Pédagogies en développement

Neurosciences et cognition

Perspectives pour les sciences de l'éducation

Éric Tardif
Pierre-André Doudin
(sous la direction de)

de boeck
supérieur

carrefour des psychothérapies

La thérapie neurocognitive et comportementale

Prise en charge neurocomportementale des troubles psychologiques et psychiatriques

Jacques FRADIN,
Camille LEFRANÇOIS

de boeck

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Edith GOLDBETER_MERINFELD

Giovanni ABIGNENTE (Adaptation française de Jean-Yves HAYEZ)

Les racines et les ailes. Ressources, tâches et embûches de la famille

Maurizio ANDOLFI (Traduction d'Angela MACCIOCCHI)

La thérapie racontée par les familles. Un regard rétrospectif selon le modèle transgénérationnel

Maurizio ANDOLFI, **Anna MASCELLANI** (Traduction d'Angela MACCIOCCHI)

Histoires d'adolescence. Expériences de thérapie familiale

Bernard AUCOUTURIER

La méthode Aucouturier. Fantasmes d'action et pratique psychomotrice

Aaron T. BECK (Traduction de Bernard Pascal)

La thérapie cognitive et les troubles émotionnels

Rolando Omar BENENZON (Adaptation française de Fabienne CASSIERS)

La musicothérapie. La part oubliée de la personnalité

Antoine BIOY, Pascal-Henri KELLER

Hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique

Sarah BOWEN, Neha CHAWLA, G. Alan MARLATT

Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Guide clinique

Nicole CALEVOI, Gérard DARGE, Régine GOSSART, Marc HAYAT, Sylvie KOCKELMEYER, Romano SCANDARIATO, Rita SFERRAZZA

Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique. Supervision, relance et dégagement

Luigi CANCRINI (Traduction de Silvia GUZZI)

L'océan borderline. Troubles des états limites, récits de voyage

Michel CAUTAERTS

« Je tu(e) il ». Psychanalyse et mythanalyse des perversions

Salvatore D'AMORE

Les nouvelles familles. Approches cliniques

Frank M. DATTILIO

Thérapies cognitivo-comportementales pour les couples et les familles

Michel DELBROUCK

Psychopathologie. Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute

Édouard de PERROT

La psychothérapie de soutien. Une perspective psychanalytique

Édouard de PERROT, Martin WEYENETH

Psychiatrie et psychothérapie. Une approche psychanalytique

Barry L. DUNCAN, Scott D. MILLER, Bruce E. WAMPOLD, Mark A. HUBBLE

L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies

Mansour EL FEKI (Éd.)

La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ?

Nicolas FAVEZ, France FRASCAROLO-MOUTINOT, Hervé TISSOT

Naître et grandir au sein de la triade. Le développement de l'alliance familiale

Elisabeth FIVAZ-DEPEURSINGE, Antoinette CORBOZ-WARNÉRY

Le triangle primaire. Le père, la mère, le bébé

Jacques FRADIN, Camille LEFRANÇOIS

La thérapie neurocognitive et comportementale. Prise en charge neurocomportementale des troubles psychologiques et psychiatriques

Edith GOLDBETER-MERINFELD

Le deuil impossible. Familles et tiers pesants

Edith GOLDBETER-MERINFELD, Juan-Luis LINARES, Luigi ONNIS, Elida ROMANO, Marco VANNOTTI

Thérapie familiale en Europe. Inventions à cinq voix

Zohra GUERRAOUI, Gérard PIRLOT

Comprendre et traiter les situations interculturelles.
Approches psychodynamiques et psychanalytiques

Russ HARRIS

Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement

Michel HELLER

Psychothérapies corporelles. Fondements et méthodes

Jon KABAT-ZINN (Traduction de Claude MASKENS)

Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines

David G. KINGDON, Douglas TURKINGTON (Traduction de Pierre PÉRIARD)

Thérapie cognitive de la schizophrénie. Une thérapie par le dialogue et l'écoute du sujet

Ilios KOTSOU, Alexandre HEEREN

Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisiéme vague

Juan Luis LINARES (Traduction de Felipe BARROS SOLANA)

Des abus et autres maltraitances. La maltraitance familiale, entre thérapie et contrôle

Jean-Claude MAES

Emprise et manipulation. Peut-on guérir des sectes ?

Muriel MEYNCKENS-FOUREZ, Christine VAN DER BORGHT et Philippe KINOO

Éduquer et soigner en équipe. Manuel de pratiques institutionnelles

Pierre MICHARD

La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy.
Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale

Moïra MIKOLAJCZAK et Martin DESSEILLES

Traité de régulation des émotions

Salvador MINUCHIN, Joel ELIZUR (Traduction de Serge KANNAS)

Maladie mentale et hospitalisation psychiatrique. Familles, psychothérapies et société

Serge MORI et Georges ROUAN

Les thérapies narratives

Haim OMER (Traduction d'Édith GOLDBETER-MERINFELD)

La résistance non violente. Une nouvelle approche des enfants violents et autodestructeurs

Luigi ONNIS

Anorexie et boulimie, le temps suspendu. Individu, famille et société

Luigi ONNIS (Traduction de Michèle LAURENT)

Asthme et enfant. Apports de la thérapie familiale

André PASSELECQ (Éd.)

Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême

Paolo RIGLIANO et Margherita GRAGLIA

L'homosexualité dans les psychothérapies. Histoire, enjeux et perspectives

Babette ROTHSCHILD (Traduction de Françoise DUCÈNE)

Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma

Benjamin SCHOENDORFF, Jana GRAND, Marie-France BOLDUC

La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide clinique

Matteo SELVINI (Traduction de Dominique WATHELET)
Réinventer la psychothérapie. L'École de Mara Selvini-Palazzoli
René SIRVEN
Relaxation thérapeutique pour adolescents. Guide de pratique psychosomatique
Emmanuel STREEL et Léonie CHINET (Éd.)
Cannabis. Approches thérapeutiques contemporaines
Zindel V. SEGAL, J. Mark G. WILLIAMS, John D. TEASDALE
(Traduction de Claude MASKENS)
La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression.
Une nouvelle approche pour prévenir la rechute
Philippe de TIMARY, Sortir l'alcoolique de son isolement
Onno VAN DER HART, Ellert R.S. Nijenhuis, Kathy STEELE
Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique
Jean-Jacques WITTEZAELE (Éd.)
La double contrainte. L'influence des paradoxes de Bateson en Sciences humaines
Jeffrey E. YOUNG, Janet S. KLOSKO, Marjorie E. WEISHAAR
(Traduction de Bernard PASCAL)
La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité

SOMMAIRE

Titre

Table des abréviations

Remerciements

Introduction Bases et méthodologie

Chapitre 1 - L'Hypofonctionnement ou Comportement Automatique d'Évitement Social

Chapitre 2 - Le Positionnement Grégaire

Chapitre 3 - Stratégie thérapeutique globale

Conclusion

Annexes

Glossaire

Bibliographie

Copyright

Table des abréviations

AA	Activation de l'action
AD	Art Dédramatique
AE	Personnalité en Activation Empêchée ou Novatrice
AR	Personnalité en Activation Réussie ou épicurienne ou Philosophe
BC	Bonne case
CAES	Comportement automatique d'évitement social
CPF	Cortex Préfrontal
EUI	États d'Urgence de l'Instinct
FE	Personnalité en Fuite Empêchée ou Sécuritaire
FLI	Fuite, Lutte, Inhibition
FR	Fuite Réussie ou Personnalité Animatrice
GMM	Gestion des modes mentaux
GMM*s*	Gestion des modes mentaux supérieurs
IE	Personnalité en Inhibition Empêchée ou Altruiste ou Solidaire
IA	Inhibition de l'Action
IR	Personnalité en Inhibition Réussie ou affective ou participative
IRM*f* :	voir *imagerie cérébrale fonctionnelle*
LE	Lutte Empêchée ou Personnalité Compétitrice

LR	Personnalité en Lutte réussie ou Stratége
MC	Mauvaise case
MC P. II.	Mauvaise case de personnalité secondaire
MM	Mode mental
MMAd	
ou MMP	Mode Mental Adaptatif ou Préfrontal
MMAu	
ou MMA	Mode Mental Automatique
MMP	Mode Mental Préfrontal
NL	Cortex Néo-limbique
P.I.	Personnalités primaires
P. II.	Personnalités secondaires
PG	Positionnement grégaire
PGD	Positionnement grégaire dominant ou dominance
PGI	Positionnement grégaire intégré ou intégration
PGM	Positionnement grégaire marginal ou marginalité
PGS	Positionnement grégaire soumis ou soumission
PL	Paléo-limbique
RH	Répression d'hyper
TCC	Thérapies Comportementales et Cognitives
TNC	Thérapie Neurocognitive et Comportementale

Remerciements

Pour nous avoir aidés dans l'aboutissement de cet ouvrage, nous tenons à remercier chaleureusement :

Anaïs Lafaye, Antoine Coutant, Aurélie Van Dijk, Bjørg Kilavik, Céline Butin, Elisabetta Monfardini, Pierre Moorkens, Riadh Lebib, Stéphanie de Chalvron, Suzanne Robert-Ouvray

... ainsi que tous ceux qui ont pu nous apporter leur soutien.

Introduction
Bases et méthodologie

Cet ouvrage est un traité de pratique clinique en Thérapie Neurocognitive et Comportementale (TNC). Il s'adresse donc avant tout aux psychiatres, psychothérapeutes, psychologues cliniciens ou médecins. Il est destiné à présenter les bases du diagnostic, de la modélisation et du traitement (notamment comportemental) des troubles mentaux à travers cette approche.

Même si des liens avec les disciplines fondamentales qui sous-tendent la genèse de cette approche et sa validation sont abordés tout au long de ce texte, ces allusions restent plus pédagogiques et illustratives que démonstratives. De même, certaines terminologies employées (Néolimbique, Paléolimbique...) sont simplificatrices et à finalité pédagogique. Nous avons bien entendu été attentifs à ce qu'elles ne dénaturent pas le sens et la mise en application de ces connaissances et expérimentations. Pour en savoir davantage sur ce sujet, vous pouvez vous reporter à d'autres écrits, livres ou articles scientifiques publiés par l'*Institut de Médecine Environnementale*[1] (IME).

Dans cette optique, ce texte développe les grandes dimensions classiques de la clinique en Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) appliquée à la TNC, à savoir :

- La pédagogie
- Le diagnostic
- La modélisation stratégique
- Le traitement (ici principalement comportemental, la dimension cognitive étant davantage abordée dans d'autres ouvrages, cf. Fradin *et al.*, 2008 ; Fradin & Le Moullec, 2006 ; Fradin & Fradin, 2006).

Quelques bases fondamentales et orientations méthodologiques de la TNC sont abordées en prélude au développement clinique. En effet, celles-ci nous sont apparues utiles à la compréhension et à l'utilisation rationnelle et pertinente de la discipline[2].

1. Médecine Environnementale, Psychologie et interdisciplinarité

Commençons par un petit détour aux origines de notre recherche en TNC, puisque celle-ci a été mise au point dans le cadre du Laboratoire de Psychologie et Neurosciences (LPN) de l'IME.

La Médecine Environnementale (ME) se définit comme la médecine du mode de vie (alimentation, activité physique, sommeil...) et des relations de l'individu à l'environnement (général, domestique, professionnel, social...). Elle s'oppose à la Médecine Génétique (MG)[3], en ce sens qu'elle s'intéresse à tout ce qui n'est pas génétique, autrement dit à ce qui résulte de l'interaction entre gènes et environnement. Par ailleurs, la ME est largement opérationnelle car on sait de plus en plus ce qu'il faut faire et ne pas faire pour vivre en meilleure santé et plus heureux plus longtemps. À ce stade, la médecine génétique n'est encore que balbutiante. Mais surtout, il est reconnu que les maladies d'origine strictement génétique sont rares (Feingold & Martinez, 1998 ; Kazma, 2010, Danchin *et al.*, 2011), et tout porte à croire que les facteurs environnementaux constitueraient plus de 90 % des facteurs de risque de santé ou de maladies[4].

