



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Application à un cas clinique d'un protocole d'évaluation des processus pour les troubles anxio-dépressifs[☆]



Clinical case study of a process evaluation for anxious and depressive disorders

Vincent Dethier^{a,*}, Céline Baeyens^b, Martine Bouvard^c,
Pierre Philippot^a

^a Institut de recherche en sciences psychologiques, laboratoire de psychopathologie expérimentale, université catholique de Louvain, place du Cardinal-Mercier, 10, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

^b Université Grenoble-Alpes, Grenoble, France

^c Université de Savoie Mont-Blanc, Mont-Blanc, France

Reçu le 15 juin 2015 ; reçu sous la forme révisée le 29 juin 2015 ; accepté le 1^{er} juillet 2015

Disponible sur Internet le 4 août 2015

MOTS CLÉS

Conceptualisation de cas ;
Diagnostic ;
Processus transdiagnostiques ;
Protocole modulaire ;
Cas clinique ;
TCC

Résumé Cet article présente l'application à un cas clinique de la procédure d'évaluation des processus pour les troubles anxiodépressifs développée dans l'article de Philippot et al., 2015 (dans ce numéro). Sept classes de processus ont été identifiées par questionnaire chez Marie, une jeune femme de 28 ans souffrant d'une anxiété importante de ne pas pouvoir aller aux toilettes lorsqu'elle est anxieuse. Les résultats aux questionnaires ainsi que la discussion des résultats avec Marie mettent en évidence plusieurs processus psychologiques : évitements, mode de pensée abstrait-analytique, métacognitions, écarts entre les sois, et faible sentiment d'efficacité personnel dans la régulation des émotions et la gestion du quotidien. La mise en évidence de ces processus implique plusieurs pistes thérapeutiques : exposition ciblant la honte avec debriefing des significations, activation comportementale, identification et détachement par rapport aux pensées critiques, identification de la fonction des ruminations, réengagement attentionnel vers l'ici et maintenant et test comportemental des croyances métacognitives. Au bout de 12 séances, les questionnaires ont été complétés une nouvelle fois afin d'évaluer les changements. Les résultats mettent en évidence des modifications importantes sur

[☆] Un site Internet présente le projet décrit dans cet article, ainsi que les instruments cliniques qui en font l'objet : <http://uclep.be/processus>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vincent.dethier@uclouvain.be (V. Dethier).

KEYWORDS

Case
conceptualization;
Diagnostic;
Transdiagnostic
processes;
Modular protocol;
Clinical case;
CBT

certaines des dimensions évaluées et permettent de fixer de nouveaux objectifs pour la suite de la thérapie.

© 2015 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary This article presents a clinical case study of the process evaluation procedure for anxious and depressive disorders developed in the article of Philippot et al., 2015 (in this issue). Seven types of process have been evaluated via self-reported scales by Marie, a woman aged 28 years suffering from an intense anxiety of not being able to find a bathroom and having involuntary urine leakage. Any biological explanation of the problem has been excluded by a physician. Marie also suffers from stress in regard to managing daily activities. Those problems seem to increase over time. The questionnaire results and subsequent discussion with Marie evidence several psychological processes which we have articulated in a global modelization. Self-discrepancies or perfectionism were inspired by the models of Higgins, 1987 as well as Shafran et al., 2002. Marie suffers from a discrepancy between high standards for herself mainly on the intellectual dimension and the perception of herself as being uneducated. This discrepancy is a source of intense shame that she represses, resulting in a secondary emotion of anxiety (Greenberg, 2002). Marie also displays low self-efficacy (Bandura, 1988) in the regulation of emotion as well as in the management of daily activities. Meta-cognitive factors (Wells, 1995), such as positive beliefs about worrying and a lack of cognitive confidence, induce persistent worrying and an abstract-analytic thinking style (Watkins, 2008). Avoidance is present through the avoidance of shame, resulting in the secondary emotion of anxiety, through worries as a way of avoiding negative self-image, as well as through intense efforts to meet high standards. The questionnaires and the resulting discussion brought to light some important processes that were not evidenced through anamnesis, concretization and holistic conceptualization. The identification of processes implies several therapeutic approaches. Firstly, the target of exposure must be carefully chosen. In regard to the recommendations of Greenberg (2002), the exposure should be undertaken in targeting not only the anxiety of having a urinary leakage (secondary emotion) but also the emotion of shame (primary emotion). This could be done through the reactivation in imagery of shame memories with an attitude of acceptance of the induced emotion. Moreover, whereas shame is strongly related to self-image, the debriefing of these exposures should be oriented to the actualization of the meanings associated to these memories (Hackmann et al., 2011). Self-discrepancies and perfectionism should be addressed by highlighting the fact that Marie's self-evaluation is too closely focused on failures and does not take into account important qualities she possesses. Behavioral activation in the sense of engaging in activities that fulfil important values (Jacobson et al., 2001), as well as the identification and detached observation of self-criticisms (Egan and Shafran, 2010) could also address self-discrepancies. Ruminations and meta-cognitive factors could be addressed through the rumination function identification, information about the distinction between concrete and abstract thinking style (Watkins, 2008), refocusing on the present moment (Segal et al., 2002), and behavioral testing of meta-cognitive beliefs (Fisher and Wells, 2009). Twelve sessions of therapy following these guidelines were conducted. The questionnaires were completed again by Marie. From a symptomatic point of view, we observed a decline in distress. In regard to processes, the results display changes that are consistent with the targets of intervention: a decrease in behavioral avoidance, in distraction/suppression, in negative meta-cognitive beliefs, in lack of cognitive confidence, in abstract thinking, in self-discrepancies and associated distress, as well as an increase in self-efficacy in daily activities. However, some processes targeted did not change: self-efficacy in regard to work, hobbies and emotion regulation, distress aversion, positive beliefs. These results allowed us to highlight the effective changes and define new intervention targets. In conclusion, whereas the case was initially seen as relatively simple, the proposed tool offered a comprehensive and more complex view of the process involved and oriented the intervention. This tool also provided an important resource for discussion with the client and offered an evaluation of changes throughout therapy.

© 2015 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'article de Philippot et al. [1] a proposé une nouvelle approche modulaire et processuelle. En réponse à certaines limites de l'approche des protocoles de traitements validés, cette approche consiste à cibler les processus étiopathogéniques et de maintien d'un trouble dans l'évaluation et l'intervention psychologique. Un protocole d'évaluation des processus dans les troubles anxio-dépressif a été élaboré. Sept classes de processus ont été identifiées :

- l'évitement expérientiel et la désactivation comportementale ;
- les stratégies de régulation des émotions ;
- les croyances métacognitives dysfonctionnelles ;
- le sentiment d'inopérance et le faible sentiment d'efficacité personnel ;
- les écarts entre les sois ;
- les ruminations mentales ;
- l'intolérance à l'incertitude.

