلق	الحالة الصحية
84,6	99	قلق غير شديد	غير المصابات
15,4	18	قلق شديد	
100,0	117	المجموع	
47,7	53	قلق غير شديد	المصابات
52,3	58	قلق شديد	
100,0	111	المجموع	

الجدول رقم (04) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير نوع الفلق (قلق شديد- قلق غير شديد)

درجة الحرية (df)	الدالة الإحصائية (a)	كا ² المجدولة	كا ² المحسوبة	مجموع التكرارات (ΣF)	قلق غير شديد	قلق شديد	نوع لقلق	الحالة الصحية
1	0,01	6.63	34,84	117	99	18	غير المصابات	المصابات

الجدول رقم (05) : يبين دلالة الفرق بين نوع الفلق (شديد - غير شديد) والإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين (مصابات- غير مصابات) عند المراهقات

يبين الجدول رقم (05) دلالة الفرق بين نوع الفلق والحالة الصحية للمراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض. وحسب نتائج تطبيق اختبار "كا²", فإن هناك فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين نوع الفلق (قلق شديد- قلق غير شديد)، والإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين (مصابات- غير مصابات).

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.01	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية عند هذا المستوى بين نوع القلق (قلق شديد- قلق غير شديد) ، والإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين (مصابات- غير مصابات) .
$34,84 = \chi^2$ $6,63 = C^2$	تدل على أن χ^2 الحسوبة أكبر من χ^2 المجدولة
1/0,01	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في نوع القلق .

دلالة الفرق بين نوع القلق والإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين

وعليه، تتحقق الفرضية القائلة: " توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى القلق بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين و المراهقات غير المصابات بهذا المرض ".

و كجواب لها ، يمكن القول أن هناك فرق دال إحصائيا بين نوع القلق والإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات حيث أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين تؤدي إلى قلق شديد عند المراهقات.

مناقشة وتفسير النتائج

توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى القلق بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض.

وضحت النتائج أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين تؤثر في مستوى القلق عند المراهقات، حيث وجد أن أغلبية المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين يتميزن بقلق شديد.

وعليه، تكون الفرضية محققة، ويمكن للباحثة تفسير هذه النتائج كما يلي :

يدفع عامل تشخيص داء السكري المرتبط بالأنسولين وخطورة مضاعفاته التي كانت مجهولة عند المراهقة المصابة بتقديرها الحقيقي إلى الحالة المتأزمة والشديدة للقلق كما وصفته دراسات كل من Rosine Debray (1983), Brush (1949), Boulin (1950), J. Appelboom, Fondu F., Verstaeten & N Dopchie (1974), Dunbar (1979), F. Seidman, R. Swift & H. Stein (1967), T. Abdoucheli (1979), Pless (1971), S. Amir, A. Galatzer, M. Frish & Z. Laron (1977),

و دراسات مجموعة باحثي (2000) Centre Hospitalier Baie des Chaleurs لا سيما وأنها تتعرض إلى تلقي تهديدات خارجية وداخلية تبعث الخوف والفزع، تقف عاجزة أمامها نظرا لأن المرض يتحكم في حياتها ومصيرها.

تشعر المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين بضياع حالة الأمن النفسي المرتبط بتهديد الذات، مما يدل على أن المرض يؤدي بها إلى اختلال التوازن النفسي الذي ينجم عنه حسب دراسات S. Amir, A. Galatzer, M. Frish & Z. Laron (1979) الشعور القوي بالقلق والتوتر، وحالة الإنطواء والعزلة والنقلبات الفجائية في الميزاج وسوء التكيف الاجتماعي والعجز على التوافق مع الوضعيات المختلفة.

وتكون إستجابتها للقلق سلبية ، تخضع فيها إلى التهديد بالخطر و تستسلم للعجز وللتأثير النفسي البالغ الذي تتركه آثار الصدمة على شخصيتها.

فتعتقد أنها عاجزة على توظيف قدراتها مثل الآخرين للتصدي للعامل المهدد للذات، وأن عناصر القوة والإيجاب فيها قد استبدلت بعناصر الضعف الناجمة عن العجز الجسمي والإحراج النفسي – الاجتماعي مما يدفع بها إلى فقدان الثقة بإمكانياتها الفكرية والعجز عن توظيفها فسي المجال الدراسي .

وقد أشارت دراسة، (J. Appelboom, Fondu F. Verstraeten & N. Dopchie 1974) إلى حالة القلق الواضحة عند أغلبية المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين، وتتصح في مظاهر الخوف، الإكتئاب، البحث عن الحماية ، والميل إلى عقاب الذات. كذلك دراسة (1983) Rosine Debray التي بينت بواسطة تطبيق الرائز الاسقاطي T.A.T وجود صراع نفسي داخلي وقلق حاد عند المراهقين المصابين بداء السكري المرتبط بالأنسولين. تعيش المراهقة المصاببة بداء السكري المرتبط بالأنسولين الشعور بأنماط مختلفة من القلق مرتبطة بالمرض في حد ذاته.

أهمها الإحساس بقلق الموت الذي يظهر بصفة دائمة، ويكون مرتبطا بأخطار المرض المزمن خاصة مضاعفاته، والخوف الشديد من نقص وإفراط نسبة السكر في الدم، وحالة السبات التي تؤدي غالبا إلى الموت مما يعرقل عملية التفكير في الحياة الدراسية .

أكملت دراسات كل من

Centre B. Gramer, F. Feihl & F. Palacio- Espasa (1979) وكذا مجموعة باحثي (2000) Hospitalier Baie Des Chaleurs على أن هذا القلق مرتبطة بحوادث الإغماء وبنعميات المرض. كذلك شعورها بقلق العزلة والوحدة المتمثل في الإحساس بتخلّي الآخرين عنها وفقدان حب المحيطين بها، حيث يسيطر عليها حسب (Jean Bergeret 1979) حالة الإكتئاب، وأعراض اليأس والإحباط والملل والفراغ والوحدة.

كما تظهر لديها حسب دراسات كل من (1974) J. Appelboom & al. و (1967) Seidman & Swift أعراض التضائق والإنطوائية بدرجة عالية ، لا سيما أثناء التعرض إلى مواقف الضغط والتوتر.

ينتسب المراهقة المصاببة بداء السكري المرتبط بالأنسولين الشعور بقلق الخوف حيث يحسّسها المرض أنها مهددة في صورتها الجسمية التي عمل على تشويهها وإضطرابها ، وهذا ما بينته دراسة مجموعة باحثي Centre Hospitalier Baie des Chaleurs (2000) التي وضحت استحواذ وسيطرة قلق الخوف على كل أفكار المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين.

هذا، في الوقت الذي تعيش فيه مرحلة المراهقة التي من المفروض أن تظهر فيها في أحسن صورة ، متجنبة إقامة علاقات مع الطرف الآخر، نظرا لأن مرضها حسب ما أثبتته دراسة J. Appelboom- S. Amir, A. Galatzer, M. Frish & Fondu F., Verstraeten & N. Dopchie (1974) يعده محفزا قويا للعدوانية إتجاه الجنس الآخر.

يجلب داء السكري المرتبط بالأنسولين للمرأة المصاببة درجة ملحوظة من التوتر الإنفعالي الذي يشكل معوقا هاما من معوقات التكيف الملائم، وتنمو معها الدوافع السلبية خاصة في الحالة التي يكون فيها التدريم سلبيا.

وإن كان هناك قدرًا من التدريم الإيجابي، فإن التوقعات المخيفة تهقر الدوافع المرتبطة به. يترتب عن هذا القلق والتوتر تدخل آلية دفاعية متمثلة في تكوين رد الفعل، وذلك بقيام المراهقة المصاببة بداء السكري المرتبط بالأنسولين بإخفاء الدافع الحقيقي لسلوكها وإظهار سلوك مضاد، وهذا ما يظهر في عدوانيتها وتهيجها.

وكما هو معروف، فإن صورة الذات السلبية تلجم إلى استخدام الحيل الدفاعية، وثبت ذلك من خلال دراسات كل من :

J. Appelboom, Fondu F. Verstraeten & N Assal (1977) ، Rosine Debry (1983) و Dopchie (1974).

على غرار ذلك ، فقد يساهم سلوك الأشخاص المحيطين بالمرأة المريضة في تأزم حالة القلق لديها خاصة إذا كان بالرفض وعدم تقبلهم لها أو نظرتهم إليها نظرة تثير الشفقة.

وبدون شك ، فإن مثل هذا السلوك يعزز شعورها بالصدمة وتدبر حالتها النفسية. إذ أن القلق يزداد في الحالة التي تخضع فيها إلى التقييم من طرف الآخرين، لا سيما عندما تفتقر إلى مهارات تمكنها من تخفيه هذا الموقف والآثار المترتبة عنه، وهذا ما يتفق مع الدراسة التي جاء بها.

كما يدفع بها القلق الشديد إلى حالة التوهم، حيث تتخيل أن أفراد المجتمع كلهم ضدها في جميع الأحوال والمواقف مما يدعم شعورها بالعدوانية اتجاه الآخرين ، التي وضحت وجودها كل من دراسات Berkovec (1985).

4- كيفية تحليل النتائج

لقد استعمل في هذه الدراسة الوسائل الاحصائية التالية :

- أ - المتوسط الحسابي
- ب - الإنحراف المعياري
- ج - اختبار كا²

خاتمة

يعد القلق الشديد الذي ينجم عنه مختلف مظاهر الخوف وعدم الإستقرار واحتلال الثقة في النفس من أهم خصائص الحياة النفسية عند المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين، ويجب على المحيط الاجتماعي أن يكون على قدر كبير من الوعي بالمشاكل التي تعاني منها المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين ومراعاة ظروف صحتها مما يرفع من معنوياتها وتشجيعها على تجاوز مرحلة الأزمة.

وفي ضوء ذلك، يختلف سلوك الوالدين وأفراد المجتمع إتجاه مرض إبنتهم المراهقة بداء السكري المرتبط بالأنسولين حسب مواقفهم إزاء ذلك، فقد نجد الحماية المفرطة والمقلقة في نفس الوقت، الرفض والإنكار، أو القبول الحتمي والواقعي للمرض.

ويعتبر تقبل العائلة لداء السكري المرتبط بالأنسولين عند إبنتها المراهقة ، من أهم العوامل المساعدة على التكيف مع المرض.

ومما تقدم، تعتمد الباحثة على ذكر عدة عوامل مختلفة تؤثر في عملية التكيف من بينها :

أ/ عوامل خارجية : وتمثل في

- كيفية تقبل تشخيص المرض.
- خطورة داء السكري المرتبط بالأنسولين لا سيما مضاعفاته.
- العلاج المشروط بالمتابعة المستمرة والحرص الشديد.
-

ب/ عوامل شخصية : وتحدد في

- مدى قدرة المراهقة المريضة على التعبير عن مختلف إنجعالياتها.
- ومدى تفهم المحيط للمرض.
- ويطلب تسهيل عملية التكيف مع داء السكري المرتبط بالأنسولين عدة عوامل من أهمها :
- التعبير عن المرض بدون خجل.
- المعرفة العلمية لحقيقة المرض التي تساهم بشكل كبير في التكيف مع الواقع الجديد وفي تقبل التغيرات الطارئة على عادات حياة المراهقة المريضة.
- الإحتكاك بأفراد مصابين بنفس الداء والمشاركة في نشاطات مختلف الجمعيات المختصة بداء السكري.

وأخيرا ، يعد الإقلال من الحساسية المفرطة، والتفكير في خبرات سابقة هادئة ومريرة، عاملين مهمين في التخفيف من شدة الضغط النفسي عند المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين.

المراجع

1. Amir S., Galatzer, A., Frish & Laron Z., (1977), Associological survey of 296 juvenile diabetics, Journal of Psychological Aspects of Balance of Diabetes in juveniles, vol. 3.
2. Appelbom, Fondu J. Verstraeten F. & Dopchie N., (1974), Aspects Psychologique du diabète et de son traitement à l'adolescence, Revue de Neuropsychiatrie Infantile, N° 22, Bruxelles.
3. Association Française des diabétiques, (1990) Le diabète aujourd’hui : 100 spécialistes vous informent, Hachette, Paris.
4. Centre hospitalier Baie des Chaleurs, (2000), Les émotions et le deuil ; Psychologie du diabète.
5. De Ajuriaguerra, J., (1980), Manuel de psychiatrie de l'enfant, 2^{ème} édition, Masson, Paris.
6. Debray R., (1983), L'équilibre psychosomatique, organisation mental des diabétiques, Bordas, Paris.
7. Khiati (Mustapha), (1993), Le diabète sucré chez l'enfant, OPU, Alger.

Cas présentant une agoraphobie traité selon la thérapie cognitivo-comportementaliste : de l'efficacité de la Psychothérapie Multimodale Brève (PMB)

Assia M'HAMEL
URNOP - Université d'Alger 2

Introduction

L'étude présentée dans cet article, fait état du suivi d'un patient agoraphobique, traité par la thérapie cognitivo-comportementaliste. Les résultats obtenus montrent une très nette amélioration, par rapport à l'évitement agoraphobique, à l'anxiété anticipatoire et aux traits de personnalité morbides, conséquents de l'atteinte par ce trouble.

Ainsi donc, nous encourageons les cliniciens à mener davantage d'études, en matière d'efficacité de la TCC, dans les troubles anxieux en général et dans l'agoraphobie en particulier, afin de développer de nouveaux programmes thérapeutiques, inscrits dans l'actualité.

1. Présentation du cas

M. A, âgé de 37 ans, est l'aîné d'une fratrie de 6, célibataire, licencié en informatique et a travaillé en tant qu'informaticien, au sein d'une entreprise privée.

Son père est un retraité ayant travaillé en tant que comptable tandis sa maman est au foyer.

Il a poursuivi des études avec succès et il se plaint de n'avoir pas pu décrocher un poste permanent, il attribue cela à la malchance et à son manque de savoir faire.

Il dit avoir eu une enfance très difficile avec un père qu'il décrit comme autoritaire, dominant et non communicatif et une mère trop soumise, n'ayant jamais eu la capacité de transgresser les ordres de son époux.

Il est en relation avec une femme divorcée, qui a 4 enfants et auprès de laquelle, il se confie.

2. Le diagnostic de l'agoraphobie

Le patient se présente en consultation, sur orientation de son médecin généraliste, qui a indiqué une prise en charge en consultation psychologique et ce, sur la base d'une série de symptômes, qui consistent en des pressions thoraciques, une tachycardie, une gène respiratoire, une peur de mourir, des sensations d'étouffement et une incapacité de se déplacer dans la foule, dans les transports publics avec, notamment, un manque de confiance et une peur de l'avenir : « j'ai peur de l'avenir ... je me dis si je reste comme ça ... comment je vais faire », témoigne t-il.

M. A a aussi manifesté ses soucis, concernant sa santé et particulièrement l'éventualité d'être atteint par une maladie grave : « souvent, je pense que je suis atteint par la maladie du cœur ou par un cancer ».

Cet ensemble de symptômes l'inquiètent, car il se sent incapable de se prendre en charge et de se déplacer pour régler ses problèmes, il trouve que son autonomie est entravée, depuis le début de ses sensations.

Son médecin a posé le diagnostic de « Trouble anxieux » et l'a mis sous anti-dépresseurs : Anafranil 1 comprimé de 10 mg3 fois /jour et Seddacor 10 gouttes 3fois /jour.

Notre interrogatoire pendant la 1^{ère} séance nous a permis de déterminer les symptômes de ce patient et leur histoire, qui remonte à 17 ans alors qu'il avait 20 ans et pendant cette période il a eu les premiers malaises avec, notamment, une appréhension qu'ils se reproduisent. À ce moment là, il a été consulter pour les tachycardies et les oppressions thoraciques. Il est resté non rassuré, malgré le résultat des investigations cardiaques qui ont conclu l'absence d'anomalies anatomiques du cœur.

En parallèle, les résultats des tests pneumologiques étaient normaux, ainsi que les examens gastriques. L'examen ORL n'a révélé aucune pathologie à l'origine des bourdonnements, liés, en fait à son angoisse.

Ainsi, pas de traitement médical de maladie chronique, mais des tranquillisants comme Laroxy et Sulpiride.

3. Histoire de l'agoraphobie

- Nous sommes remontés jusqu'aux premiers malaises. À 20 ans, M. A ressentit une gène respiration, une impression de mourir due aux palpitations et des inquiétudes physiques, ce qui l'a amené à réduire son activité au point où il s'est enfermé, par peur que ces malaises se reproduisent dehors. Il rapporte qu'il ne sortait que aller chez le médecin.

Les contraintes familiales, les conflits avec le père, alcoolique, qui violentait la mère et l'agressait, ainsi que ses frères, exacerberent ces attaques, indépendamment d'une cause organique.

Il fuyait le domicile, se déplaçant à l'université par bus, avec la crainte de la résurgence des symptômes devant les étudiants.

➤ Ses malaises se sont apaisés, lors d'une relation avec un ami, qui l'accompagnait partout. Notre patient est devenu proche de son ami. Malheureusement à 30 ans il l'a perdu de vue, car il partit à l'étranger. Deux mois après l'isolement, la crainte de la foule, les sensations physiques effrayantes, les palpitations et la peur de l'étouffement et de la mort, sont réapparues.

➤ Ceci l'a amené à consulter le médecin de la famille, qui le mit sous Laroxy pendant 6 mois et lui a recommandé une psychothérapie. Mais, il n'était pas assez motivé pour suivre une psychothérapie, d'autant que le traitement médical a calmé sa panique. En parallèle il a réussi à éviter la foule, les marchés et les lieux publics.

➤ M. A a été obligé de se déplacer dans une autre wilaya, loin d'Alger Centre, parce qu'il a trouvé un emploi qu'il décrit, pendant l'entretien, comme un lieu qui manque de convivialité, de chaleur, de dialogue et d'harmonie.

➤ Sur la base des données recueillies pendant deux séances d'1h, nous avons posé le diagnostic d'« attaques de panique avec agoraphobie » (selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition).

4. Diagnostic Différentiel

4.1 La dépression

On a commencé par un travail d'élimination, par référence à la symptomatologie posée. Le patient présente un désir de s'en sortir : « j'ai jamais arrêté d'entretenir l'espoir » d'où un intérêt majeur pour travailler dans son domaine. Toutefois, les traits dépressifs secondaires à ce trouble étaient présents et confirmés par ses propres propos.

4.2 L'état de Stress Post-Traumatique

L'éventualité d'un état de stress post traumatisant a été exclue, puisque le patient présentait certes des sursauts, une peur de mourir et des rêves, qui révélaient la présence d'un vécu traumatisant du à plusieurs événements, entre autres, la violence du père et le vécu de la période du terrorisme. Mais, la peur de mourir ne présentait pas le motif de consultation autant que le manque d'autonomie et le handicap à prendre un transport commun « je me sens comme un invalide » disait t-il.

4.3 L'anxiété de séparation

On a annulé ce diagnostic, car le patient est quand même parvenu à aller travailler loin de chez lui et a même tenté de s'installer à l'étranger. Toutefois, les traits d'anxiété de séparation nous semblent présents, surtout à l'égard de la mère, qu'il trouve trop obéissante, soumise au père qui la maltraitait. En parallèle, très affectueuse et hyper-protectrice à son égard, elle a renforcé l'attachement fils-mère, ce qui a nourri l'anxiété de séparation.

4.4 La phobie sociale

Elle est exclue comme diagnostic du tableau clinique, du fait qu'il ne ressent pas la peur de rester avec des étrangers, mais la peur de vivre les malaises devant eux, surtout lorsqu'il est loin de chez lui, l'une des données qui a soutenu notre diagnostic. M. A est capable de parler dans une assistance chez lui, avec des cousins, mais la forte gêne revient lorsqu'il parle avec son père et avec les personnes qui ont une responsabilité. Ceci nous a fait penser à des traits de phobie sociale plutôt que d'une entité clinique.

5. L'hypochondrie

On a opté plutôt pour des traits hypochondriques, associés à l'agoraphobie avec attaques de panique que pour une hypochondrie structurée, en raison de la préoccupation exagérée, occasionnée, de notre patient, pour sa santé et sa conviction d'être atteint d'une maladie grave.

Signalons que ses plaintes n'étaient pas constantes, mais elles surgissaient à la suite de l'évitement des lieux publics et des accès de panique. M. A a exprimé ses symptômes hypochondriques comme suit « les lectures dramatiques comme quelqu'un qui a des crises subitement et meurt, m'effraient terriblement ».

6. L'anxiété généralisée

Elle a été détectée à partir de l'entretien clinique, par rapport à la tension, au manque de concentration et aux insomnies, qui représentent un handicap sévère.

Conclusion : confirmation du diagnostic : « attaque de panique avec agoraphobie ».

7. Analyse cognitivo-comportementale

Nous avons décidé d'analyser notre patient, évaluation faite :

- 1) du système cognitif, à savoir l'ensemble des pensées et des croyances du patient.
- 2) du système comportemental, particulièrement les réponses de panique et d'évitement.

3) du système physiologique, qui consiste en l'augmentation du rythme cardiaque, l'oppression thoracique et l'étouffement.

Pour ce faire, nous avons retenu la méthode d'analyse de LAZARUS connue sous le nom de BASIC I., lequel outil clinique permet l'approche de la personnalité, à travers sept paramètres :

B. ; behavior (comportement), A : affects (affects), S: sensations (sensation), I: imagey (imagerie), C: cognition (cognition), I: interpersonnel Relationships (relations interpersonnelles), D : drugs/biology (drogues/biologie).

Notre choix de cette méthode est soutenu par esprit scientifique et raisonnement expérimental, dans le recueil des faits, les organisant en hypothèses testables. Dans cette optique, nous pourrons élaborer des stratégies d'intervention valides, avec évaluation des résultats thérapeutiques, le tout selon les travaux de LAZARUS (Labelle et Hould, 2000, p. 135).

Appliquons cette méthode à notre patient.

(B)

- Limitation des déplacements en bus et par autoroute.
- Incapacité de s'éloigner des hôpitaux (par peur de ne pas être secouru).
- Impossibilité de faire un long trajet par train ou par voiture.
- Désengagement amical, qui se traduit par le retrait social, le refus de sortir manger avec ses amis, dans un restaurant, par crainte d'un malaise.
- Abstention de faire des courses et des achats, par crainte d'une attaque de panique « je suis devenu incapable de rester dans la foule disait-il ».

(A)

- Sentiment d'être différent des autres.
- Soucieux et inquiétude de ne pas pouvoir vaincre cette peur.
- Peur de revivre des attaques de panique.
- Manque de confiance exprimé pendant les entretiens cliniques « j'ai perdu, pratiquement, tout mon capital de confiance ».
- Peur de mourir.

(S)

- Oppressions thoraciques.
- Serrement de la poitrine.
- Secousses musculaires et décharges électriques, au niveau de l'épaule et du cou.
- Spasmes.
- Gêne au niveau de la partie thoracique.
- Bourdonnements au niveau de l'oreille gauche.

(I)

- Penser constamment à une autre attaque, qu'on explique par « la peur d'avoir peur ou « la peur du malaise », caractéristique des phobies, avec trouble panique.
- Imaginer, toujours, les malaises ressentis depuis une année, lors d'un repas avec ses amis, dans un restaurant : « j'ai eu du mal à finir mon repas et je me suis senti mal, c'est une situation qui me revient », dit-il.

- La deuxième situation crainte par M. A est celle où il était dans un bus, assis, lorsque, dans un barrage, les policiers vérifiaient les transports, par mesure de sécurité. Cette situation a généré un stress telle qu'une « boule dans la gorge » fut ressentie : « j'ai demandé qu'on m'ouvre la porte, faute de quoi, je saute par la fenêtre, j'ai dit que j'avais une hypertension juste pour qu'on m'ouvre la porte ».
 - Il rapporte aussi un événement lors duquel, il était chez le coiffeur et a senti tout son corps vibrer.
- Nous concluons que les déplacements, des endroits fermés et des embouteillages représentent des situations phobogènes où le patient a vécu des attaques, d'où l'évitement et la crainte de celles-ci.

(C)

- Penser à pouvoir succomber au mal, qu'il exprime ainsi : « je me dis que j'ai connu ça et là il y a toujours cette idée qui me harcèle ».
- Penser qu'il va perdre le contrôle de soi.
- Penser à la peur de mourir par étouffement.
- Penser à l'évanouissement.

(I)

- Relations conflictuelles, qui durent, à ce jour, avec le père : « mon père est agressif, tête, prêt à tout perdre mais à ne pas reculer ».
- la rupture avec deux amies intimes : « ils m'ont blessé par des mots et ils m'ont blâmé d'avoir des états colériques, c'était une situation cauchemardesque ».

(D)

- M. A a entrepris toutes les explorations médicales, qui se sont avérées négatives. Cependant, à 18 ans, il fit un pic de tension et a été amené en urgence, à l'hôpital. Le médecin a diagnostiqué une hypertension nerveuse et l'a aidé à respirer par oxygénation et un tranquillisant (sulpiride : 1 comprimé le soir pendant un mois).
- Actuellement, il est traité par un tranquillisant et un antidépresseur (SEDDACOR : 10 gouttes 3 fois/jour et Anafranil 1 comprimé de 10 mg 3 fois /jour.

8. Le choix des stratégies thérapeutiques

- Il est basé sur les données recueillies, à partir de notre analyse, selon l'approche multi dimensionnelle. Nous visons chaque paramètre de la personnalité du patient.
- La psychothérapie la plus efficace est la Psychothérapie Multimodale Brève (PMB), qui consiste à modifier chaque paramètre donc.
- Par le biais de la restructuration cognitive, nous scrutons la modification des cognitions du patient, telles que : « je vais avoir peur », « je vais m'évanouir », « je vais perdre le contrôle », « je vais mourir ».
- L'ensemble de ces cognitions exprime la peur du malaise et son changement représente un objectif de notre thérapie.
- Le deuxième élément devant être modifié, est l'évitement des situations, comme la foule, l'assistance : « je ne vais plus dans les fêtes de famille ou d'amis, depuis mon problème ».

- Le troisième objectif de notre thérapie est la réduction de l’appréhension du malaise exprimée ainsi : « j’ai toujours peur d’avoir une autre attaque ».
- Agir sur le plan comportemental par l’apprentissage de la relaxation de Jacobson, à raison de 10 séances de 10 mn chacune, avec répétition régulière des séances, à raison d’une par semaine, ce qui a permis une intégration de la méthode, en faisant fonctionner de moins en moins la mémoire.
- Notre objectif, par là, était de développer la prise de conscience de l’évolution des sensations, engendrées par la relaxation et d’approfondir, progressivement, le relâchement musculaire. Nous avons apporté, à notre patient, avant d’appliquer cette méthode, un ensemble d’informations, avec illustration par des schémas, qui montrent bien les lobes encéphaliques et la biochimie du stress, en vue de le motiver à bien appliquer cette technique et à refaire cet exercice trois fois par jour, afin de favoriser l’usage préventif de cette méthode, contre les attaques de panique.
- Nous avons élaboré des fiches portant des tableaux d’auto-évaluation, concernant l’entraînement à la relaxation, au niveau physique et cognitif, en vue de développer l’auto-observation et le contrôle de soi. En outre, nous avons choisi les techniques d’exposition en imagination, au cours desquelles, le patient a été exposé aux situations redoutées, dans le but de l’aider à ne pas craindre le malaise. Signalons le fait que, dans le cas de M. A, la première situation redoutée était celle des accès de panique, vécus à l’âge de 18 ans. Nous l’y avons exposé in vitro, lui demandant d’auto-évaluer sa peur. Les scores de la peur ont diminué alors, après chaque exposition, allant de 9 à la 1^{ère} exposition jusqu’à 2 à la 8^{ème} exposition.

9. Le contrat thérapeutique

Un accord a été mis au point avec le patient sur :

- Le diagnostic posé.
- Les techniques thérapeutiques proposées.
- L’auto-évaluation des symptômes par des questionnaires.
- L’évaluation du patient lui-même, par rapport à l’application des techniques offertes.

Les séances se sont déroulées ainsi :

- Les 1^{ère} et 2^{ème} séances ont été consacrées au recueil des symptômes du patient, motif de la consultation, outre à l’exploitation de l’histoire de la maladie.
- La 3^{ème} séance a été consacrée au diagnostic différentiel et le diagnostic de trouble anxieux a été posé à l’issue des deux premières séances.
- La 4^{ème} séance a été consacrée à l’analyse de BASIC-ID.
- Pendant la 5^{ème}, séance, nous avons testé notre patient, par des outils d’investigation cliniques, concernant le trouble panique et l’agoraphobie.
- La 6^{ème} séance a consisté à établir le contrat thérapeutique suivi par la 7^{ème} séance, laquelle fut la 1^{ère} séance thérapeutique.
- À partir de celle-ci, on a rajouté 10 séances thérapeutiques.
- Auto-évaluation des résultats de la thérapie à la 18^{ème} séance.

Puis nous n'avons plus revu notre patient, jusqu'au 6^{ème} mois, lorsque nous l'avons soumis à la batterie de tests utilisés au préalable, le pré-test, dont voici les résultats :

10. Exposé des résultats

➤ Résultats du questionnaire des peurs de MARKS & MATTEWS

- le score d'agoraphobie : 34/40 au pré-test, 28/40 au post-test et 13/40 au post-test 6 mois après la thérapie.
- Le score de la phobie du sang et des blessures : 20/40 au pré-test, 20/40 au post-test et 14/40 au post-test 6 mois après la cure.
- le score de la phobie sociale : 24/40 au pré-test, 15/40 au post-test et 11/40 au post-test de 6 mois.
- Le score total de la dépression et l'anxiété : 20/40 au pré-test avec précision du sentiment d'inutilité à l'item23 ; 16/40 au post-test avec précision de la peur de l'avenir au post-test ; 8/40 au post-test de 6 mois, avec précision de faibles reproches, concernant la recherche de l'emploi.
- Le score de la gène du comportement phobique : 6/40 au pré-test, 4 au post-test et 3 au post-test de 6 mois.

➤ Résultats de l'échelle d'évaluation des phobies, des attaques de panique et d'anxiété généralisée

- Au pré-test : La phobie 1 : se retrouver dans un bus, sur l'autoroute et loin de l'hôpital. Cotée à 7/8.
- Au post-test : La phobie 1 : la peur d'étouffer cotée à 4/8 ; au post-test de 6 mois : la phobie 1 : la peur d'avoir une attaque cotée à 2/8.
- Au pré-test : la phobie 2 : la peur de mourir cotée à 6/8.
- Au post-test : la phobie 2 : la peur d'étouffer cotée à 6/8.
- Au post-test de 6 mois : la phobie 2 : la peur d'être dans la foule cotée à 2/8.

➤ La fréquence des attaques de panique

- Au pré-test : une attaque par jour.
- Au post-test : quelques fois, coté à 5.
- Au post-test de 6 mois : au moins une fois par semaine.

➤ Le nombre de symptômes du trouble panique

- Au pré-test : 12/14 symptômes.
- Au post-test : 5/14 symptômes.
- Au post-test de 6 mois : 4/14 symptômes.

➤ L'intensité de l'anxiété généralisée

- Au pré-test : 8/8.
- Au post-test : 5/8

- Au post-test de 6 mois : 4/8.

➤ **Le test comportemental d'évitement**

- Au pré-test : l'évitement est de 3/4 ; le malaise est de 28/32
- Au post-test : l'évitement est de 2/4 ; le malaise est de 19/32
- Au post-test de 6 mois : l'évitement est de 2/4 ; le malaise est de 11/32.

➤ **Le questionnaire des cognitions agora phobiques**

- *Les sociales et comportementales inquiétudes :*

- Au pré-test : 25/35.
- Au post-test : 14/35.
- Au post-test de 6 mois : 7/35.

- *Les inquiétudes physiques*

- Au pré-test : 30/35.
- Au post-test : 18/35.
- Au post-test de 6 mois : 9/35.

➤ **Le questionnaire des sensations physiques**

- Au pré-test : 55/85.
- Au post-test : 36/85.
- Au post-test de 6 mois : 19/85.

➤ **Tableau évaluatif de la chimiothérapie**

testing médicaments	Pré-test	Post-test	Post-test 6 mois après la cure
Anafranil	1 comprimé de 10 mg 3 fois/jour	1 comprimé de 10 mg le soir	0 comprimés
Cedaccor	10 gouttes 3 fois/jour	5 gouttes le soir	0 gouttes

11. Discussion des résultats

L'analyse des résultats obtenus à partir de la batterie de tests et des entretiens cliniques révèlent clairement une différence significative pouvant être expliquée par la réponse de monsieur A à la PMB, à savoir la relaxation, le traitement médical ; la restructuration cognitive et l'immersion, la technique qui entre dans le cadre de l'exposition en imagination.

Nous pouvons confirmer que la PMB a prouvé son efficacité, car les scores de peur est en décroissance, à la rencontre des situations phobogènes, évitées, jusque là, par le patient.

Notons aussi qu'il a acquis une vision nouvelle concernant sa crainte et il a compris que son évitement est motivé par ses cognitions.

Aussi, vers la fin de la cure, il se sentait apte à vaincre la peur et à lancer le défi contre le trouble panique.

Nous pouvons donc conclure que les phobies spécifiques, telles que la phobie du sang et des blessures, la phobie sociale et la phobie de se rendre chez le coiffeur, sont maîtrisées.

Rajoutons aussi que les troubles de la personnalité associés à l'agoraphobie, telles que la dépression, l'anxiété généralisée, l'hypochondrie ainsi que l'état post-traumatique ont remarquablement diminué, grâce à la mise en œuvre de ce protocole.

Il ressort aussi, que l'exposition du patient, aux situations redoutées, semble lui avoir donné plus de confiance en ses capacités de faire face, à partir du moment où il vivait la situation anxiogène, jumelée à la respiration.

Enfin, nous avons constaté que les entretiens cliniques ont apporté beaucoup de bien et ont contribué, en grande partie, à renforcer l'auto-observation et la maîtrise de soi.

Nous confirmons donc, par cette étude de cas, le fait que PMB est efficace dans la réduction de trouble panique, le comportement d'évitement et le trouble de la personnalité, 6 mois après la cure.

Bibliographie

1. Fontaine O. & Cottraux, (1984), Cliniques de thérapie comportementale. Pierre Mardaga.
2. Marchand D. & Letarte A. (2000), La peur d'avoir peur, Les Éditions de l'Homme-Stanké, Québec.
3. Mollard E ., Cottraux J., Defayolle M., (1984), Changements positifs du MMPI chez 70 sujets phobiques traités par thérapie comportementale, Psychologie médicale.