La ME et la MG ont cependant en commun le fait qu'elles constituent les seules approches réellement causales (étiologiques) de la santé. En effet, ces disciplines sous-tendent toute la prévention primaire (prévention des troubles et maladies dans la population générale), par opposition aux préventions secondaires (dépistage et traitement précoces des troubles et maladies chez des populations à risque) ou tertiaires (prévention de la rechute et traitement/gestion des séquelles).

Ainsi :

Ces deux types de médecine viennent compléter la Médecine dite Curative (MC), qui agit sur :

- Des métabolismes intermédiaires, entre gènes et environnement.
- Des agressions microbiologiques, en substitution ou complément de l'immunité et d'autres capacités naturelles de défense.
- Des maladies proliératives comme les cancers, pour les dépister et les traiter.
- Des séquelles de traumatismes et d'agressions diverses, pour suppléer aux déficits et dysfonctionnements induits.

Pour essentielle que soit la pratique de la MC pour la santé publique, l'élévation rapide des coûts qu'elle entraîne pose la question du financement à long terme du système de santé actuel. En effet, plus l'action est symptomatique, *i.e.* agir en aval dans la cascade des causes, plus son bénéfice en termes de santé publique est restreint et plus son coût économique est élevé pour la collectivité.

De façon générale, les traitements dits curatifs soulagent (un antalgique par exemple), contrôlent un risque (un anticoagulant chez un patient cardiaque pendant le temps du traitement) et parfois guérissent un patient. Ce type de traitement, en revanche, n'empêche nullement le patient de rechuter quelque temps après l'arrêt du traitement (un antibiotique, par exemple). Ainsi, les troubles chroniques ne cessent de croître car les traitements qui leur sont aujourd'hui appliqués ne gèrent que la partie (plus ou moins) finale de la cascade des causalités. Les grandes pathologies comme les troubles cardiovasculaires ou les cancers ont des facteurs de risque qui semblent essentiellement environnementaux. Parmi eux, près de 80 % seraient liés à notre mode de vie et dépendraient donc directement de nos actions[5].

Or, en ME, le comportement est cardinal : il est au cœur du changement de mode de vie. S'occuper des comportements individuels et collectifs et notamment des facteurs de changement est donc fondamental pour cette discipline. L'étude du comportement représente sans doute aussi l'opportunité, pour la

psychologie comme pour la ME, de partager leurs expériences et leurs champs de recherche. En effet, nous savons qu'aujourd'hui l'heure est à l'interdisciplinarité. La ME l'est par nature, car il lui incombe de gérer les multiples facteurs de risque et d'amélioration du mode de vie pour la santé, tels que :

- L'alimentation = nutrition + allergologie + physiologie de la digestion + toxicologie alimentaire + comportement alimentaire + épidémiologie de l'acte alimentaire...
- La prévention et la gestion du stress = physiologie du stress + psychologie + psychosociologie (stress au travail...) + neurosciences et disciplines connexes (éthologie, anthropologie...).
- Les troubles du sommeil = physiologie du sommeil + psychologie + métabolisme et troubles digestifs...
- L'activité physique = physiologie du sport + épidémiologie de l'activité physique.
- La toxicologie = de l'habitat + au travail + de l'environnement général.
- La prévention du vieillissement = génétique + alimentation +, etc.

Il est certes totalement impossible d'être spécialiste de tout cela à la fois... mais une somme de spécialistes compétents ne remplace pas non plus un seul médecin environnementaliste.

Dans cette optique, la psychologie voit aujourd'hui son champ s'élargir et constituer un autre « continent » : elle s'appuie sur des dizaines de disciplines, regroupées sous le vocable de neurosciences, auxquelles il faut ajouter la psychologie cognitive, la psychologie clinique, la psychothérapie, sans oublier les nombreux courants et écoles qui les animent (ou les divisent..., cf. Posner & Rothbart, 2004), etc.

Comment faire vivre ainsi ces complémentarités et explorer ces disciplines sans s'y noyer ? Tel est assurément l'un des défis passionnant, délicat et indispensable de notre époque. Dans ce cadre, l'approche systémique se révèle essentielle pour explorer et élaborer une psychologie scientifique moderne, ouverte et efficiente. L'expérience de la ME peut y contribuer, et c'est ce que nous tentons de faire depuis plus de vingt-cinq ans à l'IME.

2. Thérapies Cognitives et Comportementales, Neurosciences et TNC

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) proposent de nombreuses techniques psychothérapeutiques validées scientifiquement. Elles écrivent un nouveau chapitre de l'histoire des psychothérapies, en montrant notamment que le stress, au sens large (anxiété, agressivité, découragement), naît davantage du raisonnement incohérent et irrationnel d'un individu que de sa frustration (Beck 1979). La troisième vague de cette discipline – considérant notamment la *Mindfulness* (cf. Kabat-Zinn, 1982, 2013 ; André, 2011 ; Segal *et al.*, 2006) et l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT ; Hayes *et al.*, 2004 ; Monestès & Villatte, 2011) – est quant à elle centrée sur l'attitude plutôt que sur la résolution de problème. Elle confirme la pertinence de « l'ici et maintenant » comme angle d'approche pour comprendre la pathologie et construire les thérapies. Cet angle diffère du point de vue centré sur la trace mnésique émotionnelle et traumatique comme principale origine des troubles. Les TCC esquissent aussi la nécessité de mieux comprendre comment notre cerveau mémorise, transforme, superpose ou échoue et se stresse. Elles se posent également la question cruciale de savoir à quelle fin notre cerveau mémorise : quelle est en effet la fonction darwinienne, phylogénétique de la mémoire et donc de ses troubles ?

À ces questions, les sciences de la biologie et les neurosciences commencent à mieux répondre, et ce qu'elles suggèrent va dans le sens d'une synergie fonctionnelle étroite entre le structurel (génétique/épigénétique, métabolique, neuronal, anatomique...) et le fonctionnel (psycho-comportemental, émotionnel, psychosocial...).