Pour chacune de ces classes de processus, un questionnaire d'évaluation a été sélectionné et décrit. Le présent article a pour objectif de présenter l'application à un cas clinique de ce protocole d'évaluation des processus psychologiques.

Présentation du cas clinique

Contexte de la demande

Marie, une jeune femme de 28 ans, rapporte une anxiété importante par rapport au fait de ne pas pouvoir aller aux toilettes lorsqu'elle est anxieuse. Cette anxiété peut aller jusqu'à la crise d'angoisse. Cette difficulté est extrêmement invalidante au quotidien. Elle redoute de sortir de chez elle car elle craint d'uriner involontairement avant d'avoir pu trouver des toilettes. Aller au magasin au bout de sa rue est vécu avec beaucoup d'angoisse. Par ailleurs, elle rapporte des difficultés à gérer le stress professionnel.

Elle se présente à la consultation car l'intensité de ses difficultés augmente depuis plusieurs mois. Sa charge de travail est devenue très importante et elle ressent beaucoup de stress. Elle a peur de perdre son emploi à cause des conséquences de ses difficultés psychologiques. Elle a diminué son engagement dans de nombreuses activités qui lui plaisaient et étaient importantes pour elle. La consultation se déroule dans un cadre individuel. Marie aimerait trouver une solution pour ne plus être anxieuse en permanence, trouver des outils pour gérer les attaques de panique, et mieux gérer la surcharge professionnelle et la tension quotidienne qui en découle.

Marie a parlé de ses difficultés avec son médecin de famille qui a écarté une cause biologique à son problème urinaire. Marie ne prend actuellement aucun traitement pharmacologique en raison de sa grossesse. Par le passé, elle a consommé des benzodiazépines et des antispasmodiques urinaires. Marie est en couple et décrit une relation solide. Elle a un fils et est enceinte d'un second enfant. Elle aime beaucoup s'occuper de son fils. Elle a le sentiment d'être bien entourée. Néanmoins, elle se confie très peu à ses proches à propos des difficultés psychologiques dont

elle souffre. Marie travaille depuis trois ans dans le soin aux personnes.

Évènement déclencheur

Les difficultés de Marie ont débuté suite à un évènement déclencheur clairement identifiable survenu, il y a quatre ans. Marie se trouvait alors dans un contexte de stress professionnel teinté par un sentiment de ne pas avoir la capacité de gérer la charge de travail. Lors d'un long trajet en voiture, Marie a ressenti le besoin d'uriner. Ne voulant pas déranger son compagnon qui conduisait, elle s'est abstenue de lui demander de s'arrêter. À un moment donné, elle s'est mise à anticiper : « et si jamais je me faisais pipi dessus ? ». Ces pensées ont déclenché une crise d'angoisse intense, ce qui a eu pour effet d'amplifier son envie d'uriner. Elle a ensuite demandé en catastrophe à son compagnon de s'arrêter sur une aire d'autoroute. Au moment de repartir, elle ne pouvait s'empêcher de retourner plusieurs fois consécutivement aux toilettes. Marie urinait à chaque fois en faibles quantités et elle ne se sentait plus capable de monter dans la voiture de peur de devoir à nouveau uriner. Finalement, son compagnon l'a conduite à la gare la plus proche et elle a rejoint son domicile en train, ce qui lui a donné la possibilité d'accéder à des toilettes durant toute la durée du trajet.

Concrétisation des difficultés psychologiques

Deux difficultés ont été identifiées et concrétisées : l'anxiété d'uriner et l'anxiété liée à la gestion des tâches quotidiennes. L'anxiété d'uriner a débuté suite à l'évènement déclencheur décrit ci-dessus. Suite à celui-ci, Marie a consulté un médecin et a été placée en incapacité de travail. Des benzodiazépines lui ont également été prescrites. Précisons que jusqu'aujourd'hui, il n'est jamais arrivé à Marie de s'uriner dessus.

Lors de la concrétisation des difficultés actuelles, on constate que cette anxiété apparaît dans de nombreuses situations (en voiture – surtout lors de longs trajets –, dans le train, dans le bus, dans l'avion, dans une foule, au cinéma, chez le coiffeur, lors de la visite d'un lieu inconnu) surtout lorsque Marie est en présence d'autres personnes.

Dans ces situations, Marie ressent les sensations suivantes : palpitations, tensions dans les bras, chaleur, transpiration, impression de manquer d'air. Elle a l'impression de devenir folle et deux types de cognitions sont présentes : les unes liées à l'utilisation de comportements de sécurité (exemple : « Je n'ai pas ma bassine avec moi »), les autres liées à la crainte du jugement d'autrui « Il ne faut pas que les autres remarquent ce qui se passe ». D'un point de vue comportemental, Marie est prostrée, n'arrive pas à parler, ne bouge pas, fait comme si de rien n'était, regarde autour d'elle.

Lorsqu'elle doit se déplacer, Marie prend une bassine avec elle dans la voiture. Lorsque l'anxiété est intense, elle appelle son compagnon pour qu'il vienne la chercher à l'endroit où elle se trouve. Lorsqu'elle se déplace, elle tente toujours d'avoir à l'esprit l'endroit où se trouvent les toilettes les plus proches et la manière de s'y rendre.

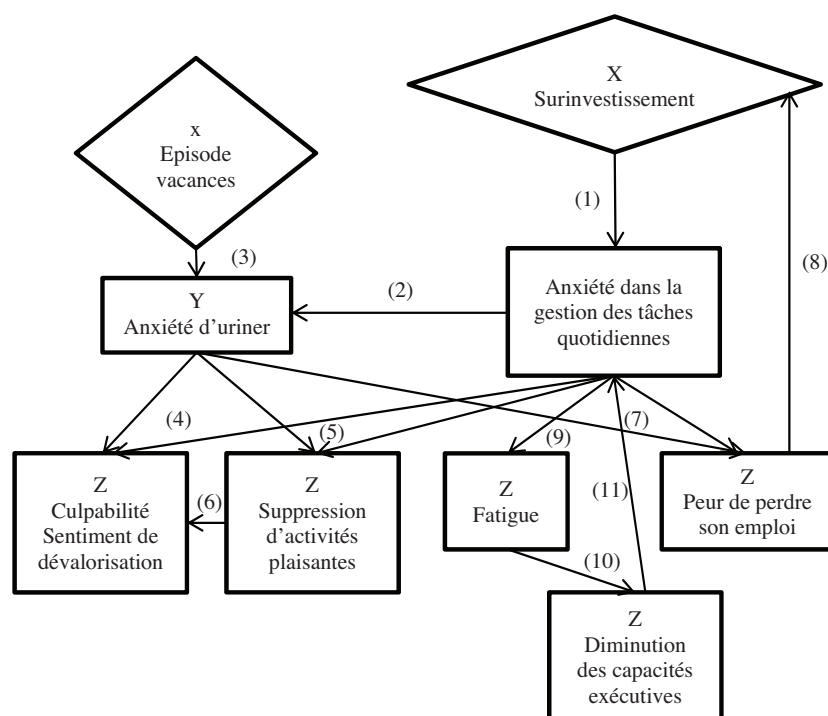


Figure 1 Représentation schématique de la conceptualisation de cas.
Schematic representation of case conceptualization.