Évolution des théories en TCC dans l'État de Stress Post-traumatique

Aurore SÉGUIN-SABOURAUD

Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie - Paris

Introduction

Par rapport à la modélisation de l'état de stress post-traumatique chronique : le stress post-traumatique, signalons le fait que, dans les années 1980, les chercheurs repèrent que les vétérans du Vietnam souffrent dans 50 à 60 % des cas, de troubles de stress post-traumatique et que leurs symptômes sont comparables à certains troubles anxieux.

Ils adaptent et étudient les stratégies thérapeutiques efficaces, dans les troubles anxieux, dans le cadre du ESPT.

Il existe différents modèles comportementaux et cognitifs déjà étudiés pour expliquer les états d'anxiété, qu'il s'agisse des attaques de panique ou de troubles phobiques et en particulier de l'agoraphobie : Pavlov (1927, 1928), Mowrer (1939), Gray (1971), Sheenan & Sheenan, Wolfe & Rowan (1988).

1. Le modèle de MOWRER (1960)

Mowrer (1939) a proposé la théorie des deux facteurs, laquelle permet de postuler que les phobies sont acquises par conditionnement classique, mais qu'ensuite, elles sont entretenues par conditionnement opérant, qui est un apprentissage, par les conséquences de l'action.

Le sujet apprend à se soustraire à l'angoisse, en adoptant un comportement inhibé, qui se manifeste par un évitement ou un échappement de la situation anxiogène.

Ce comportement va se généraliser à toutes sortes de situations, qui rappellent la situation initiale.

Il se crée, ainsi, une boucle de rétroaction négative, où l'angoisse et l'évitement se perpétuent mutuellement.

Le phobique, qui évite, apprend à se soulager de l'angoisse, par l'évitement de la situation qu'il redoute. Il est négativement renforcé à échapper ou à éviter des situations, dont la conséquence est, pour lui, une crise d'angoisse situationnelle.

En effet, l'affrontement de la situation ne peut aboutir à la réduction de l'angoisse qu'après plusieurs « expositions prolongées » à la situation provocatrice d'anxiété, d'au moins trois quarts d'heure chacune.

Éviter représente donc un moyen rapide de se débarrasser de l'angoisse. Mais, le comportement inhibé va rapidement se généraliser à d'autres situations, qui rappellent la situation initiale.

1° Conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur)

Danger -----> peur

Stimuli associés -----> peur

2° Conditionnement opérant (apprentissage du comportement d'évitement)

Facteurs déclenchants ---> peur ---> évitements (contrôle, protection, vérifications)

Conséquence : Éviter représente un moyen rapide et efficace de se débarrasser de l'angoisse. Mais l'évitement va vite se généraliser avec, pour conséquence, l'augmentation de la peur.

Notons le fait que tous les symptômes ne sont pas expliqués par ce modèle, strictement comportemental, d'autres chercheurs interviennent alors, pour intégrer les données historiques, la vulnérabilité, les éléments cognitifs, dans leur modèle, pour mieux expliquer l'ensemble des symptômes.

2. Modèle de la phobie de GRAY (1971)

Gray a introduit la notion de signaux de sécurité. Lors de l'anxiété anticipatoire du phobique, la présence d'un signal prédit le danger et déclenche une réaction émotionnelle, alors que son absence prédit la sécurité.

Dans le cas des attaques de panique et de l'anxiété généralisée, il n'y a pas de signal pour prédire le danger ni, non plus, pour prédire la sécurité, tout est danger potentiel.

3. Le modèle de Jones-Barlow (1992)

À la suite des recherches de Sheenan et Sheenan (1982), ce modèle intègre les facteurs biologiques, personnels, cognitifs et comportementaux, facteurs déjà décrits dans l'apparition d'un stress traumatique chronique :

1. Il existe une vulnérabilité biologique et psychologique du sujet (réponse au stress plus élevée : hyper vigilance, hyperactivité neuro-végétative).
2. Les caractéristiques du trauma sont prépondérants : intensité, durée, menace de mort, soudaineté,...
3. L'alarme apprise, qui est la réponse conditionnée à l'alarme vraie (réponse inconditionnelle au danger).
4. L'interprétation de l'alarme apprise par les composantes cognitives et émotionnelles et par installation d'une hyper vigilance responsable du maintien de l'anxiété.
5. Il existe des variables modératrices : soutien familial, social, gestion du stress

4. Modèle de BARLOW (1988)

Ce modèle intègre divers niveaux de causalité :

- a) Vulnérabilité biologique héritable, qui n'explique, pourtant que partiellement, la genèse des attaques de panique et de l'agoraphobie (Kandler et coll., 1992) ;
- b) Événements de vie : cette vulnérabilité est activée par une interruption aversive du comportement occasionnée par des événements de vie négatifs ;
- c) Réaction de stress est l'alarme vraie : l'événement traumatique est suivi d'une réaction de stress aigue ou diffuse. Ces réactions de stress sont d'intensité suffisante, pour déclencher des fausses alarmes, soit immédiates, soit différées ;
- d) Le stockage dans la mémoire à long terme de cette structure cognitivo-affective, peut expliquer le maintien d'un comportement irrationnel, une fois l'épisode traumatique révolu ;

e) Vulnérabilité psychologique. Alarme apprise : le sujet pense que l'événement initial est imprévisible. S'il revient, il ne pourra pas le contrôler. Ce stade correspond à une vulnérabilité psychologique, où le sujet se perçoit comme incapable et résigné.

f) L'état d'alarme peut être atténué, par le fait que le sujet possède un réseau relationnel, qui lui assure un soutien au moment de l'épreuve. De même, il peut avoir, à sa disposition, des stratégies personnelles d'ajustement au stress. Mais, une fois établi, le feed-back entre vulnérabilités biologiques et psychologiques, le sujet entre dans un cycle d'appréhension anxiante chronique.

5. Modèle de Janoff-Bulman (1992)

Chaque individu partage des croyances positives comme : le sentiment d'invulnérabilité et d'optimisme face à la vie (le monde est juste et bon).

L'événement traumatique provoque une situation de déséquilibre cognitif et émotif, suivi de tentatives de construction d'un nouveau système de croyance, capable d'intégrer l'expérience traumatique, afin de retrouver un sentiment positif de sécurité, de compréhension du monde extérieur et d'estime de soi.

L'auto-culpabilité (trait de caractère), est une attribution interne, stable et globale, qui prédit un résultat psychologique plus mauvais et une baisse de l'estime de soi. Cela expliquerait les sentiments de culpabilité et de honte, observés dans le ESPT.

Au contraire, l'auto-culpabilité apprise, secondaire à l'événement, serait le résultat adaptatif, pour maintenir ou retrouver le sentiment de contrôle, c'est-à-dire la croyance qu'il y a une réponse, qui peut empêcher l'arrivée de l'événement, dans le futur.

6. La structure de peur d'Edna Foa (1989, 1993)

Au modèle comportemental de l'évitement de l'angoisse E. Foa ajoute les éléments cognitifs, qui interviennent, dans le maintien des troubles et décrit une structure de peur, qui résulterait des modifications des significations sur le monde, Soi et les Autres (Modification par apprentissage des croyances antérieures).

Le caractère imprévisible et incontrôlable du trauma est le principal élément pathogène. Cette violence ébranle les croyances initiales du sujet sur la confiance en lui, les autres et le monde. Le sujet se trouve confronté par le trauma, à des situations complètement différentes de celles qu'il a pu imaginer auparavant. Cette confrontation change ou inverse radicalement, les croyances antérieures et les attitudes de la victime.

7. Modèle de la double représentation (Brewin)

Les recherches sur la mémoire ont permis de comprendre les différences d'intensité des souvenirs et de la perception de la peur.

Un traumatisme impliquant l'individu et son environnement agit en modifiant la séquence normale d'encodage des souvenirs. Cette modification va interférer sur l'évolution de la détresse post-traumatique. Les individus cherchent à donner un sens à ce qui arrive et à ce qu'il leur arrive. Les caractéristiques de cette interprétation influenceront la perception de contrôle face à l'événement. Il se produit :

- Une activation émotionnelle intense au moment du trauma, qui est stockée dans la mémoire avec le souvenir de l'événement et sans explication de sens, pour le sujet.
- Puis le sujet fait une interprétation de ce qui s'est passé : le type d'attribution faite à cette étape est important, car, selon qu'elle est interne (c'est de ma faute) ou externe (c'est la faute

de...), la réaction émotionnelle de la victime sera différente. Ces attributions peuvent provoquer de fortes émotions corrélées aux sentiments de honte, de colère, de culpabilité, de deuil ou d'impuissance et risquent de chroniciser les symptômes.

8. 2000, Synthèse des modèles précédents

Ce modèle découle de ceux développés précédemment (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996 ; Foa et Riggs, 1993 ; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989 ; Foa et Rothbaum, 1998 ; Horowitz, 1997 ; Janoff-Bulman, 1992; Joseph, Williams & Yule, 1998 ; Resick & Schnicke, 1993 ; Van der Kolk & Fisler, 1995).

Pour Ehlers et Clark, le risque de faire un état de stress post-traumatique existerait seulement si la victime traite l'événement et/ou ses conséquences psychologiques de telle sorte que **le sentiment de danger reste toujours actuel**.

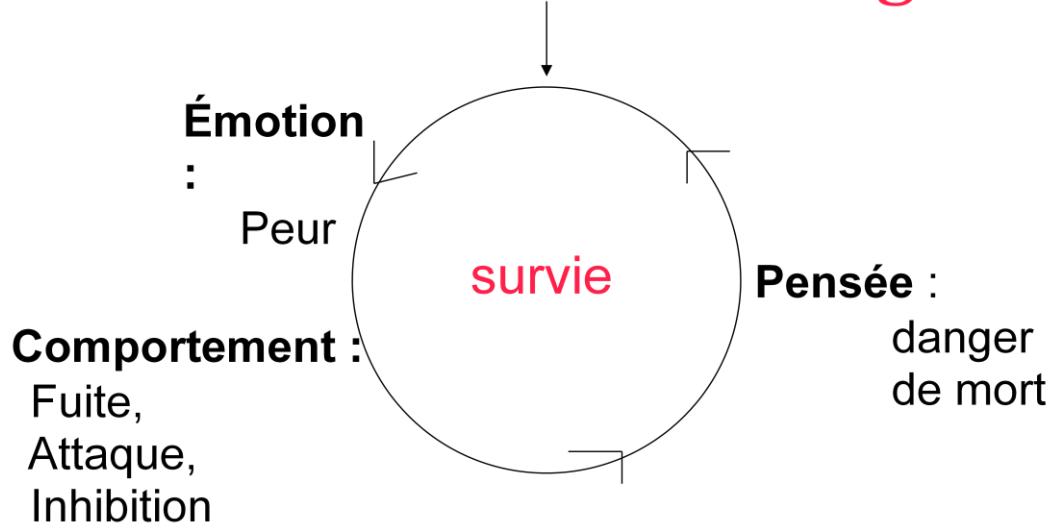
Deux éléments semblent participer à la sensation de gravité et d'actualité de la menace :

- Les différences individuelles, dans l'évaluation du trauma et de ses conséquences (évaluation négative excessive).
- Les différences individuelles dans la nature du souvenir de l'événement et ses liens aux autres souvenirs autobiographiques (élaboration et contextualisation pauvres, intense mémorisation associative et attention initiale extrême).
- Une fois activée, la perception d'un danger immédiat provoque les intrusions et les phénomènes de reviviscence, l'hyper-activation neurovégétative, l'anxiété et autres réponses anxiuses, par association. La menace perçue provoque une série de réponses comportementales et cognitives, qui ont pour but de réduire la menace ressentie et la détresse anticipée. Mais, les stratégies adoptées auront, comme conséquences, celles d'empêcher le changement cognitif et de rendre le trouble chronique.

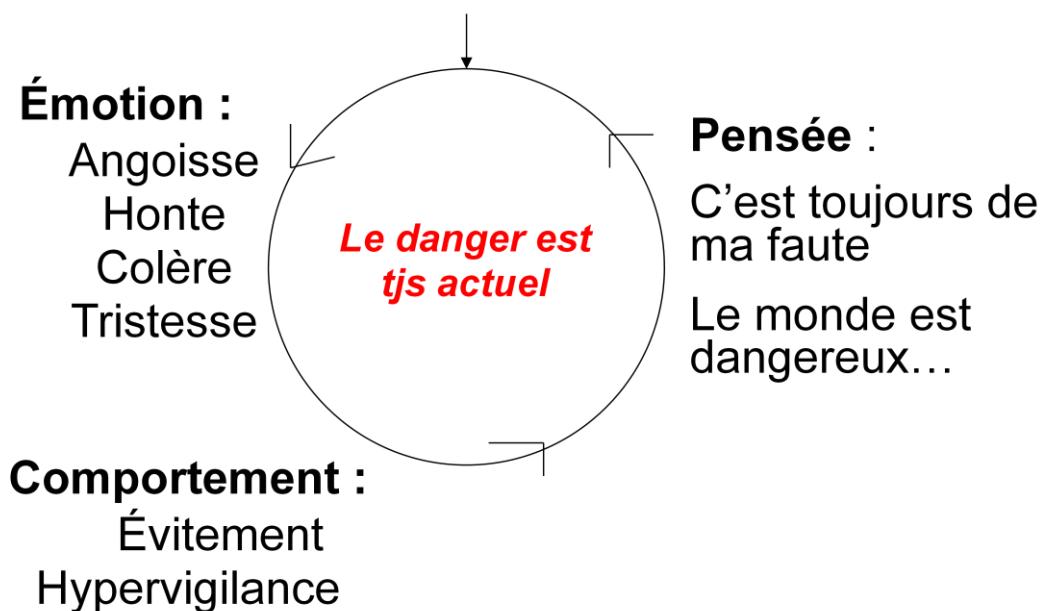
En conclusion, ces modèles sont utiles pour comprendre les actions thérapeutiques et pour que le patient puisse comprendre comment il fonctionne, le premier résultat étant déjà qu'il se déculpabilise.

Ces théories peuvent se résumer sur les schémas suivants. Ils peuvent être facilement utilisés dans la psycho-éducation, pour expliquer au patient comment les évitements sont au centre du maintien de leurs symptômes et de les préparer aux étapes du traitement.

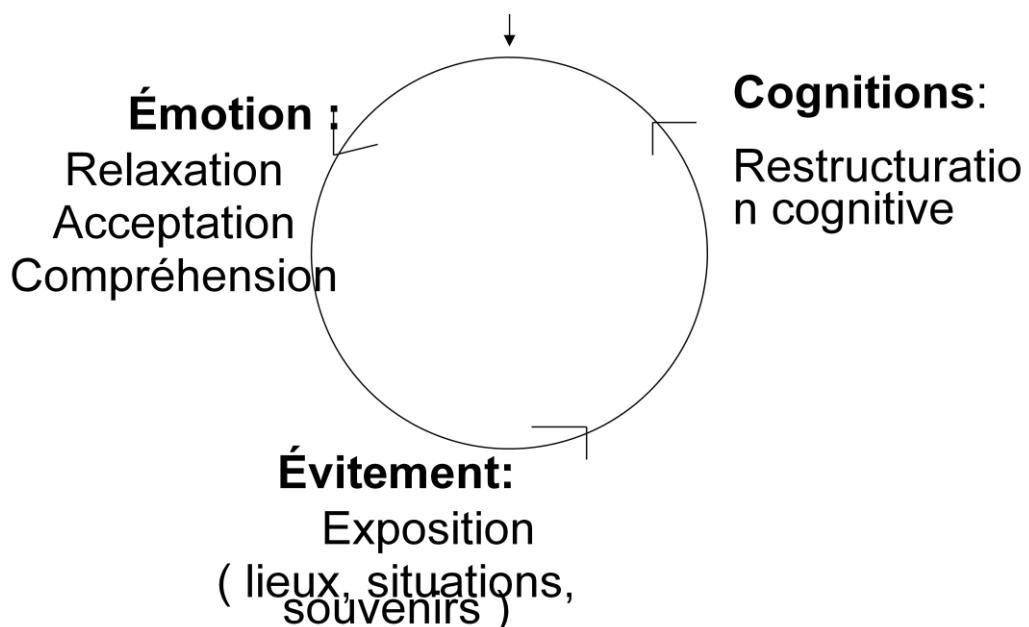
E.T. Situation de danger



Après... Stimuli associés = Danger



Le traitement cognitivo-comportemental



Aurore Seguin-Sabouraud- CPIV

23

Bibliographie

1. Psychothérapie des victimes. G Lopez et A Sabouraud-Séguin (Dunod, 1999, réédition 2006).
2. Les troubles liés aux événements traumatisques. Dépistage, évaluation et traitement. S. Guay et A. Marchand. (Les presses de l'université de Montréal, 2006).
3. Revivre après un choc : Aurore Sabouraud-Séguin (Odile Jacob, 2000 ; réédition 2006).
4. Aide Mémoire du Psychotraumatologie. M Kedia, A Sabouraud-Séguin. (Dunod, 2008).
5. Se relever d'un traumatisme. Pascale Brillon. (Club loisir Quebec, 2004).
6. Les troubles liés aux événements traumatisques. Dépistage, évaluation et traitement. S. Guay et A. Marchand. (Les Presses de l'Université de Montréal, 2006).
7. Ehlers A., Hackmann A., Steil R., Clohessy S., Wenninger K., Winter H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behavioral Research Therapy*, 40, 995-1002.
8. Jones J.C. & Barlow, D. H. (1992), A New Model of Posttraumatic Stress Disorder : Implications for The Future. In: PTSD: a behavioral Approach to Assessment and Treatment. P. A. Saigh (Ed). New York: Allyn and Bacon.

Caractéristiques de l'enfant adopté quelle expertise psychologique ?

Madani BENYAHYA
URNOP - Université d'Alger 2

Introduction

Enfant de personne ou enfant de personnes ? (Yves-Hiram Haesevoets).

Cet article concernant un travail psychologique (d'étude sur le cas) d'un enfant assisté (adopté) en 2008, par une famille sous la direction de la DAS de la Wilaya de Laghouat, avec la collaboration de deux spécialistes, un psychologue clinicien et une psychologue sociale et de la mère adoptive.

Le thème de l'adoption est largement abordé dans la littérature. Les biographies psychologiques sont de plus en plus nombreuses. Le phénomène de l'adoption est, pourtant, comme un arbre, qui cache la forêt. Comme sujet d'actualité socio-psychologique, l'adoption est un thème de plus en plus médiatisé et paradoxalement, le nombre d'enfants adoptés n'évolue pas. Par contre, la quantité d'enfants orphelins, abandonnés et livrés à eux-mêmes, ne cesse d'augmenter, partout dans le monde.

En relation avec des contextes difficiles, des conflits armés, des massacres et autres épidémies planétaires, beaucoup d'enfants « adoptables », sont enrôlés dans des circuits d'exploitation et/ou détournés de leur vraie vie.

Face à l'inégalité croissante et à la fracture sociale grandissante, les enfants ne sont pas égaux, devant les malheurs existentiels. Autrement dit, tous les enfants abandonnés ne deviennent pas des candidats à l'adoption. L'adoption s'articule, pourtant, de manière quasi dialectique, avec le phénomène de l'abandon.

Pour certains, l'adoption représente la seule manière de s'assurer une descendance. Outre d'éventuels problèmes de stérilité, cette filiation légale offre, aux plus nantis, l'opportunité d'exprimer leur désir d'enfant, autrement que par la voie de la procréation ordinaire.

Malgré le nombre réduit d'enfants adoptés, l'adoption comme problématique singulière intéresse cependant plus les médias et attisent la curiosité et l'intérêt du grand public. Tantôt décriée, tantôt idéalisée, elle est devenue un réel phénomène sociologique. N'empêche que certaines familles adoptives traversent des épreuves plus ou moins douloureuses et que certains enfants adoptifs souffrent de quelques vicissitudes (existentielles et/ou psychologiques), intimement liées à la pénibilité de leur histoire personnelle.

À priori, l'adoption ne comporte pas en soi de particularités pathologiques, en termes de conflits interpersonnels ou de troubles psychiques spécifiques. Ce sont, plutôt, les circonstances de l'adoption et les conditions dans lesquelles elle s'exerce, qui influencent le devenir de l'enfant adopté et le développement de sa personnalité.

Lorsqu'ils consultent, les adoptants attribuent, souvent, au seul fait de l'adoption, les troubles présentés par l'enfant adopté. De nombreux adolescents adoptés justifient, aussi, la cause de leurs problèmes, de leur malaise, de leurs fugues ou de leur révolte, par leur situation d'adoption.

Dans le domaine de la psychopathologie infanto-juvénile, les symptômes, angoisses, troubles du comportement et inhibitions ne sont pas spécifiques des enfants adoptés et se retrouvent dans la population générale. Même si des questions spécifiques se posent, les enjeux psychologiques et familiaux, qui sous-tendent les relations affectives entre parents et enfant sont analogues à ceux des autres familles.

Les problématiques dépendent aussi du mythe familial, des troubles individuels endogènes, des transactions interpersonnelles, de l'histoire de chacun des parents et des ressources mobilisées pour traiter les difficultés rencontrées.

Même informé de ce que ses parents ne sont pas ses géniteurs et dès lors qu'il prend conscience de sa « différence », l'enfant adopté n'échappe pas aux transactions habituelles, qui fondent sa constellation familiale.

Au même titre qu'un enfant lié chromosomiquement à ses géniteurs, il intègre le conflit oedipien, il fait la découverte de la scène primitive, élabore fantasmatiquement un roman familial, se construit narcissiquement, s'individualise, etc.

Ces remaniements psychiques font partie de son héritage et participent à la structuration de son identité et de sa pensée. Indépendamment de sa continuité génétique, l'enfant adopté, surtout s'il a été accueilli très tôt, s'inscrit dans une généalogie, une parentalité réciproque et une filiation, de la même manière qu'un enfant dit « naturel ».

Dans certains contextes parfois difficiles, la question de l'abandon vient souvent télescopier celle de l'adoption. Il n'est pas rare de constater, chez les enfants adoptés, des troubles psychoaffectifs, en relation avec le fait d'avoir été abandonné, par leurs parents biologiques. Les parents adoptifs doivent gérer les blessures affectives de l'enfant, liées à son expérience d'abandon. Les difficultés que vit l'enfant sont presque toujours les mêmes, mais il peut les subir de façon plus ou moins intense. L'enfant éprouve l'angoisse de rétablir une relation d'attachement affectif, de peur d'être de nouveau « trahi » et abandonné. L'angoisse réveille un sentiment de culpabilité ou la perte de l'estime de soi : « j'ai été rejeté parce que je ne valais rien ». Enfin, apparaissent des sentiments d'agressivité, que l'enfant retourne contre lui-même ou contre les autres, en fonction de son tempérament et de son âge. Le processus d'attachement aux parents adoptifs dépend autant de la capacité de l'enfant à « s'ouvrir » à ses nouveaux parents que de la « force affective » des parents adoptifs. Ces difficultés sont différentes, selon les individus, qui traversent, parfois, des périodes de réaménagements psychiques, surtout au moment de l'adolescence. Les questions identitaires émergent et peuvent occasionner d'éventuels problèmes personnels, d'intensité variable. L'enfant qui naît sous anonymat, est parfois un enfant sans droit absolu, qui rêve aussi, de parents idéaux. Il est comme la fleur sans racines, qui ne parvient pas à éclore.

1. Un questionnement identitaire légitime

Les enfants adoptés sont-ils plus susceptibles de développer un trouble de l'identité ou de la personnalité ? Ceux qui entreprennent des recherches sur leur origine, risquent-ils de perturber leur existence et de subir plus de problèmes psychoaffectifs, que ceux qui ne s'y intéressent pas ? Existe-t-il des liens entre trouble de l'identité ou de la personnalité et adoption ? Peu d'études sont consacrées à ce sujet, mais quelques unes semblent démontrer que certains troubles spécifiques apparaissent, après coup, dans certaines situations où l'abandon serait à l'origine d'un stress post traumatique. L'écoute de la souffrance de certains enfants adoptés devenus adolescents ou adultes apportent de nombreux témoignages et contribuent à mieux comprendre ces problèmes.

« Qui m'a mis au monde et pourquoi ai-je été abandonné par cette personne ? » est probablement la question universelle que se posent de nombreux enfants adoptés. La recherche d'une réponse ressemble, parfois, à un parcours initiatique, prévalant à une sorte de renaissance ou de réconciliation, avec soi-même. Au-delà des réponses, qui blessent parfois, la personne adoptée essaie de mieux se connaître, de retrouver la confiance en soi et de continuer à se construire.

« Pour quelle raison suis-je venu au monde? » revient, parfois, comme une idée fixe et confronte l'enfant adopté, à la question de l'amour et du désir, à l'origine de sa naissance. À l'adolescence, l'enfant adopté traverse une crise existentielle, qui remet en question de nombreux aspects de son histoire. Il imagine son parent naturel, jusqu'au fantasme. Il pense que son géniteur fait partie de lui, que son sang coule dans ses veines ou qu'il lui appartient.

« Qui est cette femme qui m'a porté ? » est une question essentielle, qui amène souvent la personne adoptée à revenir sur son lieu de naissance et/ou rechercher la moindre trace de sa mère, le moindre témoignage de ceux qui l'ont connue.

« En me mettant au monde, est-ce que ma mère a pensé à moi et aux conséquences de mon abandon? » est une question plus sophistiquée, qui rend encore plus difficile, voire impossible, le recueil d'une réponse satisfaisante. Cette quête quasi spirituelle peut conduire à une véritable obsession et engendrer des complications inattendues et perturbatrices, pour l'équilibre psychique de la personne. Impliquant de grosses déceptions, cette recherche des origines peut réactiver des traumatismes précoces, sans savoir qu'en faire et comment réagir.

Se retrouver ainsi, confronté à sa propre histoire, en faisant marche arrière sur le passé de ses origines, implique, inévitablement, des moments difficiles et bouleversants, qui ouvrent des blessures profondément ancrées. Psychiquement, cette manière de retourner le couteau dans la plaie de son histoire, n'est pas sans danger. Il ne suffit pas de retrouver les traces de ses origines, pour guérir du traumatisme de l'abandon.

2. Quelques données cliniques

D'après Wilson et al. (1986), qui ont étudié les troubles « borderline » chez les sujets adoptés, beaucoup de patients adoptés hospitalisés (10 sur 21), présentent un diagnostic de trouble de la personnalité « borderline ».

Les psychiatres américains observent une sur-représentation, parmi les personnes adoptées, des garçons avec trouble de l'identité de genre. Le pourcentage de garçons avec des problèmes d'identité de genre, qui avaient été adoptés très tôt (7.6%), semble plus important que ceux des garçons adoptés durant les deux premières années de leur vie (1.5%). Slap G., Goodman E. & Huang B. (2001), considèrent l'adoption comme l'un des facteurs à risques, pour des tentatives de suicide durant l'adolescence.

Les personnes adoptées diffèrent des personnes non adoptées sur 4 des 26 variables. Ils semblent plus disposés à faire des tentatives de suicide (7.6% contre 3.1%) et à avoir reçu des soins psychologiques, dans l'année précédente (16.9% contre 8.2%), alors que leur mère présente une plus grande éducation parentale et perçoit de bons revenus familiaux.

Hjern A., Lindblad F. & Vinnerljung B. (2002), étudient les risques suicidaires, les suicides, les maladies psychiatriques et les problèmes d'inadaptation sociale, chez les personnes adoptées, venant d'un autre pays en Suède. Les adoptés en Suède présentent un risque élevé de problèmes mentaux graves et d'inadaptation sociale, à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Cubito D. & Brandon K. (2002) analysent les modifications psychologiques chez les adultes adoptés (estimation de la souffrance, dépression, et colère), en contact ou non avec leurs parents biologiques.

Cette analyse considère les critères suivants : le genre, le statut de leurs recherches, ceux qui n'avaient jamais cherché, ceux qui cherchaient, et ceux qui avaient eu un contact avec leurs parents biologiques, et les antécédents d'utilisation de services de santé mentale.

Comparé à des données normatives, l'échantillon a rapporté des niveaux considérablement plus élevés d'inadaptation psychologique ; seules les femmes adoptées avaient un score plus élevé de mesure de colère. Les scores moyens des adoptés étaient élevés, mais ne s'approchaient pas des niveaux typiques, des populations non hospitalisées.

Warren (1992) rapportant des données épidémiologiques à partir d'un échantillon national de 3698 adolescents, parmi lesquels 145 sont adoptés, indique que l'adoption augmente sensiblement la probabilité d'orientation, vers un traitement psychiatrique, même après avoir observé le fait que les personnes adoptées, affichent plus de problèmes comportementaux et viennent de familles plus éduquées.

Cette situation s'explique par le fait que les adoptés sont plus facilement envoyés en consultation, même lorsqu'ils affichent peu de problèmes. Ainsi, contrairement au mythe populaire et à la tradition clinique, la sur-représentation des jeunes adoptés dans les institutions, n'est pas attribuable seulement au fait que les adoptés développent plus de problèmes.

3. La question de l'abandon, entre solution du désespoir et du moindre mal

L'enfant sans famille et élevé en institution, n'a pas l'opportunité de se construire de la même manière qu'un enfant qui évolue auprès d'une famille de substitution. Lorsqu'il ne dispose pas de substituts parentaux, l'enfant abandonné éprouve d'énormes difficultés à se projeter fantasmatiquement, à se construire narcissiquement et à trouver des repères identitaires suffisamment fiables.

Par manque de relais parentaux, ses processus psychiques en panne, génèrent, alors, des cas de névroses de destinées, des psychoses mélancoliques ou des débilités névrotiques. L'enfant abandonné ayant vécu sans famille de substitution, tente, alors, d'élaborer psychiquement son propre roman familial, lui servant d'appui à des modèles identificatoires, parfois originaux, mais souvent défaillants (troubles du lien, abandonnisme).

Par certains mécanismes plus ou moins pathologiques, des passages à l'acte (fugues, drogue, délinquance, etc.) ou des expériences extrêmes, il fait des tentatives pour élaborer les fondements de son narcissisme, affectivement carencé par des événements précoce dévastateurs (angoisses de néantisation ou de morcellement).

En errance, il cherche parfois à retrouver quelques traces de ses origines, recherche des parents idéaux ou abandonne l'idée qu'il a eu des géniteurs.

Parfois blessé par les circonstances de la vie, l'enfant abandonné cherche à compenser et regrette d'avoir eu ces parents-là et pas d'autres. Suivant les mêmes raisons que certains enfants légitimes malheureux, maltraités ou déçus par des parents « vulnérables », il imagine d'autres géniteurs et s'invente un destin différent. Le fantasme compense, ainsi, les blessures de l'enfance, même si le principe de réalité ne coïncide pas avec son nouveau roman familial.

Il semble difficile de comprendre, pour un enfant adopté, les raisons qui ont poussé ses parents (sa mère en particulier) d'origine, à l'abandonner. Différents cas de figure existent et il serait fastidieux de tous les décrire. Différentes circonstances conduisent à l'abandon, à la

perte ou à la séparation. Erreur de jeunesse ou de parcours, adolescente enceinte, grossesse accidentelle ou non désirée, difficultés socio-économiques insurmontables, décès des parents, troubles mentaux des parents, déchéance de la responsabilité parentale, etc.

La plupart des parents, qui abandonnent leur enfant, ne sont pas indifférents à son sort mais préfèrent cette solution en souhaitant qu'elle lui laisse plus de chance et d'opportunité de bonheur.

Le manque, l'absence et la culpabilité des parents, qui abandonnent, restent présent à leur esprit, même s'ils reconstruisent leur vie de manière différente, mettent au monde et élèvent d'autres enfants.

Ces situations ne sont pas toujours faciles à vivre et certains préfèrent oublier. Ils appréhendent, cependant, le jour où l'enfant qu'ils ont abandonné, viendra frapper à leur porte. La culpabilité du parent, qui abandonne, fait écho à travers la trace laissée par l'oubli.

Certains parents recherchent activement l'enfant, qu'ils ont abandonné. Toutefois, l'enfant adopté bénéficie d'une certaine protection. Une fois abandonné officiellement, il est sous la responsabilité juridique de l'Etat et/ou de ses parents adoptifs. Même majeur, il n'est pas obligé d'autoriser son parent, à reprendre des contacts avec lui.

Dans nos sociétés, la tradition du secret, est relativement ancienne et profondément ancrée à l'histoire de la famille. L'adoption implique souvent des secrets et des tabous.

Or, plus il existe de secrets ou de non-dits, plus les enfants fabriquent des symptômes et plus les familles souffrent de génération en génération.

Plus la filiation est incertaine, moins l'identité de l'enfant adopté se retrouve dans les chemins escarpés de son histoire familiale. Les enfants abandonnés ou adoptés souffrent souvent du climat de secret, entourant leurs origines et/ou les causes de leur placement familial.

4. La révélation de l'adoption : les enjeux inconscients d'un tabou

Depuis des années, les parents adoptifs sont conscients qu'il est important d'informer l'enfant, à propos de son adoption et de ses origines. Il ne suffit pourtant pas de lui montrer une ancienne photo, de lui indiquer sur une carte le pays d'où il vient ou la pouponnière où il est né.

Afin de désamorcer l'éventuel traumatisme de son abandon ou les perturbations induites par la découverte de sa filiation originale, il importe de lui dire la vérité le plus tôt possible. Même difficile, cette décision d'informer l'enfant apparaît comme essentielle à son épanouissement personnel et à la construction de son identité. Toutefois, les parents adoptifs sont souvent angoissés à l'idée que l'enfant les rejette ou soit perturbé à long terme par cette annonce qu'ils ne sont pas ses « vrais parents ». L'enfant découvre, ainsi, que ses fantasmes originels (la généalogie par le sang) ne correspondent pas à la réalité et qu'il est issu d'une autre filiation.

Même si dans un premier temps, les enfants réagissent de manière différente ou inattendue, il importe de rester disponible et sensible aux nombreuses questions qu'ils (se) posent, et continuent de poser au cours de leur existence. Cette révélation peut faire l'objet d'un accompagnement soutenant, de la part d'un spécialiste de l'adoption. Il ne faudrait, cependant, pas imaginer qu'il suffit de lever le secret concernant l'adoption, pour faire disparaître les difficultés psychologiques, propres à l'enfant.

Dans certaines situations, la non révélation participe à des troubles psychoaffectifs présents chez l'enfant.

Plus ou moins associé à des transactions systémiques peu favorables à la communication de l'information et/ou à une histoire familiale particulière, le maintien du secret relève de certains désirs inconscients relativement complexes.