En fin de compte, toutes ces disciplines ouvrent une voie centrale pour la neuropsychologie et les thérapies Neuro-Cognitivo-Comportementales...

3. Du Contenu psychologique au Contenant neuro-fonctionnel

Nos recherches et expériences cliniques ont conduit notre équipe à développer, pour des raisons pratiques, les concepts de « Contenant » et « Contenu ».

Nous définissons un Contenant comme un ensemble constitué d'un substrat neuro-fonctionnel fini et associé à un ensemble homogène de comportements, de modes traitement de l'information (filtres) et de vécus (émotionnels et cognitifs), produit par l'activation de ce substrat. Ces Contenants ont la particularité d'être reproductibles d'un individu à l'autre, ou entre individus présentant strictement la même pathologie (nous excluons ici les syndromes sujets à équivoque, les lésions cérébrales particulières et les mécanismes de compensation de ces lésions). Plus le substrat neuro-fonctionnel implique des réseaux neuronaux et des aires anciennes d'un point de vue phylogénétique, plus les comportements qu'il induit sont stéréotypés, prévisibles, rigides (au sens d'un manque d'ajustement à l'environnement) et reproductibles d'un individu à un autre. Il existe cependant des interactions possibles entre ces Contenants qui tendent à diminuer la prévisibilité du comportement observable, et dont les combinaisons à l'envi participent à l'unicité de l'individu.

Le Contenu est, dans ce cadre, l'ensemble des schémas cognitifs et des représentations d'objets et de situations propres à l'individu. Il inclut tout ou partie des apprentissages émotionnels, comportementaux et culturels, émanant de l'expérience d'un individu. Les représentations figurant dans cet ensemble sont orientées et générées par les Contenants (ou filtres) qui ont traité l'objet de ces représentations (voir pour information générale sur cette thématique : Mueller *et al.*, 2013 ; Frost *et al.*, 2012 ; Sugiura *et al.*, 2007).

Ces définitions peuvent être rapprochées de concepts évoqués dans divers modèles ou théories (Théorie de la genèse de la pensée de Bion, Théorie des Modèles Mentaux de Johnson-Laird, Théorie des Constructions Personnelles de Kelly, etc.). Elles s'en distinguent, entre autres, par la prise en compte du substrat neuro-fonctionnel comme étant susceptible de générer des invariants de comportements reproductibles d'un individu à un autre (et se distinguent en cela des Constructions Personnelles de Kelly, par exemple). Par ailleurs, ces concepts s'inscrivent dans le cadre de

méthodes de recherche et de production d'outils thérapeutiques visant à gérer les Contenants pour traiter l'individu. Ils ne s'inscrivent pas dans un objectif de traitement du Contenu comme en psychanalyse.

Ainsi, par exemple, le Contenant « colère » génère des comportements (agressivité défensive, fixité du regard, crispation des mâchoires, etc.) et un vécu qui lui sont propres (susceptibilité, sentiment de supériorité passager, etc.), et est inscrit dans des entités cérébrales et neurologiques précises. La colère est un Contenant universel (cf. Ekman, 1993) qui peut en revanche être « activé » par des stimulations différentes selon les individus, leur réactivité à ces stimulations étant dépendante de leur histoire, de leur culture, etc.

De façon simplifiée, le Contenant serait donc la part de la symptomatologie cognitive et comportementale qui semble être l'expression directe du fonctionnement du système nerveux lui-même. Le contenu serait à ce titre l'ensemble des représentations et schémas cognitifs propres à l'individu et résultant de ses apprentissages. Notons, dans ce cadre, que tous les « Contenus » (ou objets) peuvent être associés en théorie à *presque* tous les « Contenants » (ou critères diagnostiques). Ces derniers se comportent en fait comme des fonctions mathématiques (f(x)), indépendamment de leur Contenu ou variable (qui serait l'objet de fixation).

Prenons l'exemple de la phobie dite simple et de sa trilogie diagnostique : « peur + évitement automatique + apaisement immédiat dans l'évitement ». Ce « mode réactionnel »[6] ne dépend pas, à l'évidence, de l'expérience individuelle ou culturelle : il est le même pour tous, dans toutes les cultures et pour toutes les phobies. Il ne dépend donc que de notre structure nerveuse et spécifique (au sens de propre à l'espèce). Bref, il s'agit d'un mode réactionnel particulier que l'on pourrait nommer « mode phobique », ou Contenant phobique, ou encore « symptomatologie neurocognitive phobique ».

Mais pourquoi utiliser le terme Contenant plutôt que « diagnostic de » ? Parce que « diagnostic » est un terme plus général : on peut diagnostiquer une fracture en médecine (ou, pour un plombier, une fuite d'eau), ce n'est pas un mode réactionnel mais un état de la

matière. Ensuite, ce terme de Contenant est cliniquement beaucoup plus parlant que « Mode » ou « Symptôme Neuropsychologique ». Il est pédagogiquement très facile à (faire) comprendre (aux patients) et il s'oppose facilement au Contenu psychologique de l'apprentissage, comportemental ou émotionnel.

Ainsi, grâce à cette dénomination, on ne perd plus de vue, tout au long de la thérapie (ou de sa vie professionnelle de thérapeute), ce qui appartient au *hard* cérébral (le Contenant) ou aux *soft/datas* culturels et sociaux (le Contenu).

Le thérapeute peut ensuite facilement en déduire que les Contenus sont modifiables et les Contenants seulement gérables... Que d'énergie gagnée quand on découvre que l'on passe parfois des années à vouloir modifier (chez soi ou chez ses patients) un Contenant dont les mécanismes sont profondément ancrés dans les gènes et les structures cérébrales. Cela peut éviter, par exemple, de s'insurger contre le fait de se trouver orgueilleux lorsque l'on est en colère, et ainsi d'alimenter son stress.

Plus généralement, la psychiatrie a défini des diagnostics, qui sont autant de descriptions de modes réactionnels plus ou moins figés, indépendants de la personne, de son histoire, et donc de son Contenu culturel. Un diagnostic psychiatrique ou médical définit ainsi, la plupart du temps, un mode réactionnel structurel de l'organisme et dans le cas présent du système nerveux. Il constitue en toute logique un schéma structurel, *i.e.* une expression clinique directe du substrat organique et fonctionnel des structures biologiques, issues des gènes communs à l'espèce (sinon, ce ne serait pas universel).