La deuxième difficulté de Marie concerne son anxiété liée à la gestion des tâches quotidiennes. Marie ressent cette anxiété le matin, en organisant ses tâches, en rentrant chez elle le soir, et au moment de se coucher. Cette anxiété est plus importante lors des périodes d'investissement important dans le travail et durant les corvées ménagères.

Marie rapporte des tensions musculaires et l'anxiété de ne pas pouvoir réaliser l'ensemble des tâches qu'elle doit réaliser, l'anxiété d'être dépassée. Cette anxiété est associée à des pensées telles que « Je suis incompétente ». Par conséquent, elle s'active pour avancer le plus rapidement dans sa liste de choses à faire. Elle ne fait que très rarement l'expérience de diminuer la charge de travail.

Cette anxiété a conduit Marie à privilégier l'investissement dans les tâches à réaliser au détriment des activités de loisir. Elle se sent fatiguée et culpabilise de ressentir autant d'anxiété.

Le problème lié à la gestion des tâches quotidiennes a commencé dès le début de ses études. Depuis lors, il varie de manière cyclique en fonction de la charge de travail qu'elle s'impose. Lors de l'apparition de son problème urinaire, l'anxiété liée à la gestion des tâches quotidiennes était très importante.

Conceptualisation de cas holistique

La conceptualisation holistique (Fig. 1) a été réalisée lors des deux premiers entretiens. Cette conceptualisation met en exergue une série des relations. Le surinvestissement dans le travail semble avoir été et être encore actuellement un antécédent de l'anxiété ressentie dans la gestion des

tâches [1]. Cette anxiété semble avoir joué un rôle important dans le contexte d'apparition de l'anxiété d'uriner. Il semble qu'elle soit actuellement un facilitateur important dans la mesure où l'intensité de l'anxiété d'uriner semble être dépendante du niveau d'anxiété ressentie dans les tâches quotidiennes [2]. L'épisode de crise d'angoisse dans la voiture lors du retour de vacances serait un facteur déclencheur de l'anxiété d'uriner [3]. Par ailleurs, il semble y avoir eu un conditionnement important entre les sensations de miction et l'anxiété. L'anxiété d'uriner et l'anxiété dans la gestion des tâches quotidiennes provoquent de la culpabilité et un sentiment de dévalorisation [4]. Elles provoquent également une suppression des activités plaisantes [5] tant pour éviter les situations liées à l'anxiété d'uriner qu'afin de réaliser un maximum des tâches quotidiennes. Cette suppression des activités plaisantes renforce le sentiment de dévalorisation et la culpabilité [6] car Marie a le sentiment de faire peser un poids sur sa famille qui limite les activités de loisir et car elle ne réalise plus les activités qui la rendaient fière d'elle-même. Les deux comportements problématiques identifiés provoquent également une peur de perdre son emploi [7]. Marie anticipe d'être mise à nouveau en incapacité de travail. Cette peur de perdre son emploi renforce un surinvestissement dans le travail [8]. L'anxiété dans la gestion des tâches quotidiennes provoque sur le long cours une fatigue importante [9] et une diminution des capacités exécutives (capacités de planification et de régulation) [10], ce qui aurait tendance à augmenter l'anxiété dans la gestion des tâches quotidiennes [11]. En résumé, cette modélisation suggère de faire de l'anxiété et des évitements qui y sont associés les cibles principales de l'intervention, notamment grâce à l'exposition. Elle suggère également de travailler

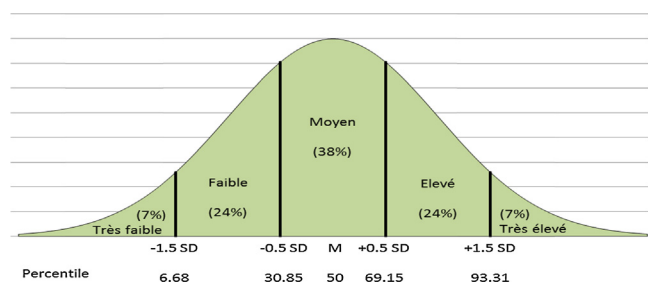


Figure 2 Distribution normale. M : moyenne ; SD : écart-type. Normal distribution. M: mean; SD: standard deviation.

sur une réduction partielle de la charge professionnelle et de celle liée aux activités quotidiennes. En regard du DSM-V, Marie correspond aux critères de l'agoraphobie.

Résultats aux questionnaires d'évaluation des processus

Afin d'être systématique dans la présentation des résultats, nous utiliserons les bornes présentées dans la Fig. 2 pour qualifier les scores percentiles. Les résultats de chacun des questionnaires ont été restitués à Marie. Cela a été l'occasion de recueillir son degré d'accord avec les résultats. Une importance particulière a été donnée à l'examen des scores à chacun des items. Marie a donné son consentement libre et informé à ce que les données complétées soient utilisées à des fins de recherche.

Questionnaire multi-dimensionnel d'évitement expérientiel (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire [MEAQ], [2])

La dimension d'évitement comportemental se situe dans la norme (52^e percentile). Néanmoins, l'observation des items met en évidence des évitements comportementaux très utilisés : item 1 (« Je m'abstiens de faire quelque chose si je pense que ça va me mettre mal à l'aise ») et item 20 (« Je fais beaucoup d'efforts pour éviter les situations qui pourraient faire apparaître en moi des émotions et des pensées désagréables »). La dimension d'aversion à la détresse se situe également dans la norme (45^e percentile). Néanmoins, certains items reçoivent un score très important : item 2 (« Si je pouvais supprimer tous mes souvenirs douloureux d'un coup de baguette magique, je le ferais ») et l'item 31 (« Je ferais n'importe quoi pour être moins stressé(e) »). La dimension de procrastination est faible à très faible (8^e percentile). Les dimensions de suppression/distraction et de répression/déni sont faibles (respectivement 29^e et 22^e percentiles). La dimension d'endurance à la détresse est dans la norme (59^e percentile).