À cause d'une culpabilité intimement liée à leur propre roman familial, il arrive, aussi, que les parents adoptifs refusent catégoriquement de révéler à l'enfant, sa véritable filiation. Avec un décalage d'une génération, ils réactualisent leur propre culpabilité, à travers l'enfant adopté actuel, qui représente symboliquement l'enfant réparateur ou celui qu'ils auraient voulu être dans leur propre histoire.

Par le biais de l'adoption, ils se réconcilient avec leur traumatisme infantile ou veulent maintenir, hors de portée, cette culpabilité qui les ronge. La révélation de l'adoption pourrait réactiver les ressentiments et les angoisses liées à leur propre roman familial. Ils ne veulent pas que leur enfant idéalise ses parents naturels et se désolidarise de leur filiation.

Par l'analyse de ces craintes concernant la révélation de l'adoption et/ou la recherche des géniteurs, il est possible de mieux comprendre les déterminants de l'adoption.

Cette crainte des adoptants correspond, souvent, à des mécanismes inconscients de protection, souligne la dynamique intrafamiliale et révèle le sens profond de la place symbolique de l'enfant adopté dans l'économie psychique des parents adoptifs.

Le désir conscient ou inconscient de ne pas transmettre la vérité à l'enfant adoptif, est souvent révélateur d'une démarche plus psychopathologique de déni, relative à la dénégation de la sexualité et du besoin de procréation. Au-delà des problèmes de stérilité ou d'infécondité (soulevant des problèmes personnels sexuellement tabous), l'enfant découvre, en plus, la signification de son adoption, comme incluse dans l'économie psychique des adoptants. L'ignorance sur ses origines, la sexualité et la procréation créent, toujours, chez l'enfant, des sentiments mitigés, qui troublent son développement et entretiennent des angoisses tardives, d'autant plus, lorsque les parents ne parviennent pas toujours, à bien transmettre ces informations.

La connaissance précoce permet, pourtant, au psychisme de l'enfant, de mieux se construire et peut réduire l'effet traumatisant des fantasmes originaires. Le dévoilement de l'adoption révèle, parfois, différentes couches de secret et atteint des zones d'intimité personnelle, souvent difficiles à découvrir, à vivre ou à exprimer. La maîtrise du stress émotionnel induit, par ce genre de situation, est, aussi, révélatrice de la bonne santé psychologique des protagonistes.

La révélation de son adoption à l'enfant adopté remet, parfois, en cause les capacités de procréation du couple adoptif et/ou la stérilité de la femme ou de l'homme. Cette transmission d'informations, gardées secrètes à un moment ou à un autre, renforce aussi les fantasmes inconscients, concernant la vie sexuelle et le désir d'enfant, des parents adoptifs.

La difficulté d'être parent, biologiquement, peut révéler une sorte d'incompatibilité à s'assumer, en tant que couple. L'incompatibilité biologique entre partenaires sexuels peut également remettre en cause leur durabilité relationnelle. Atteint dans sa puissance créatrice et narcissique, l'un ou l'autre partenaire peut décider de rompre. La rupture signifie qu'il délaisse l'autre à sa problématique de stérilité. La crise de la stérilité n'implique pas toujours une rupture définitive. En dépassant cette période de déséquilibre et en renouant d'autres liens libidinaux gratifiants et restructurants, le couple peut élaborer un nouveau projet et voir émerger un désir d'adopter, ensemble, un enfant qui représentera le prolongement réel du

couple réparé. L'adoption comblerait, ainsi, l'incapacité de procréer du couple adoptif ou l'infécondité de l'un ou l'autre des partenaires.

La manière dont l'enfant adopté est investi, par ses nouveaux parents et la place qu'il occupe, dépendent de son rôle, dans l'imaginaire familial. Sa répercussion sur l'économie psychique des adoptants se révèle, soit comme objet d'investissement et de réparation, soit comme objet persécuteur évoquant les souffrances ou les frustrations liées à la stérilité.

Vivant de manière traumatique sa situation d'infécondité, la femme qui adopte, peut vivre l'adoption comme le rapt de l'enfant d'une autre. Avec une certaine dose de culpabilité anxiante, elle vit, ainsi, dans la crainte ou dans le fantasme, que la mère naturelle peut toujours venir le récupérer ou que l'enfant peut aller la retrouver. Cette idée renforce le fantasme qu'enfant et mère se recherchent mutuellement et que leur lien reste indissoluble, dans le temps. Chez l'homme, la stérilité masculine rime, souvent, avec des fantasmes d'impuissance et réveille l'angoisse de castration. La stérilité réduit à néant le pouvoir de donner la vie et de se projeter de manière narcissique, sur sa descendance. Les blessures, qui en découlent, peuvent produire des états dépressifs, des sentiments d'anéantissement et impliquent le deuil du désir d'enfant.

Ces positions inconscientes varient d'une situation à l'autre et démontrent que l'angoisse de la révélation de l'adoption, est, parfois, activée par des fantasmes de perte, de dépossession, de rupture, d'échec et d'abandon, mais aussi par des blessures symboliques d'origine narcissique. Cette révélation est d'autant plus complexe à assumer, que le couple s'est reconstruit fantasmatiquement, à partir de cette adoption. De manière idéologique, les parents imaginent que, tant que l'enfant continue à croire à sa filiation naturelle, ils sont protégés contre leurs blessures narcissiques profondes, notamment le fait de ne pas avoir réussi à procréer par eux-mêmes. La révélation risque de les ébranler, au niveau de leurs représentations fantasmatiques jusque là maintenues par leur dénégation et leur mythe familial. La sublimation de leurs blessures, par l'adoption ébranlée par la révélation, peut alors remettre en cause le désir à l'origine de leur projet.

À contrario, l'aisance à informer l'enfant, reflète leur capacité à résoudre les conflits sous-jacents aux mouvements inconscients, qui permettent la résolution du complexe oedipien. Plutôt que de s'assurer de leur volonté de révéler, il importe donc de soutenir leurs compétences à exprimer leurs émotions et à mieux comprendre certains enjeux, plus ou moins inconscients, qui nouent les transactions intra-familiales, à partir d'un secret symptomatique.

Une situation d'adoption révèle, à elle seule, des enjeux personnels et familiaux, toujours complexes, intimement associés à des désirs inconscients et des éléments pulsionnels jusque-là refoulés, par des mécanismes de défense spécifiques, du fonctionnement psychique individuel.

La révélation de l'adoption réveille, ainsi, chez les parents adoptifs, un matériel refoulé, parfois traumatogène, touchant de très près leurs conflits intérieurs, relatifs à leur vie sexuelle et leur désir de procréation. Chez l'enfant adopté, la découverte que ses parents ne sont pas ses géniteurs, ne remet pas en cause sa conviction d'avoir des parents, dans la réalité. En découvrant de nouveaux sentiments, parfois ambivalents ou ambigus, l'enfant apprend, aussi, à établir la différence entre les liens du sang et ceux de l'affection.

Parce qu'intimement incrustée à la problématique de l'adoption, la révélation réconcilie l'enfant adopté, à l'amour parental vécu, au-delà du lien physique et de la procréation et établi, dans le contexte d'une famille légitime.

5. Caractéristiques développementales et psychosociales de l'enfant adopté

Suivant des mécanismes d'identification et d'attachement, les enfants se forgent une image positive, de leur identité et de leur bien-être psychosocial. Ils élaborent, progressivement, un concept de soi et une estime de soi. Ils finissent par apprendre à se sentir à l'aise avec eux-mêmes et avec les autres. L'adoption peut rendre ces questions normales de l'attachement, de la perte et de l'image de soi, encore plus complexes. Les enfants adoptés doivent apprendre à accepter et à intégrer, à la fois, leur famille naturelle et leur famille adoptive.

L'enfant adopté, même nourrisson, est affecté par l'adoption. Cette particularité sera au coeur de son existence, toute sa vie. Celui qui est adopté plus tard, apprend à accepter l'adoption à une autre phase de son développement. Celui qui a vécu des traumatismes ou de la négligence, peut se souvenir de ces expériences, qui compliquent davantage son image de soi. Les questions trans-raciales et interculturelles et les besoins spéciaux, peuvent, également, influer sur l'expérience d'adoption de l'enfant. Tous les enfants adoptés, dans une certaine mesure, font le deuil de leur famille naturelle, de leur héritage et de leur culture. Suivant l'avis du Comité de la pédiatrie communautaire, les parents adoptifs peuvent faciliter ce processus de deuil naturel et y contribuer, en utilisant des mots précis, à propos de l'adoption et en discutant des questions d'adoption, sans trop de tabou.

De la prime enfance à l'adolescence, les enfants comprennent le sens de leur adoption, suivant différentes étapes. Pendant la première et la petite enfance, l'enfant s'attache au principal fournisseur de soins et noue des liens, avec lui. Les questions pré-natales, comme la durée de gestation, l'usage de drogues ou d'alcool, par la mère naturelle et les vulnérabilités génétiques, peuvent influer sur la capacité d'adaptation de l'enfant. L'influence de toutes les personnes en relation avec lui depuis sa naissance, entre, également, en jeu.

À mesure qu'il approche de l'âge préscolaire, l'enfant développe une pensée magique, c'est-à-dire que le monde de la fantaisie lui sert à expliquer ce qu'il ne peut comprendre. L'enfant ne comprend pas la reproduction et il doit, d'abord, prendre conscience qu'il a eu une mère naturelle et qu'il est né de la même manière que les autres enfants. Même si, dès l'âge de trois ans, un enfant peut répéter l'histoire de son adoption, il ne la comprend pas. Il doit d'abord saisir le concept de temps et d'espace, qu'il acquiert généralement entre quatre et cinq ans, pour comprendre que certains événements se sont produits dans le passé, même s'il ne s'en souvient pas. L'enfant doit comprendre que des lieux et des gens existent, à l'extérieur de son environnement immédiat.

En racontant à l'enfant l'histoire de son adoption dès ce jeune âge, les parents peuvent apprendre à se sentir à l'aise avec le langage de l'adoption et avec l'histoire de la naissance de leur enfant. L'enfant doit savoir qu'il a été adopté. L'ouverture, l'empathie et l'aisance des parents créent un environnement favorable pour que l'enfant se sente autorisé à poser des questions, au sujet de son adoption.

La pensée opérationnelle, la causalité et le raisonnement logique émergent chez l'enfant d'âge scolaire. L'enfant tente, alors, de comprendre et de maîtriser le monde, dans lequel il vit. Il parvient à résoudre des problèmes. Il se rend compte que la plupart des autres enfants, vivent avec, au moins, un membre de leur famille biologique. Pour la première fois, il se perçoit comme différent des autres enfants. Il peut chercher à s'expliquer la raison pour laquelle il a été adopté et éprouver des sentiments de perte et de tristesse. Il commence à percevoir l'envers de l'histoire de son adoption et peut se poser des questions plus personnalisées : Pourquoi sa

mère naturelle l'a-t-elle mis en adoption? L'enfant peut se sentir abandonné et en colère. À cet âge, il est normal d'observer de l'agressivité, de la colère, un repli sur soi ou de la tristesse et des troubles d'image de soi, chez l'enfant adopté. Il tente de reformuler les parties de son histoire, qui sont difficiles à comprendre. Malgré ses émotions douloureuses, il essaie de composer ou de sublimer. Par conséquent, la rêverie est très fréquente chez l'enfant adopté, qui tente, ainsi, de régler des questions d'identité complexes.

Le contrôle peut devenir un enjeu. Un enfant peut croire qu'il n'exerce aucun contrôle sur la perte d'une famille et son entrée dans une autre. Il peut ressentir le besoin de se faire rassurer, quant à ses activités quotidiennes ou exiger des explications répétées, sur de simples modifications, de la routine familiale. Les transitions peuvent se révéler particulièrement difficiles. L'enfant peut éprouver une franche peur de l'abandon, avoir de la difficulté à s'endormir et même faire des cauchemars, au cours desquels il se fait kidnapper ou il disparaît.

Il est utile d'expliquer à l'enfant que sa mère naturelle a fait un choix d'amour en le mettant en adoption, qu'elle avait des projets pour son avenir. L'enfant peut avoir besoin de se faire répéter cette explication, encore et encore. Par ailleurs, il existe certaines similarités entre les symptômes de deuil et les symptômes reliés au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Les parents doivent éviter de stigmatiser l'enfant, dès lors que son comportement s'inscrit dans le processus normal du deuil. La patience et la compréhension des parents, sont essentielles à cette étape de la vie de l'enfant adopté. Les parents peuvent se montrer proactifs, en informant les intervenants scolaires, des deuils normaux, reliés à l'adoption que vit leur enfant.

À l'adolescence, le principal défi, lié au développement normal de l'adolescent, consiste à se forger une identité, tout en cherchant, activement, l'indépendance et la séparation de sa famille. L'adolescent adopté éprouve le besoin de comprendre ses deux couples de parents. Cette dualité peut produire un sentiment de conflit d'appartenance. Au début de l'adolescence, la perte même de l'enfance, est un enjeu important. L'adolescent adopté a déjà vécu une perte, ce qui complique davantage le passage à l'adolescence. Cette période de développement peut être difficile et bouleversante. L'adolescent peut ressentir de la honte et une perte d'estime de soi, surtout parce que l'image qu'a la société des parents naturels, est souvent négative.

L'adolescent adopté veut connaître les détails de ses antécédents génétiques et de son originalité. Il élabore diverses spéculations sur lui et sur sa famille adoptive, pour établir des similitudes et des différences. Il tente d'établir quelle est sa place et d'où il vient. Tous les adolescents peuvent éprouver une réticence naturelle à parler avec leurs parents, et les adolescents adoptés peuvent éviter de partager avec leurs parents les questions relatives à leurs origines. Ils peuvent garder leurs réflexions, pour eux. Cette quête d'information des adolescents adoptés est très normale et les parents ne devraient pas la percevoir comme une menace. Les parents devraient plutôt accepter le double héritage biologique et socioculturel de leur enfant, pour l'aider à s'adapter à cette réalité.

6. Application pratique

Notre expérience, en matière de post-adoption, nous a amené à identifier des caractéristiques des enfants adoptés, que peuvent avoir des enfants biologiques. Mais, chez les enfants adoptés, l'intensité et la fréquence de ces réactions sont spécifiques, surtout avant 12 ans. Certaines caractéristiques peuvent demeurer toute la vie.

6.1. L'instinct du survivant

Nos enfants par adoption sont tous d'extraordinaires survivants. Depuis leur conception, l'enfant adopté a survécu physiquement et émotivement à une longue série d'obstacles : in vivo, il a survécu à une grossesse difficile, avec, comme possibilités, la malnutrition de la mère, l'absence de suivi prénatal, le stress de la mère, l'exposition à des contaminants (produits chimiques, alcool, drogue), l'exposition à des maladies infectieuses (sida, hépatite...).

L'accouchement a pu être difficile, avec des séquelles pour l'enfant et la mère, souffrance fœtale, due à un travail trop long, manque d'oxygène, etc.

Les premier jours après la naissance : a-t-il été nourri et soigné convenablement ? A-t-il eu peur ? Froid ou mal ? Comment s'est vécue la séparation avec la mère ? Dans le calme ? Ou dans la violence ? A-t-il été abandonné la nuit ? Dans un lieu public ? S'est-il réveillé seul en pleurant ?

La qualité des soins après l'abandon : y avait-il quelqu'un pour lui donner de la tendresse, de l'attention ? La nourriture était-elle suffisante ? A-t-il été soigné, changé régulièrement ? A-t-il subi seulement de la négligence affective ou, pire, a-t-il été frappé, blessé, attaché ? Combien de temps a-t-il passé à l'orphelinat ? Des jours ? Des mois ? Des années ? Le premier contact avec ses nouveaux parents : était-ce bizarre ? Menaçant ?

Autant de questions qui jalonnent le chemin de l'enfant, jusqu'à sa famille adoptive.

6.2 L'incomparable

Sans le vouloir, les amis, la famille, certains intervenants de la santé, peuvent faire la vie dure, aux nouveaux parents, en comparant l'enfant adopté, aux enfants biologiques : courbe de croissance, âge normal de la propreté, habiletés psychomotrices.

Or, durant les 6 premiers mois après son arrivée, il faut se faire à l'idée qu'il sera « incomparable » : il ne correspondra pas à ce qu'un enfant du même âge, né et élevé normalement. Il sera incomparable aussi, car il se développera à un rythme extraordinaire, si l'on tient compte de son état, au moment de l'adoption.

Ainsi, comme parents, il ne faut pas se laisser déstabiliser, par les remarques des autres. Il faut comparer son enfant à lui-même. Nous seuls, savons le chemin qu'il a parcouru, depuis son adoption.

6.3. Les sommeils difficiles

Durant la première année ou plus, l'enfant adopté vit souvent et fait vivre à ses parents des nuits difficiles ! Refus de s'endormir, terreurs nocturnes, énurésie, cauchemars, sommeil agité... sont courants et prévisibles, car la qualité du sommeil d'un enfant, reflète sa santé physique et son état émotif. C'est à la nuit, que le cerveau se nettoie de ses fatigues et de ses émotions.

L'enfant adopté doit accomplir des tâches énormes, durant le jour : apprendre une langue nouvelle, s'apprivoiser à des odeurs, à des sons, à des couleurs nouvelles, entrer en relation affective, avec de nouvelles personnes, se laisser aimer, approcher, etc. Si cette réalité s'ajoute à son passé douloureux, il n'est pas réaliste de demander à un tel enfant, de contrôler ses nuits agitées.

6.4 Une fois dans la famille d'adoption

Lorsqu'il arrive dans notre vie, l'enfant adopté, généralement, va s'accrocher désespérément à nous, comme un bébé koala, dans la fourrure de sa mère ou, à l'inverse, il va sembler nous ignorer, dans une relation très utilitaire.

Durant la première année, l'enfant sera fluctuant, il ne faut pas s'inquiéter outre mesure, durant les premiers mois, surtout si l'enfant a été adopté après l'âge de 12 mois. Par contre, si ces comportements perdurent de façon très intense plus d'un an, il faudra penser à explorer la possibilité qu'il s'agit de symptômes de troubles plus ou moins graves, de l'attachement.

6.5 La reproduction de leurs modèles de survie

L'enfant adopté a des comportements étranges, hors normes, agaçants ou incompréhensibles.

6.5.1 Le développement en escalier

Le développement physique, émotif, social et cognitif de cet enfant, ne se fait pas de façon continue et linéaire. C'est encore plus vrai, chez l'enfant adopté, chez lequel rien ne semble évoluer puis « tout à coup », chez lequel, langage, marche, manipulation d'objets avec dextérité, etc.

Ceci, parce qu'un enfant adopté arrive, souvent, très fragilisé dans ses besoins fondamentaux (manger à sa faim, boire, se sentir en sécurité physique, créer un lien de confiance et d'attachement avec ses nouveaux parents) et que la réponse à ces besoins, est prioritaire. Les apprentissages suivront. Les parents s'inquiètent du retard de leur enfant à l'école.

6.5.2 La phase de régression

Cet enfant, très souvent fragilisé dans ses besoins fondamentaux, a des phases où ils semblent perdre, subitement, ses acquis, particulièrement en situation de stress ou de changement : ils vont recommencer à uriner au lit après un déménagement, faire des crises d'insécurité après un séjour à l'hôpital.

Ceci peut décourager un parent qui se sent fautif après tant d'efforts pour aider l'enfant à s'adapter. En général, ces phases de régression ne sont qu'un pas en arrière et prendront, ensuite, un élan permettant « un saut plus loin ». Mais, il faut les décoder, les comprendre et ne pas se laisser abattre.

6.5.3 Le séducteur ou l'indifférent

L'enfant adopté est souvent très charmant, voire même charmeur. Il sait attendrir et séduire les adultes. On peut supposer qu'il reproduit une formule gagnante, dans le passé. Mais, ce comportement peut être très superficiel et basculer dans l'indifférence, si l'adulte veut créer trop vite, une véritable intimité affective avec lui ; car s'il n'est pas prêt à vivre cette intimité, il repoussera l'adulte ou, pire, il deviendra carrément agressif. Cela peut dérouter l'enfant qui demande de l'attention de façon charmante et nous repousse, dès qu'on s'occupe de lui ! Il faut alors se rappeler qu'il a reçu une petite cuillère d'affection, chaque jour, avant son adoption et qu'il peut se sentir étouffé et noyé, si on lui en offre un immense pichet d'un coup !

6.5.4 La peur exagérée du rejet et de l'abandon

La grande majorité des adoptés, grands ou petits, ont une sensibilité extrême, face à toutes les situations où ils perçoivent une forme de rejet ou, pire, un risque d'abandon. Des adultes adoptés très jeunes et qui ont vécu dans des familles aimantes, en témoignent régulièrement. Certains ont des rêves récurrents, où une personne chère ne vient jamais les chercher à l'école, après le travail, etc. Toute forme de critique, même constructive, peut être vécue comme un blâme, un rejet.

L'enfant adopte des difficultés de faire confiance, d'aimer : je ne m'attache pas, donc je n'aurai pas mal et il n'arrive pas à avoir de relation amoureuse durable avec les parents, il préfère rompre, plutôt que de prendre le risque d'être quitté un jour.

6.5.5 La non permanence des choses

Tous les êtres humains envisagent le futur, à partir de leur passé. Ainsi, celui qui a été trompé par de nombreux amoureux, aura beaucoup de difficultés à croire à l'amour et à l'engagement sincère.

Au moment de son adoption, l'enfant adopté a vécu dans deux endroits : avec sa mère biologique et ensuite, dans son milieu substitut. Dans sa courte vie, il a été arraché à deux milieux. Le voilà maintenant dans un troisième ! Si le passé est garant du futur, il se dira que ce n'est que temporaire, comme les autres fois. Il y a donc un décalage énorme entre l'engagement et la certitude du parent, pour qui il est absolument certain que l'enfant demeurera toujours avec lui et la perception de l'enfant, qui s'attend à repartir un jour.

Il arrive, ainsi, que des parents soient perturbés, parce que leur enfant leur demande, sans cesse, s'ils l'aiment ou parce qu'il est exagérément terrorisé, lorsqu'on le dispute, même pour une petite faute.

Cet enfant adopté est fragilisé et anxieux, devant tout changement. Il faut se rappeler que rien n'est permanent pour lui, ce qui l'angoisse. Il faut répéter notre amour inconditionnel et s'efforcer de stabiliser nos habitudes de vie.

6.5.6 La fragilité dans leurs besoins primaires

Il ne faut pas être dérouté par certains comportements, qui perdurent chez les enfants. Ils sont simplement le signe de l'ampleur des blessures invisibles.

C'est un enfant de 13 ans qui a été adopté à 18 mois, il cache, parfois encore, de la nourriture : ce n'est que la douloureuse confirmation, qu'il a eu faim.

6.5.7 L'instinct de savoir la vérité

Le questionnement et la compréhension des origines, varient selon l'âge émotif et mental de l'enfant, puis de l'adulte. Ainsi, la plupart des adoptés demandent la vérité de ces origines.

Cependant, pour certains, ce besoin de savoir devient une quête vitale. Cette attitude est souvent interprétée, par le parent, comme un désaveu de la relation adoptive, comme un échec de l'amour mutuel ; ils pensent à tort qu'il va perdre quelque chose.

Certains parents veulent aussi éviter à l'enfant de souffrir ou d'être déçu, en cas d'échec de la quête.

Pourtant, il faut que les parents se préparent à accepter cette éventualité. Un refus de la légitimité de cette quête, peut vraiment mettre en péril la qualité de la relation parent-enfant.

6.5.8 Diagnostic du cas Mustapha, un enfant adopté

Âge : 13 ans

Sexe : masculin

Niveau scolaire : 6^{ème} année primaire

Nature de la demande l'entretien : parentale

Type d'entretien : indirect

Date d'entretien : 23/01/2008

Heure : 14h30

Durée : 40 minutes

Nombre de séances : 02

Compte rendu psychologique : La synthèse des différentes données réunies, par la technique de l'observation et de l'entretien clinique, déterminent le diagnostic psychologique, ainsi que le projet thérapeutique à suivre.

Biographie :

Enfance

- *Manifestations caractérielles*

- ✓ Indiscipliné : Opposé aux parents adoptifs
- ✓ Agressivité envers les autres enfants
- ✓ Fugues
- ✓ Vols
- ✓ Mensonges
- ✓ Gestes maladroits
- ✓ Hyper sensible

- *Instabilité scolaire*

- ✓ De multiples changements scolaires : début des conduites anti-sociales ; instabilité motrice
- ✓ Enfant hyper actif
- ✓ Comportement impulsif
- ✓ Trouble de l'attention
- ✓ Trouble de concentration
- ✓ Conduites sphinctériennes
- ✓ Énurésie nocturne
- ✓ Atteint par le syndrome hyper-kinétique, ce trouble du développement s'associe à l'hyper-activité motrice car c'est un enfant qui ne tient pas en place, sur sa chaise, ne reste pas assis à table, se lance à toutes les activités physiques, même très dangereuses, ajoute des gestes maladroits. Il passe, rapidement, d'une activité à une autre, incapable de fixer longtemps son attention et de se concentrer durablement sur une tâche.

Adolescence

- ✓ Multiples changement d'établissements scolaires/professionnelles
- ✓ Conduites perverses (sexualité précoce)
- ✓ Conduites pharmaco-maniaque
- ✓ Alcoolisme, agressivité
- ✓ Voyage sans but

Adulte

- ✓ Complication psychopathologique en l'absence de prise en charge à l'adolescence et à l'âge adulte.
- ✓ Trajectoire antisociale (facilité du passage à l'acte, qui est l'unique réponse à tout conflit, à la place du langage et du dialogue).
- ✓ ***Le contexte biologique se traduit par :***
- ✓ Désordre biologique sous-jacent
- ✓ Terrain génétique prédisposé
- ✓ Trouble neurologique
- ✓ ***Le contexte psychologique se traduit par :***
- ✓ Processus de développement psychoaffectif (rupture affective).

6.5.9 Traitement et prise en charge

Le traitement comporte des mesures thérapeutiques (thérapie comportementale, entretien familiaux) et ce, pour éviter l'échec scolaire et accompagner l'enfant à suivre une scolarité normale.

Bibliographie

1. Haesevoets Y. H., (2008), Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence, un autre regard sur la souffrance psychique, Deboeck.
2. Hjern A., Lindblad F., Vinnerljung B., (2002), Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden : a cohort study, Lancet, 8, 360-443.
3. Slap G., Goodman E., Huang B., (2001), Adoption comme facteur à risques pour des tentatives de suicide, durant l'adolescence, Div of Adolescent Medicine, Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio.

Quand la criminologie se fait victimologie : éléments pour une clinique politique de la victimologie

Loïc VILLERBU

Université de Haute Bretagne-R2 et Paris Diderot

Préambule

Classiquement, les études expertales, au plus près des personnes et des situations de souffrance, vulnérantes, sont des études du patrimoine immatériel (éducation, sociologie, *versus* transmission etc.... *versus* patrimoine génétique (ex-dégénérescence, neurobiologie, neuro sciences, etc....) et de leurs effets, dans le quotidien.

La psychiatrie, la psychopathologie, le développement des histoires de vie, la référence devenue première, à la notion de parcours de vie, de parcours existentiel, les références à l'inconscient puis aux sciences neurocognitives, ont contribué à élaborer des savoirs et des savoirs faire, qui tiennent leurs rationalités implicites, des expériences passées et de la transformation acquise, des modes de réactivité. Capacités, déficits plus ou moins compensés, donnent lieu à des épisodes féconds, en termes de conflits, dont les répercussions sont à la fois internes et externes, subjectives et collectives.

La clinique criminologique contemporaine, en se développant à partir des pratiques victimologiques dans la deuxième moitié du XXème siècle, donne la mesure de la révolution politique de la figure de la victime. Elle ordonne une révision abrupte des savoirs, sur les effets hétérogènes de la victimisation. Une clinique psycho-victimologique paraît, aujourd'hui, conduire les plus fortes représentations que nous avons, des pratiques infractionnelles : non plus des états, mais des processus en cours, parfois stabilisés, mais la plupart du temps instables, à la fois opportuns et/ou aléatoires.

On conçoit que la question fondamentale, qui avait introduit la psychiatrie au cœur des pratiques judiciaires, se trouve posée, aujourd'hui, avec une acuité supplémentaire : la question plus générale de la folie renaît de ses cendres trop formalisées et réifiées, dans les pratiques nosographiques. Un déplacement de rationalité s'est réalisé, insidieusement.

Ni la psychiatrie, qui se veut criminelle, ni la psychologie, qui s'est revendiquée encore plus tôt et se masque parfois sous la figure d'une psychologie légale ou criminelle, ne suffisent, aujourd'hui, à répondre aux questions que notre société se pose.

Qu'est devenu le libre arbitre, que veut dire vivre ensemble ? Que veut dire dangerosité quand elle ne cesse de se décliner en variantes par défaut ou par cumul : psychiatrique ou criminologique, routière ou pénitentiaire, conjugale ou terroriste ? *Que veut la dangerosité ?*

Nous assistons à de réels changements de paradigmes ; ceux qui nous poussent bien au-delà de ce nous avons pu ou cru savoir. Quelle toute puissance tenons-nous quand nous parlons en termes de structures (psycho-pathologiques) ? Quelle humilité nous tient, quand nous évoquons les syndromes ?... et inversement !

Que la dimension actuarielle, en *psycho-criminologie* devienne aussi présente et suscite parfois autant de résistance est aisée à comprendre : elle rompt avec les savoirs acquis, oblige à penser en termes de syndromes et d'aménagements dynamiques compensatoires (que ce soit au civil, comme au pénal) et chacun sait qu'un syndrome ne peut être qu'une indication ne présageant pas de son actualisation. Que sont devenues les forces et faiblesses de caractère dans une *psycho-victimologie*, qui a rompu ses amarres, avec le recours aux traits de simulations, aux vecteurs hystérisiformes... ?

Toutes ces interrogations ont introduit, en la renouvelant, une dimension éthique, parallèlement à la dimension scientifique. Un espace éthico-politique est né : il n'emprunte plus ses seuls facteurs aux notions de responsabilité morale.

C'est ce qu'enseigne la reformulation d'une clinique politique de la criminologie. Bien loin d'être une histoire neutralisée, elle est l'ouverture aux conflits toujours actuels, des théories et des hypothèses et plus, l'ouverture à des pratiques de soins et d'anticipations, renouvelées. Il n'est guère aisément de faire advenir en France, une discipline, *la criminologie*, autonome tant elle se trouve éparpillée en de multiples intérêts privés. L'invisibilité de la victimologie tenait aux mêmes éparpillements. Les effets de ces réticences sont multiples, tant sur le plan du recueil critique des données, que sur les plans épidémiologiques, de soins et de préventions.

Quelles ont été les lignes de forces d'une pensée criminologique, depuis la création de l'anthropologie criminelle ? Quatre axes apparaissent nettement.

1. Un cadrage épistémologique en prise sur quatre rationalités.

1.1 L'anthropologie criminelle

Elle se crée entre référence au droit, considérations socio-morales, psycho-morales, médecine positive, fonctions préventives et curatives. C'est la recherche de *traces positives*, susceptibles de contenir des éléments non aléatoires, prédestinant ou préformant. Des savoirs plus anciens et plus récents sont convoqués : la phrénologie, la cranioscopie, l'hérédité, le climat, la région, le pays géographique... tout ce qui peut faire *stigmates* et prédictibilités à court ou à moyen terme. La naissance des théories des dégénérescences (les références au système nerveux, au biologique de l'héréditaire, à la paralysie générale...) propose une semblance scientifique, dont les excès seront rapidement dénoncés ; plus rapidement ici, que dans le champ médico-aliéniste.

Ces théories ont fait sens au droit positif et au problème de la preuve ou de l'attestation. Si l'aveu tient toujours une grande place dans la scène judiciaire, une pré-criminalistique, cependant, se développe. Des typologies de criminels et déviants sont repérables. Le criminel-né fait son apparition dans l'excès de recherches d'un sens, au-delà du fait identifié, comme criminel.

On oublie trop que cette création a également permis de dégager tout un autre ensemble de « criminels » et ouvert une brèche dans le champ médico-aliéniste, médico-légal, dans la recherche de la non-responsabilité *versus* responsabilité. La dangerosité comme état potentiel en naîtra (notion qui vient en remplacement d'une référence opérationnelle, jugée trop subjective : la conscience morale), apportée par un juriste (Garofalo, 1851-1934, juriste et criminologue). Lombroso (1838-1909, médecin aliéniste et médecine légale) est le personnage phare mais, comme dans toute référence mythologique, il a fait oublier ses contemporains, ses sources et ses alliés. Il a ouvert une autre porte, en contraste : ce qui fait *l'occasion*, par rapport à ce qui faisait référence à un *état*, celui du criminel-né. Si la science progresse de sa capacité à classer et à discriminer, nul doute que cette première anthropologie a rompu avec un savoir fondé, sur la prédestination et la vision philosophique et morale du mal. On ne saurait oublier également, dans ce contexte, le développement, qui ne cessera, pendant longtemps, de faire polémique, celui de la médecine légale instituée.

1.2 La criminologie moderne

La recherche de traces poursuit les mêmes fonctions, sur la base des registres bio-sociaux, et d'une conception renouvelée de l'adaptation : l'adaptation *relative* de la biologie au social et

d'une inter-réactivité, qui ne tient plus seulement à l'hérédité. C'est la plasticité de l'homme « moral » dont A. Lacassagne (1843-1924, médecin légiste), ami de Locard (1877-1966, médecin et juriste) et G. Tarde (1843-1904, juriste et sociologue, philosophe), sont les référents les plus connus, dans la littérature française, outre E. Ferri (1856-1929, criminologue et homme politique, proche de Lombroso, sans en accepter les thèses déterministes).

Naissent d'autres typologies, puisque c'est ainsi que ce qui fait science progresse, mais sur la base de pré-requis renouvelés : socio-néo-phrénologiques (organicisme, localisations cérébrales) et psychologiques : l'imitation.

Aliénisme et psychologie naissante, soins, soucis de gérer des populations en difficultés et des hommes en souffrance sont manifestes, évidents, nouveaux et les caractéristiques de ce moment historique, polémiquent avec les sourds, déterminismes de sa préhistoire. Les mises en perspectives de E. Ferri sont des anticipations et des mises en scènes quasi prophétiques des querelles actuelles, tant sur le crime, le criminel, la fonction pénitentiaire et les rapports du droit pénal et de la sociologie.

1.3 La criminologie post moderne

Ce sont les thèses sociologiques qui s'affirment. Le sociologue, sur la base de ce qu'offre le droit, découvre un objet, celui-là que E. Durkheim (1858-1917, agrégé en philosophie, formé à l'école du positivisme, inventeur du fait social et de la division individu/collectif), nommera criminologie, rompant brutalement avec les implicites médico-légaux et aliénistes. Constatant l'existence d'actes, qui déterminent de la part de la société, une réaction pénale, il propose la création d'un ensemble homogénéisé par le référent *crime* et l'étude de cette population (de criminels), comme de tout ce qui y affére devient une science « la criminologie ».