Ainsi en est-il, par exemple, des modes réactionnels « colère », « paranoïa » ou « mélancolie ». En effet, que l'on parle par exemple d'émotions ou de pathologies, celles-ci constituent des modes réactionnels ou Contenants, en ce sens qu'elles sont supportées par des structures neurologiques. Cette nature « structurelle » est d'autant plus évidente que la stabilité, la reproductibilité et l'universalité du tableau clinique sont avérées, et qu'il ne s'agit donc pas d'un syndrome aux contours flous et aux étiologies diverses.

Puisque la frontière entre Contenus psychologiques et Contenants neuropsychologiques est désormais tracée (et elle ne passe pas, comme on pourrait initialement l'imaginer, exclusivement

par la frontière entre l'approche clinique et les neurosciences), d'aucuns pourraient se poser la question de savoir quels sont les substrats neuronaux et cérébraux impliqués dans chaque type de réponse structurée, constitutive d'un diagnostic psychologique ou psychiatrique ? C'est le cadre des recherches actuelles, notamment en imagerie cérébrale. Celles-ci s'efforcent de cerner les substrats sous-jacents à telle ou telle pathologie et/ou les mécanismes d'action d'outils thérapeutiques qui agissent sur elles, médicaments compris. Il serait également intéressant de savoir quelles sont les connaissances sur le cerveau qui pourraient orienter les recherches sur de nouvelles entités diagnostiques, de nouveaux Contenants plus homogènes et stables, aux niveaux clinique, statistique et expérimental. En effet, il existe encore, parmi les diagnostics psychiatriques, psychologiques ou psychosociaux de nombreux syndromes aux contours flous, dont les éléments descriptifs ne sont pas forcément observables d'un patient à l'autre, quand bien même ils présenteraient la même pathologie.

Des Contenants ou descriptifs plus homogènes et plus précis devraient permettre la construction de protocoles et pratiques thérapeutiques plus :

- efficaces
- fiables
- reproductibles
- économes en énergie (aussi bien pour le patient que pour le thérapeute ou le chercheur).

Tous ces critères se trouvent par exemple réunis pour la phobie spécifique, ce qui permet d'observer une proportion très importante de succès de la thérapie comportementale, puisque celle-ci est ciblée sur une symptomatologie univoque.

Dans le texte qui suit, nous parlerons donc essentiellement de Contenants. Le terme « Modes Mentaux » sera également évoqué, comme synonyme de « Méta-Contenants », qui peuvent être définis comme des modes réactionnels vastes (anatomiquement et surtout fonctionnellement), comprenant ou englobant eux-mêmes des Contenants ou « sous-Contenants ». Mais avant cela, et toujours dans l'objectif de mieux comprendre la démarche globale des recherches qui ont mené à cet ouvrage, il nous faut situer la TNC dans la classification usuelle des sciences molles et dures.

4. La clinique, science molle ou dure ?

4.1. Sciences dures et sciences molles : où est leur césure ?

Nous avons vu que la TNC explore les liens nombreux et complexes qui relient les neurosciences à la psychologie. Elle s'appuie aussi largement sur les capacités dont la clinique dispose pour clarifier les parts du fonctionnel (Contenus) et du structurel (Contenants). Par ailleurs, on lit souvent que la médecine et plus encore la psychologie sont des sciences humaines ou encore des « sciences molles », par opposition aux sciences « dures », comme la physique ou la chimie.

Soit. Mais d'où vient cette césure ? Pendant longtemps, il est en effet apparu plus facile de mesurer les objets inertes que la matière vivante. Or sans mesure, point de science. Le problème s'est largement résolu du côté des sciences du vivant, avec l'entrée en jeu de la biologie et de la biophysique. Il s'est en revanche complexifié du côté de la physique, avec l'exploration de l'infiniment grand et petit. Comment fait-on aujourd'hui pour mesurer directement un quark, dont on n'est même pas sûr qu'il existe ? Comment fait-on pour déterminer la composition chimique d'une étoile à des milliards d'années-lumière ? Les mathématiques ne se basent-elles pas parfois sur des axiomes, qui constituent des postulats reconnus sans démonstrations ?

Reposons le problème autrement : la science se différencie de l'empirisme[7] non par son objet ni même son outillage mais par son intention et sa méthodologie. Aussi :

1. L'empirisme ne cherche pas tant à comprendre qu'à observer et reproduire. Il est mis en œuvre par des praticiens pour d'autres praticiens.
2. La science cherche à comprendre *ce qui anime les choses*, quels sont les paramètres actifs dans le chaos des apparences. Autrement dit, elle cherche à identifier des lois universelles, des sortes de fonctions mathématiques qui décrivent les rouages cachés et prédisent les faits. Mais, tout n'étant pas si simple, nous ne sommes jamais sûrs, même en science, de trouver *LA LOI*. Nous pouvons tout au plus estimer nous en approcher et en

décrire une facette. C'est ainsi que tout n'y est « vrai » que jusqu'à preuve du contraire.

Qu'en est-il alors, à cette aune-là, des sciences dures et molles ? Lorsque la physique explore des dimensions qui atteignent les limites de nos représentations et même de nos outils de mesure les plus sophistiqués, nous ne pouvons que formuler des hypothèses et les évaluer de façon très indirecte. Dans ce cadre nous supposons que, si ce que nous pensons n'est pas fondamentalement faux (mais est-il vrai pour autant ?), nous mesurerons ce que nous avons prédit ! À ce titre, une bonne expérience de médecine et même de psychologie ou de psychosociologie peut aujourd'hui prétendre répondre à cette définition.