Étant donné les évitements comportementaux mis en évidence lors du bilan, il est surprenant que cette dimension ne soit pas plus élevée dans ce questionnaire. Ceci a été abordé avec Marie lors de la restitution des questionnaires. Il semble que les items, de par leur caractère général, n'évoquaient pas à Marie les situations spécifiques dans lesquelles elle mettait en place des évitements comportementaux. Par ailleurs, puisque les différentes facettes du MEAQ évaluent

des processus qui ne sont pas toujours utilisés de manière consciente, il semble que l'autoévaluation de ces processus puisse poser problème. Ainsi, les résultats de cette échelle devraient être interprétés de manière prudente et toujours mis en relation avec les éléments de la concrétisation qui semble être une méthode plus adaptée à la mise en évidence des évitements.

Questionnaire de régulation des émotions (QRE-21, [3])

Les stratégies fonctionnelles internes sont faibles (24^e percentile) et les stratégies fonctionnelles externes sont situées dans la norme (34^e percentile). L'observation des réponses aux items permet notamment de mettre en évidence une sous-utilisation de certaines stratégies : exercice physique (item 6 : « Je fais des choses énergiques [ex. : faire du sport, marcher] »), concentration (item 12 : « Je me concentre sur une activité agréable ») et contact physique (item 3 : « Je recherche le contact physique de mes amis ou de ma famille »). Elle met également en évidence le fait que certaines stratégies fonctionnelles sont déjà utilisées par Marie : expression des sentiments (item 1 : « Je parle à quelqu'un de ce que je ressens »), activités agréables (item 21 : « Je sors et je fais des choses agréables »), perspective (item 11 : « Je remets la situation dans son contexte »). Les stratégies dysfonctionnelles internes et externes sont situées dans la norme (respectivement 57^e et 38^e percentile). L'observation des réponses aux items permet de mettre en évidence des ruminations très fréquentes (item 7 : « Je ne peux pas m'empêcher de ressasser mes pensées et mes sentiments »).

La discussion des résultats de ce questionnaire avec Marie a permis de renforcer les stratégies fonctionnelles utilisées et de suggérer l'utilisation de certaines stratégies non utilisées. Dans la mesure où ce questionnaire ne prend pas en compte le contexte et la fonction des stratégies mesurées, une concrétisation de ces éléments avec le client est importante afin de confirmer ou infirmer la nature fonctionnelle ou dysfonctionnelle des stratégies. L'observation et la discussion des items avec le client par rapport à l'utilisation simple des scores à chacune des dimensions devraient être privilégiées.

Questionnaire de métacognition (Metacognition Questionnaire ; [MCQ-30], [4])

Ce questionnaire met en évidence des croyances négatives élevées à propos de l'incontrôlabilité des pensées et du danger encouru et ainsi que des croyances négatives élevées sur les conséquences des pensées (respectivement 84^e et 87^e percentiles). Certaines croyances sont particulièrement importantes : item 4 (« Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerai que c'est de ma faute ») et item 26 (« Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées »). Les croyances positives vis-à-vis de l'inquiétude sont dans la norme (52^e percentile). L'observation des items montre néanmoins un degré d'accord moyen pour l'item 1 (« Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir »). La

conscience de soi est très faible (3^e percentile) et le manque de confiance en sa propre pensée est élevé (87^e percentile).

Questionnaire de sentiment d'efficacité personnel (SEP)

Ce questionnaire met en évidence une série de domaines dans lesquels le SEP [5] est faible. Certains domaines avaient déjà été identifiés durant le bilan (régulation des émotions, loisirs, tâches quotidiennes). Néanmoins, aucun problème concernant les relations au sein de la famille n'avait été abordé. Cela a été l'occasion pour Marie d'aborder les difficultés relationnelles avec ses parents. Elle explique qu'elle souffre de ne pas pouvoir échanger plus avec eux.

Au-delà de la mise en évidence des domaines déficitaires en SEP, ce questionnaire a permis de mettre en évidence les domaines dans lequel le SEP est élevé, notamment en tant que parent, dans les relations de couple et dans la profession. Ceci a permis de souligner les ressources.

Questionnaire d'écarts des sois

Le questionnaire d'écart entre les sois a permis de mettre en évidence des aspects liés au self et des aspects relationnels qui n'avaient pas été mis en évidence durant le bilan. Il a mis en évidence un écart très élevé entre le soi idéal et le soi réel (95^e percentile) et un écart élevé entre le soi socialement prescrit et le soi réel (86^e percentile). Par ailleurs, la détresse provoquée par cet écart est élevée pour le soi idéal (81^e percentile) et très élevée pour le soi socialement prescrit (97^e percentile). Notons que les dimensions évaluées dans le soi idéal et le soi socialement prescrit sont similaires, ce qui pourrait refléter un manque de distinction entre les prescriptions sociales et les idéaux personnels.

Les raisons du choix de chacune des dimensions sur lesquelles Marie s'évalue ont permis de mettre en évidence des éléments intéressants. Marie a choisi les dimensions calme/philosophe et cultivé : elle a toujours été ambitieuse et a des standards très élevés pour elle-même. Dans le même temps, elle se sent inférieure aux gens qu'elle fréquente et vit avec le sentiment d'être un imposteur. Elle a beaucoup d'admiration pour les personnes qu'elle côtoie, se compare fréquemment à eux et a l'impression qu'ils sont capables de gérer une vie accomplie en conciliant vie privée et professionnelle alors qu'elle n'y parvient pas. Il est difficile pour elle d'accepter qu'elle ne soit pas capable de faire tout ce qu'elle veut. Marie admet que les standards élevés auxquels elle se compare en permanence et son sentiment de ne pas appartenir au milieu qui l'entoure génèrent une pression importante dans sa vie quotidienne.

Mini Cambridge Exeter Repetitive Thoughts Scale (Mini-CERTS, [6])

Ce questionnaire met en évidence une pensée concrète faible (18^e percentile) et une pensée abstraite élevée (83^e percentile). Cela a été une première occasion de discuter avec Marie de la distinction abstraite-concrète et des conséquences associées à chacun de ces modes de penser.

Échelle d'intolérance à l'incertitude (EII, [7])

Le score d'intolérance à l'incertitude est faible à moyen (31^e percentile). L'intolérance à l'incertitude ne semble donc pas être problématique chez Marie.

Modélisation des processus

Afin de fournir une synthèse globale des processus identifiés isolément, nous avons procédé à une modélisation processuelle qui opère par regroupement des processus en fonction :

- des informations relatives aux patients ;
- des modèles théoriques existants.