C'était, on ne peut plus, démontrer que la visée scientifique se confond toujours à priori avec l'invention disciplinaire et que celle-ci, au lieu de rester à la place d'une volonté politique, la discipline, confond son territoire avec un objet scientifique, quitte à n'en faire, par la suite, qu'un complément d'elle-même. Ce qui advenait sur une entité scientifique, la criminologie, n'allait, désormais et pour un temps, ne plus devenir qu'un adjectif d'une discipline : (sociologie, psychologie, psychiatrie, etc., *criminelle*).

Ce moment est fondamental, car il consacre et commence une longue histoire conjointe : le droit pénal, les sciences criminelles, qui naîtront, par la suite et par la sociologique quantitative : « *Traiter les faits sociaux comme des choses* », les crimes comme des comportements inventoriables, appris. Tout un programme se dessine et engendre une vision de l'homme privé de sa capacité personnelle à construire son destin. Il ne reste plus, dans ce contexte qu'à attendre des organisations sociopolitiques et économiques, le renouvellement d'une histoire sociale, réparatrice ou indemnissante.

Il y a là une passion comptable, exigeant toujours plus d'enquêtes et de calcul, qui fera l'oubli des traces ; oubli que viendra réparer la sociologie de l'école de Chicago (1915-1935), dont on méconnaît trop les valeurs et normes religieuses et sociétales, soutenant le projet. Les traces, dès lors, dans cette perspective, deviennent *subtiles* ; le délinquant ou criminel disparaît au profit du déviant et de l'acteur social. Le social est une scène dans laquelle les acteurs gèrent, au mieux et selon des micro-normes, leurs émotions, s'organisant « une qualité de vie », dans tous les cas travaillés par une autocohérence, dont il faudra discriminer les éléments structurels. Valeurs collectives et normes individuelles, normes collectives et valeurs individuelles se font un chassé croisé retrouvant les plasticités, de la phase précédente.

Difficile de ne pas voir que cette première école est certainement la plus proche des analyses psycho-criminologiques actuelles : changement social, changement personnel, réformes sociales, une discipline moins spéculative, mais assumant, d'emblée, la complexité

disciplinaire plus orientée par le terrain, sans négliger ses références épistémiques fondamentales.

1.4 La criminologie contemporaine

Elle est à concevoir dans un changement profond et toujours en cours, à propos de la délinquance, de la criminalité d'une part et, de l'autre, à propos de la personne du délinquant ou du criminel, comme de l'ensemble des acteurs, des organisations et des ingénieries vouées à cet espace social.

Elle a un objet¹ : le *vivre-ensemble* et ses empêchements criminels (le *tort* fait à l'autre, à soi même et au monde) que masque mal la persistance d'une notion archaïque, roborative et perverse de nos jours, la dangerosité. La dangerosité est un état, le risque donne occasion à expérimentation.

Ce vivre-ensemble a ses personnages : d'un côté les acteurs (très pluriels) de la justice et de la police, de l'autre les infracteurs, les probationnaires et les victimes d'infractions pénales.

Des mutations profondes sont en cours et se heurtent aux fondations des époques précédentes. Ce qui rend compte des positions criminocides² prises à son égard. On peut énumérer ses conditions de possibilités :

- Les *traces* sont fondamentalement subjectives, théoriques et datales et instables, *volatiles*.
- Les comportements criminels sont des *pratiques infractionnelles* de soi, des autres et du monde.
- Les comportements résultant d'agressions subies et/ou agies, sont des *pratiques psycho-victimales* de soi, des autres, de l'agresseur et du droit³.
- La criminologie, comme science du crime ou du phénomène criminel (sociologie et droit) devient *discours et pratiques sur des pratiques saisies par des énoncés judiciaires, entraînant avec eux tous les acteurs et institutions concernés*. Le « criminel », pas plus que la victime, n'est qu'affaire de droit ; si celui-ci énonce, en conséquence d'un usage toujours instable, la criminologie, a à faire, avec l'homme complexe, dans sa condition humaine.
- Le subjectif prend sens dans un *appareil conceptuel a priori* (l'histoire psycho-affective, l'inconscient, les appareils sociétaux, etc.) ou une présence à soi phénoménologique. Une rationalité empirique se redéfinit : effectivité/efficacité, systématique, institutions en réseau, différenciations des philosophies de la peine et de la sanction, l'insertion ne se définit plus par ses repères socio moraux, etc.
- Dès lors qu'il y a mise en danger de soi et d'autrui, la problématique criminologique (agressologie/victimologie) affirme, à la fois la radicalité d'une différence inscrite dans les mœurs et la similarité de conditions d'existence.

Ces conditions font muter notre compréhension de la *pratique de soi en tant que celle-ci est rapport à l'autre* (et réciproquement, mutuellement) : la sociologie quantitativiste avait remplacé la nature par une certaine idée de la culture, mais n'avait fait que déplacer le problème (exemple : les types et les typologies perdurent comme le jeu de l'un et des plusieurs). La « *pratique de soi* » contraint à penser une organisation des savoirs, double :

¹ Villerbu et al. (2011) Que veut la dangerosité ? (Congrès international du CIFAS, Montreux. in villerbu-crimino.fr).

² Cario R., Herzog Evans M., Villerbu L. M., (2011) *La criminologie, mythes et réalités*. L'Harmattan. Villerbu, Libres propos sur l'enseignement, la recherche et la formation en criminologie, en sciences sociales et humaines, pp.57-73.

³ Pignol P. (2012) *Le travail psychique de victime. Essai de psycho-victimologie*. Thèse Université Rennes 2. Dr Villerbu L-M. 623 p.

Agressologie *versus* Victimologie. Ces mutations suivent les changements constatés, sur des temps longs.

- En psychiatrie et en psychologie ou en sociologie structurale (Chicago) : en psychiatrie, le passage lent, progressif de la dégénérescence et de l'innéité (il a fallu attendre jusque dans les années 1950) à la constitution, à la structure... dans le *hors psychiatrie* des troubles de la personnalité, la psychologie des « organisations bio-psycho-sociales ».
- Dans l'espace psycho-psychiatrie-des soins : la prévalence des savoirs, à travers les approches thérapeutiques, éducatives de changements de contextes.
- Dans un corps de savoirs où le diagnostic étiologique ou étiopathogénique, devient second aux processus d'incorporation, des processus identifiés et des tentatives d'en modifier le destin.
- Dans l'espace sociétal, pris dans des considérations, qui traitent, avant tout, de *l'intérêt de l'enfant, des victimes, « des jeunes » etc.*, d'un côté et de l'autre, d'un sens collectif encore jamais atteint : moins le bien d'un état que le souci de ses membres, « le terrorisme », « la mondialisation de la criminalité⁴ » etc.

Outre le fait que, désormais, l'intérêt se démultiplie : la personne singulière, dans sa dynamique entravée par la criminalité subie, la personne singulière ou en groupe prise dans les rêts de pratiques infractionnelles agies en retour d'une histoire antérieure ou dans l'impossibilité d'élaborer les effets d'une violence infractionnelle agie et subie, et la dynamique de groupes en violences infractionnelles agies, quels que soient les âges des manifestants.

Construction diagnostique, qui mute ce faisant, de l'orientation-prescription au traitement-invention : du diagnostic *étiopathogénique et structural* (par la compilation des sémiologies), du diagnostic des troubles de la personnalité, par inventaire des « traits de comportements ».

L'objectif se dessine : proposer une *orientation*, en fonction du *diagnostic des processus*, qui, quelle que soit la structure, crée une organisation singulière de monde « un monde en soi et pour soi, par les autres » ; à laquelle une réponse singulière (le *traitement* et non plus une orientation), doit être proposée.

2. Dans l'espace Victimologique, l'invention diagnostique des processus crée de façon bijective :

- Une modification de l'espace des soins. La singularité d'une position victimale requiert une singularisation des *offres pour entendre* : les modifications de cadres, afin de tenir à l'écart les conditions de précipitations psycho-traumatiques originaires. « Tenir à l'écart » : non pas les mettre en doute (position cartésienne), mais les garder à côté, sans les juger (*épochè* de la réduction phénoménologique). La parole demeure... *mais encore* ? L'on ne peut traiter « un dommage psychique », référé à un dommage objectif infractionnel, comme l'on traite d'une névrose ordinaire ; des modifications de cadre s'exigent.
- une mutation des hypothèses interprétatives : non plus rationaliser les choses vécues, dans une structure, mais conceptualiser le *processus créateur du monde imparfait et devenu douloureux (néo-réalité psychique)* ; inventer le principe actif d'une mutation de la présence de soi à soi, aux autres et par les autres. C'est là que se situe la référence aux *théories contemporaines de la dissociation psycho-traumatique* dont Janet avait décrit et

⁴ Bazin N. (2012) *Le sentiment d'identité nationale à l'heure de la globalisation*. Thèse Université Paris Diderot. Dr S. Mijolla Mellor.

trouvé les premiers jalons, et dont les IRM actuels⁵ en donnent des images en 3D ! : *des attestations* que des normes (en termes de neurosciences) doivent venir valider.

2.1 Incidences directes, une autre révolution : *la reconquête*

- Là où *les criminologies du phénomène criminel* secondarisaient, par « nature » la position victimale (témoin à charge *a priori* objet de doute, cf. les 3 premières étapes de la criminologie).
- La criminologie contemporaine (agressologie/victimologie) entre dans une nouvelle conceptualisation : le rapport *victimant/victimé, vulnérant-vulnéré*, dont chacune des places, peut être occupée à des moments différents, par la même personne, sur la base d'un *axiome existentiel (injonction à être sur une décision subjective)*, créateur de néo réalités ou d'une logique de positions « étranges ».

2.2 Dès lors, une autre épistémè s'engendre

Et ce, sans doute liée aux emprunts faits aux nouveaux modèles de théorisation neurobiologiques et aux effets des analyses structurales phénoménologiques

2.2.1 Une autre attention est requise : le continuum agi/subi/agi/subi etc.

Pour l'auteur d'agression, <i>acteur agissant et subissant</i>,	Pour celui ou celle mise en position de subir,
<ul style="list-style-type: none"> • non pas rechercher, comme éléments fondateurs, les conditions socio-affectivo-familiales et accidentelles, mais l'impact et l'élaboration (retentissement) d'une agression agie par lui-même: quelques soient les mobiles et les motifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • non pas rechercher ce qui structurellement le/la met en position psycho-pathologique, mais le scénario dans lequel «<i>un auteur</i> » l'a fait entrer (une norme à contre cœur)
<ul style="list-style-type: none"> • et ce qu'il a pu en être fait, (les organisateurs du monde privé-subjectif) compte tenu de ses milieux de résilience et de post vention mis en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Et dans lequel à <i>son corps défendant</i>, il a du tenir un rôle (être une valeur pour un autre =désiré) sans en avoir le statut (être mis en hors norme pour elle/lui-même, désirant)

L'explosion est interne avant d'être externe. Si la *désistance*, comme issue et résistance à la réitération d'une pratique infractionnelle, vient rendre compte de la manière dont se réinvestit une *présence ratée*, elle sera aussi issue à la persistance d'une néo-réalité envahissante et persécutrice, productrice des états psychiatriques, des échecs existentiels ou des positions victimales, comme des échappée criminelles (victimaires), des malaises psycho-somatiques (polymorphisme et non co-morbidité) : *une présence en trop*.

De nouveaux espaces expertaux s'esquisse, ne pouvant plus tenir, dans le cumul des expertises issues du XIXème siècle, remaniées, mais jamais rénovées : un autre « catalogue » est exigé. Un énoncé judiciaire, pas plus qu'en enquête judiciaire, ne peut se suffire d'une procédure pour laquelle les Sciences Humaines et Sociales, ne sont que des compléments. *Une réelle implémentation est à penser et pour cela, la criminologie contemporaine, par la complexité qu'elle offre et revendique, est une condition sine qua non.*

⁵ Kédia M., Vanderlinden J. & Lopez G. (2012), *Dissociation et mémoire traumatique*. Dunod.

Doit-on penser que c'est enfin, la fin de *l'expert total* et que formations, recrutements, spécialisations, vont être réellement mis au rang des intérêts sociétaux et des personnes singulières ? Des remaniements disciplinaires :

- s'esquissent, au grand dommage de ceux, qui ont sacré leurs territoires,
- s'esquivent au titre de sensibilités politiciennes, sans considération des visées scientifiques et des mutations professionnelles.

2.2.2 Un exemple à propos de la condition victimale quand la souffrance s'éprouve légitimée d'un dommage objectif et de la recréation d'un passé antérieur nostalgique

Une révolution profonde des paradigmes	Un programme de recherches
<p>1- Ce n'est plus le droit qui donne et impose sa langue en la sacrifiant dans LE TEXTE, <i>la langue n'est pas la parole</i>. Mais, comme cela a toujours été, l'usage, <i>l'usage de soi</i>, le sociétal et ce qui en est fait, ce jeu subtile, de normes et de valeurs.</p> <p>Le droit retourne à ce qu'il a toujours été : le formalisateur des usages et des échecs comptables, à ses formalisations (les sciences criminelles).</p> <p>Certes, il est texte et ne peut se contredire, mais là, s'arrête sa logique <i>formelle</i> scientifique.</p>	<p>1- L'analyse expertale psycho-trauma/victimologique, a besoin de normes pour <i>se donner du recul</i>, de l'évaluation et ne sacrifier ni la langue, ni la parole.</p> <p>La valeur de la parole exige d'être saisie, dans une <i>projection réflexive</i> et un quantum d'usages.</p>
<p>2- La psychiatrie, fut-elle criminelle (ou sinistre) ne peut plus imposer ses savoirs étiologiques, déjà bien défaits, par les analyses de troubles de la personnalité (<i>là où est son échec et ses limites de compétences</i>).</p>	<p>2- Les normes ordonnent des <i>étalonnages</i>.</p>
<p>3- Une autre tension vers le psychisme s'installe, un psychisme, qui ne suffit plus d'être circonscrit, dans un appareil à tout dire !</p> <p>Une tension immanente aux « nouveaux problèmes » que les changements sociétaux et leurs acteurs obligent à considérer autrement.</p>	<p>3- Les étalonnages doivent dresser des <i>cartes des résistances, des facilitateurs de changements, et leur seuil</i>.</p> <p>4- Et une <i>adaptation continue, des protocoles</i> de suivis psycho-traumatiques.</p>

2.2.3 La création de dispositifs d'observation et de protocoles des préconisations des agirs *infractionnels individuels ou en groupe* est rendu possible par ces nouvelles instances épistémiques.

Citons sans les développer :

- la bioscopie orientée sur les incidents subjectifs,
- le génogramme projectif,
- l'analyse criminelle séquentielle existentielle, les axiomes existentiels,
- les distinctions des temps « détectives » et des temps subjectifs,
- l'analyse proximale concernant les agirs *infractionnels*,
- l'étude des fantaisies *infractionnelles*, la notion d'Avatar dans l'analyse criminelle cyber pédopornographique,
- le Schéma Sociométrique *Infractionnel*,
- les facteurs facilitateurs et déclenchant des agirs *infractionnel groupaux, domestiques, urbains* ; les durées de vie des moments d'émeutes, leurs caractéristiques,

- les dynamiques criminogènes, des mouvements sectaires, dynamiques criminelles des agirs sectaires et terroristes, etc.
- postvention
- désistance
- réseaux, parrainage, etc.

De nouveaux protocoles psycho-victimologiques doivent construire un diagnostic aux doubles effets : judiciaires et réintégration de soi-même : une clinique à la fois judiciaire et somatique, thérapeutique et éducative.

Annexe 1 : Exemple de protocole psycho-victimologique de réquisition

1.1 Organisations de Personnalité et Commentaires

- Patrimoine : génogramme et relations de transmission
- Bioscopie : les rapports à la parentalité, fratrie, aux acquisitions, à la santé, aux autorités, à la sexualité, au soi-même comme confidence et intimité, à l'imaginaire, etc.
- Facteurs inter-dynamiques d'exposition et de protection de soi
- Analyse des risques.

1.2 Examen Psycho-victimologique

- L'avant scène infractionnelle subie. Contextes
- La scène infractionnelle subie. Réactions auto-observées quant aux faits, à soi-même et au présumé agresseur.
- L'impact direct, les modes de réactivités immédiats.
- L'après scène infractionnelle. Retentissements psychiques et sociaux. Modes de présence de l'entourage proche et connaissance des réactivités, à des faits similaires.

1.3 L'après expertise

- Commentaires et analyses qui vont être faits.
- Perceptions à moyen et à court terme, des réactions suscitées par le moment expert et ses significations.
- Commentaires sur les postures, qui vont être proposées par la victime pour elle-même, quant aux autres, en face de cette situation.

Annexe 2 : Notes

L'élaboration de ce texte doit beaucoup à quatre grands moments :

- L'incompréhension première devant les propos homicidaires, émis par des sommités académiques françaises, sur les questions relatives à l'autonomisation de la criminologie.
- La violence et la méconnaissance des effets de territoires (la fragmentation politique des savoirs), qui m'ont amené à faire l'hypothèse d'un Syndrome d'Aliénation Disciplinaire (SAD), sur le modèle de l'Aliénation Parentale (SAP).
- L'affirmation progressive d'Instituts spécialisés en soins victimologiques et la création, au sein des services de psychiatrie, d'espaces dédiés aux victimes et à la formation. Les volontés manifestes, officielles de donner des formations continues aux acteurs des scènes policières et de gendarmerie.
- Les 13 ans d'existence de la formation en Master 2 de Rennes 2, *Cliniques criminologiques et Victimologie*, dont le titre a pu varier selon les remaniements incontournables des politiques locales et nationales. Formation soutenue, d'abord, par la création d'un Institut de Criminologie et Sciences Humaines, puis par un GIS : CrimSo (criminologie et société), nourris et ressourcés par le Conseil Régional de Bretagne et la Ville de Rennes.

Bibliographie

- Baril M. (2002) *L'envers du crime*. L'Harmattan. Paris.
- Bazin N. (2012) *Le sentiment d'identité nationale à l'heure de la globalisation*. Thèse Université Paris Diderot. Dr S. Mijolla Mellor.
- Bourdieu P. (1972) *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Droz. Genève.
- Cario R., Herzog Evans, M., Villerbu L-M. (2011) *La criminologie, mythes et réalités*. L'Harmattan. Paris. Villerbu, Libres propos sur l'enseignement, la recherche et la formation en criminologie, en sciences sociales et humaines, pp.57-73
- Cario R. (2001) *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration du lien social*. Vol. Et II, L'Harmattan.
- Cario R. Mbanzoulou P. (2004) *La victime est-elle coupable ? Autour de l'œuvre de Ezzah Abdel Fattah*. L'Harmattan. Paris Villerbu L-M, pp.43-61- D'une formule embarrassante à une autre : l'interchangeabilité des positions d'agresseur et de victime. A propos de « la victime est-elle coupable ? »
- Coulon A. (1992) *L'école de Chicago*. PUF. Paris.
- Crocq L. (2007) *Traumatismes psychiques*. Masson, Paris.
- Douville O. (2009) *10 Entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Dunod. Paris.
- Durkheim G. (1897) *Le suicide*. Edit. 2007, PUF. Paris.
- Ferri E. (2004), préface Gassin R. *la sociologie criminelle*. Dalloz-Sirey. Paris.
- Foucault M. (2008) *Le Gouvernement de soi et des autres I.-II*. Gallimard, Paris,
- Gassin R., Cimamonti S. et Bonfils P. (2011) *Criminologie*. Dalloz. Paris.
- Garofalo (1987) *La criminologie*. Paris.
- Goldstein J. (1997) Console and classify. The french Psychiatric Profession in the nineteenth Century.) *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie français*. Collection les Empêcheurs de tourner en rond.
- Kédia M, Vanderlinden J., Lopez G. (2012) *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris. Dunod.
- Lacassagne A. (1898) *Précis de médecine pénale*. Stork. Lyon.
- Lombroso C. (1876) *L'homme criminel*. Alcan édit. (1887) Paris.
- Lopez G. Sabouraud-Seguin A. (2002) *Psychothérapie des victimes. Le traitement multi modal du psycho-traumatisme*. Dunod. Paris.
- Lopez G. (2012) *La victimologie*. Dalloz. Paris.
- Lopez G. (2013) *Enfants violés et violentés*. Dunod. Paris.
- Neuilly M.T. (2008) *Gestion et prévention de crises en situation post catastrophe*. De Boeck. Bruxelles.
- Niveau G. (2011) *Evaluation de la dangerosité*. L'Harmattan. Paris.
- Pignol P. (2012) *Le travail psychique de victime. Essai de psycho-victimologie*. Thèse Université Rennes2. Dr Villerbu L-M. 623p.
- Stefani G. Levasseur G. (1957) *Droit pénal et criminologie*. Dalloz. Paris.
- Strickler Y. (2009) *La place de la victime dans le procès pénal*. Bruylant. Bruxelles.
- Tarde G. (1890) *Les lois de l'imitation*. Version numérique.
- Villerbu L.M. Graziani C. (2000) *Les dangers du lien sectaire*. PUF. Paris.
- Villerbu L.M. (2003) *Dangerosité et vulnérabilité en psycho-criminologie*. L'harmattan. Paris.
- Villerbu et al. (2007) *Identification et sérialité*. L'harmattan. Paris
- Villerbu L.M (2009) Tourments et politiques. Les enjeux et les objets d'une criminologie contemporaine en sciences humaines. *Economies et Sociétés. Série Philosophie et sciences de l'homme*. Tome XLIII, n. 3, P-519-537
- Villerbu et al. (2011) Que veut la dangerosité ? (Congrès international du CIFAS, Montreux. in villerbu-crimino.fr)
- Villerbu L.M, Laurent C (2012) Dimensions psycho-criminologiques de la désistance. P.137-155.
- Mbanzoulou p. Martine Herzog Evans. *Insertion et désistance des personnes placées sous main de justice. Savoirs et pratiques*. L'Harmattan. Paris.
- Villerbu L-M (2012) Résilience et désistance en psycho-criminologie. La psycho-criminologie, le crime et le criminel. Coutanceau R. *Trauma et résilience*. Dunod. Paris
- Wemmers J. A (2003) *Introduction à la victimologie*. PUM. Montréal.

Prise en charge de la dysphonie et de l'aphonie psychogènes à travers la technique cognitivo-comportementaliste

Fatima Zohra BOUKERMA-AGHLAL* & Ouarda METREF**
* UMMTO, ** UMMTO & URNOP - Université d'Alger 2

Introduction

La voix est un véritable baromètre de la thymie d'un individu (c'est-à-dire de son moral), elle porte en elle le souvenir du vécu et peut exprimer, par sa dysfonction (aphonie ou dysphonie), un malaise de l'individu, qui appelle à l'aide et dit, par sa voix, ce qu'il ne peut exprimer par des mots.

La voix donne en temps réel, la couleur affective du discours. Elle renseigne sur la personnalité, sur l'état d'esprit du moment, elle parle au nom de la personne, qui est reconnue par sa voix et dont les émotions sont décodées, grâce à ses intonations.

Mais, si la voix exprime l'émotion, si elle révèle les traits de la personnalité, elle trahit également les pensées et les émotions, que le locuteur voudrait taire. Expression et trahison se combinent et le locuteur devra composer avec ce qu'il maîtrise de sa voix et ce qui lui échappe. Dire ou ne pas dire, seront conjugués par la voix au gré de l'état psychologique du sujet (enfant, adolescent, adulte ou personne âgée).

Cependant, il arrive que la maîtrise échappe au locuteur et que ce qu'il dit par sa voix chuchotée, caractérisée par l'affaiblissement, l'aggravation, la raucité ou les couacs ou encore une voix monocorde et détimbrée, ne soit pas suffisamment déchiffré, pour ramener un équilibre, dans sa vie et pour résoudre ses conflits internes.

1. Qu'est-ce que l'aphonie et la dysphonie psychogènes ?

Traditionnellement, les troubles vocaux, considérés comme ayant un lien avec des troubles psychologiques, étaient attribués à une libération affective sous-corticale, due à des états physiologiques d'urgence, conduisant à une altération du contrôle phonatoire et respiratoire. La dysphonie est la perte totale ou partielle de la voix. Parfois, elle fait suite à un surmenage vocal intense.

Mais, elle peut aussi survenir lors de traumatismes psychiques mal surmontés. On parle alors d'aphonie psychogène. Il existe des aphonies psychiques, d'origine hystérique, survenant le plus souvent après le traumatisme violent ou au cours de l'évolution d'un trouble névrotique. Selon Aronson, le dénominateur commun de presque toutes les aphonies et dysphonies psychogènes est la contraction trop violente des muscles extrinsèques et intrinsèques du larynx, en raison de leur extrême sensibilité au stress émotionnel.

Pour Le Huche, c'est celui de « voix impossible », ayant subi une transformation caricaturale, au point parfois de devenir inutilisable.

Pour Giovanni, la dysphonie psychogène est un phénomène qui entre dans une logique de « combattre ou fuir ». Les troubles de la voix ont un rôle de « soupape de sécurité », apaisant le conflit interne, au moins temporairement.

L'attention que porte l'entourage au sujet dysphonique est un gain secondaire. Butcher a souligné, en 1995, que l'aphonie dite psychogène ne correspondrait qu'à 5 % de cas d'« hystérie », en tant que pathologie psychiatrique. Les 95 % restants sont décrits comme des symptômes isolés et seraient le fait de processus conflictuels inconscients ayant des répercussions en avalanche.

C'est à partir de cette conception, que des solutions thérapeutiques comportementalistes, ont pu être proposées, comme celles de modifier la gestion du stress et de développer les stratégies de communication.

Ainsi, l'évolution de la dysphonie psychogène, dépend beaucoup de l'importance des conflits intrapsychiques, des bénéfices apportés par le trouble et de l'importance du stress. Le passage de l'aphonie totale à l'hypophonie, est un signe d'une amélioration.

Une prise en charge adéquate (psychothérapie cognitivo-comportementaliste) permet souvent au patient de retrouver sa voix.

1.1 Origines de ces désordres vocaux

Elles regroupent les heurts qu'une personne peut rencontrer dans une vie personnelle et professionnelle (rupture sentimentale ou conflit personnel, conflit professionnel et conflit familial).

1.2 Quel traitement pour ses pathologies vocales ?

La prise en charge souligne une démarche, qui s'intéresse à la personne, dans son ensemble et dans son projet de communication, qui se réfère au modèle tridimensionnel : Pensé, Action, Émotion et quand trouve dans les thérapies cognitivo-comportementales.

1.2.1 Qu'est ce que la psychothérapie cognitivo-comportementaliste ?

Elle est définie comme étant une thérapie individuelle ou collective, qui vise la modification d'un comportement, qui perturbe la vie d'un individu. Il s'agit d'un travail, qui se centre sur ce qui fait problème, directement et concrètement, à la personne en jouant sur trois axes complémentaires, émotion, comportement et cognition. Elle vise à orienter le patient vers une prise de conscience rationnelle de ses comportements pathologiques, en utilisant les ressources de l'activité mentale et psychique (pensée, mémoire, anticipation...), qui soutiennent ces comportements inadaptés, dans le but de les corriger et de changer les circonstances, au cours desquelles ils se manifestent et qui paraissent le déclencher ou l'entretenir, le désordre vocal étant l'expression d'une souffrance dans un cadre général. Il peut être l'objet d'interprétations diverses, par le psychothérapeute.

1.2.2 Rôle du psychothérapeute

La majorité des littératures, dans ces domaines, s'accordent sur le fait que l'aide que peut apporter le psychothérapeute s'oriente dans trois directions différentes :

1.2.2.1 Aider à libérer les émotions

Qu'elles soient agréables ou désagréables, les émotions sont une réaction affective naturelle face à ce que nous percevons. Sur le plan biologique, elles se traduisent par la libération de différentes hormones, dans l'organisme. Les émotions ont pour fonction d'être évacuées ; à défaut, quand nous n'y arrivons pas, nous élaborons inconsciemment des stratégies d'ajustement. Les émotions non libérées s'accumulent en nous, sous forme de toxines. À la longue, cela crée un état de stress qui se traduit par de l'angoisse ou de la dépression. La psychothérapie, elles créent un espace où les émotions peuvent s'exprimer librement. C'est le rôle du thérapeute, de repérer les émotions. La libération des émotions réprimées, crée un état d'apaisement intérieur et rend à la fois plus authentique et moins vulnérable, la voix.

1.2.2.2 Aider à changer les attitudes et les comportements

Pour trouver la solution d'un problème, il est utile d'en comprendre les causes ; nous avons, en nous, des réserves d'énergie, qui nous permettent de changer nos attitudes et nos comportements. Au cours de notre existence, nous prenons toutes sortes d'habitudes, des plus utiles aux plus nocives. Or, si nous avons acquis une habitude que nous n'avions pas au départ, il sera donc également possible de la perdre et d'en acquérir une nouvelle. Il est également important de bien évaluer ses propres capacités et d'agir de façon progressive et régulière. En dépassant nos douleurs initiales, nous prenons peu à peu de l'assurance. Ainsi, notre résistance et notre estime de soi, se renforce. Le travail sur nous même permet d'en atténuer les effets nocifs et de reconvertis l'énergie destructrice, en énergie créatrice.

1.2.2.3 Aider à mieux vous comprendre

Le fonctionnement de l'esprit revêt souvent un aspect mystérieux. Aussi, une des fonctions essentielles du psychothérapeute est-elle l'interprétation de ce qui nous échappe, en nous même. Nous comprendre nous même, c'est aussi comprendre notre histoire. Comprendre la façon dont on s'est construit soi-même, permet de sortir de la répétition et de changer, ainsi, le cours de son existence. Le thérapeute doit se centrer, non sur les contenus, mais sur les processus : les vivants ne sont pas vraiment déséquilibrés, mais en équilibration permanente.

Ainsi, le rôle du psychothérapeute est d'être un guide, un accompagnateur, un soutien. Il offre à la personne, qui le consulte, une aide, qui peut s'orienter dans trois directions : libérer les émotions, changer les attitudes et les comportements et/ou aider à mieux se comprendre.

Le psychothérapeute aidera son client à trouver, par lui-même, des réponses, grâce à une méthode, qui lui permettra de trouver ses solutions et réponses.

De l'ensemble des faits ci-dessus rapportés, il ressort que le thérapeute dans le cas de dysphonie et d'aphonie psychogène doit :

- Évoquer avec le patient la conscience de la composante psychogène de son désordre vocal.
- Chercher l'histoire de la maladie (événements familiaux et personnels).
- Aider le patient à reconnaître sa sensibilité émotionnelle même s'il évite cette mise en relation, entre son désordre vocal et la composante psychologique de celui-ci.
- Convaincre le patient que l'expressivité des émotions sera respectée et que retrouver la voix ne va pas supprimer l'expression de sa souffrance, mais permettre de la communiquer par d'autres moyens.

2. Vers une prise en charge standardisée

Le modèle des Thérapies Cognitivo-Comportementalistes se focalise sur trois dimensions du comportement :

- Le comportement visible par l'observateur ou comportement ouvert.
- Les pensées du sujet, ses cognitions.
- Les émotions accompagnant le comportement ouvert et les cognitions.

L'approche thérapeutique se focalisera donc sur les comportements d'évitement, les cognitions mal adaptées et les signes physiques, de l'anxiété.

La première composante du travail, visant l'anxiété, est un travail psycho-éducatif, qui permet au patient de comprendre la nature et les éléments constitutifs de la réponse anxiouse ; mieux, il est en mesure d'identifier et de discriminer les émotions, mieux il y fera face. Selon Daniel Goleman, il est possible, par la conscience et la maîtrise de soi, de comprendre, d'utiliser et de cultiver ses aptitudes émotionnelles, pour guider ses décisions, interagir adéquatement avec les autres, résoudre les conflits et atteindre ses objectifs personnels et collectifs.

Il est donc tout à fait utile et naturel de développer autant ses capacités physiques et intellectuelles, qu'émotionnelles de base. Nous pouvons le faire par une prise de conscience, par l'introspection et par divers exercices appropriés, répétés. Il est possible aussi de changer, de transformer ainsi, ses habitudes émotionnelles, pour le mieux.

Le mental est fort utile pour analyser et planifier, mais il peut aussi nous distraire, nous agiter, nous mener loin et aussi, nous perturber. Il se compose de pensées, d'images et d'émotions. Les premières le sont de mots et cet ensemble forme une phrase, qui elle, donne un sens et provoque une réaction soit neutre, soit agréable, soit désagréable, dans notre esprit. Certaines émotions négatives sont très vives, persistantes et destructrices, telle la colère, la haine et la culpabilité. D'autres, positives, nous font tant de bien telle la joie et l'amour. Nous sommes, en fait, des êtres conditionnés d'habitudes et ces habitudes sont devenues nos schèmes émotionnels et réactionnels, autant dans notre vie personnelle, que professionnelle. Les sensations ne passent pas inaperçues mais certaines, les premières, échappent souvent à notre conscience. Heureusement, il est possible de neutraliser, d'arrêter ou de rediriger le flux de ces pensées ou émotions et réactions ou les transformer pour un mieux-être pour soi et pour les autres.

2.1 Le cas de la dysphonie psychogène

Pour prouver l'efficacité de la prise en charge, il est important que la démarche ait une structure scientifique et utilise des données objectives. L'idée directrice, est qu'il convient d'organiser, avec objectivité, une stratégie thérapeutique bien raisonnée, envisageant, chacun, des moyens utilisables, en les associant ou en les faisant se succéder, dans le souci d'articuler le projet thérapeutique le plus efficace, pour le patient.

Dans le cas de la dysphonie, les questions que se pose le psychothérapeute sont :

- Est-ce que le patient a conscience du caractère de sa dysphonie ?
- Comment faire pour le changer et l'aider à devenir autonome dans la maîtrise de ses comportements (voix) ?

Pour cela, il propose un outil, qui permet de mieux comprendre ce qui se passe chez le patient, pour lui permettre de changer certains comportements inadaptés. Cette démarche se déroule en trois phases :

2.2 Observer et comprendre

Dans cette phase, le psychothérapeute a besoin d'un fil conducteur, pour définir les causes de la dysphonie ou de l'aphonie dont souffre le patient : Quand c'est arrivé ? Dans quelle situation ? Qu'est-ce qu'il a ressenti ?

Commençons par définir le comportement de dysphonie ou d'aphonie. Pour cela, nous allons partir d'un exemple concret, qui orientera le fil conducteur de la prise en charge.