4.2. Sciences dures et méthodologie clinique

Au vu des arguments précités, la différence de nature, générique, qui est usuellement établie entre disciplines allouées aux sciences dures et molles, ne semble donc pas pleinement recevable. Persiste-t-il tout de même, en médecine par exemple, une (petite) différence entre sciences dites « dures » (biologiques ou biophysiques) et clinique ? Cela ne semble pas plus évident :

1. Considérons par exemple un test immunologique contribuant au diagnostic de la Maladie de Lyme[8] : celui-ci n'est pas plus fiable que le contexte clinique, pour ne pas dire moins, ce qui explique pourquoi l'on voit figurer en bas des analyses « *à confronter au contexte clinique* ».
2. Un second exemple peut être celui d'un diagnostic de Sclérose En Plaques (SEP)[9]. Ce dernier est avant tout clinique et les examens complémentaires n'ajoutent que de nouveaux arguments à un faisceau d'arguments. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé indique notamment que : « *La SEP est caractérisée par des lésions inflammatoires de la substance blanche (SB) du système nerveux central* (SNC), *disséminées dans le temps et l'espace. Il n'y a pas de marqueur diagnostique spécifique. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, paracliniques et évolutifs. Il suppose*

l'absence d'une autre affection susceptible d'expliquer les signes observés. »[10]

Bien sûr, il ne s'agit pas ici de valoriser le diagnostic clinique au mépris du diagnostic apporté par les examens. L'objectif est seulement de mettre en évidence le fait que les deux types d'examens ont des fiabilités qui sont globalement du même ordre de grandeur, et que la valeur ajoutée de l'un par rapport à l'autre diffère selon les cas. En réalité, c'est avant tout la somme des deux qui permet la fiabilité du diagnostic final. À terme, le suivi clinique reste la façon ultime de trancher et certifier le diagnostic, en se posant la question de savoir si tout se déroule comme cela avait été prévu (cf. Ziegler 1985 ; Warlow 2010).

Pourquoi la différence entre ces deux types de sciences ou de pratiques serait-elle en réalité si ténue ?

Parce que la clinique, notamment médicale et rigoureusement appliquée, n'est pas principalement descriptive mais bien expérimentale :

1. Elle est d'abord attentive à la chronologie des événements et, à travers celle-ci, à l'anticipation des causalités possibles (ou étiologies).
2. Une fois sur cette piste, elle fait des tests de provocation. En d'autres termes, elle produit une stimulation et regarde ce qu'elle génère : que ce soit un marteau à réflexes ou une lumière sur une pupille, elle cherche à produire et reproduire, pour bien s'assurer que telle(s) cause(s) produi(sen)t bien tel(s) effet(s) dans telle circonstance précise.

Nous sommes loin de l'empirisme dans lequel certains (non cliniciens) tendent à enfermer aujourd'hui la clinique dans le domaine des musées de l'histoire... D'ailleurs un clinicien, comme un ingénieur, vérifie tout ce qu'il diagnostique et laisse aux examens complémentaires, comme leur nom l'indique, le soin d'assurer ce qui reste à vérifier et ce qu'ils ont prescrit. Si ce n'était pas le cas, la Sécurité Sociale ne témoignerait plus seulement d'un trou financier mais serait totalement en faillite.

Ainsi, de même qu'un électricien peut attester de l'origine d'une panne sur un circuit électrique, un clinicien peut explorer, comprendre et mesurer bien des aspects des phénomènes physiopathologiques qu'il étudie. Ni plus ni moins, dans le principe,

que ne le font les spécialistes des sciences fondamentales. D'ailleurs, l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) ou la Tomographie par Émission de Positrons (TEP)[11] ne font que décrire des variations de flux sanguin ou de métabolisme. Ces techniques ne permettent qu'une analyse descriptive et ne prouvent rien en soi. Seule la pertinence du protocole expérimental et de son interprétation fait la validité de l'étude, non sa technologie. En d'autres termes, il est possible d'être un physicien, un statisticien ou un neuroscientifique empirique, qui ne fait que constater. On peut également être un scientifique qui cherche à comprendre ce qui anime les choses, à identifier des paramètres actifs, à modéliser et à les mettre à l'épreuve de l'expérimentation. Pas d'expérimentation sans modèle...

4.3. L'OUTIL STATISTIQUE

Que peut-on penser par ailleurs des statistiques ?

Elles sont un outil précieux et polyvalent, mais ne sont qu'un outil parmi d'autres pour étudier le réel. Elles sont sans égales lorsqu'il s'agit de trier des multitudes de données en parallèle, comme pour étudier de larges échantillons ou explorer de multiples facteurs, connus et surtout inconnus (ce sont par exemple les analyses factorielles ou bayésiennes). En revanche, elles ne sont pas forcément toujours pertinentes ni surtout applicables pour traiter un patient, qui veut malgré tout être sûr (ou presque) d'être bien diagnostiqué et guéri. Cette tâche incombe aux cliniciens... et aux ingénieurs, qui font que les trains roulent et arrivent à destination. En cas d'erreur, ces cliniciens risquent souvent des démêlées avec la justice !

Les statistiques permettent donc d'isoler des facteurs que l'expérimentation vérifie... mais l'expérimentation permet également de mettre en évidence des paramètres que les statistiques ne font que valider. Les statistiques sont une science de l'approximation (mais surtout pas une science approximative) proposant une représentation tangente à la réalité sans espérer atteindre celle-ci ou la représenter complètement.

Les sciences mesurent ainsi l'existant à l'aide de ces deux méthodes que sont l'expérimentation et les statistiques, séparément ou conjointement. Et la clinique aussi...

Pour conclure, ce qui, selon nous, définirait la science, serait la somme de :

1. La factualisation – *i.e.* la qualification et la quantification (mesure) – qui se fait à l'aide :
   - de mesures directes,
   - de mesures indirectes (on peut par exemple générer un rayon laser sur une roche, qui émet des photons au point d'impact, dont on mesure ensuite l'énergie et la longueur d'onde).
2. La recherche d'une compréhension des mécanismes (hypothèse théorique, modélisation) qui permettent d'expliquer la cause des réactions observées et des résultats obtenus. La recherche des causes et des effets est au cœur de toute science, depuis ses origines antiques.
3. La rencontre des deux processus précédents, qui donne la capacité de prédiction : si un modèle est avéré, il doit prédire précisément les résultats d'une expérience ou d'une pratique et, ce, hors du cadre de l'expérience qui l'a généré. Plus sa capacité de prédiction est vaste et s'étend même hors de son champ disciplinaire, plus le modèle considéré est robuste. Citons le cas du modèle darwinien, qui traverse le temps et les disciplines (et qui est né de l'observation des squelettes)...