Dans le cas de Marie, nous observons un ensemble de processus relevant du perfectionnisme et de l'écart entre les sois. Notre conceptualisation s'inspire notamment du modèle de Shafran et al. [8] et du modèle de Higgins [9]. La perception de son milieu d'origine comme inférieur ainsi que la dissonance entre des standards très élevés pour elle-même et la perception qu'elle a d'elle-même amènent Marie à se concentrer de manière sélective sur les erreurs qu'elle commet sans remarquer les accomplissements qu'elle réalise. Cette focalisation attentionnelle provoque des émotions de honte et d'anxiété qui amènent Marie à mettre en place des efforts importants pour rencontrer ses standards et à se surcharger. À terme, cette surcharge provoque une diminution des capacités cognitives (oubli, problèmes de concentration...) et donc une augmentation de l'écart entre les sois (Fig. 3).

La partie centrale de la conceptualisation se base sur la distinction entre émotion primaire et émotion secondaire proposée par Greenberg [10]. Les émotions primaires sont des réponses émotionnelles directes, rapides et brèves qui surviennent en réponse aux contingences réelles d'une situation tandis que les émotions secondaires sont des réponses à une émotion primaire. Dans certains cas, les émotions secondaires peuvent devenir dysfonctionnelles car elles masquent une émotion vécue comme inacceptable. Dans le cas de Marie, nous émettons l'hypothèse que le perfectionnisme induit une émotion primaire de honte en réponse à une perception accentuée de ses défauts et de ses erreurs. Le fait que Marie perçoive cette émotion comme inacceptable au regard de ses standards élevés amène à une émotion secondaire d'anxiété. Celle-ci consiste à anticiper et redouter de ressentir de la honte et de se montrer défaillante. Par ailleurs, il semble que l'anxiété d'uriner ne soit qu'un prototype de cette émotion. Celle-ci renvoie fortement à une image d'elle-même dans laquelle elle se montrerait à ses yeux et aux yeux d'autrui comme défaillante. Ceci met en évidence à quel point le self est impliqué dans la problématique de Marie. Cela implique également que l'anxiété dans la gestion des tâches quotidiennes et l'anxiété d'uriner sur elle soient sous-tendues par un processus commun impliquant fortement le self.

Un autre concept impliquant le self est le SEP. L'aspect envahissant de l'anxiété et non lié aux contingences réelles de la situation amène Marie à éprouver le sentiment de ne pas être capable de réguler ses émotions. Par ailleurs, le

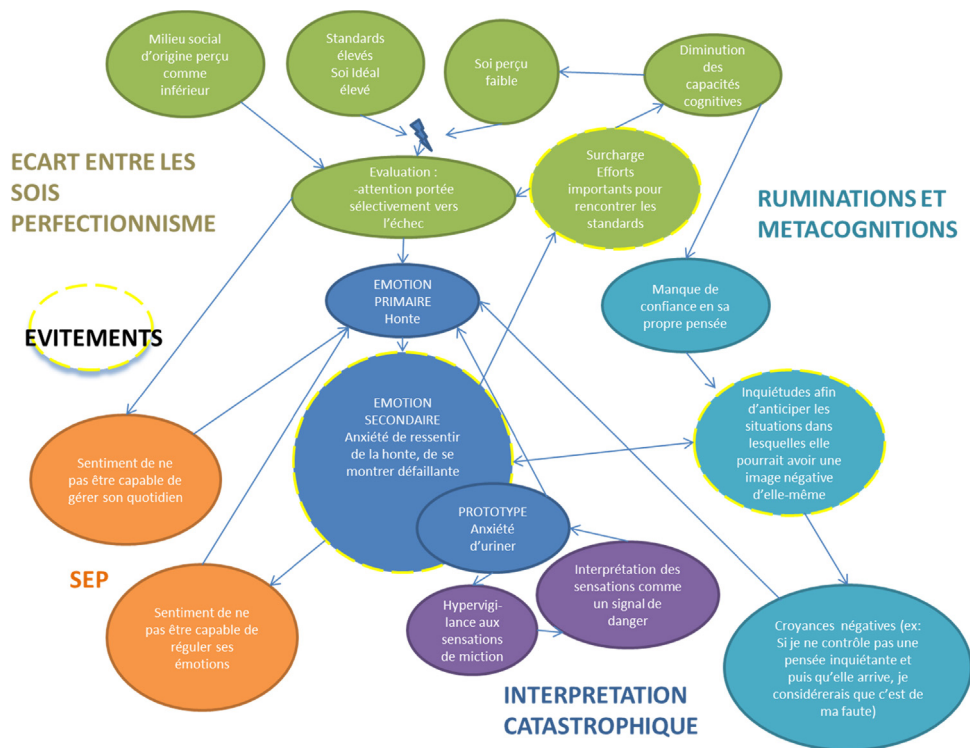


Figure 3 Modélisation des processus. Le processus d'évitement étant présent à travers différents processus, il est représenté grâce à des pointillés jaunes dans la figure. Les processus sont présentés grâce à des codes couleur (Pour l'interprétation des remarques quant à la couleur dans cette légende, le lecteur est renvoyé à la version en ligne de cet article).

Process modelization. Whereas avoidance is present among various processes, it is represented in this figure with yellow dotted lines. Every process is presented with a different color.

fait que Marie porte son attention sélectivement sur l'échec l'amène à éprouver un faible SEP dans la gestion des tâches quotidiennes. Ce faible SEP renforce son émotion de honte.

Le processus d'interprétation catastrophique est inspiré du modèle de Clark et al. [11]. Dans le cas de Marie, il semble y avoir une attention accrue envers les sensations de mictions qui sont fortement associées à une menace perçue. Lorsqu'elles sont ressenties, les sensations sont donc perçues comme un signal de danger et elles renforcent l'anxiété.

Les processus métacognitifs sont inspirés du modèle de Wells [12] et de la distinction de Watkins [13]. Le manque de confiance dans sa propre pensée provoque chez Marie des inquiétudes et ruminations importantes. Celles-ci ont pour fonction d'éviter les situations dans lesquelles Marie pourrait avoir une image négative d'elle-même. Ces ruminations prennent une forme abstraite. Elles se focalisent sur la recherche de causes à la situation dans laquelle se trouve Marie. Elles renforcent donc les émotions négatives. Le côté incontrôlable et envahissant des inquiétudes ainsi que de fortes croyances négatives vis-à-vis des inquiétudes amènent Marie à ressentir davantage de honte envers elle-même.

Les aspects d'évitement se présentent à la fois sous la forme de l'émotion secondaire qui peut être vue comme une manière d'éviter une émotion primaire, sous la forme des inquiétudes qui sont également un moyen d'éviter les situations dans lesquelles elle pourrait avoir une image négative d'elle-même, et sous la forme des efforts importants pour

rencontrer les standards qui visent à éviter de ressentir de la honte et de l'anxiété.