2.3 Cas clinique

Il s'agit d'une jeune femme, qui souffre d'une dysphonie depuis trois mois et son entourage commence à s'inquiéter pour elle. Ne pouvant pas parler, elle se fait accompagner par sa fille qui raconte : « il ya deux mois, ma grand mère maternelle est morte, ma mère était sa préférée. Elle la pleurait souvent et pour un rien elle se mettait à crier. Avec le temps, elle était devenue très fatiguée, anxieuse et très agressive envers nous. Ceci, à la longue, froissa mon père, avec qui elle se disputait souvent. N'en pouvant plus, en pleine dispute, mon père lui avait dit : tu dois changer et t'occuper de ton foyer et de tes enfants comme toutes les femmes, sinon, il y a d'autres solutions. Depuis, on n'a plus entendu sa voix ».

Dans cette histoire, il ya deux éléments qui doivent attirer l'attention du thérapeute :

- La situation (la mort de la mère, la menace de l'époux).
- Le comportement (dysphonie).

Après avoir écouté la fille, le psychothérapeute cherche à savoir ce qu'en pense la concernée. Ne pouvant pas parler, il lui demande d'écrire sur un papier sa façon de voir les faits responsables de son état.

Après analyse : suite aux dires de l'époux (situation), la patiente a ressenti de la colère (émotion), elle a pensé, que puisque sa mère est décédée, elle est sans défense. Son époux se permet de la menacer, de trouver une autre solution (pensée), en la comparant à d'autres femmes « il a l'intention de me changer » écrit-elle. Avec ce type d'enchâinement (situation-émotions-pensées), il lui est difficile de réagir, autrement que par la dysphonie.

Chaque événement de vie que nous vivons est traduit, par le cerveau, sous forme émotionnelle et cognitive (les cognitions sont les pensées, les images ou les croyances que nous avons sur nous et sur notre univers, à un moment donné de notre vie).

Emotions et pensées sont le fruit de notre apprentissage de la vie. En fait, ces émotions engendrent toute une série de pensées automatiques (on parle de monologue intérieur), qui vient créer des cercles vicieux, avec les émotions (chacun renforçant l'autre) et provoque l'emballement du comportement : dysphonie ou aphonie.

Le meilleur moyen d'apprendre un nouveau comportement est de s'arrêter, chaque fois que nos comportements entraînent des conséquences négatives, pour essayer de trouver et de comprendre :

- Quelles sont les émotions que nous ressentons ?
- Quelles sont les pensées que nous avons ?

Selon la situation citée, dans l'esprit de la mère, ce n'est pas la mort de la grand mère qui a provoqué la dysphonie (puisque nous mourrons tous un jour), ni la menace de l'époux, telle qu'elle a été présentée, de la situation, à ce moment précis. L'idée centrale des thérapies comportementalistes et cognitives est que, pour pouvoir nous changer, il nous faut d'abord mieux nous comprendre : savoir précisément ce que nous ressentons et ce que nous pensons, pour ensuite, modifier nos pensées et en faire évoluer nos émotions et parvenir à apprendre, un comportement différent.

À cet effet, on pourra conclure que les émotions sont, avec les pensées, responsables du comportement que l'on peut avoir (dysphonie). Apprendre à les reconnaître et à les repérer est

indispensable pour la première partie de la thérapie et pour cela, il faudrait les noter. Prenez le temps de lire et relire et faîtes des liens avec votre propre cas personnel, pour mieux comprendre.

À titre d'exercice, on propose de travailler sur quelques exemples simples : Imaginer que vous êtes dans cette situation et pour chaque situation, préciser :

Situations vécues	Émotion ressentie	Pensée /représentation	Comportements
Votre entourage se moque de vous			
Vous parlez à votre mari, il vous ignore			
Votre belle mère vous harcèle			

2.4 Expérimenter pour changer

Dans la deuxième phase, pour chaque émotion repérée dans une situation donnée, noter le plus en détails possible, les pensées, qui sont associées, en essayant de repérer, au moins trois pensées successives, pour chaque émotion.

Ce sont les enchaînements de pensées, qui conduisent aux pensées automatiques négatives (PAN), sources de la grande majorité de nos difficultés.

Pour évaluer l'intensité des pensées, on estime l'intensité de la croyance qu'on accorde à chaque pensée. Exemple : à 0 = je n'y crois pas du tout, à 10 = j'en suis intimement convaincu (e).

Après avoir appris à repérer nos émotions et nos pensées automatiques, dans certaines situations précises, nous devons simplement :

- Décrire le plus précisément possible, la Situation qui nous pose problème.
- Décrire nos émotions, nos ressentis, durant la situation étudiée.

Pour cela, il nous faut respecter 3 règles :

- **Être le plus précis possible** : la première émotion ressentie (colère, anxiété culpabilité...) : il est très important de noter les différentes émotions successives.

- **Évaluer l'intensité de chacune des émotions décris** : mettre une note à l'intensité ressentie sur une échelle allant de 0 (pas d'émotion) à 10 (émotion la plus forte que j'ai jamais ressentie). Ce travail permettra de prendre un peu de recul, par rapport aux émotions (évaluer l'intensité de sa colère participe à sa réduction).

- **Classer vos émotions** : il faut comprendre quel est l'impact de vos émotions, sur votre Organisme.

Pour cela, il nous faut d'abord revenir à une définition simple et pragmatique d'une émotion. On peut considérer que l'émotion est, en fait, la somme entre une réaction physiologique (la réaction de l'organisme) et une analyse faite par le cerveau.

- **Réaction physiologique** : soit de stimulation, soit de frein. Ainsi, par exemple, votre Cœur ne peut qu'accélérer ou ralentir.

- **Analyse faite par le cerveau** : c'est l'analyse, qui va déterminer si l'émotion est positive ou négative (agréable ou désagréable).

Avec cette définition des émotions, nous pouvons considérer qu'il existe 4 types d'émotions différentes :

Analyse de cerveau	Réaction physiologique de stimulation	Réaction physiologique de frein
Émotion agréable	Plaisir, joie...	Calme, relaxation...
Émotion désagréable	Colère, peur, anxiété...	Mélancolie, tristesse...

Sur la base du tableau, vous pourrez classer vos émotions et comprendre dans quelle case vous vous positionnez prioritairement. Quel est le type d'émotions dominant, pour vous, dans cette situation ?

2.5 Analyser les émotions et commencer à les changer

Cette phase représente la partie centrale des thérapies cognitives, à travers laquelle on apprend à changer ses pensées. Ces pensées sont automatiques et sont en lien avec les émotions. Le problème des pensées automatiques, est non seulement qu'elles s'imposent à nous, comme des certitudes, mais qu'en plus, nous y accordons un pourcentage élevé de croyance.

Emotions	Pensées automatiques
Colère	Avec tout ce que j'ai vécu avec lui, il n'est même pas reconnaissant
Anxiété	J'ai peur qu'il s'entête et me menace de divorce
Culpabilité	Je ne m'occupe pas assez de mes enfants et de lui

Plus nous croyons, par définition, nos pensées réalistes, plus nous aurons le même comportement. Notons que ce qui est vrai pour les pensées négatives, l'est aussi pour les pensées positives.

La thérapie cognitive a pour but de restructurer nos pensées, non pas en fonction de ce que nous ressentons, mais, plutôt, en fonction de la réalité. Il s'agit, pour rester simple, de placer, en face de chaque pensée automatique, une pensée plus réaliste.

Pensées automatiques	Pensées réalistes
Avec tout ce que j'ai vécu avec lui, il n'est même pas reconnaissant	Il a raison de se comporter comme cela, j'ai exagéré dans le laisser aller
J'ai peur qu'il s'entête et me menace de divorce	Rien ne prouve qu'il pense à cela, je me fais des idées
Je ne m'occupe pas assez de mes enfants et de lui	Si je m'étais occupé de mes enfants et de lui, cela m'aurait évité ce problème

Ce travail est d'autant important, pour évaluer les pensées Automatiques Négatives, qui bloquent toute évolution possible (je n'ai jamais de chance ... j'ai toujours tout raté dans ma vie). La technique consiste à analyser chaque pensée automatique et à la confronter à la réalité, en répondant, par écrit, à la question : est-ce logique ou réaliste de se dire cela ?

Ce travail permet de mieux observer et de commencer à ébranler les croyances que nous avons, dans nos pensées automatiques, négatives. Pour chaque pensée automatique, il faut écrire une pensée alternative, dans la colonne Pensée Réaliste. Remarquons, au passage, qu'il existe un certain nombre de pensées, qui sont spontanément réalistes et adaptées à la situation. Après de nombreuses répétitions, nous verrons, progressivement, les pensées réalistes prendre une place plus grande, voire de plus en plus importante. Nos émotions deviennent, alors, plus stables.

L'intérêt de ce travail, c'est qu'il ouvre des perspectives inattendues, chez chacun de nous. Si nous observons les pensées automatiques et réalistes du tableau ci-dessus, nous nous apercevrons que cette femme est exigeante en elle-même. Elle s'attribue la responsabilité de ce qui arrivera. Plus elle se sent responsable des autres, plus elle court le risque d'échecs répétés. Il lui faut donc apprendre progressivement, à changer, se faire confiance, changer ses comportements et devenir un peu moins indispensable aux autres.

Après avoir rempli la colonne (pensées réalistes), vous devez revenir aux émotions, pour procéder à une nouvelle évaluation de vos émotions (de 0 à 10). Si ces dernières sont d'une intensité moindre, c'est la preuve que vous avez réussi à ébranler vos pensées automatiques négatives et que vous y croyez déjà moins fort.

2.6 Automatiser et revivre

Il est indispensable de procéder, de manière répétitive, à l'analyse de nombreuses situations-problèmes, afin de Confirmer le type d'émotions, habituellement déclenchées, dans une situation donnée et réduire progressivement leur intensité :

- Identifier les Pensées Automatiques Négatives qui vont rapidement se révéler répétitives et peu nombreuses (deux ou trois au maximum et toujours les mêmes, quelles que soient les situations étudiées).
- Rendre de plus en plus facile et automatique la confrontation des PAN et la localisation des pensées réalistes.
- Être capable de réagir de mieux en mieux, en situation et de commencer à contrôler ses émotions.
- Repérer de plus en plus facilement d'autres comportements et les tester.

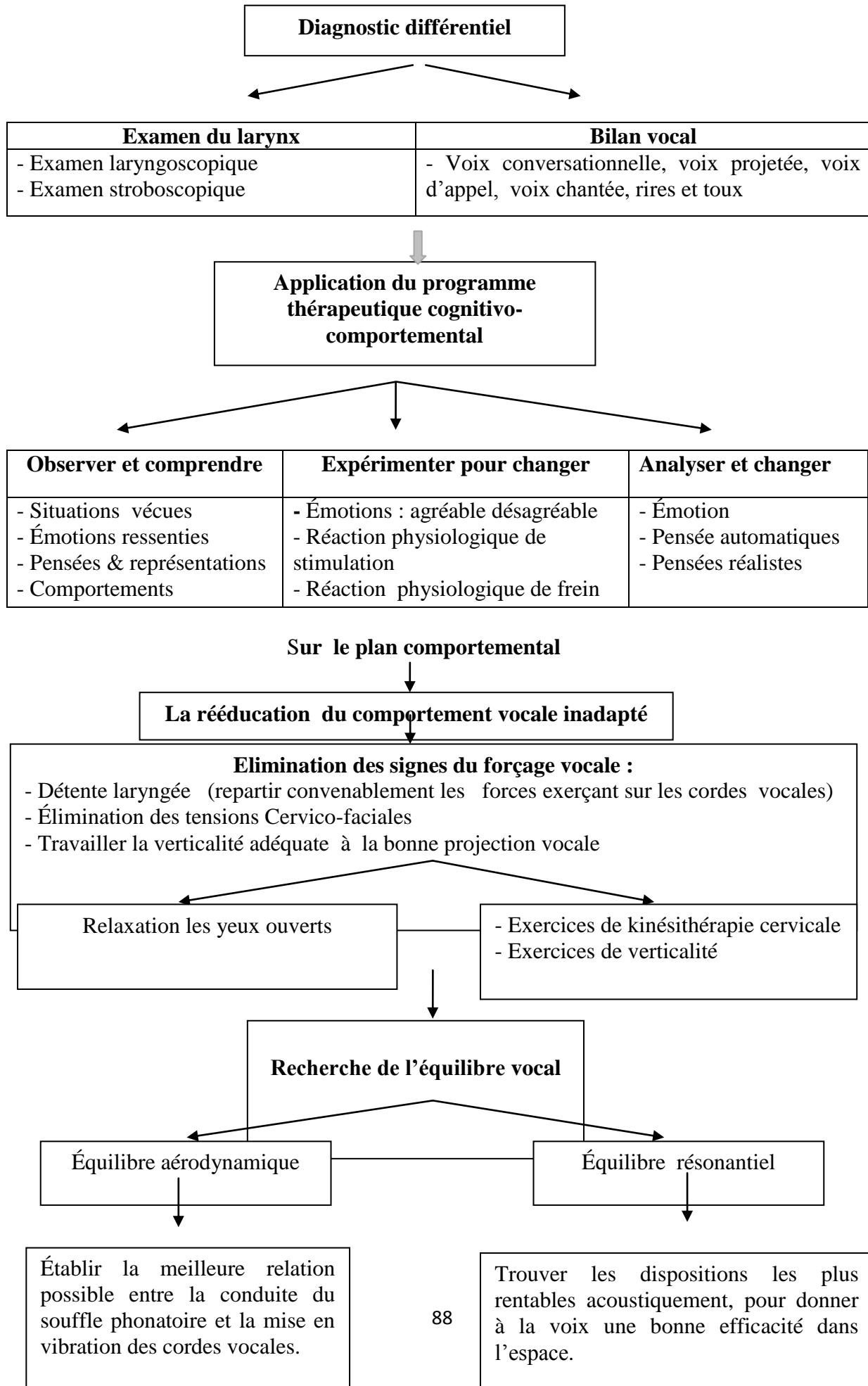
De cette manière, vous aurez toujours tendance à avoir prioritairement vos pensées automatiques, mais vous pourrez, en même temps, retrouver les pensées réalistes, associées et donc, ne plus vous laissez entraîner, mais choisir les comportements les plus adaptés.

Ainsi, il ne faudra jamais oublier que :

- Ce n'est pas la situation qui pose problème, c'est la représentation que l'on s'en fait.
- On ne peut changer que ce que l'on connaît.
- Toute émotion finit toujours par s'apaiser.
- Plus de la même chose donnera toujours plus du même résultat.
- On ne peut réussir que si l'on a tenté.

À cette psychothérapie, s'ajoutent des exercices de sensibilisation, aux manifestations vocales émotionnelles et de jeux vocaux, afin de libérer le plaisir et le désir de voix, dans le but d'atteindre et de réaliser un désir de dire.

3. Synthèse du Schéma thérapeutique de la prise en charge



Conclusion

De l'extérieur, ce parcours peut sembler idéal, voire utopique et réservé à certaines personnes privilégiées, capables d'y adhérer, suffisamment évoluées, pour l'appliquer, désireuses de se rendre autonomes et qui possèdent les ressources pour le faire. De l'intérieur, il n'est rien. Chaque personne, quels que soient son âge, son niveau social, intellectuel, la gravité de sa pathologie, devient rapidement capable d'analyser, de sentir, d'agir sur son geste vocal et de se rendre responsable de sa voix, à condition que le thérapeute s'adapte parfaitement à son style, qu'il vérifie continuellement, si ce qu'il dit, fait et propose est bien compris et assimilé en trouvant les mots pour communiquer son savoir, son savoir-faire et son savoir-être, qui vont susciter le désir de changer et la capacité de le faire.

Bibliographie

- 1- Amy De La Bretagne B., L'équilibre et le rayonnement de la voix, 2^{ème} édition, Solal, Marseille, 2011, 109 p.
- 2- Aronson A. E., Les troubles cliniques de la voix. édition Masson Paris, 1983, 265 p.
- 3- Chasseigne G., Cognition, Santé et vie quotidienne, Volume 3, édition Publibook, Paris, 2009, 182 p.
- 4- Coleman Bennett T., L'alchimie des émotions, édition, Robert Laffont, Paris, 2002, 565 p.
- 5- Dinville C., Les troubles de la voix et leur rééducation, Masson, Paris, 1978, 233 p.
- 6- Le Huche F. & Allali A., La Voix, Tome 2, 2^{ème} édition, Masson, Paris, 2010, 159 p.

أهم الأساليب المعرفية السلوكية المتبعة في علاج الإكتتاب

Boualem GACEB
URNOP - Université d'Alger 2

مقدمة

يعود التسلسل التاريخي لمكونات العلاج المعرفي السلوكي إلى الفلسفة، وبعدها علم النفس باعتباره علماً استقل حديثاً عن الفلسفة. فالتصور الأساسي في علم النفس المعرفي cognitive psychology - نظرة الفرد للعالم من حوله، بحيث تكون حسب الخبرات التي اكتسبها في حياته. كان مصدره التفكير الفلسفي الإغريقي مثل مفهوم "أفلاطون" Plato's "عالم المثل" Ideal Forms (Leahy, 1996)، حيث كان يرى أفلاطون أن هذا العالم موجود بين العقل وما هو مقدم كحقيقة في هذا العالم. كما أن الفلسفة في القرن 17 و 18 بنا نظرتهم عن العالم من خلال الفكرة القائلة أن "العقل يحدد الواقع" mind determines reality. وهذا ما توصل إليه "ديكارت" خصوصاً من خلال مفهومه القائل "أنا أفكّر، إذًا، أنا موجود" I think, therefore I am، وفكرة إيمانويل كانط "العقل يصنع الطبيعة" mind makes nature (Collingwood, 1949).

أما في علم النفس الحديث، جاءت المقاربات المعرفية كرد فعل على النظرة الضيقية لعلم النفس السلوكي، التي لم تُعنى بأهمية العمليات المعرفية الداخلية. حيث اعترض ألبرت باندورا Bandura's (1969) على مبادئ السلوكية الكلاسيكية وأشار إلى أهمية العمليات المعرفية الداخلية في تغيير وتعديل السلوك (Albert Bandura's, Classic Work *Principles of behavioral modification*). أما ألبرت إلليس Ellis's Rational-emotive Therapy (الأفكار تتحكم في المشاعر والأحساس: Ellis and Harper, 1961) ويعتبر هذا المفهوم الذي جاء به ألبرت أصل قيام النظرية المعرفية الحديثة (Arnkoff and Glass, 1992). بهذا، اعتبرت أعمال "إلليس" كبداية وتمهيد لأعمال "أرون بك" الذي يعتبر دوره من مؤسسي هذا النوع من العلاج النفسي وتطويره (Leahy, 1996 ; J.Beck, 1995 ; Arnkoff and Glass, 1992). حيث تجلت أعمال بك depression Beck انتلاقاً من أعماله التي أجزّها حول الإكتتاب (A.Beck, 1963, 1964) university of Pennsylvania والتي استلهمها من نظرية جورج كيلي الخاصة باضطراب التفكير في علاج الإكتتاب.

ومن خلال الدراسات السابقة تبين أنه (Harvey Milkman, Kenneth Wanberg, 2007) عندما يؤدي التغيير المعرفي إلى التغيير في السلوك والنشاط، هذا يؤدي إلى المشاعر الجيدة sense of well-being التي تؤدي إلى قوة strengthens التغيير في الأفكار وهي بدورها تؤدي إلى قوة التغيير في السلوك. ومنه، أصبحت البحوث تتعامل بصفة أكثر وتهتم بالتأثيرات التي يتركها العلاج المعرفي السلوكي، عبر مجال المحيط العلاجي وكذا الشعوبية التي أصبح يكتسبها من طرف الباحثين والمعالجين النفسيين، حيث أصبح استعمال هذا النوع من العلاج شائعاً من خلال العالم كله، من طرف مصالح العناية الصحية والعمومية، وبالتالي في الولايات المتحدة الأمريكية، كندا والمملكة المتحدة، أستراليا وشمال أوروبا.

أهم الأساليب العلاجية السلوكية المعرفية المتبعة في علاج الإكتتاب

1- التمارين السocraticية في مواجهة الإكتتاب Socratic Exercise

المقصود بها هو البحث في الأسئلة التي تدعم ذات المستوى العالي من درجة تناقض legitimacy contradictions raises questions المعتقدات الإكتتابية وتدحض شرعيتها

مثلاً : إذا فكرت بأنك لا تستطيع القيام بأي شيء على الوجه الأصح، تعكس هذه الفكرة وتركت على الذي أجزته على النحو الصحيح. وانطلاقاً من المعتقدات الإكتئابية التي تجعلك ترى أنك عاجز، تبدأ تنظر في الإستثناءات. مثلاً: هل تستطيع أن تفكّر؟ هل تستطيع جمع 1+1 لتحصل على 2 ؟

2- مواجهة أفكار الإكتئابية Confronting your Depressive Thoughts

لما تنشط الأفكار الإكتئابية، يمكن أن تجد نفسك تربط فكرة سلبية بأفكار أخرى. افترض أنك تعتقد مثلاً أنك فاشل، لا تستطيع إنجاز أي شيء صح، وأنك سوف تبقى بائساً ومكتئباً لبقية حياتيك. انطلاقاً من هذا، يمكنك أن ترتب هذه الأفكار المشتركة بربطها بالافتراض الأولي primary premise، الافتراض الثاني secondary premise، ثم النتيجة. ولكي تؤسس هذه الترتيبات، كل ما تحتاجه هو وضع المعتقدات في النتائج التي تنشأ عنها منطقياً. هذه الترتيبات تحدد الأرضية لمعالجة كل مرحلة.

3- مواجهة الأفكار المشوهة Distortions Thoughts

يرى "بك" كذلك أن الإكتئاب يتضمن أفكار مشوهة عن الذات، المستقبل، والمحيط. ودعى هذه الأفكار الثلاثة المشوهة (أخطاء التفكير) **بالثالوث المعرفي the Cognitive triad** (Beck, 1976). موضوع الثالوث المعرفي يحفز أوتوماتيكياً تبعاً للحدث المثير triggering event. وقد رأى بك أن هذا الثالوث من المعتقدات الضمنية يبقى كامناً إلى غاية أن يستثار. فالمثيرات الضمنية include، لكن غير محددة بالأحداث المثيرة المتعلقة بالشخصية التي تذكر الفرد بخبرة ماضية مؤلمة. فبدون التعرف والمواجهة Challenged فإن الثالوث يمكنه أن يمتد ويتطور إلى اكتئاب.

4- النموذج المتعدد المناحي في التغلب على الإكتئاب A Multimodal Way to Defeat Depression (نموذج لازاروس 1992، BASIC-ID)

لقد ابتكر البروفيسور "أرنولد لازاروس" أنagram (BASIC-ID) الذي خصه لمواجهة الإكتئاب، وهذه الحروف الرمزية تدل على ما يلي: Affect=A وهي السلوكات (مثلاً: الإجتناب، الفرار من الروتين)؛ Behavioral=B وهي العواطف والانفعالات (مثلاً: السعادة happiness، الإحباط)؛ Sensations=S وهي الأحاسيس والمشاعر (مثلاً: الشعور ب الضغط، التعب، الأسى ، الإسترخاء، البرد، الحرارة، البلادة والخمول)؛ Imagery=I وهي الصور العقلية (مثلاً: التخيلات والأوهام، الأحلام، وصورة الذات Self-image=C)؛ Cognitive=Interpersonal=useless ("useless")؛ وهي الأفكار والمدركات (مثلاً: أنا عديم الجدوى)، وهي العلاقات بين الأشخاص (مثلاً: إدارة العلاقات في العمل، البيت، أو في مكان آخر)؛ Drugs=D وهي العقاقير والأدوية المستعملة (مثلاً: تقييم الأدوية المضادة للاكتئاب، السلوكات التي تحد من إساءة استعمال الأدوية النفسية والتبغية لها).

يرى لازاروس أن الإدراك يتغير، حيث يشتمل على عملية التصحيح في مواجهة السلوكات الذاتية، الإختلال الوظيفي للعواطف Dysfunctional Affects، مشاعر Troublesome Images، صور مزعجة unpleasant Sensation، معارف Troublesome Cognitive distortions، صعوبات في العلاقة مع الأشخاص ومدركات مشوهة Biochemical Interpersonal Difficulties، وبإمكان كذلك حدوث اختلال بيوكيميائي

يمكن استخدام نموذج (BASIC-ID) لازاروس المتعدد المناخي في تحديد عناصر إكتئاب وفرض التغيير change prescribing. فالاكتئاب كثيراً ما يشتمل على التفاعل بين اثنين أو أكثر من عناصر النموذج (BASIC-ID). كان هدف لازاروس هو خلق حالة بواسطتها يمكن أن يعدل الأفراد من الدافع للإكتئاب المتعلق بالأعراض الإكتئابية ويمكنهم أن يقروا أنفسهم من الإنكasaة. إذاً، كل هذه النماذج المذكورة تترافق وتفاعل فيما بينها. فالغضب مثلاً في حالة الإكتئاب، يمكنه أن يشتمل على صور سلبية negative images، اعتقادات خاطئة dysphoric sensations، أحاسيس البلادة والخمول misconceptions، الصراع العلائقي Alcohol Interpersonal Conflict، والإساءة في استعمال الكحول abuse.

5- أسلوب A-B-C في الحد من أفكار اليأس ABC Method for Defusing Hopelessness Thinking

يمكنك مساعدة نفسك في الحد من التفكير اليأس من خلال ممارسة بعض الأشياء. وكأول نشاط تقوم به، يمكن في الرفع من مستوى مسألة أفكار اليأس والبحث عن الأدلة الأساسية الواقعية fact-based answers. هذه العملية يمكنها أن تقود إلى توليد الشعور بالارتياح من خلال هذا الشكل من التفكير.

الخريطة المجدولة التالية تظهر كيف أن الالتزام بنموذج ABC counteract يُبطل التفكير اليأس ويزيد من حظوظك في تنمية الإحساس الحقيقي للتفاؤل:

7 - الجدول

<p>الحدث النشط activating event (الخبرات): الظلام يضر بالمزاج باستمرار</p> <p>المعتقدات العقلانية المتعلقة بالحدث : المزاج المكتئب غير سار، يُحول الانتباه، ويُكبح. أفضل أن أشعر أكثر أنني مختلف. لكن المزاج هو ما هو عليه، وأنه سوف يستمر حتى النهاية.</p> <p>التابعات الانفعالية والسلوكية الناجمة عن المعتقدات العقلانية : الإحساس بالتفكير الفلسفى والهوى الانفعالى مقابل مشاعر الضجر الغير سارة التي تحدث عن الخبرات. التفاؤل الحقيقى بأن الاكتئاب سينقضى حتما.</p> <p>معتقدات اليأس اللاعقلانية : "لا أستطيع أن أقاوم هذه المشاعر. سأعاني للأبد. الأشياء سوف لن تغير. سوف لن أحسن أبداً. أنا هالك".</p> <p>التابعات الانفعالية السلوكية الناجمة عن معتقدات اليأس اللاعقلانية : اضطراب المزاج. اضطراب المواقف والحالات المتعلقة به. التنبؤ الأسوأ the dire predictions يمكن أن تؤدي إلى الشعور بضياع الأمل. ومنه التعمق في الاكتئاب وعدم القدرة على السيطرة على الهيجان.</p> <p>مجادلة معتقدات اليأس الغير عقلانية : (1) رغم أن المشاعر lingering feeling الإكتئابية يمكن أن تشعرني بالظلم، لماذا لا أستطيع أن أقاوم ما لا أريده؟ جواب نموذجي : يمكنني ذلك لكن لازلت لا أحبذ الحالة التي أنا فيها. (2) ماذا أفعل عندما أحذث نفسي أنا الإكتئاب سيستمر إلى الأبد؟ جواب نموذجي : لا يوجد أي هدف ذو فائدة من جعل القضاء والقدر حتمية غير قابلة للتغيير. هذه الوضعية ستستمر إلى أطول مما أود. أنا لست في وضعية للتنبؤ بكل الحظوظ والفرص لكافحة المعتقدات الإكتئابية. (3) ما هو الشيء الذي سوف لن يتغير أبداً؟ جواب نموذجي : "إلى الأبد" فترة طويلة. الكثير من الأشياء بإمكانها أن تحدث بين الآونة والأخرى. هل يمكن أن تتغير تصوراتي من خلال معلومات جديدة ومع مرور الوقت؟ (4) ما الدليل والبرهان على أنني أقرأ ما سيحدث مع بعض الأفكار التي لا يمكن لا إنجازها ولا أن تجلب لنا الأفضل؟ جواب نموذجي : الخرافية المرتبطة بالعقل تروي الواقع. حضورها يمكن أن يكون حقيقة، ما الذي يمكن أن تقدمه يمكن أن لا يكون أكثر من الواقع المختلف. (5) ماذا أقصد بـ"مقدار على هذا"؟ ما الناحية التي سأكون فيها هالكا مقضيا على؟ هل بإمكانى البرهنة على نظرية القدر إلى أبعد من الشك المنطقي؟ أيمكنني أن أظهر العالم الذي يمكن أن لا يكون مستثنى من هذه النظرية؟ جواب نموذجي: القدر هو شكل من التفكير الإكتئابي المتطرف. مثل الحير بإمكانه تلوين الماء، يمكن أن يضفي الضبابية على الموضوع. رغم أن التفكير بالحتمية يمكنه أن يغير من لون الموضوع، فإن التنبؤ التشاومي يضفي الحساسية على الموضوع.</p> <p>تأثيرات المجداله: "التخلّي عن أفكار اليأس" Abandon hopelessness thinking</p>
--

7- اثنا عشرة (12) خطوة للتغير الإيجابي

عندما تصاب بالإكتئاب، يكون من الصعب التفكير في خطوات إيجابية. يمكن أن تشعر أنه ينقصك ما يكفي من الطاقة للتفكير فيما تفعل للتغيير. لكن يبقى مع ذلك بعض الخطوات لتحسين المزاج، وهي من أحسن الخطوات. لكن قبل التحدث عن هذه الهدوات، هناك ثلاثة أفكار مساعدة، تتمثل في: كون الإكتئاب عبارة عن فترة محددة؛ النشاط أو الحيوية دواء للإكتئاب؛ وأن الأفكار الإكتئابية هي حالة عقلية وليس واقعاً محدداً.

إذا، هذه الخطوات الـ12 التي نحن بصددها تستخدم مع مختلف أشكال الإكتئاب، وهي: أن تضع تأكيدات على أنك سوف تجتنب في الحال، الورق في شراك المصيدة العقلية المتعلقة بالتفكير الإكتئابي من خلال مراقبة الحديث الذاتي self-talk وتحدد وتحارب الأفكار الإكتئابية؛ حاول الالتحاق بنادي صحي وأجبر نفسك على التمرن على الأقل 5 دقائق في الأسبوع، لأن هذا يساعدك على قطع الحلقة الإكتئابية والتغلب على التعب والتحسين من مستوى التركيز؛ رغم فقدان الشهية أجبر نفسك على تناول حمية أو نظام غذائي متوازن؛ حاول

صباحك الباكر عندما تستيقظ إلى صباح إيجابي من خلال استغلال الفترة الصباحية ما بين الرابعة والتاسعة صباحاً، في كتابة كتاب عنوانه "أفعله الآن" do it now: كيف يمكنناك القضاء على عادة المماطلة procrastination. حتى وإن تجد أن هذه الكتابة مملة تشعرك وكأنك غارق في مستنقع، لكن أجب نفسك على الإلتزام، أن ترکز، وأن تستمر وتثبت؛ كذلك، أعمل على إدامة علاقات جيدة مع الأفراد والبحث عن الفرص التي تجعلك بين الناس؛ قم بالضغط على نفسك لحل الصراعات وقهر الصعوبات التي تنشأ قبل أن تتعقد وتتأزم؛ حاول أن لا ترهق نفسك في التفكير في موضوع النوم المقطوع ويستحسن استخدام تقنية الاسترخاء العضلي لـ"جاكوبسون" jakobson's muscular relaxation technique عندما لا تتمكن من العودة إلى النوم؛ حاول التركيز على الأولويات الرئيسية والهامة وقلل من التركيز على الأولويات الثانوية أو الغير هامة، في نفس الوقت، حاول عدم إرهاق نفسك عندما تكون طاقتكم متدينة؛ تأكّد من خروجك في ظل يوم مشمس ومشيت حوالي نصف ساعة وشعرت ببرودة المنظر؛ حاول يومياً أن تجد أو تحصل على شيء لم يسبق لك وأن رأيته أو تحصلت عليه من قبل، هذا بالطبع يساعدك على تحويل تركيزك من المزاج المكتئب إلى الأحداث الجديدة أو الغير مألوفة لديك؛ حاول أن تخطّط يومياً لتغيير الروتين (تغيير عقش الغرفة مرة على مرة)، وللقيام بالتغيير يتطلب منك القيام بخطوات، فكر في الخطوات يوماً قبل تنفيذها، سير نفسك من خلال خطوات عقلانية، ثم حينما تحين ساعة الإنجاز، قم بالسير على تلك الخطوات الفعلية؛ وأخيراً حافظ على مستوى عالٍ من الثقة والاطمئنان حول خطتك وابقى على ذلك المنوال.

8- طريقة الإقرار اليومي Daily Gratitude Technique

لقد اقترح المعالج النفسي "جيم بيرن" Jim Byrne تمارين قصد تحويل نظر الفرد من التفكير الإكتئابي الداخلي إلى وجهة نظر أكثر توازناً وسماها الإقرار اليومي وهذه الطريقة، يمكن أن تجرب بنجاح فائق مع المجموعات الفرعية للأفراد المكتئبين subgroup، وعن طريق الإقرار يمكن أن التخفيف من الألم والأسى الناجم عن الإكتئاب. إن تمارين تحويل النظر لـ"بيرن" تنقسم إلى مراحل والتي يمكن أن تعمل على المنوال التالي: "عند نهاية كل يوم، دون ثلاثة أشياء قد حدثت معك وقد كنت ممتناً كثيراً نتيجة ذلك، وأشياء أخرى، مثل: شروق الشمس، غروب الشمس، طعم العسل، رائحة الخبز الطازج، وجميع الأشياء التي يمكن أن تحول إلى شعور بالإقرار والامتنان لديك".

كذلك، التعرف على الأفراد الذين كان لهم الفضل عليك أو ساعدوك أو تعاملوا معك بلطف. عبر لهم عن امتنانك لهم. هذا يجعلك تشعر بكل بساطة بالفرق، لأن تقول مثلاً: "أنا قادر..." أشكركم على...". أو "أحب عندما...". يمكن لمثل تلك التصرفات الصغيرة المعبرة أن تحول نظرك بما يحدث معك من مشاكل حياتية إلى مساعدة الآخرين، وهذا ما يمكنه أن يحدث الفرق.