Ainsi, on n'explore pas le système nerveux uniquement avec des examens complémentaires. La clinique, dans toutes les disciplines médicales, examine l'organique depuis longtemps. La neurologie explore par exemple le système nerveux et le cerveau depuis des siècles (cf. Damasio, 1999). Dès lors, ne nous en privons pas : abandonnons les stéréotypes actuels sur les sciences dures et molles, sur les pseudo-frontières entre clinique et biologie ou neurosciences, entre statistiques et expérimental. Additionnons nos connaissances et disciplines : nous progresserons plus vite encore et cela coûtera sans doute moins cher.

Voici donc la démarche qui sous-tend le travail présenté dans cet ouvrage. Celle-ci est ambitieuse sur la forme mais modeste sur le fond, car l'interdisciplinarité se confronte quotidiennement à ses

nombreuses limites. Le travail que nous présentons ici est issu des recherches cliniques, expérimentales ou fondamentales réalisées depuis près de vingt-cinq ans au Laboratoire de Psychologie et Neurosciences de l'IME.

Dans les chapitres qui suivent, nous exposons dans un premier temps les caractéristiques et le traitement de ce que nous avons appelé le « Comportement Automatique d'Évitement Social » ou Hypofonctionnement, lequel est en lien avec la phobie sociale, les addictions comportementales et certaines formes de dépression. Nous développons dans un second temps le concept de « Positionnement Grégaire », qui est selon nous sous-jacent à de nombreux troubles psychotiques.

CHAPITRE 1

L'Hypofonctionnement ou Comportement Automatique d'Évitement Social

1. Quelques éléments théoriques

1.1. Le comportement automatique d'évitement (Skinner) et la phobie simple

En 1890, Pavlov a montré qu'il était possible de relier un stimulus qui évoque une réponse instinctive (par exemple la viande), à un stimulus initialement neutre (par exemple un bruit de cloche), afin d'induire un réflexe conditionné (Pavlov, 1927).

Dans cette lignée, Skinner (1971) a décrit le *conditionnement opérant* : il a montré que l'animal voué à l'expérience était capable d'initiative, la récompense ou la punition se chargeant d'encourager ou d'éliminer le comportement exploratoire initial. Une conséquence importante de ses travaux a été la description puis le traitement comportemental du mécanisme de l'évitement automatique, identifiable cliniquement à la phobie : il s'agit d'un conditionnement opérant mis en œuvre en situation négative intense[1].

En effet, la punition entraîne d'abord un retrait. Jusqu'à un certain degré d'intensité, l'apprentissage négatif est réversible ainsi que nous l'avons défini. Par contre, si le stimulus aversif a été très

violent, il y a apprentissage d'un échappement (appelé Fuite instinctive ou *flight,* cf. Laborit, 1986 ; Fradin & Fradin, 2004) puis d'un évitement pour prévenir toute récidive. L'individu se met ainsi en position de retrait préventif automatique, associant peur par anticipation et réflexe de retrait incontrôlables, suivi d'un soulagement immédiat (récompense de l'évitement). Ce comportement semble très adaptatif dans la mesure où tout danger mortel – ou perçu comme tel – mérite effectivement d'être évité de façon absolue : une fois suffit pour mourir. Il est très utile en contexte de nature sauvage : il faut éviter le contact avec le prédateur, plutôt que de seulement chercher à lui échapper.

La pertinence de ce système est moins évidente en contexte humain civilisé. En effet, il existerait une mémoire dite « émotionnelle », inscrite dans des structures cérébrales relativement anciennes d'un point de vue phylogénétique, telle que la région hippocampo-amygdalienne (Kolb & Whishaw, 2008 ; Phelps, 2004). Ce type de mémoire stockerait des souvenirs associés à un événement important ou à une connotation émotionnelle forte pour l'individu. Les souvenirs concernés peuvent être relatifs à un système déclaratif ou explicite (mémoire épisodique), mais également à un système non déclaratif, implicite (donc pas forcément conscient), relevant de réponses conditionnées (Phelps & Ledoux, 2005 ; Squire, 2004)[2]. Parallèlement à cette mémoire émotionnelle figurerait notamment la mémoire de travail. Celle-ci a été définie par Baddeley (2012)[3] comme un système de stockage temporaire, de manipulation et de traitement de l'information permettant l'activité de la pensée. Ce système serait plus particulièrement sous-tendu par l'activité du cortex préfrontal (CPF). En effet, le CPF est la structure considérée comme la plus évoluée de notre cerveau, présentant la capacité d'actualiser et réorganiser plus « rationnellement » l'information traitée au quotidien (cf. Annexe 1). Ainsi sa puissante mémoire de travail active, de façon prolongée, de nombreux réseaux neuronaux, jusqu'à l'obtention d'une solution considérée comme satisfaisante (Fuster, 2001 ; Fuster, 2003 ; Houdé *et al.*, 2000). Cependant, le mécanisme d'évitement automatique auto-récompensé, décrit par Skinner et associé à notre mémoire émotionnelle, pourrait s'appliquer aux mécanismes d'adaptation supérieurs (*i.e.* relatifs à un mode de

fonctionnement sollicitant le CPF). De cette façon, ce mécanisme constituerait un obstacle spontanément infranchissable, faisant ainsi le lit de certains troubles tels que les phobies. Plus précisément, la déprogrammation progressive et stable des conditionnements, skinnériens comme pavloviens, nécessite comme préalable la ré-exploration positive de l'environnement que l'évitement empêche. En termes de potentialisation des synapses[4], ré-explorer signifie que l'absence de ré-associations de stimulus précédemment associés fait baisser le poids de la synapse, donc de l'activation du réseau associé, *i.e.* du conditionnement. Par contre, l'absence de contre-expérience (telle que l'évitement l'impose) ne permet pas la déprogrammation : le système se trouve alors en quelque sorte « congelé ». L'évitement crée même un biais renforçateur supplémentaire : l'angoisse, initialement provoquée par le danger perçu, est anticipée. La simple évocation de ce danger peut réactiver, par conditionnement pavlovien, une réponse d'angoisse (d'où le rôle aggravant de l'imaginaire). Le danger devenu fictif est « maîtrisé avec succès » par l'évitement et le soulagement immédiatement perçu renforce cet évitement (on parle alors de « conditionnement opérant positif »).