Cette modélisation comporte des processus qui n'avaient pas été mis en évidence grâce à l'anamnèse, la concrétisation et la conceptualisation holistique. Il va de soi que les questionnaires seuls ne permettent pas d'établir fermement la présence de processus. Ils permettent néanmoins de pointer des processus et leurs manifestations concrètes, ce qui peut diriger l'exploration des processus durant l'entretien clinique.

Cette modélisation a été explicitée à Marie. Celle-ci a beaucoup apprécié l'intégration qui a été faite de l'ensemble des informations récoltées. Elle a eu le sentiment que nous avions ciblé assez rapidement les enjeux centraux de ses difficultés.

Implications pour la prise en charge

Au vu des processus impliqués et des interrelations mises en évidence, plusieurs suggestions concernant la prise en charge peuvent être proposées. Premièrement, la cible des expositions thérapeutiques doit être soigneusement choisie. Conformément aux recommandations de Greenberg [10], les expositions devraient être menées en prenant soin de ne pas cibler uniquement l'anxiété d'uriner (émotion secondaire) mais également l'émotion de honte (émotion primaire). En effet, il serait contreproductif que Marie s'expose uniquement au fait de ne pas aller aux toilettes. L'apprentissage

Tableau 1 Agenda des séances.
Sessions schedule.

Interventions réalisées en séance			
Séance	Tâche	Processus ciblé	Tâche à domicile
1	Psychoéducation sur le stress et sur l'importance de s'accorder des moments de plaisir (gestion des activités quotidiennes)	Perfectionnisme	—
2	Travail sur base du questionnaire d'écart entre les sois Mise en évidence de l'impact de l'écart entre les sois sur le comportement	Perfectionnisme	Mise en place d'une activité de plaisir : par exemple lire un livre
3	Importance de déterminer les priorités dans les tâches (gestion des activités quotidiennes) Importance de l'acceptation des limites	Perfectionnisme	Appliquer la priorisation des activités
4	Psycho-information sur les émotions et sur l'évitement Création d'une hiérarchie d'exposition	Évitements expérientiels	Auto-observation des composantes de l'émotion
5	Exposition en imagerie à la honte Débriefing des significations associées	Évitements expérientiels Perfectionnisme	—
6	Exposition in vivo Importance de la pensée concrète (en rapport avec les anticipations)	Évitements expérientiels Ruminations Interprétations catastrophiques	Exposition dans la vie quotidienne
7	Débriefing des expositions à domicile et identification des obstacles Psychoéducation à propos du perfectionnisme et mise en évidence de l'impact des autocritiques et de la focalisation sur les échecs chez Marie	Évitements expérientiels Perfectionnisme	Auto-observation des autocritiques et du comportement induit
8	Travail sur la liste des tâches quotidiennes (maintien des acquis)	Perfectionnisme	Exposition dans la vie quotidienne
9	Débriefing des expositions à domicile et identification des obstacles Identification de la fonction des ruminations Identification des croyances métacognitives	Évitements expérientiels Ruminations	Exposition dans la vie quotidienne
10	Débriefing des expositions à domicile et identification des obstacles Exposition en imagerie au scénario catastrophe	Évitements expérientiels	Exposition au scénario catastrophe en imagerie
11	Débriefing des expositions à domicile et identification des obstacles Fonction des ruminations Exercice en imagerie (pensée abstraite – pensée concrète) Postposer la rumination et réengager l'attention	Évitements expérientiels Ruminations	Identifier la pensée abstraite Postposer la rumination
12	Prévention de la rechute Importance de la compassion pour soi	Perfectionnisme	—

réalisé serait que ce qu'elle redoute ne se produit pas et pourrait renforcer ses croyances concernant la nécessité d'exercer du contrôle. Au contraire, il semble important que Marie puisse faire l'expérience ponctuelle de ressentir l'émotion de honte dans une attitude d'acceptation. Ceci pourrait être fait de manière graduelle en réactivant des souvenirs de honte. De plus, étant donné que la honte est fortement porteuse de significations en rapport avec l'image de soi et que des écarts entre les sois importants ont été mis en évidence, il semble que le débriefing des exercices d'exposition aux souvenirs de honte devrait être réalisé en portant une attention toute particulière à la mise en évidence et l'actualisation des significations pour le self qui sont attachées à ces souvenirs. Ainsi qu'il est suggéré par Hackmann et al. [14], cette actualisation peut se baser sur

des questions socratiques du type « Lorsque vous regardez ce souvenir, qu'est-ce que ce souvenir vous dit de vous-même? », « Que savez-vous à propos de cet épisode que vous ne saviez pas à ce moment? ».

L'écart entre les sois et le perfectionnisme pourraient être travaillés notamment grâce à la mise en évidence que l'évaluation de soi-même que fait Marie est basée de manière excessive sur les échecs. De même, celle-ci est centrée sur des dimensions qui font l'impasse sur des qualités importantes que Marie possède. L'écart entre les sois peut également être travaillé grâce aux outils de l'activation comportementale, notamment en identifiant les valeurs importantes pour Marie et en favorisant un engagement dans des activités qui vont dans le sens de ces valeurs [15]. Par ailleurs, un travail sur la compassion pour soi et sur

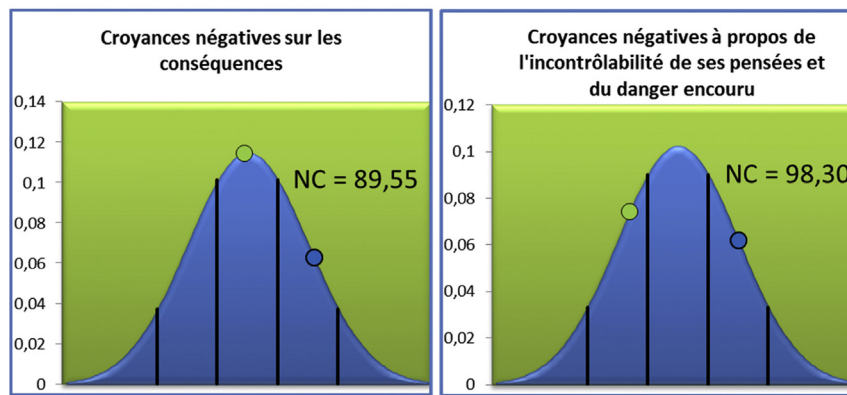


Figure 4 Résultats au MCQ évaluant les croyances métacognitives. Le point bleu représente la mesure avant l'intervention. Le point vert représente la mesure après l'intervention (Pour l'interprétation des remarques quant à la couleur dans cette légende, le lecteur est renvoyé à la version en ligne de cet article).