إذا، بما أنه من طبيعة الإكتئاب أن الإهتمام الفردي يوجه داخلياً، يبدو كل من العالم الداخلي والخارجي عالماً كثيراً. يمكن لتقنية بين الثانية في الإقرار اليومي أن تساعدك على تحويل تركيزك عن السلبية انطلاقاً من الإقرار بالمنح أو الهدايا الخارجية.

9- تقنية أفعله فقط "Just Do It"

يأمل في غالب الأحيان المتشائمون في أنهم سوف يخرجون من الحياة الإكتئابية الماضية، والكثير من هؤلاء يرغبون في ترك الهبوط اللوبي للإكتئاب يأخذ مجرى دون انقطاع. إن هذا الانتظار الوهمي لقديم اليوم المفضل، يؤدي غالباً إلى زيادة الإحساس بالعزلة والوحدة. وكبديل لذلك، اقترح "هيلر" تقنية " أفعله فقط " just do it technique

في العمل دون إلهام أو عامل ملهم، إن تقنية "افعله فقط، حتى ولو كنت لا تريده ذلك، من التقنيات الهمة والبارزة التي تطبق بتقنية المماطلة procrastination technology للإبطال العملية الافتتاحية. كما توفر هذه التقنية خمس فوائد على الأقل هي كالتالي:

- سوف تمنحك خطوات لاجتناب أن تصبح مشوشة Overwhelmed وبالتالي، سوف يكون لديك القليل من الأشياء المتعلقة بالماضي والتي تستدعي حضور الإكتئاب الآن.
- يظهر لك أنك لست في حاجة للشعور بأنك ملهم بمتابعة ما هو مفيد للقيام به.
- تقبل فكرة أن هناك بعض النشاطات التي لا يمكن أن تجلب لك المتعة ويمكنها أن تكون ضد الأفكار التي تنتظر أن تشعرك بالإلهام قبل القيام بالأفضل.
- ومع الوقت، سوف تعمل على تقبل أن التأثير الجانبي لهذا النوع من العلاج أقل بعدها من التأثيرات الناجمة عن الهبوط الحلزوني للإكتئاب. أيضاً مع إمكانية غياب المتعة في البدء مع التغيير، وذلك على الأمد الطويل، هذه العملية بإمكانها تعطيل عودة الإكتئاب.
- تعمل على الاستعداد للمماطلة، التي تساعدك على تجنب الهبوط الحلزوني للإكتئاب. وكوسيلة تحفيزية، اقترح "هيلر" الاهتمام بسجل الأداء الخاص بالنشاط في دفتر الملاحظات. وتم اقتراح سجل الأداء لأجل الحفاظ على تسلسل ما تقوم به كل يوم وكذا لضم وإضافة النشاطات بشكل متزامن وتدرج مع تجاهل ما تشعر به. هذا السجل يوفر لك قياس مدى التقدم المحرز.

10- كبح اللوم Restraining Blame

الإكتئاب ليس خطأ الفرد الذي يعني من هذا المزاج الكئيب darkened في يوم من الأيام ويقول: "أعتقد أنني سأفكر بطريقة اكتئابية اليوم وأجعل نفسي تشعر بالتعاسة". إن الأفراد ليس في إمكانهم أن يروا الأفكار الأوتوماتيكية للإكتئاب مباشرة كلوم الذات self-blame أو رؤية مباشرة للنافقات العصبية وهي تنقل الرسائل المتعلقة بالتفكير السلبي. والأفراد ليس بمحظوظون رؤية الصور الآلية للدماغ عندما يمسها الإكتئاب. يأخذ اللوم عدة أشكال، مثل اللوم العام generalized blame، لوم الذات self-blame ، لوم الآخرين blaming others، لوم الماضي blaming the past، ولوم الأوضاع situation. ويتسم اللوم العام كان يقول الفرد: "إن الناس ليسوا واقعيون" أو "لا أستطيع القيام بأي شيء صحيح". وسنوضح كل نوع بایجازان:

A- لوم الذات self-blame
عندما ينشط هذا النوع من التفكير في لوم العجز deficiency/blame، فإن السعادة، النجاح، والقيمة تكون خارج النطاق. ومع ذلك يمكن اعتبار النظرة التالية: "أنا الأفضل iam the only one، سوف أكون دائمًا ever be" ويمكنني القيام بالأفضل ويمكن من خلال إمكانياتي أن أكون فرداً ذو فائدة وينتفع به".

ب-لوم الآخرين blaming others

يمكنك في أي وقت أن تجد المحددات الخارجية حينما تقوم بإسقاط اللوم. والأصح، ان شعورك بالإكتئاب يكون بسبب فساد العدالة الاجتماعية، التربية الوالدية في الطفولة، التمييز والإقصاء، فساد التربية، أنانية الرفيق سواء الزوج(ة) أو الزميل، جور صاحب العمل. وبلوم الآخرين بسبب إكتئابك، فإنك تقلص من اختيارك. وباتباع هذا المنطق، لكي تكون أفضل يجب أن تغير الأفراد الآخرين والظروف التي خلقت ذلك.

ج- لوم الماضي Blaming the Past

في الحقيقة، أنت والآخرين بإمكانكم تحمل خطأ بعض النتائج المزعجة والضارة التي وقعت في الماضي القريب أو البعيد الخاص بك. لكن ما الشيء الذي بمقدورك القيام به لأجل تغيير الماضي؟ الماضي مدمر تماما kaput. قدرتك على مكافحة الإكتئاب تعلق بما يمكنك القيام به الآن.

مهما يكن، أسباب الإكتئاب الحالي، ماضيك وحاضرك يعتمدان على مجهوداتك في العمل والتحول للأفضل. إذا، يمكن أن ترى نفسك تتکلف بحاضرك وماضيك، أيضاً لما يكون من المستحيل ضبط أوجه ماضيك.

ت- لوم الظروف والمواقف Blaming Situation

إنك تمشي على الطريق، ثم تزل قدمك، فتتظر في الأسباب. لا ترى أي شيء استثنائي. الآن، تفك في أنه يجب أن تكون هناك عقبة. تعرف هذه الحالة بلوم الظرف الخيالي أو المتخيل. ومنه يمكنك أن تأخذ النظرة الفلسفية على أن مثل هذه الأحداث العشوائية تدخل في حياة الجميع. يمكنك كذلك لوم الشجرة، لوم السلطات المحلية لأنها لم تقلم أغصان الشجرة، أو أن تلوم نفسك على المكان الذي أوقفت فيه سيارتك. مهما يكن وأيا كان الذي تلومه، فإن المشكل باقي. يمكن الحل في تأمين مجموعتك أو رفقتك، التحصل على تقديرات صحيحة، جدولة برنامج عملك، الحصول على سيارة أجرة، وهلما جرا. هذه الحلول لا تتغير، مستقلة عن من أو تود أن تلومه. هناك شكل آخر من الفلق يمكنه أن يرافق سؤال لا جواب له وهو "لماذا أنا؟" يمكن للأفكار الإكتئابية التي تتبع عن التفكير باللوم أن تتضمن التساؤل "لماذا أنا؟". لكنه تساؤل نادر يتحقق على شكل إشراك اللوم الذي يمكنه أن يعكس الإحساس والشعور بالعجز. هذه ليست إجابة شاملة فيما يخص التساؤل "لماذا أنا؟". الأشياء كما هي. إن أكثر التساؤلات أهمية يبقى الباقي على حالته هو: "كيف لي أن أتصرف مع ما لدى من إمكانيات؟"

من خلال ما سبق يظهر لنا مدى أهمية العلاج المعرفي السلوكي كعلاج يمكن القول أنه الأكثر استعمالاً وإقبالاً -وفي متناول الفرد كذلك-. من طرف ذوي الاختصاص في العصر الحالي، وهذا إن دل إنما يدل على قدراته في حل المشاكل والاضطرابات النفسية بأقصر الطرق وأخفها على المرضى طالبي العلاج. وهذا من خلال تقنياته وأساليبه المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية كما سلف الذكر، وachsen بالذكر الإكتئاب.

المراجع

1. William J. Knaus, ED. D. foreword by Albert Ellis, The Cognitive Behavioral Workbook for Depression : A Step-By- Step program. New Harbinger Publications. Inc., 2006.
2. Cognitive Behavioral Therapy, Core Information Document. Faculty of Health Sciences Simon Fraser University, March 2007.

فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للمدمنين على المخدرات

سهام بوخاري
URNOP - Université d'Alger 2

مقدمة

هدفت الدراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للمدمنين على المخدرات، وهم نزلاء مركز مكافحة و علاج الإدمان بالمستشفى الجامعي فرانس فاتون. تم اختيار 7 أفراد مدمني المخدرات من لديهم درجات قلق إنساج و أفكار لاعقلانية مرتفعة، إضافة إلى درجات منخفضة فيما يخص الطمانينة الانفعالية. طبق على هؤلاء تقنيات معرفية و أخرى سلوكية و إنفعالية لمدة أربعة أشهر بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع لمدة 60 دقيقة.

تم الإعتماد على حساب المتوسطات الحسابية لكل متغير x قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي، كما تم أيضا حساب الإنحرافات المعيارية لكل متغير، إضافة إلى حساب t و ذلك لاختبار دلالة الفروق بين المتوسطات في القياسين القبلي و البعدي.

و عليه أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلي و البعدي في كلا من القياسين، مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي للمدمنين على المخدرات. نعيش اليوم في عالم تتنوع فيه سلوكيات الأفراد و الجماعات، عالم أصبح يتحدث بلغة الأرقام عن ظاهرة سادت كامل أنحاء العالم، ظاهرة مسّت فئة الشباب بالدرجة الأولى.

إنها ظاهرة الإدمان على المخدرات، هذه الأخيرة التي أدت إلى بذل مجهودات من طرف السلطات الأمنية و القضائية و الإعلامية و حتى الصحية للحد من تفاصيلها. إلا أن المؤشرات و الإحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة الإدمان على المخدرات أظهرت أن هناك تزايدا مستمرا في عدد المدمنين على إختلاف أعمارهم و أجنبائهم مما أدى إلى إعادة التفكير و النظر في هذه الظاهرة من زاوية أخرى و هي زاوية العلاج، ولكن ما هو العلاج المناسب للمدمن ياترى؟

أنستطيع أن نقول أن العلاج الطبي وحده يكفي للحد من السلوك الإدماني؟ بالفعل أن هذا النوع من العلاج يعمل على مساعدة المدمن على التخلص من الأعراض المصاحبة للإدمان و لكنه لا يعمل على تغيير السلوك ، و هذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات و البحوث النفسية التي عملت على إعداد برامج وقائية و علاجية حيث يعد البرنامج المعرفي السلوكي من بين البرامج العلاجية التي تركز على حدوث تغيير في السلوك و يتم ذلك من خلال تصحيح و تعديل الأفكار المشوهة و الإعتقادات المختلة وظيفيا، و التي تمكن خلف هذا السلوك و تند هي المسؤولة بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك كما تعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة و مجال

العلاج النفسي ، بصفة خاصة، إذ بدأ الإهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي على أساس أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث و لكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. (الشناوى، 2004، ص211). وهي نفس الفكرة التي أطلقها إليس ELLIS عام (1956) لأول مرة يعرض فيها العلاج العقلاني الانفعالي في المؤتمر السنوي للجمعية الأمريكية لعلم النفس بشيكاغو، حيث صرّح أن هناك ترابط قوي بين الأفكار و العواطف و السلوكيات الإنسانية. كما أكد Ellis و Dryden أن هذا النوع من العلاج هو علاج متعدد النماذج. (Ellis 1999 p 71)، و (Dryden 2002)

و قد تنوّعت الإتجاهات النظرية في الإرشاد و العلاج النفسي، وتعتبر نظرية الإرشاد و العلاج العقلاني الإنفعالي واحدة من بين تلك النظريات التي لقيت تميزا و أهمية، فإن إليس Ellis و هو صاحب هذا الإتجاه قد قدم مدخله هذا زاعما أن تغيير أفكار الناس هو الذي من شأنه أن يغير سلوكيتهم، وأن الأفراد المضطربين لو تغيرت أفكارهم و أنساقهم الإعتقادية لخلصوا من أعراضهم و شكاوبيهم. (كافي 1998 ص 317).

أهمية الدراسة

- 1 تعتبر هذه الدراسة أول دراسة اقيمت في الجزائر .
- 2 مساعدة الأخصائي النفسي على اختيار أحسن الطرق العلاجية للإدمان .
- 3 محاولة التتحقق من مدى تقبل المدمنين للعلاج .
- 4 التعرف على حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر .

أهداف الدراسة

- 1 - معرفة مدى نجاح وفعالية العلاج النفسي في مساعدة المدمن على إستعادة توازنه و التخلص أو التخفيف من بعض الإضطرابات التي وصل إليها .
- 2 - التعرف على طرق علاج وتأهيل المدمنين المستخدمة في المراكز .
- 3 - التعرف على مدى فعالية أسلوب العلاج العقلاني الإنفعالي في علاج بعض حالات الإدمان .
- 4 - توضيح أهمية وفائدة المراكز و العيادات النفسية في علاج المدمنين .
- 5 - معرفة الدور الفعال الذي يقوم به الأخصائي النفسي إتجاه عملاءه من المدمنين على المخدرات .
- 6 - معرفة و اختيار أحسن الطرق العلاجية الملائمة مع المدمنين .

مشكلة الدراسة

تحدد مشكلة الدراسة في مدى فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للمدمنين على المخدرات و ينبع منها عدة أسئلة فرعية يمكن صياغتها فيما يلي :

- هل هناك فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الأفراد على مقياس ماسلو لطمانينة الإنفعالية ؟
- هل هناك فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الأفراد على مقياس قلق الإنزعاج ؟

فروض الدراسة

لإجابة عن هذه الأسئلة المطروحة لدينا الفرضيات التالية :

- هناك فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي لدرجات الأفراد على مقياس ماسلو لطمانينة الإنفعالية .
- كما أن هناك فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي لدرجات الأفراد على مقياس قلق الإنزعاج .

1

منهج الدراسة

اتبعت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي ، حيث تم اختيار التصميم الشبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة و ذلك لسهولة تطبيقه ، بالإضافة إلى أنه وسيلة سريعة لاختبار الفرضيات و بدون تكلفة ، أي أنه لا يحتاج إلى عينة أخرى تكون ضابطة .
(Bouvard. M & Cottraux J., 2002, p. 21)

عينة البحث

تضم عينة البحث سبعة (7) أفراد من المدمنين كلهم ذكور، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (23-36) سنة كما تميزت هذه العينة بعدة خصائص ثم تلخيصها في الجداول التالية :

جدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد العينة حسب بعض الخصائص السوسيوDemografie

الأنداد	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية	المنطقة السكنية	المهنة
01	23	متوسط	أعزب	البلدية	مساعد في البناء
02	29	ثانوي	أعزب	عين الدفل	بدون مهنة
03	32	ثانوي	متزوج	المدية	حارس
04	33	متوسط	أعزب	البلدية	حلواني
05	28	ثانوي	أعزب	تبيازة	تقني سامي في الإعلام الآلي
06	31	متوسط	أعزب	فرنسا	بدون مهنة
07	36	ثانوي	متزوج	الجزائر	ممرض

جدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب أنواع المخدرات

الأنداد	الحشيش	الكحول	Rivotril	Diazepan	هيلرويين	كوكايين
01	×	×	×	×	×	
02	×	×	×	×	×	
03	×	×	×	×	×	
04	×	×	×	×	×	
05	×	×	×	×	×	
06	×	×	×	×	×	مرة واحدة
07	×	×	×	×	×	

جدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب سن بداية التعاطي و مدة الإدمان

الأنداد	سن بداية التعاطي	مدة التعاطي	طبيعة التعاطي
01	18 سنة	5 سنوات	يوميا
02	23 سنة	6 سنوات	يوميا
03	18 سنة	8 سنوات	يوميا
04	24 سنة	9 سنوات	يوميا
05	20 سنة	8 سنوات	يوميا
06	20 سنة	9 سنوات	يوميا
07	22 سنة	13 سنة	يوميا

جدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب عدد الإقامات الإشتشفائية بالمركز

الأشخاص	عدد الإقامات الاستشفائية بمركز الإدمان
01	1
02	1
03	1
04	1
05	1
06	1
07	1

أدوات البحث

تمثلت أدوات البحث الحالى في ما يلى

1- إستمارة معلومات وإجابة من إعداد فيصل خير الزراد

وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة القصيرة، و الغرض منها جمع أكبر عدد من المعلومات العامة حول المخدرات و معرفة تاريخ الحالة.

2- مقياس ماسلو لطمأنينة الإنفعالية (تعریب احمد عبد العزیز سلامه)

قام ماسلو Maslow بإعداد هذه الآداة لقياس الأمن النفسي أو الطمانينة الإنفعالية و هي جملة أعراض لها ثلاثة أبعاد أساسية وأولية و هي :

- شعور الفرد بأنه غير محبوب و أنه يعمل بدون مودة و أنه مكروه و محترق و يقابل ذلك بالنسبة لمن تتوفر لديهم مشاعر الطمانينة الإنفعالية ، شعور الفرد بتقبل الآخرين له .
- شعور الفرد بالعزلة و الإنفعال و يقابل ذلك في الطرف الإيجابي الشعور بالإنتماء و إحساس الفرد بأن له مكانا في الجماعة أي الشعور بالإنتماء .
- الشعور الدائم بالخطر أو الشعور بالقلق و يقابل ذلك الشعور بالسلامة و ندرة الشعور بالخطر أي (الشعور بالأمن) .

و ينتج عن هذه الأبعاد الثلاثة الأساسية 11 بعدها ثانياً بحيث يمكن أن تعد كنتائج مترتبة على الأبعاد الأولى في نشأة الفرد و تطوره عبر الزمن و يرى ماسلو Maslow أن السلامة و الإنماء و الحب عوامل أساسية تقابلها حاجات أساسية عند الفرد ، يؤدي إشباعها خلال سنواتها المبكرة في حياة الفرد إلى الأمن و الطمانينة النفسية في مرحلة الرشد.

3- مقياس قلق الإنزعاج (إعداد فيصل خير الزراد)

و قد قام بإعداد هذا المقياس الدكتور فيصل محمد خير الزراد إستشاري نفسي ورئيس وحدة علم النفس السريري و عضو وحدة علاج الإعتماد على العقاقير في مستشفى الطب النفسي الجديد في أبو ظبي و ذلك عام 1996. و يرمز إليه بالرمز (D-A-S) أي Discomfort Anxiety ، و يقول معد هذا المقياس أن الفضل الأول لفكرة بناء مقياس يقيس مستوى قلق الإنزعاج لدى المدمنين يعود إلى العالم الأمريكي ألبرت

Ellis، حيث يرى أن الإستراتيجية الفعالة و المفيدة في علاج حالات الإدمان يجب أن تعتمد على ما نسميه بالأفكار أو المعتقدات الخاطئة ، كما يعتبر هذا المقياس وسيلة تشخيصية و علاجية في نفس الوقت (الزراد 1998 ص 89) :

4- التحليل الوظيفي *l'analyse fonctionnelle*

هو المرحلة الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي كما أنه الشاهد على اشتراك التيارين المعرفي و السلوكي في حقل العلوم التجريبية ، وهناك عدة نماذج لهذا التحليل كلها تؤدي إلى نفس الهدف ألا و هو الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات . و عليه فإن التحليل الوظيفي هو ذلك التطبيق العيادي للأساليب التجريبية ، فالمعالج أمام

العميل يستخدم نفس المنهجية التي يستخدمها الباحث أمام موضوع البحث . (O. Fontain 1984, p. 12).

و يهتم هذا التحليل بأربعة مراحل و هي :

- 1 ملاحظة الأفعال و الحصول على معلومات كمية.
- 2 وضع فرضيات حول علاقة الأسباب بالأفعال.
- 3 التجريب الموجه نحو اختيار الفرضيات و في العيادي غالبا ما نجد التقنيات العلاجية المختارة هي التي تختبر الفرضيات المنطلق منها.
- 4 تفسير النتائج التي تسمح بقياس تأثير التدخل العلاجي و هذا ما قد يؤدي إلى تكوين فرضيات جديدة.

و للتحليل الوظيفي ثلاثة نماذج أكثر إستعمالا و هي :
- نموذج SORC
- نموذج BASIC IDEA

شبكة SECCA و هذه الأخيرة المعتمدة في دراستنا حيث إقترحـت من طرف Cottraux منذ 1990 و لا تتمثل فائدتها فقط في التطبيق العلاجي فهي أيضا تساعد العميل على الوعي بالعلاقة الموجودة بين أفكاره و سلوكاته و محيطه، وإنفعالاته و هو سبب اختيارنا لهذه الشبكة بالذات. (B.Samuel et al. 2004 p61-63-64-66-67

- 5 إجراء تحاليل كاشفة للمخدرات
و هو عبارة عن إجراء تحاليل مخبرية تكون إما عن طريق تحليل دم أو بول العميل ، و ذلك للكشف عن تواجد أو عدم تواجد مواد مخدرة في جسمه مما يدل على أنه مازال يتعاطي تلك المواد السامة ، أو توقف عن تعاطيها.

- 6 البرنامج العلاجي (إعداد الباحثة)

تم في هذه الدراسة الإعتماد على تطبيق العلاج العقلاني الإنفعالي و ذلك من خلال تدريب أفراد عينة البحث على تقنيات هذا النوع من العلاج، حيث بلغ عدد الجلسات المقترحة للتطبيق هذا البرنامج 12 عشر جلسة، تخللتها جلسات كانت عبارة عن لقاء جماعي الغرض منه خلق جو من التفاعل بين أعضاء عينة

- البحث، إضافة إلى أهداف أخرى حاولت الباحثة تحقيقها من خلال الجلسات العلاجية و الأساليب المستخدمة، ومن بين التقنيات المستعملة ما يلي :
- نموذج ABC، لعب الدور، الحديث الإيجابي مع الذات، التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية ،استعمال بطاقة المراقبة الذاتية، التركيز على زمن الحاضر، تبسيط اثر الاهانة، مناهضة الأفكار اللاعقلانية.

نتائج الدراسة

فيما يلي نقدم النتائج المتحصل عليها من خلال المقارنة بين درجات الأفراد في القياس القبلي و درجاتهم في القياس البعدي ، و إعتمدنا في ذلك على حساب المتوسطات الحسابية لكل متغير (x) قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، كما تم حساب الإنحراف المعياري لكل متغير و المتوسط الحسابي كذلك، إضافة إلى تطبيق اختبار "t" لاختبار دلالة الفروق بين المتوسطات في القياس القبلي و القياس البعدي و للتوضيح أكثر لدينا النتائج التالية :

- Maslow** 1 - نتائج الفرض الأول الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي لمقاييس ماسلو لطمأنينة الإنفعالية.

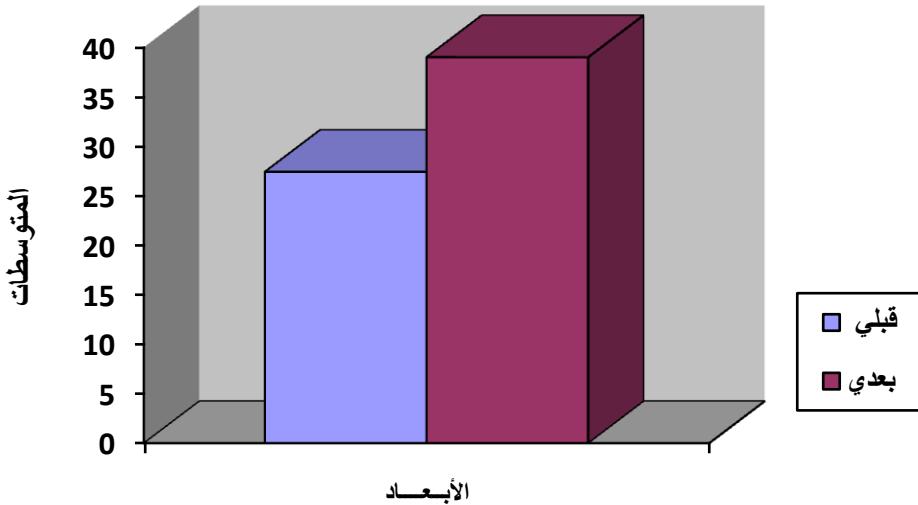
1 1 - بعد الأول (الشعور بالتقيل)

الدالة	"t"	Sd	- D	- X	القياس	عدد الأفراد
0,004	-4,53	7,25	-12,42	27,42 39	قبلي بعدي	7

جدول يوضح الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي للبعد الأول من مقاييس ماسلو لطمأنينة الإنفعالية (الشعور بالتقيل)

من خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول أعلاه ، يتبيّن أن هناك فروق بين القياس القبلي $X=27,42$ و القياس البعدي $X=39,85$ كما بلغت قيمة "t" 4,53 - مما يدل على وجود فروقا ذات دلالة إحصائية وهي نتيجة تتفق مع ما توصلت إليه العامر (2000) ، إذ أدى تطبيق فنيات و أساليب البرنامج العقلي الإنفعالي إلى التخلّي عن الشعور بالإحتقار و الكراهيّة و هي نفس النتيجة التي توصل إليها هشام عبد الله (2001) ، إذ أن تعديل الأفكار اللاعقلانية لها أثر إيجابي في التخفيف من شدة أعراض الإكتئاب، و هو ما توصلت إليه دراسة شيفر (Schiffer 1988) ، كما لاحظت الباحثة أن الأفكار و المعتقدات التي يحملها الفرد المدمن في ذهنه، وذلك من خلال الجلسات العلاجية أن أغلب أفراد عينة البحث يتميزون بإندفاعية شديدة نحو الحكم على الأشخاص و ذلك بتفسيرات خاطئة حيث أنهم يحاولون تبرير أحکامهم و أقوالهم ببراهين و أدلة غير عقلانية، كما أنهم يميلون إلى التظاهر بأنهم محقوّن و مظلومين و أن الآخرين هم المذنبين بحقهم و هذا ما يزيد شعورهم بالإحتقار و الكراهيّة كما أكدت دراسة عبد المقصود أهمية فنية لعب الدور في خفض الشعور بالوحدة النفسيّة.

رسم بياني يوضح الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدى
للبعد الأول



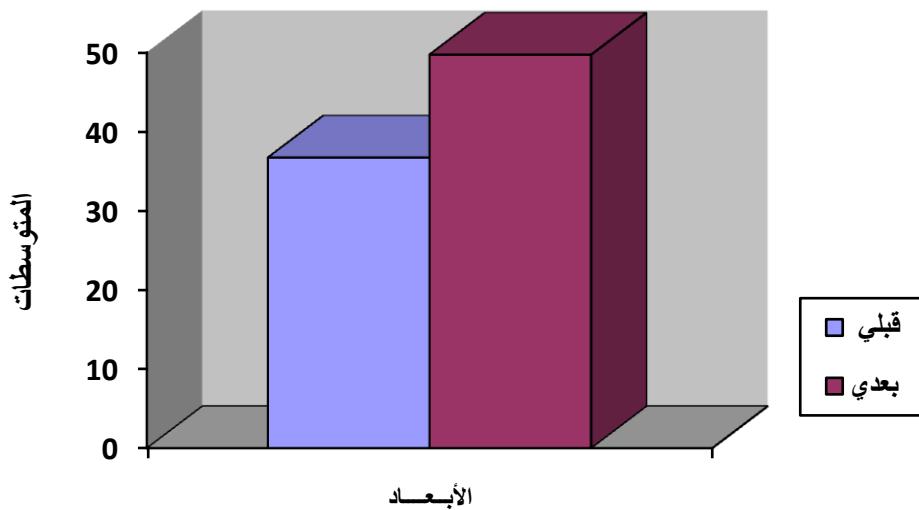
1-2- البعد الثاني (الشعور بالإنتماء)

الدلاله	"t"	Sd	D	X	القياس	عدد الأفراد
0,048	-2,47	13,90	-13,00	36,71	قبلي	7
				49,71	بعدى	

جدول يوضح ال فرق ب بين ال قياس ال قبلي و ال قياس ال بعدي ل بعد ال ثانى من
مقاييس ما سلوك طمأنينة الإن فعال ية (ال شعور ب الإن تماء)

من خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول أعلاه ، يتبيّن أن هناك فروق بين القياس القبلي $X=36,71$ و
القياس البعدى $X=49,71$ كما بلغت قيمة "t" -2,47- مما يدل على وجود فروقا ذات دلالة إحصائية.
وهذا ما يتفق مع ما وصلت إليه دراسة كل من الصقهاي (2006)، العماري (2000).

رسم بياني يوضح الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدى
للبعد الثاني



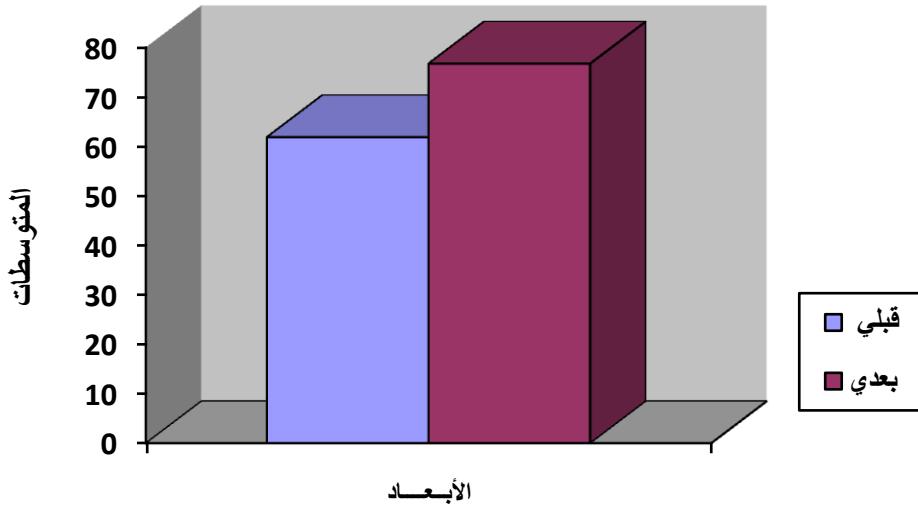
3-1- البعد الثالث (الشعور بالأمن)

الدالة	"t"	Sd	\bar{D}	\bar{X}	القياس	عدد الأفراد
0,004	-4,42	8,87	-14,85	61,85	قبلي	7
				76,71	بعدى	

جدول يوضح الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدى للبعد الثالث من مقياس ماسلو لطمانينة الإنفعالية (الشعور بالأمن)

من خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول أعلاه ، يتبين أن هناك فروق بين القياس القبلي $\bar{X}=61,85$ و القياس البعدى $\bar{X}=76,71$ كما بلغت قيمة "t" 4,42 - مما يدل على وجود فروقا ذات دلالة إحصائية وهو أيضا ما وصلت إليه دراسة العامري (2000).

رسم بياني يوضح الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدى
للبعد الثالث



2- نتائج الفرض الثاني الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدى لمقاييس قلق الإنزعاج

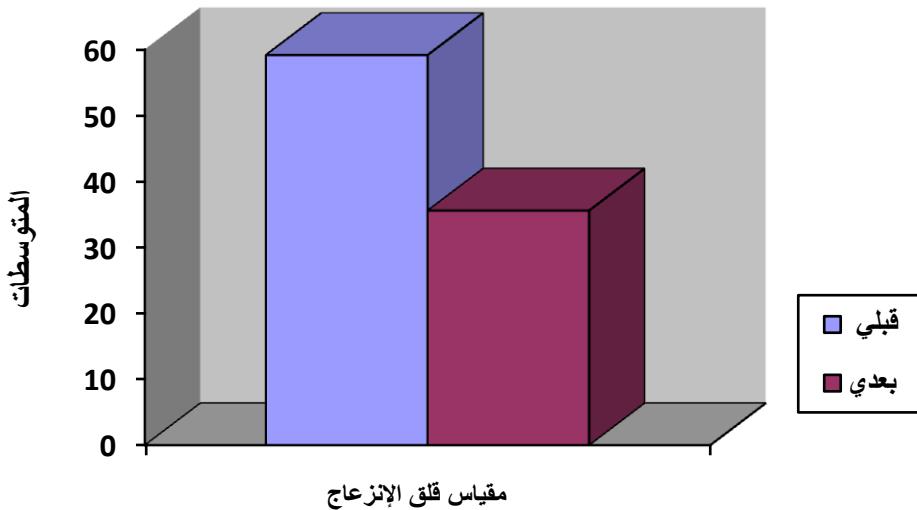
الدلالـة	"t"	Sd	\bar{D}	\bar{X}	القياس	عدد الأفراد
0,015	3,37	18,50	23,57	59,14	قبلي	7
				35,57	بعدي	

جدول يوضح الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدى لمقاييس قلق الإنزعاج

من خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول أعلاه ، تبين أن هناك فروق بين القياس القبلي $X=59,14$ و القياس البعدى $X=35,57$ كما بلغ متوسط الفروق $D=23,37$ مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدى في درجات الأفراد على مقياس قلق الإنزعاج .

و عليه فإننا نقول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت مما يعني أن برنامج العلاج العقلاني الإنفعالي يعمل على التخفيف من قلق الإنزعاج لدى المدمنين . وهذا ما يتفق مع دراسة علي مفتاح (2003)، و دراسة بريان (2001)، و دراسة كيلر (1975) إذ أن الواجبات المنزلية تلعب دوراً مهما في إنخفاض مستوى القلق والأفكار غير العقلانية، كما يتفق أكثر مع ما وصلت إليه دراسة الصقمان (2006)، ازرين (1994).