MCQ results evaluating metacognitive beliefs. The blue point represents pre-intervention measure. The green point represents postintervention measure.

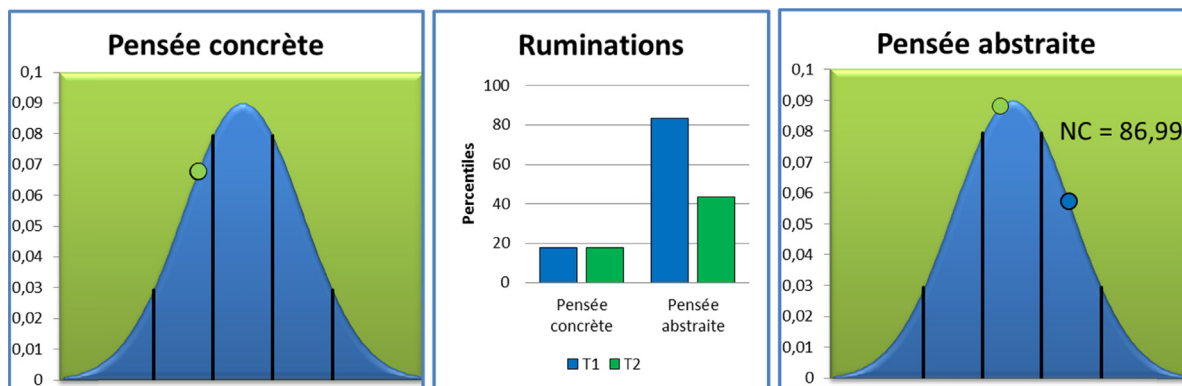


Figure 5 Résultats au mini-CERTS évaluant les ruminations. Le point bleu représente la mesure avant l'intervention. Le point vert représente la mesure après l'intervention. (Pour l'interprétation des remarques quant à la couleur dans cette légende, le lecteur est renvoyé à la version en ligne de cet article).

Mini-Certs results evaluating ruminations. The blue point represents pre-intervention measure. The green point represents post-intervention measure.

l'identification et le détachement par rapport aux pensées autocritiques pourrait être engagé [16].

De plus, la présence de ruminations pourrait être travaillée grâce à l'identification des fonctions des ruminations, de la psychoéducation sur la distinction entre pensée abstraite et pensée concrète [13] et le réengagement de l'attention vers l'ici et maintenant tel que proposé dans le programme de pleine conscience [17]. Les croyances métacognitives pourraient être mises à l'épreuve en réalisant des tests comportementaux avec observation systématique [18].

Évaluation de l'intervention

Ces recommandations ont été mises en place lors d'une intervention. Le [Tableau 1](#) donne un aperçu de l'agenda des séances. La thérapie a été interrompue au bout de la 12^e séance car Marie était sur le point d'accoucher. Cette interruption est survenue cinq mois après le premier contact. À ce moment, nous avons réalisé une évaluation de l'intervention notamment en demandant à Marie de

compléter les questionnaires à nouveau. Au moment où cette évaluation a été réalisée, les difficultés liées à l'anxiété d'uriner étaient beaucoup moins importantes. Ce problème ne fait d'ailleurs plus partie de la demande de Marie pour la suite de l'intervention. Marie souhaiterait travailler davantage encore les ruminations et la place que peuvent prendre les pensées autocritiques. Par ailleurs, d'un point de vue symptomatique, les résultats à l'Outcome Questionnaire [19], un questionnaire visant à évaluer les changements cliniques, mettent en évidence une diminution significative de la détresse qui était considérée comme cliniquement significative avant l'intervention et qui passe largement en dessous du seuil clinique (de 40 à 27) ([Tableau 1](#)).

Méthodologie d'analyse

Afin d'analyser les changements entre les temps de mesure, nous avons utilisé la notion d'index de changement fiable de Jacobson et Truax [20]. Cet index est calculé grâce à la formule suivante :

Tableau 2 Synthèse des changements observés.
Observed changes summary.

Échelle	Dimension	Ciblé	Amélioration probable	Synthèse
QRE-21	Fonctionnel – interne	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
MEAQ	Fonctionnel – externe	Non	Non	—
	Dysfonctionnel – interne	Oui	NC = 80,33 %	Amélioration conforme aux cibles
	Dysfonctionnel – externe	Non	Non	—
	Évitement comportemental	Oui	NC = 87,55 %	Amélioration conforme aux cibles
	Aversion à la détresse	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
EII MCQ-30	Procrastination	Non	Non	—
	Distraction et suppression	Oui	NC = 88,80 %	Amélioration conforme aux cibles
	Répression et déni	Non	Non	—
	Endurance à détresse	Non	Non	—
	Intolérance à l'incertitude	Non	Non	—
Mini-CERTS	Croyances positives vis-à-vis de l'inquiétude	Non	Non	—
	Croyances négatives à propos de l'incontrôlabilité de ses pensées et du danger encouru	Oui	NC = 98,30 %	Amélioration conforme aux cibles
	Manque de confiance en sa propre pensée	Oui	NC = 95,77 %	Amélioration conforme aux cibles
	Croyances négatives sur les conséquences	Oui	NC = 89,55 %	Amélioration conforme aux cibles
	Conscience de soi cognitive	Non	Non	—
SEP	Ruminations constructives	Non	Non	—
	Ruminations non constructives	Oui	NC = 86,99 %	Amélioration conforme aux cibles
	Dans les relations au sein de ma famille	Non	Non	—
	Dans les relations au sein de mon couple	Non	Non	—
	Dans les relations avec mes amis	Non	Non	—
Écart entre les sois	Dans mes relations professionnelles	Non	Non	—
	En tant que parent	Non	Non	—
	Dans le domaine de la sexualité	Non	Oui	Amélioration non ciblée
	Dans ma profession ou dans mon parcours scolaire	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
	Dans la régulation de mes émotions	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
Écart entre les sois	Dans mes loisirs, mes hobbies	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
	Dans les tâches quotidiennes – domestiques	Oui	Oui	Amélioration conforme aux cibles
	Soi idéal écart	Oui	NC = 99,63 %	Amélioration conforme aux cibles
	Soi idéal détresse	Oui	NC = 93,40 %	Amélioration conforme aux cibles
	Soi socialement prescrit écart	Oui	Non	Pas d'amélioration alors que celle-ci constitue une cible
	Soi socialement prescrit détresse	Oui	NC = 91,51 %	Amélioration conforme aux cibles

EII : échelle d'intolérance à l'incertitude ; MCQ-30 : questionnaire de métacognition ; NC : niveau de confiance dans le changement ; MEAQ : Questionnaire multi-dimensionnel d'évitement expérientiel ; mini-CERTS : Questionnaire de pensées répétitives Mini Cambridge Exeter ; QRE-21 : Questionnaire de régulation des émotions ; SEP : Questionnaire de sentiment d'efficacité personnel.