رسم بياني يوضح الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدى لقياس قلق الإنزعاج



الخاتمة

إستهدفت هذه الدراسة فحص أثر برنامج عقلاني إنفعالي في علاج في بعض حالات الإدمان على المدمرات لدى عينة تكونت من 7 مدمرين، ممن كانت لهم إقامة إستشفائية بمركز مكافحة و علاج الإدمان على المدمرات بالبلدية. و ذلك بتطبيق برنامج علاجي مكون من 12 جلسة، حيث تم تعریض أفراد عينة البحث خلال البرنامج العلاجي إلى تدريبات هدفت إلى تطوير مهاراتهم على استخدام إجراءات معرفية و سلوكية و إنفعالية في التعامل مع أفكارهم و معتقداتهم اللاعقلانية إزاء تعاطي المدمرات، و ذلك بعد تطبيق مقاييس تمتثل في مقاييس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية و مقاييس قلق الإنزعاج ، حيث كشفت هذه المقاييس على أهم الأسباب و العوامل المؤدية للإدمان و المساعدة على تطويره ، إضافة إلى التعرف على نوعية و طبيعة الأفكار التي يحملها المدمن في ذهنه . إذ تبين أن الظروف المعيشية الصعبة و المعاملة الوالدية القاسية و الفراغ الذي يعيش فيه الفرد كلها عوامل من شأنها أن تؤدي إلى الشعور الدائم بالخطر، إنعدام الطمأنينة، الشعور بالعزلة و عدم التقبل و للأمن و بالتالي تؤدي به إلى القيام بسلوكيات منحرفة. كما تبين أيضاً أن الطريقة التي يفكرون بها الفرد و الكيفية التي يفسرون بها تلك الأوضاع و الحوادث التي تعرّضه تعتبر من أهم العوامل التي تعمل على تعزيز تلك السلوكيات بما في ذلك السلوك الإدماني، كما تعمل على نشأة و تطوير القلق إذا ما قرر الفرد التخلّي عن تلك السلوكيات . لذا جاء هذا النوع من العلاج لدحض و مناهضة ذاك التفسير و الترجمة الخاطئة و المبنية على المطالب والاحتياطات، و بالفعل قد كان لتطبيق العلاج العقلاني الإنفعالي أثر إيجابي في التخلّي عن السلوك الإدماني لدى أفراد عينة البحث.

المراجع

- ابراهيم عبد الله هشام 2001 : العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. دار الكتاب الحديث.
- الشناوي محمد محروس 2004 : نظريات الارشاد و العلاج النفسي. دار غريب للطباعة و النشر.
- الصقهاي ناصر عبد العزيز 2006 : فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للمدمنين على المدمرات، رسالة ماجستير. جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.

- العامري منى محمد صالح 2000 : دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي و العلاج المتمركز على العميل في علاج الإدمان. رسالة دكتوراه في الفلسفة . المملكة العربية.

- كفافي علاء الدين 1998 : الإرشاد و العلاج النفسي. دار الفكر العربي .. خير الزراد فيصل محمد 1998 : كتيب التعليمات لمقاييس قلق الانزعاج للمدمنين على الكحول و المخدرات و المؤثرات العقلية دمشق.

1. Azrin N., Memahon P., Donhue & al., 1994, Behavior therapy for drug abuse, BEHAVIOR RESEARCH THERAPY, 30, 56-60.
2. Bouvard M. & Cottraux J., 2002, Protocoles et échelles dévaluation en psychiatrie et en psychologie, 3^{ème} édition, Masson.

المخططات المبكرة غير المتكيفة عند المدمنين على المخدرات

عيسوني شهرزاد
URNOP - Université d'Alger 2

مقدمة

لقد شهدت العقود الأخيرة في القرن العشرين تطورات كثيرة وسريعة في شتى ميادين الحياة، وتطورت مع ذلك الأساليب التي يعيشها الإنسان، وازداد الاتصال بين دول العالم أجمع، وصاحب هذا التطور مشاكل عديدة أضرارا بالأفراد والمجتمعات، ومن أهم هذه المشكلات تعاطي المخدرات والإدمان عليها (محمد أحمد مشابقة، 2007، ص 15).

والجزائر، بالنظر لاعتبارات عديدة، لم تعد بمنأى عن هذه الآفة. بل العكس من ذلك، يمكن أن تتحول بسرعة من بلد عبور للمخدرات إلى بلد مستهلك لها، وذلك لكونها تقع جغرافيا بين مناطق إنتاج المخدرات وأسوق واستهلاكها فهي جسر حقيقي يربط إفريقيا بأوروبا (Sayeh A., 2006, p. 187). وإن المتتبع لدراسات الإدمان يجد أن البحث في علم النفس قد قام بمجهودات هامة لدراسة هذه الظاهرة في العشرين سنة الأخيرة، ومن أهم ما اكتشفه هذه البحوث هو وجود الكثير من سمات الشخصية التي ترتبط بالإدمان على المخدرات وهذا ما يظهر هدف أو غاية كبيرة متوقعة للبحث في علم النفس في هذا المجال (Negreiros, Jorge 2006, p. 47).

كما بينت بعض الدراسات النفسية الأجنبية ارتباط السلوك الإدماني بالمخخطات المعرفية بعد تطور إشكالية المخططات المعرفية الانفعالية، التي استعملها لأول مرة آرون بيك (Aaron Beck, 1990) في دراسته للكتاب واللقال ثم في اضطرابات الشخصية، لاحظنا امتداد تطبيقها في عدة اضطرابات عقلية وسلوكية، خاصة في مجال السلوك الإدماني الذي كان موضوع أول مقاربة لبيك وزملاؤه (1993) حيث حددوا ثلاثة أنواع من المخططات - أو المعتقدات - مسبقة (A)، مريحة (S) و مخفة (P). يُشَطِّ المخططان الأوليان الأفكار النلقائية التي تعطي الرغبة في التعاطي، والمخطط الثالث يفتح الباب للفعل ذاته. وقد أكد تجريبيا هذا النموذج كل من تيزون و هوتكيت (Tison & Hautekeete, 1998) بتطبيق مقاييس (A-S-P) على مجموعة من مدمني الهيروين ثم من طرف شابرو (Chabrol et al, 2001) بتطبيق نفس المقاييس على مجموعة من متعاطي الحشيش (M. Hautekeete, 2006, pp16-17). وقد توصلت عدد من الدراسات الاجنبية في علم النفس والطب النفسي إلى وجود مخططات مبكرة غير متكيفة تنشط عند مدمني الكحول والمدمنات، من أهمها :

(Decouvelaire & al., 2000), (Graziani & al., 2000), (Hautekeete & Cordonnier, 2001), (Baert & al., 2003), (Young & Ball, 1998), (S. Hautkeete & al., 2005), (R. Ameerudden & M. Hautekeete, 2006, (S. Bailleux & al., 2008), (Marchand & Grebot, 2008), (Dardard & Grebot, 2010).

واستنادا إلى هذه المعطيات، هناك ارتباط بين نشاط عدد من المخططات المبكرة غير المتكيفة والسلوك الإدماني، وقد يكون هذا النشاط من أحد الأسباب في استمرار المدمنين في التعاطي لمواد مخدرة أو في انتكاسهم. ولذلك تحاول الباحثة من خلال هذه الدراسة، الكشف عن المخططات المبكرة غير المتكيفة عند مدمني المخدرات في الجزائر والتعرف على المخططات التي تنشط بإفراط عندهم.

ومن هذا المنطلق ستحاول الباحثة في الدراسة الحالية الاجابة عن التساؤلات التالية :

- ما هي المخططات المبكرة غير المتكيفة التي تنشط بافراط و تؤثر في شخصية المدمنين على المخدرات؟
- ما هو ترتيب تأثير هذه المخططات ؟

فرضية البحث

يتميز المتعاطون للمخدرات بمخططات مبالغ فيها وهي :

- المخطط رقم(02) : الإهمال / عدم الاستقرار
- المخطط رقم(03) : التجاوز(عدم التحكم في الاستعمال) / الحذر
- المخطط رقم(04) : العزلة الاجتماعية
- المخطط رقم(08) : الانجراحية(الخوف من الخطر أو المرض)
- المخطط رقم(09) : علاقات ذوبانية(انصهارية)
- المخطط رقم(11) : التضحية (إنكار الذات)
- المخطط رقم(13) : متطلبات متشددة(مبالغ فيها)
- المخطط رقم(14) : حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر
- المخطط رقم(15) : نقص التحكم في الذات

والتي تكون حسب الأهمية كما يلي :

- 1 - المخطط رقم(13) : متطلبات متشددة
- 2 - المخطط رقم(11) : التضحية
- 3 - المخطط رقم(02) : الإهمال / عدم الاستقرار
- 4 - المخطط رقم(14) : حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر
- 5 - المخطط رقم(03) : التجاوز (عدم التحكم في الاستعمال)/ الحذر
- 6 - المخطط رقم(15) : نقص التحكم في الذات
- 7 - المخطط رقم(09) : علاقات ذوبانية
- 8-المخطط رقم(08) : الانجراحية(الخوف من الخطر أو المرض).
- 9-المخطط رقم (04): العزلة الاجتماعية

منهج الدراسة

تستند الدراسة إلى المنهج الوصفي التحليلي حيث يتناسب هذا المنهج مع طبيعة الدراسة الحالية بهدف جمع المعلومات الكافية عن المخططات المبكرة غير المتكيفة عند مجموعة من المدمنين على المخدرات بالجزائر ومحاولة تصنيفها وتحديد مدى تأثيرها في شخصية المدمن على المخدرات.

مجالات الدراسة

تمت هذه الدراسة في المجالين المكاني والزمني على النحو التالي :

المجال الزماني

امتدت فترة البحث التطبيقي قرابة سنة كاملة من سبتمبر 2010 إلى غاية شهر ماي 2011.

المجال المكاني

أما من حيث المكان، فقد اجريت الدراسة الحالية بمركز الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات بمستشفى "فرانتر فانون" بالبلدية، و هو مركز يستقبل الأفراد من مختلف ولايات الوطن. تم تأسيسه سنة 1996، تحت اشراف البروفسور "بشير ريدوح".

عينة الدراسة

لجأت الباحثة إلى المعاينة اللاحتمالية، وبالتحديد العينة القصدية، في اختيار أفراد مجموعة البحث وذلك نظراً لطبيعة الموضوع وتصميم الدراسة.

تضمنت عينة البحث (40) فرداً من المدمنين على المخدرات كلهما ذكور، التحقوا بمركز الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات بمستشفى فرانتر فانون بالبلدية.

ومن بين شروط اختيار مجموعة البحث ككل نجد :

- أن يكون الأفراد الذين يشكلون مجموعة البحث من جنس ذكري، ولم يتم تحديد السن.
- أن لا يكون لهؤلاء الأفراد، سوابق مرضية، سواء تعلق الأمر بأمراض جسمية مزمنة أو عقلية.
- أن يكون أفراد مجموعة البحث مدمنين على مختلف الأنواع من المواد المخدرة (إدمان متعدد) باستثناء المشروبات الكحولية وأن يتصفوا بسوء استعمال للمخدرات مما يجعلهم يعيشون في حالة من عدم التكيف.

أدوات الدراسة

حاولت الباحثة اختيار أدوات بحث مناسبة لاختبار فرضية البحث الحالي ، كان الغرض من تطبيقها جمع معلومات كافية حول مجموعة البحث، وهي بمثابة مميزات للعملاء ذات الصلة بسلوك الإدمان على المخدرات، وكانت هذه الأدوات كالتالي :

- استمارة معلومات من إعداد الباحثة.
- اختيار تصنيف سوء استعمال المخدرات (Dast- 10).
- مقياس يونغ للمخاطرات المبكرة غير المتكيفة (YSQ-S1)، في الصورة المختصرة.

أدوات تحليل البيانات

تم تحليل بيانات هذا البحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي، لحساب متوسط درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة.
- الانحراف المعياري، لحساب درجة تشتت درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة.
- معامل فريديمان للرتب، لترتيب درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة

- معامل الارتباط للتحقق من ثبات المقاييس المستعملة في هذا البحث. وهذا من خلال تطبيق برنامج الاحصاء الخاص بالعلوم الاجتماعية SPSS باستخدام جهاز الاعلام الآلي.

نتائج الدراسة

تم اختبار صحة فرضية البحث من خلال تطبيق مقياس يونغ للمخططات في الصورة المختصرة -YSQ (S1) على افراد مجموعة البحث. و سترعرض الباحثة النتائج التي تم التوصل إليها متبرعة في ذلك فرضية الدراسة، حيث ستعرض النتائج المتعلقة بالمخططات المبكرة غير المتكيفة النشطة عند افراد عينة البحث تليها النتائج المتعلقة بترتيب تأثير هذه المخططات.

جدول رقم (01) : نتائج متوسط المخططات المبكرة غير المتكيفة وانحرافاتها المعيارية

المخططات	الخط	الخط	الخط																
1	المخطط	2	المخطط	3	المخطط	4	المخطط	5	المخطط	6	المخطط	7	المخطط	8	المخطط	9	المخطط	10	المخطط
15	المخطط	14	المخطط	13	المخطط	12	المخطط	11	المخطط	10	المخطط	9	المخطط	8	المخطط	7	المخطط	6	المخطط
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
18.78	5.494	20.78	5.846	22.95	5.565	14.63	5.714	22.40	5.334	13.53	5.335	18.43	6.151	18.33	6.419	14.45	5.114	12.95	5.169
18.78	5.494	20.78	5.846	22.95	5.565	14.63	5.714	22.40	5.334	13.53	5.335	18.43	6.151	18.33	6.419	14.45	5.114	12.95	5.169
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
18.27	6.805	19.80	5.384	20.60	5.715	13.85	5.447	12.95	5.169	14.68	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
20.60	5.715	19.80	5.384	13.85	5.447	12.95	6.805	14.68	5.169	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805	19.80	5.715
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
12.95	5.169	14.68	5.549	14.45	5.114	18.33	6.419	12.95	5.169	14.68	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
14.68	5.549	12.95	5.169	18.33	6.419	12.95	5.114	14.45	5.169	14.68	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
19.80	5.384	20.60	5.715	13.85	5.447	12.95	6.805	14.68	5.169	14.45	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
20.60	5.715	19.80	5.384	13.85	5.447	12.95	6.805	14.68	5.169	14.45	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805
40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط	40	المخطط
13.85	5.447	12.95	5.169	14.45	5.549	14.45	6.151	18.33	6.419	12.95	5.114	18.27	6.805	19.80	5.715	20.60	5.384	13.85	5.447

جدول رقم (02) : نتائج اختبار فريدمان للفروق بين الرتب عند افراد مجموعة البحث

المخططات	متوسط الرتب	قيمة F	مستوى الدلالة
المخطط 01	5.10	182.47	0.01
المخطط 02	10.22		
المخطط 03	9.86		
المخطط 04	8.45		
المخطط 05	4.46		
المخطط 06	5.95		
المخطط 07	5.60		
المخطط 08	8.60		
المخطط 09	8.71		
المخطط 10	4.49		
المخطط 11	11.65		
المخطط 12	5.89		
المخطط 13	11.60		
المخطط 14	10.38		
المخطط 15	9.04		

مناقشة نتائج الدراسة

تم اختبار صحة فرضية البحث من خلال تطبيق مقياس يونغ للمخططات في الصورة المختصرة (YSQ-S1) على افراد مجموعة البحث. وفي ضوء الدراسة الميدانية ومعالجة بياناتها وفق الدعم الاحصائي والتحليل، تم استنتاج ما يلي :

- تحقق صحة الفرع الاول من فرضية الدراسة، حيث اظهرت التحليلات الاحصائية وجود قيم دالة احصائية في مقياس يونغ للمخططات في الصورة المختصرة بمعنى ان المخططات المذكورة في الفرضية تنشط عند المدمنين على المخدرات (عند عينة الدراسة) وتأثر في شخصيتهم اي انهم يتميزون بمخططات مبالغ فيها. ووضحت نتائج الدراسة انه توجد مخططات مبكرة غير متكيفة تنشط بدرجة كبيرة عند المدمنين وهي تلعب دورا هاما في حياتهم تتمثل في:

المخطط رقم (02) : الاهمال/عدم الاستقرار ، بمتوسط حسابي قدره (20.60)، وهو يفسر بادر ال لنقص الاستقرار او امكانية الوثوق في الروابط العلائقية بين الفرد والأشخاص المهمين في حياته (Young & Klosko, 2005, p. 41). ونلاحظ ان هذا يتوافق مع افراد مجموعة البحث حيث بيّنت الاحصائيات ان معظمهم غير مستقرين في المجال المهني بنسبة قدرها 47.5% وهو ما توصلت اليه دراسة كل من (Young & Ball, 1998) ودراسة (Marchand & Grebot, 2008).

المخطط رقم (11) : التضحية/انكار الذات ، بمتوسط حسابي قدره (22.40)، وينشغل الاشخاص الذين لديهم هذا المخطط بأشباع حاجات الآخرين على حساب اشباع حاجاتهم الخاصة (المراجع السابق، ص 46)، فقد يلجأ المدمن على المخدرات لتلبية طلبات او رغبات اشخاص آخرين كي يعطوه مخدرا او مبلغا ماليا من اجل الحصول على المادة المخدرة ، وهذا مهما طلب منه. ولا تتوافق نتيجة الدراسة مع ما توصلت اليه الدراسات السابقة.

المخطط رقم (13) : متطلبات متشددة(مبالغ فيها)، بمتوسط حسابي قدره (22.95)، ويتصف من ينشط عنده هذا المخطط بسوء تقدير لإنجازه الشخصي، عدم الرضا، الخجل و هذا يؤدي إلى ضغط مستمر ويصبح التوقف عن المجهودات او الاستراحة مستحيلا (Jean Cottraux, 2005, p77). فالمدمن على المخدرات قد يستغل كل وقته في التفكير في المخدر وكيفية الحصول عليه ويجتهد بكل طاقاته للحصول عليه دوماً تجنبًا للوقوع في اعراض انسحاب المخدر او ربما تعويضاً لعدم رضاه او خجله وتوافق نتيجة الدراسة مع دراسة (Young&Ball, 1998).

المخطط رقم (14) : حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر ، بمتوسط حسابي قدره (20.78). ويعرف ايضاً هذا المخطط بشعار "الكل ممتن لي" ، ويتصف هذا المخطط بتصور الشخص على انه اعلى مقاماً من الآخرين وبالتالي فله حقوقاً خاصة وامتيازات، كما يشعر انه غير مجبى على اتباع الاذوار والاتفاقيات الاجتماعية العادلة مثل باقي الناس (Young & Klosko, 2005, pp. 44-75). فقد يشعر المدمن على المخدرات بعزمته نتيجة آثار المخدر الذي تناوله، فيرى نفسه اعلى مكانة من الآخرين او ربما يتصور نفسه احسن من الآخرين فيتعاطى اذا انواعاً "رفيعة" من المخدرات وقد نجد هذه الافكار عند مدمني الهيروين وقد يرى المدمن على المخدرات انه يجب ان يحصل على المخدر بشتى الطرق دون النظر الى ما سيكلفه هذا للآخرين، وقد بينت بعض الدراسات الجزائرية تورط المدمنين بجرائم القتل، السرقة والاعتداء على الغير (Laidli & Ridouh, 1998). ولا تتوافق نتيجة الدراسة مع ما توصلت اليه الدراسات السابقة اما المخططات المتبقية فهي تتنشط عند افراد مجموعة البحث وتتوثر في شخصيتهم لكن بدرجة اقل من المخططات السابقة، وهي تمثل مشكلة بالنسبة للفرد، وتتمثل هذه المخططات في:

المخطط رقم (03) : التجاوز (عدم التحكم في الاستعمال)/الحدن ، بمتوسط حسابي قدره (19.80)، فقد ينتظر المدمن من الآخرين ان يجعلوه يعاني، يعاملونه معاملة سيئة، يحتقرونه، يخدعونه ويستغلونه لأنه مدمن وربما هو يتعاطى مخدرات بسبب هذه المعاناة ولهذا فهو يسرف في التعاطي. وتوافق نتيجة البحث مع ما توصلت اليه دراسة (Young & Ball, 1998).

المخطط رقم (04) : العزلة الاجتماعية ، بمتوسط حسابي قدره (18.27)، وهو كما فسره جيفري يونغ؛ الاحساس بالعزلة والانقطاع عن بقية العالم، بالاختلاف عن الآخرين و/او عدم الانضمام الى اي مجموعة او تجمع خارج العائلة (المرجع السابق، ص42). فقد يتوجه الفرد لتعاطي المخدرات نتيجة هذه الاسباب، كي يتمكن من تكوين علاقات مع الآخرين والاتصال بهم، وربما تعاطي المخدرات هو الذي يجعله يشعر بالعزلة وتوافق نتيجة البحث مع دراسة (Young & Ball, 1998).

المخطط رقم (08) : الانجراحيه(الخوف من المرض او الخطر) ، بمتوسط حسابي قدره (18.33)، وهو الخوف المبالغ فيه من كارثة (صحية، طبيعية) يمكنها ان تحدث في اي وقت و التي لا يمكن مواجهتها ولهذا قد يلجأ الشخص لتعاطي المخدرات هروباً من هذا الاحساس او تعويضاً عنه كي يشعر بالشجاعة. و لا تتوافق نتيجة الدراسة مع ما توصلت اليه الدراسات السابقة.

المخطط رقم (09) : علاقات ذوبانية(انصهارية) ، بمتوسط حسابي قدره (18.43)، ويعرف ايضاً هذا المخطط باسم شخصية ضامرة، ضعيفة. يكون للشخص احساس بالفراغ، انه يعيش دون هدف وفي حالات قصوى يتساءل عن وجوده (Jeffrey Young, 2005, p. 44). ولهذا السبب ربما يلجأ المدمن لتعاطي المخدرات كي لا يشعر بالفراغ او الضياع ولا تتوافق نتيجة البحث مع الدراسات السابقة.

المخطط رقم (15) : نقص التحكم في الذات ، بمتوسط حسابي قدره (18.78)، المشكل الرئيسي في هذا المخطط هو عدم القدرة على التحكم الذاتي او رفضه، فلا يتحمل العميل احباطاً في رغباته وهو غير قادر

على تهدئة تعبيرات انفعالاته و اندفاعاته (Jean Cottraux,2006, p84). ويحاول العميل تجنب كل ما هو شاق عليه باي ثمن (Jeffrey Young, 2005, p. 45). وقد يتتجنب المدمن هذه المعاناة او يعوضها بتعاطي المخدرات. وتوافق نتيجة الدراسة مع معظم الدراسات الاجنبية (Young&Ball,1998)، (Dardard & Grebot, 2010)، (Marchand & Grebot, 2008).

- اما الفرع الثاني من فرضية البحث، فخلصت نتائج اختبار Friedeman إلى قيم دالة احصائية لمتوسط رتب المخططات المبكرة غير المتكيفة التالية، وكان ترتيبها كالتالي :

- 1-المخطط رقم (11) : التضحية/انكار الذات،
- 2-المخطط رقم (13) : متطلبات متشددة(مبالغ فيها)،
- 3-المخطط رقم (14) : حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر،
- 4-المخطط رقم (02) : الاهمال /عدم الاستقرار،
- 5-المخطط رقم (03) : التجاوز (عدم التحكم في الاستعمال)/الحدر،
- 6-المخطط رقم (15) : نقص التحكم في الذات،
- 7-المخطط رقم (09) : علاقات ذوبانية(انصهارية)،
- 8-المخطط رقم (08) : الانجراحية(الخوف من المرض او الخطر)،
- 9-المخطط رقم (04) : العزلة الاجتماعية.

وهذا لا يتفق مع ما فرضته الباحثة فيما يخص ترتيب المخططات النشطة عند المدمن على المخدرات، ماعدا ترتيب المخططات التالية:

- المخطط رقم (03) : التجاوز/الحدر، في المرتبة الخامسة
- المخطط رقم (04) : العزلة الاجتماعية، في المرتبة الاخيرة
- المخطط رقم (08) : الانجراحية، في المرتبة الثامنة
- المخطط رقم (09) : علاقات ذوبانية، في المرتبة السابعة
- المخطط رقم (15) : نقص التحكم في الذات، في المرتبة السادسة.

ولم تتحقق في ترتيب المخططات الاخرى.

- يوصف المخططان: حقوق شخصية مبالغ فيها/تكبر ومتطلبات متشددة، بانهما مخططان شرطيان اما بقية المخططات فهي غير شرطية. ويفترض جيري يونغ ان المخططات الشرطية هي "ثانوية" ، تمثل محاولات التكيف المتطورة عن طريق المخططات غير الشرطية، فهذا المخططان الشرطيان هما اجابة عن احد المخططات غير الشرطية الاخرى.

- تنشط هذه المخططات عن المدمنين على المخدرات ، وهي غير متكيفة، وقد تكون عامل مباشر مسبب للسلوك الإدماني او نتيجة تجارب ضارة مبكرة أثناء الطفولة او قد يكون الإدمان على المخدرات استجابة لتجنب او تعويض أحد هذه المخططات.

الخاتمة

بيّنت الباحثة ،في الدراسة الحالية، نوع المخططات المبكرة غير المتكيفة النشطة عند عينة من المدمنين على المخدرات، ودرجة تأثيرها في شخصية هؤلاء المدمنين. ولا تعمم الباحثة ما توصلت إليه من نتائج على كل متعاطي المخدرات، إذ خصت هذه الدراسة عينة من المدمنين على المخدرات المتوافقين على مركز الوقاية والعلاج من الادمان على المخدرات بمستشفى فرانز فانون بولاية البليدة.

وترى الباحثة أن هذه الدراسة تفتح مجالاً لدراسات أخرى تخص نفس السلوك كدراسة المخاططات المبكرة غير المتكيفة على عينات كبيرة من متعاطي المخدرات لتعيم الدراسة، أو دراسة أساليب التكيف الثلاثة المختلفة وظيفياً والتي تحدث عنها جيفري يونغ، فقد تمكنا من فهم السلوك الإدماني بدرجة أكبر فيما إذا كان المدمن يلجأ إلى تعاطي المخدرات لتجنب أو تعويض المخطط النشط عنده أو أن السلوك الإدماني هو رد فعل أو تعبير مباشر لنشاط المخطط.

وتقترح الباحثة دراسة مدى فعالية العلاج بالمخاطط في التخفيف أو كبح نشاط المخاططات المبكرة الحاضرة بشدة عند المدمنين على المخدرات.

المراجع

- 1- إدريس سهيل (2009)، المنهل – قاموس فرنسي عربي، ط 40، دار الأدب للنشر و التوزيع ، بيروت لبنان.
 - 2- بن مادية علي، البلش بحسن (1983)، القاموس الجديد للطلاب، معجم عربي مدرسي الفبائي، الشركة التونسية للتوزيع، المؤسسة الجزائرية للكتاب الجزائري.
 - 3- بوجوش عمار (1995)، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، الجزائر، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
 - 4- حسون تسيير (2004)، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية، مترجم، دمشق سوريا.
 - 5- سامي محمد ملحم (2000)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط 1، عمان،الأردن،دار المسيرة للنشر.
- 28
- 6- مشاقبة محمد أحمد (2007)، الإدمان على المخدرات، ط 1 ، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان الأردن.
 - 7- مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مناهج البحث العلمي في العلوم التربوية و النفسية أساليبها و تقنياتها، ط 1 ، دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
- 8- American Psychiatric Association (2004), Mini DSMIV-TR, Critère diagnostiques (Washington DC 2000), Traduction française par J.D. Guelfi & al., Paris, Masson, 2004, 383 p.
- 9- Arntz A. & al., (2009), Schema Therapy for borderline personality disorder, Wiley-Black well publishers.
- 10-Atkins B. & al., (1984), Le Robert & Collins Dictionnaire Français-Anglais, English-French, Collins Publishers, Great Britain.
- 11-Bailleux S. & al., (2008), Étude des liens entre Schémas précoce inadaptés et stratégies d'adaptation chez des patients alcoolodépendants et des patients déprimés, Journal de la Thérapie Comportementale et Cognitive, 18, 19-25.
- 12- Cottraux J. & Ivy M. (2006), Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité, 2^{eme} ed, Masson, Paris.

Modèle cognitivo-comportementaliste pour la rééducation du bégaiement⁶

Nacira ZELLAL
URNOP - Université d'Alger 2

1. Définition

Pour rééduquer un bégaiement, il faut d'abord en analyser les traits définitoires, lesquels, dans l'économie de cette contribution, peuvent être synthétisés en 4 points :

1- trouble du débit de la parole, déterminé, physiologiquement, par le fonctionnement et la gestion pneumo-phonique du souffle et, phonétiquement, par des *rhèses* significatives ; les rhèses phonétiques (groupes rythmiques significatifs ; N. Zellal, 1984) sont régies par une série de lois théoriques.

2- trouble qui revêt différents aspects: clonicité; tonicité; les 2 dans un même tableau ; inhibition.

3- trouble qui peut être associé à d'autres : syncinésies; sueurs; énurésie; poussées vasomotrices ; tremblements ; vertiges...

4- trouble relationnel/pragmatique: le bégue ne bégaye pas quand il se parle à lui-même.

L'examen clinique doit permettre de dégager et de caractériser chacun de ces traits, pour pouvoir les traiter efficacement.

2. Démarche rééducative orthophonique : fondements théoriques

Nous partons du postulat selon lequel toute entreprise rééducative consiste en la vérification d'hypothèses à travers la mise en oeuvre de protocoles intégrés dans un cadre théorique.

- Les traits définitoires ci-dessus évoqués : 1, 2 et 3 correspondent au SYMPTOME du bégaiement : le COMPORTEMENT bégue.

- Le trait définitoire 4 correspond à son ÉTIOLOGIE, c'est-à-dire à ses mécanismes internes, lesquels sont d'ordre PSYCHOLOGIQUE - COGNITIF.

COMPORTEMENT + SA PSYCHOLOGIE suggèrent une CONCEPTUALISATION et une RÉÉDUCATION d'ordre COGNITIVO – COMPORTEMENTALISTE : c'est le cadre théorique de notre démarche clinique.

⁶ A behavioral cognitive treatment of stuttering, AIFA, Nyborg, Danemark, 7-11 Août, 2000. Communication non publiée en Algérie, qui demeure d'actualité ; c'est pourquoi nous la reproduisons, traduite en français dans ce numéro de revue.

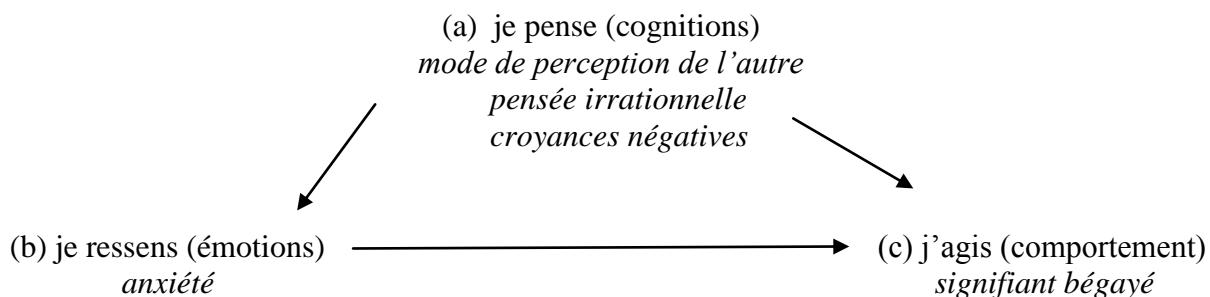
Voici donc une conceptualisation de la rééducation du sujet bégue, selon un modèle cognitivo-comportementaliste du bégaiement.

Trouble pragmatique : trouble au niveau du vécu de l'autre protagoniste de la communication. Problème : comment le bégue perçoit-il l'autre? C'est sur *ce mode de perception de l'autre*, qu'il faudra donc agir, pour rééduquer le patient bégue.

Depuis 1979, année du démarrage de notre enseignement *Étude de cas*, en milieu clinique (EJS Telemly, services d'ORL des CHU Mustapha & Beni Messous), lequel consiste en la rééducation des divers troubles orthophoniques en présence des étudiants et praticiens), notre prise en charge du patient bégue est une thérapie cognitivo-comportementaliste, quel que soit le tableau de bégaiement considéré.

Ce qui diffère d'un patient à l'autre, second principe théorique, c'est les techniques qui en découlent, lesquelles techniques sont adaptées au niveau intellectuel, à l'âge, au degré d'inhibition, aux capacités locutoires du sujet. Ici, le sens clinique (connaissance objective du patient) du thérapeute prend toute sa valeur. Le nombre de séances de rééducation n'a jamais été au-dessus de 10. 40 minutes par séance.

Selon les approches cognitivistes ce schéma tridimensionnel rend compte de la réalité humaine :



Si j'interprétais le bégaiement, selon cette première partie du modèle du soin du bégaiement, proposé par les psychiatres américains, Ellis (1978) et Beck (1975), j'admettrais l'idée selon laquelle :

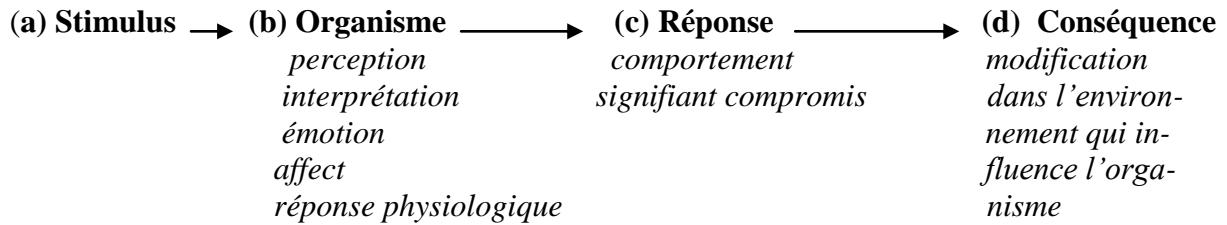
autrui (a) provoque un sentiment d'anxiété chez le bégue,

(b) parce qu'il le perçoit comme étant une agression externe,

ce qui traduit une parole au débit anormal (c).

Hypothèse thérapeutique : résultats positifs si l'on dédramatisait l'autre, en modifiant sa perception et son vécu, par le patient. L'autre n'est pas modifiable.

Selon les thèses comportementalistes, ce schéma « SORC » de Cottreaux (1990) rend compte des faits analysables :



À travers cette deuxième partie du modèle, la présence de l'autre (a) génère un sentiment d'anxiété émotionnelle (b), qui provoque un bégaiement (c). La conséquence (réaction de l'autre au bégaiement) majore les troubles, voire crée des déficits associés (d).

La technique qui en découle : modification infinie des « SORC » du patient.

3. Application clinique

Les principes théoriques déterminent le pourquoi du geste clinique, les techniques en déterminent le comment.

3.1 Collecte des informations en vue d'une connaissance objective du patient bégue

a- Un premier contact avec le patient vise l'instauration d'une relation chaleureuse et de confiance. L'importance de cette première rencontre est telle, qu'elle est déterminante de toute la prise en charge qui va suivre.

b- L'anamnèse permet de recueillir les renseignements sur l'histoire du patient, ses antécédents, l'âge et les circonstances d'apparition du trouble, la nature des relations intra et extrafamiliales.

c- L'entretien semi-directif, basé sur des questions-réponses, permet de connaître le patient dans ses choix, dans ses programmes quotidiens, dans les situations qui génèrent l'anxiété, l'exacerbe, la diminue ou l'enrayent complètement.

Ici, le degré d'inhibition, les troubles associés, la nature de la gêne peuvent, déjà, être notés.

d- L'analyse complète du comportement: le SORC qu'il s'agira de modifier.

* description des stimuli :

Répétition ; lecture à voix haute ; récitation ; chanson ; voix d'appel ; voix utilisée lorsqu'il s'adresse à un public ou lors d'une discussion téléphonique.

Le type de bégaiement apparaît à travers les corpus collectés.

* analyse de leur mode de traitement par l'organisme

Ici, c'est le degré d'inhibition, de gêne, d'autonomie par rapport au différents stimuli, qui sont relevés à travers une observation scrupuleuse des recouplements (corrélations/dissociations) entre les réactions aux différents stimuli ci-dessus évoqués.

* analyse du comportement bégue

Ici, sont notés les accrocs, les blocs toniques, les réductions syllabaires, le mode de distribution des rhèses. Le type de bégaiement est identifié, libellé et situé dans la nomenclature internationale des bégaiements.

* analyse des conséquences psychophysiologiques du bégaiement.

Timidité, retrait de la société, échec scolaire, voire professionnel, plan physiologique : sueurs, etc..., troubles de la gestion du contrôle pneumophonique. Ici, le souffle est testé systématiquement par les techniques phoniatiques de Lehuche ; usage intempestif du souffle thoracique ; respiration inversée ; mauvaise synchronisation temps inspiratoire/début de rhète ; émission de la parole avec l'air inspiré ; tonicité labiale exagérée au moment de l'émission des nasales, des constrictives, diminution de la quantité vocalique...

Ces 07 ordres de principes sont assortis de 04 ordres de techniques.

3.2 Protocole de rééducation orthophonique des bégaiements sous l'angle des thérapies cognitivo-comportementalistes

Techniques comportementalistes : relaxation ; variation des renforcements ; augmentation du degré anxiogène des stimuli ; sa diminution ; son extinction ; dialogue dans différentes situations :

Techniques cognitivistes : mise en situation anxiogène dès l'obtention d'une relaxation totale ; autoévaluation ; autocontrôle ; dédramatisation de la relation ; autonomisation... , sont constamment associées.

a- Information, guidances

Expliquer au patient en traduisant les concepts, de sorte qu'ils lui soient accessibles (aux parents, quand il s'agit d'un enfant) : origine de ses problèmes relationnels en démythifiant l'autre, en prodiguant des conseils d'ordre technique (respiration) et social (faire du sport ; ne pas hésiter à entrer en relation avec l'autre, qui n'est pas là pour juger).

b- Désensibilisation systématique (WOLPE, 1958)

Ici, il s'agit de mettre le patient dans un état antagoniste, par rapport à celui d'anxiété : deux forces s'opposent, donc l'une va annuler l'autre : les techniques de relaxation « les yeux ouverts » de Lehuche annulent l'anxiété ;

Apprentissage de la gestion du souffle costo-abdominal, qui est celui de la voix conversationnelle ;

Maîtrise du souffle thoracique, qui est celui de la parole émotionnelle.

c- Renforcement par des stimuli toujours nouveaux, en respectant l'augmentation graduelle, des situations anxiogènes.

Émission des constrictives douces : h..... en les prolongeant dans un souffle expiré, à partir de la sangle abdominale ; répétition de rhèses de plus en plus complexes, en les renforçant par le geste, puis en supprimant cet exercice psychomoteur progressivement jusqu'à extinction totale.

Lecture à voix haute d'un texte segmenté, du même texte non segmenté, en respectant l'ordre chronologique de la difficulté, c'est-à-dire ajout/extinction progressive, puis totale, de renforcements positifs : lecture à l'unisson, lecture indirecte, lecture chuchotée par le clinicien jusqu'à extinction de sa voix et accès à la lecture directe puis au dialogue sur le sens retenu de ce même texte.

Le patient est autonome par rapport au sens du texte, lorsqu'il peut le restituer sans l'avoir bégayé, au moment de sa lecture.

Sur le plan cognitif, cette technique est importante ; en effet, le bégue s'efforce de ne pas hésiter en lecture, se polarise sur son expression au détriment de son sens.

d- Autoévaluation, feedback, auto-appréciation, autocorrection par l'auto-écoute par l'enregistrement du patient, au magnétophone : il s'auto-appréciera.

3.3 Étude de cas

3.3.1 Hamza, 10 ans, qui présente un bégaiement tonico-clonique, est le 6^{ème} enfant d'une fratrie de 5 enfants. Il n'a pas été désiré, est né par la face et a été allaité pendant deux mois seulement. Il présente un asthme traité. La maman est possessive.

Au cours de la scolarité, dès la 1^{ère} année, le maître a signalé aux parents ses difficultés locutoires ; il a redoublé l'année puis c'est la maman, qui, institutrice, l'a pris dans sa classe, pendant une année.

Le bilan psychologique permet de noter les traits suivants :

- intelligence normale,
- instabilité, onicophagie, timidité, méticulosité à la limite d'un comportement obsessionnel,
- difficultés relationnelles avec la mère qui parle à sa place, l'habille ; il a du mal à entrer en communication avec les autres et manque d'autonomie.

Après une prise charge de 3 fois/semaine à raison de 10 séances, c'est un enfant qui ne bégai plus, qui est détendu, affronte l'autre aisément, c'est un élève encouragé en 7^{ème} année Fondamentale, les rapports à la mère se sont normalisés. Le témoignage du père de Hamza, exprimé publiquement lors des Conférences-Débats de la S.A.OR des 23-24 /04/1997, École de Jeunes Sourds du Telemly, Alger, encourage donc à continuer dans cette perspective.

3.3.2 Redouane, 12 ans vient tous les mercredis-jeudis de Chlef, souffre d'un bégaiement massif par inhibition, de sueurs, d'une profonde timidité, de poussées vasomotrices et il ne peut même pas regarder son interlocuteur. Il a quitté l'école, mais sans pouvoir faire autre chose, en raison de ce handicap. Son frère, âgé de 24 ans, a été rééduqué, alors qu'il n'avait que 10 ans, il ne bégai plus, c'est ce qui a encouragé R. à venir de loin, de façon régulière ; nous en sommes à la 4^{ème} semaine de prise en charge et il est déjà détendu, n'a pas bégayé à la

fin des deux dernières séances. C'est un progrès, mais nous attendons d'avancer avec lui, pour avoir les résultats définitifs.

Bibliographie

1. Ellis, A., *Brief psychotherapy in medical and health practice*, Paperback, 1978.
2. Beck, A.T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Intl Universities Press, 1975.
3. Zellal, *Cours de phonétique orthophonique*, OPU, Alger, 1984.

L'accompagnement en incubation et développement des compétences entrepreneuriales : analyse des concepts, analyse des indicateurs

Rabia KHETTACHE
Université d'Alger 2

Introduction

La formation aux compétences entrepreneuriales, comme facteurs de succès à la création d'entreprise, suscite de plus en plus d'intérêt, pour les structures chargées de l'accompagnement. Le même intérêt se fait aussi ressentir chez la nouvelle génération d'universitaires, porteurs de projets innovants, optant pour la création d'entreprise.

Des acteurs, aussi bien publics que privés, professionnels qu'universitaires, participent, selon différentes approches pédagogiques, à la mise en place de programmes de formation, afin d'apporter aux porteurs de projets les savoirs nécessaires à leur carrière de futur manager.

Dans la première partie de cet article, nous présenterons les différents concepts clés mobilisés, à savoir, l'incubation, l'entrepreneuriat, l'accompagnement entrepreneurial, les compétences, et les compétences entrepreneuriales.

Dans la deuxième partie, nous présenterons le corpus des indicateurs, inscrivant l'accompagnement en incubation, dans une logique de parcours d'apprentissage, visant l'acquisition des compétences entrepreneuriales.

Par cette analyse, nous tentons d'optimiser notre connaissance du parcours de formation, permettant le développement des compétences entrepreneuriales des porteurs de projets innovants, durant leur parcours d'incubation.

La formation aux compétences entrepreneuriales, comme facteurs de succès à la création d'entreprises, suscite de plus en plus d'intérêt, pour les structures chargées de l'accompagnement entrepreneurial.

Le même intérêt se fait ressentir chez la nouvelle génération d'universitaires, porteurs de projets innovants, optant pour la création d'entreprise.

Des acteurs aussi bien publics que privés, professionnels qu'universitaires y participent, par la mise en place de programmes de formation. L'objectif est de développer, chez les créateurs d'entreprises, par des approches pédagogiques variées, les compétences entrepreneuriales nécessaires, pour leur carrière de futur manager.

Bien que la littérature sur l'accompagnement entrepreneurial s'est intensifiée durant les dernières années, les recherches abordant les compétences entrepreneuriales d'un point de vue d'engineering de formation, demeurent très peu développées.

Dans notre recherche, nous abordons la problématique des compétences entrepreneuriales, dans une perspective de changements de comportements, opérés chez les porteurs de projets.

Pour répondre à ce souci, nous avons fait appel à quelques indicateurs souvent utilisés dans l'évaluation des compétences acquises. Ces indicateurs permettent de mesurer finement l'impact de la formation dispensée par l'incubateur, durant les trois phases d'accompagnement (pré incubation, incubation et post-incubation).

Nous avons approché la problématique des compétences entrepreneuriales au travers de l'analyse des approches, qui conçoivent l'accompagnement entrepreneurial, comme un

processus d'apprentissage et qui priorise l'approche par compétences, dans le développement des savoirs entrepreneuriaux. Un corpus de trois indicateurs a été retenu, pour mesurer toutes les acquisitions relatives à la culture entrepreneuriale que l'incubateur est censé de transmettre aux porteurs de projets innovants.

Il s'agit du développement organisationnel, collectif et personnel.

- Le développement organisationnel, qui porte les compétences managériales, celles relevant du management de la gestion financière, du marketing, du plan d'affaire et du business plan.
- Le développement collectif qui regroupe toutes les activités relatives à l'attractivité des réseaux aussi bien inter-entreprises incubées, réseaux locaux, nationaux que internationaux.
- Le développement personnel, qui porte sur les compétences comportementales (persévérance, endurance, changement et comportement de choix), les compétences émotionnelles (capacité à résister au stress, self control, estime de soi) et compétences cognitives (représentation personnelle et mentalisation du projet, perception du risque, prise de décision).

Nous présenterons dans la première partie de cet article, qui se veut une ébauche à l'analyse du corpus des compétences entrepreneuriales, les différents concepts relatifs à l'incubation, à l'entrepreneuriat, à l'accompagnement entrepreneurial, aux compétences et aux compétences entrepreneuriales.

Dans la deuxième partie et vu que l'étude qualitative, que nous avons menée auprès de l'incubateur est encore en phase de réalisation, nous nous limiterons à la présentation du corpus d'analyse des compétences entrepreneuriales, que nous avons élaborée, en vue de l'expérimenter, au sein de l'incubateur de Sidi Abdallâh, premier incubateur créé, en 2010, en Algérie.

1. Définition des concepts

Étant donné que notre but consiste à saisir le changement de comportements opéré chez les porteurs de projets innovants en termes de développement organisationnel, collectif et personnel, nous avons jugé utile de définir les concepts clefs, auxquels nous ferons appel dans cette analyse

1. 1 L'incubateur

L'incubateur est une structure d'accompagnement, qui aide les entrepreneurs en leur fournissant des prestations, en termes de secrétariat, d'assistance administrative, d'installation et de soutien d'affaires en management, finance et comptabilité (Allens, Mc Cluskey, 1990 ; Smilor, 1987).

Les incubateurs, appelés aussi pouponnières ou couveuses, ont pour mission de détecter, d'accueillir et d'accompagner les projets de création d'entreprises innovantes. C'est une structure qui héberge physiquement les créateurs ou futurs créateurs d'entreprises, en leur offrant des services multiples d'aide à la création d'entreprise.

Sa mission première est de faire émerger des projets de création d'entreprises innovantes, tout en valorisant les compétences entrepreneuriales.

C'est donc, une structure d'accueil, qui permet au promoteur ou à un groupe de promoteurs, de mobiliser des ressources et de développer des compétences, pour la création d'une nouvelle activité à valeur ajoutée.

La valeur ajoutée de l'incubateur, réside dans les apprentissages qu'il peut apporter aux porteurs de projets, en termes d'habiletés favorables à la réussite.

Dans cette recherche, nous entendons par incubateur, une structure d'accompagnement qui permet, à travers les services offerts, aux porteurs de projets, d'acquérir, tout au long du processus d'incubation, tous les apprentissages relevant du domaine de l'entrepreneuriat.

1.2 L'entrepreneuriat

La littérature sur l'entrepreneuriat fait apparaître une diversité d'approches. Selon Hernandez (1999), l'acte d'entreprendre est perçu comme le résultat d'une suite d'événements, aboutissant à la création d'entreprises où le rôle de l'entrepreneur est capital, pour la création et l'aboutissement de son projet. Stevenson (1985, p. 40), désigne, par l'entrepreneuriat « le processus, qui amène des personnes à envisager la propriété d'une entreprise, comme une option ou une solution viable, à arriver avec des projets d'entreprise, à apprendre à devenir des entrepreneurs et à lancer et à développer une entreprise ».

L'entrepreneuriat apparaît, selon Béchard (1996), comme un ensemble de comportements visant la création d'une nouvelle entreprise.

Julien et Marchesnay (1996), proposent, pour cerner l'entrepreneuriat, l'étude de trois aspects principaux : l'esprit d'entreprise, la création d'entreprise et l'entrepreneur. C'est ce que Julien (2000) appelle des « déclencheurs » individuels, familiaux, sociaux ou organisationnels. Il cite trois conditions favorables à la création d'entreprise : la croyance de l'entrepreneur au projet ; l'appui et le soutien financier du milieu ; l'apport de l'aide matérielle et immatérielle et l'environnement.

Au Canada, on considère que la culture entrepreneuriale est un processus pédagogique, qui s'acquiert, à partir de l'école et dans des modèles issus de l'environnement familial ou du voisinage. L'entrepreneuriat, présuppose une culture locale, des valeurs religieuses, une organisation sociale, un régime politique et un contexte légal et réglementaire appropriés.

À ces variables environnementales, s'ajoutent les objectifs et motivations de l'entrepreneur. On peut, alors, citer, entre autres, l'ambition, l'insatisfaction au travail, les charges de la famille, le manque d'intégration (Fortin, 2002).

Pour créer une entreprise, le porteur de projet doit avoir des compétences polyvalentes, dans le domaine technologique, lié à son invention mais également, en matière de gestion et de management, au sens large. Pendant la phase de création de l'entreprise, il acquiert des connaissances généralistes, en matière de management.

1.3 L'accompagnement en entrepreneuriat

La notion d'accompagnement entrepreneurial s'inscrit dans un processus d'apprentissage individualisé (Dokou, 2001). « L'entrepreneuriat serait lui-même un processus puisque gérer une nouvelle organisation implique forcément de nouveau apprentissage pour l'entrepreneur » (Minniti & Bygrave, 2001).

C'est ainsi que l'accompagnement entrepreneurial a pris un sens large du terme et est devenu un processus, qui assure, à l'entrepreneur, un apprentissage multi varié et continu dans le temps, lui permettant de promouvoir son projet.

Comme le notent Cuzin & Fayolle (2004), « L'entrepreneur va réaliser des apprentissages multiples et pouvoir accéder à des ressources ou développer des compétences utiles à la concrétisation de son projet ». Quant à Dokou & al. (2000), « L'accompagnement entrepreneurial prend la forme d'un véritable rapprochement entre les créateurs actuels ou potentiels, d'une part et des institutions locales, d'autre part, qui disposent des moyens techniques, humains et financiers pour assurer l'évolution des entreprises à lancer ».

L'APCE (2002) fait le constat que l'accompagnement, notamment de projets à caractère innovant, permet d'améliorer l'image de marque du territoire et a une incidence sensible sur la politique d'aménagement des sites d'accueil, comme les pépinières d'entreprises.

Au fil des problèmes rencontrés, le porteur de projet doit tirer des leçons de ses expériences et apprendre vite, dans une logique de survie du projet. Ce processus peut être accompagné par des structures publiques comme les incubateurs, pour des entreprises innovantes (Nathalie Claret & al.).

1.3 La compétence

Selon Defelix (2003), la compétence est « une combinaison de ressources, dans une situation donnée, rendant capable de... ». Cette définition regroupe les différentes compétences, aussi bien individuelles que collectives. Si on retient cette définition, on peut dire qu'il s'agit de toutes les ressources qu'une personne ou groupe de personnes doivent détenir pour faire face à de multiples situations se rapportant à l'exigence du domaine de leur exercice.

Dans l'enseignement, la compétence désigne la mobilisation d'un ensemble de ressources (savoir, savoir-faire, savoir-être), dans le but de résoudre une situation complexe, appartenant à une famille de situations-problèmes. Dans le domaine professionnel, la compétence sera définie comme un savoir-agir résultant de la mobilisation et de l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources internes ou externes, dans des situations relevant d'un contexte professionnel.

Dans les deux cas de figure, la compétence est fortement liée à la notion de situation problème, auquel renvoie la notion de compétence comme étant un savoir en action.

Les compétences ce sont « Toutes les acquisitions, qui renvoient à tous les savoirs, savoirs faire et savoirs être se rapportant à un métier ou à un domaine modèle de la compétence » (Zarifian, 1999, 2000).

Si on se base sur les recherches abordant les compétences, on peut noter que la compétence renvoie à trois savoirs : des savoirs (connaissances), des savoir-faire (pratique professionnelle, spécialisation, expérience) et des savoir-être (comportements, attitudes, capacité d'adaptation).

Un large consensus a été établi dans la littérature sur le triptyque savoir/savoir-faire/savoir-être et l'atteinte d'un résultat, un but fixé, dans une situation donnée (Gilbert & Parlier, 1992 ; Malglaive, 1995).

Zarifian (1999) donne la définition de la compétence comme étant « une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente » ; ou « la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité ».

Le Boterf (1997), dans la définition de la compétence, fait appel à l'environnement et à ses multiples ressources. Il définit la compétence en termes de « combinatoire » et place le sujet au centre du processus de mobilisation.

L'individu réalise avec compétence des activités en combinant un double équipement de ressources : des ressources incorporées (connaissances, savoir faire, qualités personnelles, expérience, ressources physiologiques, émotionnelles, culture, valeurs...) et des ressources liées à l'environnement (installations, machines, moyens de travail, informations, réseaux relationnels et professionnels, réseaux documentaires, banques de données, réseaux d'expertise, culture professionnelle du collectif de travail...) ». On peut noter que la compétence est placée dans la sphère d'écosystème, où l'ensemble des éléments agissent et interagissent, pour constituer un socle de compétences.

1.3 Les compétences entrepreneuriales

Les compétences entrepreneuriales, sont des compétences qui font référence à l'ensemble des savoirs aussi bien théoriques que pratiques, personnels, professionnels que environnementaux, que les jeunes créateurs d'entreprises, doivent acquérir pour répondre efficacement aux activités économiques qu'ils entreprennent.

Si certains travaux ont tenté d'expliquer le succès entrepreneurial par la psychologie de l'entrepreneur (profil de l'entrepreneur), d'autres recherches ont mis l'accent sur les actions des entrepreneurs (comportement de choix) en mettant en avant leurs compétences, comme la capacité à élaborer une vision d'affaires (Hambrick & Crozier, 1985 ; Milton, 1989).

Herron & Robinson (1993) suggèrent une typologie de sept compétences distinctes. L'entrepreneur doit être capable de concevoir des produits/services, d'évaluer les diverses fonctions de l'entreprise, de comprendre son secteur d'activité et ses tendances, de motiver son personnel, de créer des relations d'influence dans son réseau d'affaires, de planifier, d'administrer les activités de l'entreprise et d'implanter des opportunités.

Dans une recherche qui a porté sur 134 propriétaires-dirigeants de PME, Chandler & Jansen (1992) préconisent une typologie comprenant trois catégories de compétences, qui se résument en compétences entrepreneuriales, managériales et technico-fonctionnelles.

Dans notre analyse, nous entendons par compétences entrepreneuriales les acquisitions en rapport avec le développement organisationnel, le développement collectif et le développement personnel, opérés chez les porteurs de projets, durant les trois étapes du parcours d'accompagnement, à savoir (phase pré-incubation, incubation et post-incubation).

Notre préoccupation est de mettre en avant, un corpus de compétences entrepreneuriales, tel que nous l'envisageons, qui sont en relation avec les trois acquisitions sus-citées et qui, à notre sens, sont susceptibles de renforcer le succès des porteurs de projets. Ces trois acquisitions, peuvent être vérifiées au fur et mesure du processus d'accompagnement des porteurs de projets.

2. Les indicateurs clefs retenus pour cerner les compétences entrepreneuriales

Les recherches portant sur l'entrepreneuriat montrent l'intérêt d'appréhender les apprentissages du porteur de projet, dans une visée de processus (Hernandez). Trois indicateurs ont été retenus pour cerner les facteurs de succès du processus d'apprentissage en incubation.

Nous tenterons d'analyser les connaissances acquises, en relation avec le développement personnel, le développement organisationnel et le développement collectif, dans une visée de processus d'acquisition de connaissances.

Les nombreuses recherches qui ont souligné l'importance des structures d'accompagnement des entreprises naissantes ou novices ont surtout mis en avant les compétences nécessaires à l'acte d'entreprendre, par le biais des différents apprentissages, réalisés durant le parcours d'incubation.

Selon (Michell & Nicolas, 2006), « Le processus de création des connaissances individuelles passe généralement par trois phases. La première phase constitue la transmission, c'est-à-dire, le transfert de l'information d'un émetteur à un récepteur. Par le biais de ce transfert, il existe

une filtration de l'information au niveau du modèle mental du récepteur en fonction de son utilité ou bien de son utilité pour la création des connaissances ».

Cope (2005) énumère « cinq domaines d'apprentissage de l'entrepreneur : l'apprentissage à propos des individus, de l'entreprise de l'environnement et du réseautage entrepreneurial, de la gestion d'une PME, de la nature et de la gestion des relations.»

Il existe donc un intérêt manifeste à comprendre le contexte, les possibilités et les limites de l'apprentissage, réalisés au travers de l'accompagnement.

L'analyse de littérature portant sur la relation entrepreneuriat-incubation a permis de situer globalement ces apprentissages entrepreneuriaux des jeunes créateurs et porteurs de projets selon trois importants aspects :

- 1- développement organisationnel ;
- 2- développement personnel ;
- 3- développement collectif.

2.4.1 Le développement organisationnel

Il s'agit d'accompagner le développement d'un projet en une organisation aux compétences distinctives ou clés (Hamel & Prahalad, 1990), par un processus d'apprentissage organisationnel comprenant l'accès aux réseaux de connaissances, de ressources et d'acteurs.

La problématique, à ce niveau, est celle de l'insertion d'une nouvelle organisation dans un environnement, non pas conçu comme déterminé mais contraint. La réception d'une nouvelle organisation va permettre de développer de nouvelles connaissances, qui donneront lieu à des modifications au niveau de la structure de l'offre, ainsi que des axes de développement envisagés.

Le modèle d'apprentissage est, ici, centré sur la valorisation de l'organisation (Schmitt, 2005). Si l'incubateur se départit, ici, de son rôle protecteur, en incitant davantage le ou les entrepreneurs à s'exposer au jugement des parties prenantes, en particulier celui des clients, il reste en appui, notamment, si la jeune organisation se trouve en difficulté.

Via son réseau d'experts, il propose de résoudre certains problèmes par du conseil en stratégie, marketing, etc. Néanmoins, la perspective est bien d'accompagner l'organisation vers le développement de ses pratiques et vers des modes de fonctionnement qui lui sont propres.

Wanberg & al. (2006) souligne que « de nombreux programmes de mentorat ont été développés dans les grandes organisations. Les objectifs principaux de ces programmes sont généralement de favoriser l'ascension hiérarchique et la progression salariale du protégé, tout en lui permettant de comprendre, davantage la culture de l'organisation.

2.4.3 Le développement personnel

Selon Knowles et al. (2005), plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que « l'apprentissage est un acte ou un processus par lequel un changement de comportement, des savoirs, des habiletés et des attitudes sont intégrés ». Et lorsque le porteur de projet, accroît sa capacité à gérer son projet, à mieux prendre des décisions, à développer son estime de soi et à mieux gérer ses conflits, cela constitue, en soi, un apprentissage visant le développement personnel.

L'objectif désiré à travers le développement du porteur de projets, est d'amener le créateur à approfondir le lien entre ses aspirations et les ressources, les compétences détenues et celles requises par le projet (Bruyat, 1993).

Tout le travail de l'incubation consiste, par un processus d'apprentissage personnalisé, à aider les créateurs à développer leurs compétences personnelles. C'est-à-dire permettre aux créateurs de développer leurs potentialités afin d'optimiser leur chance et de réaliser leurs aspirations.

Cette prise de conscience des compétences personnelles, nécessaires à la concrétisation de leur projet, permet d'accepter facilement les changements de comportements et de progresser un niveau individuel.

Dans un souci de développement personnel que requiert le projet de création, l'incubateur doit inscrire son action dans une visée individu-projet, à travers un travail pédagogique élaboré, sans pour autant faire des porteurs de projets des assistés. Une pédagogie de proximité serait très indiquée pour le développement personnel harmonieux.

Selon Deakins & Freel (1998), « l'apprentissage de l'entrepreneur est rarement planifié mais il est plutôt le résultat d'une série de réactions à des événements critiques, où il apprend à tirer de l'information, à ajuster sa stratégie et à prendre des décisions.

Ghosh et Ray (1997) se sont intéressés aux rôles de l'attitude, face au risque, à l'intolérance et à l'ambiguïté, comme déterminants du comportement de choix de l'individu. Ils soulignent que « ces éléments discriminants reflètent l'influence des caractéristiques cognitives individuelles ».

Courtney et al. (1997) dénombrent quatre niveaux d'incertitude :

- l'avenir est connu et parfaitement anticipé ;
- le futur présente plusieurs alternatives connues ;
- un spectre de solutions probables est défini à l'aide d'un nombre limité de variables déterminantes ; cependant, aucun scénario n'est clairement anticipé.
- l'incertitude est réelle ; différentes dimensions de l'incertitude interagissent et interdisent toute prédition.

La prise de décision est liée à la perception du risque. Barabel (1996) note, à ce sujet, que « les sources d'influence externes modifient très fortement les comportements décisionnels ». La perception accrue du risque est liée à l'impuissance de prévoir les conséquences des actions déjà menées et de tous les risques imaginés, en cas d'une décision inappropriée.

Pour Dokou (2002) plusieurs entrepreneurs se plaignent de la formation offerte à eux, qui n'est pas adaptée à leurs besoins, suggérant qu'on devrait davantage tendre vers un processus individualisé. « Le mentorat de l'entrepreneur constituait une approche suffisamment personnalisée pour amener celui-ci à développer ses qualités de dirigeant » (Bisk, 2002).

Gasse Y. (2002) résume l'importance des caractéristiques psychosociologiques dans la création d'entreprise : « l'entrepreneur type a un fort besoin de réalisation personnelle ; il a confiance en lui ; il veut être autonome et indépendant ; il aime les risques modérés et il est plein d'énergie et de motivation. Il est certes évident que l'ensemble de ces caractéristiques ne se retrouve pas toutes, à un degré élevé chez le même entrepreneur. Et même, si ces

dimensions se conjuguent pour produire un effet commun et qu'elles semblent se compléter, c'est un fait que chaque être humain demeure un être complexe, dont la personnalité est unique.

Il n'est pas impératif à la réussite de posséder toutes ces caractéristiques, cependant, il est souhaitable d'en favoriser l'émergence et le développement, chez les entrepreneurs potentiels, si on considère qu'elles ont été identifiées chez les entrepreneurs, qui ont connu le succès.

2.4.2 Le développement collectif

C'est cette capacité du jeune créateur à prendre conscience des opportunités qu'offre l'environnement interne et externe à l'incubation. L'incubateur va assister le jeune dans la création de son propre milieu d'affaire. L'insertion dans des groupes, à travers l'échange avec les porteurs et d'autres acteurs, permettra d'accroître la visibilité du projet et d'élargir les réseaux de connaissances. Les créateurs hébergés, sont appelés à échanger leur expérience et à s'entraider, dans le but d'une meilleure formulation du projet. Bien que les recherches sur l'apport des structures d'appui concernant l'intégration des jeunes entrepreneurs dans les réseaux internationaux ne sont que très peu développées, il n'en demeure pas moins, que l'internalisation s'impose de plus en plus, pour l'entreprise novice et pour l'entreprise innovante.

Les porteurs de projets vont être amenés à rencontrer différentes personnes, dans leur réseau d'affaires, avec lesquels ils vont pouvoir co-concevoir, même si, en dernier ressort, les décisions leur appartiennent (Schmith, 2005).

Selon Etienne (2008), « dans certains cas, les discussions engagées avec des personnes du réseau de l'entrepreneur, à propos des évènements critiques, peuvent faciliter et stimuler sa réflexion et son apprentissage ».

Gibb (1997) note que « l'entrepreneur possède aussi un potentiel d'apprentissage par le biais de réseau. Ainsi, l'intégration de l'apprentissage de l'entrepreneur au sein même de l'entreprise et de son réseau immédiat, augmente l'ampleur de l'apprentissage et même la motivation de celui-ci, étant donné le lien étroit entre « apprentissage » et « application concrète ».

3. socle de compétences entrepreneuriales des porteurs de projets

Il s'agit de mettre à l'épreuve, par l'étude empirique, les éléments permettant de se prononcer sur la fiabilité de la structure d'accompagnement, en termes de compétences entrepreneuriales. Ceci permettra de juger de l'impact des acquisitions transmises par l'incubateur aux entreprises incubées. Nous avons réparti les compétences en trois compétences : organisationnelle, personnelle et collective. Chacune d'elles est composée de différents aspects, à savoir :

1) Les compétences organisationnelles englobent les paramètres suivants :

- Conseil stratégique
- Élaboration de diagnostic
- Plan d'affaires
- Formation en management
- Conseil et marketing
- Relations publiques et communication
- Comptabilité et tenue de livre
- Montage financier et recherche de financement

- Conseil pour les affaires juridiques
- Formation en gestion des ressources humaines
- Conseil en propriété intellectuelle

2) Les compétences collectives englobent :

- La mise en place d'un réseau de consultation attentif aux besoins des entreprises incubées
- La négociation d'accords profitables ; ne pas rater les occasions
- La définition du rôle et ses responsabilités face à un client difficile.

3) Les compétences personnelles.

L'objectif, dans ce modèle d'apprentissage, est le développement personnel qui vise la réalisation de soi, à travers le projet. Trois dimensions importantes permettent le développement personnel :

- les compétences comportementales : elles concernent, les bonnes pratiques du leadership, son implication, sa persévérance, son endurance, les techniques de maîtrise des réunions d'affaires, la réduction des résistances dans les relations d'affaires, la transformation les méthodes de négociation en réflexes naturels, l'autonomie dans la gestion du projet, la résolution des conflits au sein de son équipe.
- les compétences émotionnelles : elles se rapportent à la capacité de résister au stress, au self control, à la bonne estime de soi, à la confiance et à la réalisation de soi, au besoin d'accomplissement et à la motivation, à gagner en assurance, dans ses comportements.
- les compétences cognitives : elles portent sur le développement des capacités créatives latentes, la bonne représentation et la mentalisation du projet, la bonne perception du risque et la prise de bonnes décisions, mais aussi sur la capacité de traiter des situations nouvelles, complexes et paradoxales. Elles consistent à apprendre à renouveler son énergie, à assumer et à surmonter les situations difficiles, à maîtriser les outils de négociation et les techniques de résolution de conflits.

Conclusion

L'accompagnement des structures d'appui à la création d'entreprise serait très indiqué pour l'acquisition des compétences entrepreneuriales, avant et pendant le démarrage d'une entreprise.

En effet, la démarche stratégique du créateur d'entreprise est facilitée par un accompagnement de qualité, comme l'a montré notamment Hernandez (1999), faisant référence à l'une de ses précédentes études mettant en évidence le rôle positif joué par les pépinières d'entreprises, dans le processus d'émergence économique.

Selon le même auteur, la phase de maturation du processus, au cours de l'accompagnement entrepreneurial, par des structures extérieures, est primordial. Elle de vérifier la cohérence entre le créateur et son projet. Dans cette perspective, l'accompagnement est considéré comme un rouage facilitateur, du processus entrepreneurial. Ce rôle de catalyseur s'ajoute à l'idée soutenue par Cullière (2003), qui note que les pépinières d'entreprise sont des pourvoyeurs de légitimité, pour les jeunes entreprises.

Les résultats attendus se verront utiles, à plus d'un titre. Pour le futur créateur, ces résultats ne font que l'éclairer au sujet des changements opérés tant sur le plan personnel, organisationnel que sur le plan de son intégration, dans des réseaux d'affaires. Vu l'absence de référentiel prospectif de performance de l'incubateur, cette étude, peut servir à une réflexion sur les outils à mettre en œuvre, pour l'évaluation des actions que celui-ci s'est engagé à réaliser.

Bibliographie

1. Béchard J. P., (1996), Comprendre le Champ de l'Entrepreneurship, Cahiers de Recherche, 96-07-01, HEC Montréal.
2. Etienne S..J., (2008), La formation destinée à l'entrepreneur novice : exploration des possibilités offertes par le mentorat, Revue de l'Entrepreneuriat, vol 7, n°1, pp. 6-18.
3. Hernandez E. M., (1999), L'entrepreneuriat - Approche théorique, L'Harmattan, Paris.
4. Stevenson H. H., (1985), A New Paradigm for Entrepreneurial Management. in Entrepreneurship: What it is and How to Teach It, eds. J. Kao and H. Stevenson, 30-61. Cambridge, MA: Harvard University, Graduate School of Business Administration.
5. Gibb A. A., (1997), Small Firms, Training and Competitiveness. Building Upon the Small Business as a learning Organisation, International Small Business Journal, Vol. 15, n°3, p.13-29.
6. Julien P. A., (2000), L'entrepreneuriat au Québec, Éditions Transcontinental.
7. Fortin P. A., (2002), La culture entrepreneuriale: un antidote à la pauvreté, Montréal, Qc, Les Éditions Transcontinental Inc.
8. Barabel M. (1996), Un style de décision à la française ?, Revue Française de Gestion, novembre-décembre, pp. 159-170.
9. Schmitt C., (2005), Quand savoir entreprendre, c'est savoir concevoir : réflexion autour de différentes expériences, ateliers les nouvelles sciences de l'ingénierie : expériences, Juin.