Le [Tableau 2](#) fournit une comparaison des changements observés et des dimensions ciblées par l'intervention thérapeutique. Celui-ci permet d'observer si les changements observés sont conformes ou non aux cibles et

si certains changements ont été observés sans avoir été ciblés par l'intervention. Nous ne discuterons pas ici de l'ensemble des résultats mais des résultats à certains des questionnaires.

Discussion des changements cliniques

Dans l'ensemble, une série de changements observés sont conformes aux cibles d'intervention : une diminution des stratégies de régulation dysfonctionnelles internes, de l'évitement comportemental, de la distraction/suppression, des croyances métacognitives négatives, du manque de confiance en sa propre pensée, des ruminations non constructives, et de l'écart et de la détresse entre le soi idéal et le soi perçu. Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une augmentation du SEP dans les tâches quotidiennes. Notons qu'une diminution de la détresse induite par l'écart entre le soi socialement prescrit et le soi perçu est observée en dépit d'une diminution de cet écart. Ce résultat est intéressant puisque l'acceptation de l'écart entre les sois a été également ciblée.

En revanche, de manière surprenante, le SEP n'a pas augmenté pour ce qui est du domaine professionnel, de la régulation des émotions et des loisirs. Nous nous attendions également à une diminution de l'aversion à la détresse étant donné l'accent qui a été mis sur l'importance de l'acceptation, ce qui n'est pas le cas. Étonnamment, le SEP dans le domaine de la sexualité a augmenté alors que celui-ci n'avait pas été ciblé. Ces résultats permettent de souligner et de renforcer les changements qui ont eu lieu, et de fixer de nouvelles cibles thérapeutiques en fonction des cibles qui n'ont pas été atteintes.

La suite de la prise en charge devrait renforcer les apprentissages réalisés et cibler davantage certains processus. Par exemple, il serait intéressant de renforcer le sentiment de compétence acquis dans la régulation des émotions. En effet, l'ensemble des questionnaires semble pointer une amélioration dans ce sens. Or, celle-ci ne semble pas reconnue par Marie. Par ailleurs, les résultats suggèrent de cibler davantage les croyances métacognitives positives.

En tant que thérapeute, un piège pourrait être d'attribuer l'ensemble des résultats à l'intervention thérapeutique. Néanmoins, n'oublions pas que les événements de vie jouent un rôle important dans la fluctuation des difficultés. Il est donc important de noter que nous mesurons ici les changements sans pouvoir inférer que les changements sont dus à la thérapie.

Conclusion

Nous avons présenté la mise en œuvre d'une nouvelle procédure d'évaluation systématique des processus psychologiques avec une cliente souffrant d'une anxiété d'uriner. Ce cas clinique à première vue relativement simple, s'est avéré relever de processus distincts et complexes. Ces éléments suggèrent des interventions qui ciblent davantage les processus à l'œuvre que dans une approche classique basée sur la mise en évidence de symptômes et de catégories diagnostiques. Cette procédure a permis d'aborder des dimensions riches d'un point de vue clinique et notamment les dimensions liées au self. Elle nous a notamment amené à réaliser des expositions tout en étant attentifs à ces dimensions lors des débriefings avec la cliente. Par ailleurs, le fait qu'elle mette en évidence des processus, et non pas des symptômes, a rendu la restitution des résultats plus confortable pour le clinicien et plus recevable pour le client. En

ce sens, elle a augmenté le développement de la relation thérapeutique. Elle a apporté un support de discussion avec la cliente et favorisé la reconnaissance de certaines ressources. Finalement, elle a fourni une manière intéressante d'évaluer la progression au cours de la thérapie.

La procédure utilisée est en cours de développement. Elle comporte donc certaines limites. Une partie d'entre elles est inhérente à l'utilisation de questionnaires auto-rapportés. En effet, l'évaluation présente un risque de biais notamment de désirabilité sociale. De plus, comme nous l'avons évoqué pour l'évitement expérientiel, l'auto-évaluation de processus qui ne sont que partiellement accessibles à la conscience soulève des questions. Par exemple, une auto-évaluation de la tendance à utiliser des stratégies de répression et de déni semble problématique. Une autre limite de cette procédure est de ne pas prendre en compte les processus interpersonnels. Davantage d'efforts dans ce sens devraient être réalisés. Finalement, les normes utilisées actuellement seront probablement à revoir en fonction des validations en cours. Les résultats normés sont donc à prendre avec précaution.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Philippot P, Bouvard M, Baeyens C, Dethier V. Vers un protocole unifié et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *J Ther Comport Cogn* 2015;3 [Voir dans ce numéro].
- [2] Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess* 2011;23(3):692–713.
- [3] Power MJ. *Emotion-focused cognitive therapy*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- [4] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004;42(4):385–96.
- [5] Bandura A. Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Res* 1988;1(2):77–98.
- [6] Douilliez C, Heeren A, Lefèvre N, Watkins E, Barnard P, Philippot P. Validation of the French version of a questionnaire that evaluates constructive and non-constructive repetitive thoughts. *Can J Behav Sci* 2014;46(2):185–92.
- [7] Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994;17(6):791–802.
- [8] Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 2002;40(7):773–91.
- [9] Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychol Rev* 1987;94(3):319–40.
- [10] Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002.
- [11] Clark DM, Salkovskis PM, Breitholtz E, Westling BE, Öst LG, Koehler KA, et al. Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(2):203–13.
- [12] Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995;23(3):301–20.

- [13] Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 2008;134(2):163–206.
- [14] Hackmann A, Bennett-Levy J, Holmes EA. *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- [15] Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clin Psychol: Sci Pract* 2001;8(3):255–70.
- [16] Egan S, Shafran R. *Overcoming perfectionism: a self-help guide using cognitive behavioral techniques*. Memphis: Robinson; 2010.
- [17] Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press; 2002.
- [18] Fisher P, Wells A. *Metacognitive therapy*. New York: Routledge; 2009, 79 p.
- [19] Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC, et al. The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 1996;3(4):249–58.
- [20] Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(1):12–9.
- [21] Speer DC. Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:402–8.
- [22] Hageman WL, Arrindell WA. A further refinement of the reliable change index by improving the pre-post difference score: introducing the RCID. *Behav Res Ther* 1993;51:693–700.
- [23] Wise EA. Methods for analyzing psychotherapy outcomes: a review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *J Person Assess* 2004;82(1):50–9.