Pour ces diverses raisons, l'évitement automatique se révèle très fixateur de perceptions et de comportements négatifs car la potentielle « victime »[5] fera tout pour échapper à ce qu'elle considère comme un danger et/ou son bourreau. Pourtant, objectivement, la plupart des phobies décrites ne recouvrent pas (ou plus) de risques réels. Les réponses que la phobie apporte à ces situations sont inadaptées, démesurées, voire dangereuses et invalidantes. À tel point que peu de thérapeutes considèrent encore aujourd'hui que la phobie constitue un comportement de défense utile ou à préserver. Il apparaît clairement qu'il s'agit plutôt de l'emballement d'un mécanisme archaïque de protection contre le danger qu'il convient de déprogrammer. Ceci se fait sans risque, notamment en TCC à l'aide de techniques de désensibilisation dérivées de celles du pionnier Wolpe (1990), et ce avec la plus grande réussite (environ 80 % d'amélioration ou de guérison, cf. Canceil *et al.*, 2004).

Une étude réalisée par l'équipe de Paquette (Paquette *et al.*, 2003) a mis en évidence, en imagerie TEP, que des patients

confrontés à leur stimulus phobique montraient une activation du CPF dorso-latéral droit, du gyrus para-hippocampique et des aires visuelles associatives. Les auteurs ont alors fait l'hypothèse que l'activation du CPF dorso-latéral droit était, dans ce cas, liée à l'application de stratégies méta-cognitives destinées à réguler la peur. L'activation de la région para-hippocampique aurait été, en revanche, liée à la réactivation automatique de la peur entraînant un comportement d'évitement maintenant la phobie. Leurs hypothèses ont été appuyées par le fait que suite à un traitement de type TCC, les patients ne présentaient plus d'accès phobique ni d'activation de ces zones cérébrales à la vue du stimulus phobique. D'autres études ont également mis en évidence l'activité de l'amygdale lors de la confrontation à un stimulus phobique (cf. Dilger *et al.*, 2003).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'affrontement comportemental et émotionnel de la peur phobique semble donc constituer *LA* réponse adaptée[6] du niveau cérébral concerné (*i.e.* la mémoire implicite amygdalienne et son réseau cortico-sous-cortical limbique). Car comme nous avons pu le voir, la phobie simple est un concept à la fois clair, peu équivoque et universel. Ces caractéristiques, ajoutées à la compréhension des mécanismes sous-tendant ce trouble, ont participé à l'émergence d'outils thérapeutiques tout aussi précis et particulièrement efficaces.

De la même façon, l'objectif de nos recherches s'inscrit dans la volonté de comprendre et d'isoler des concepts précis, appelant un diagnostic clair et univoque. Ce travail préalable a ainsi facilité la mise en place de nouveaux outils et apporté sans aucun doute un gain d'efficacité dans le traitement des patients. Pour mieux cerner nos propos, il est utile de citer le contre-exemple du concept de phobie sociale, que nous développons ci-après.

1.2. La phobie sociale, un concept flou…

… Ou le démembrement du syndrome

Si nous avons consacré un chapitre à la description des mécanismes de l'évitement automatique et de ses bases neurophysiologiques, dans ce livre qui se veut essentiellement

clinique et destiné à des praticiens, c'est parce que nous les croyons au centre de nombreuses pathologies. Il nous semble que ces mécanismes se trouvent non seulement au cœur de la phobie simple que nous venons d'évoquer, mais participent également, de façon plus confuse, à l'émergence de la « phobie sociale ».

Pour rappel, la phobie simple constitue une entité diagnostique homogène et précise construite sur la triade suivante :

1. Un vécu de peur pour la survie devant un danger supposé vital, autrement dit, construite sur la base de peurs instinctives bien identifiées comme celles de certains animaux, de certains lieux (clos ou ouverts), mais aussi de stimulus olfactifs ou sonores (fumée, explosions...), ou encore de situations spécifiques (vertige des hauteurs, prédation...).
2. Un comportement d'évitement automatique (peu contrôlable) engendré par ledit vécu de peur.
3. Un apaisement immédiat après l'évitement.

Or, à la peur pour la survie de la phobie simple se substitue, dans le cadre de la phobie sociale, des sentiments aussi divers que la peur du ridicule, la honte, l'anxiété par anticipation de l'échec, la souffrance morale de l'amertume, le sentiment de culpabilité ou d'indignité, etc. (cf. DSM IV, 1996). De surcroît, à la différence des phobies simples, ce type de phobie ne présente pas toujours d'évitement automatique ni d'apaisement dans l'évitement.

Faut-il alors l'appeler encore « phobie » sociale ?

La littérature scientifique présente depuis de nombreuses années la phobie sociale comme étant un « concept », ou plutôt un syndrome, à la fois flou et hétérogène (cf. Heimberg *et al.*, 2000 ; Hofmann *et al.*, 1995 ; Hofmann *et al.*, 2004 ; Huppert *et al.*, 2008 ; Vriends *et al.*, 2007). La variabilité des éléments constituant ce syndrome fait le lit de résultats thérapeutiques sensiblement plus modestes et instables que ceux de la phobie simple.

Ainsi, face au manque de prévisibilité de l'efficacité thérapeutique concernant la phobie sociale, nous avons été tentés de reconsidérer ce syndrome. Nos recherches nous ont alors permis de constater que ce syndrome se fragmente en sous-ensembles bien plus homogènes, tant sur le plan de la description clinique que sur celui des substrats physiopathologiques ou neurobiologiques supposés. En raison de cette fragmentation, nous avons élaboré des exercices

cognitifs et comportementaux destinés à traiter chaque sous-ensemble. D'après nos différents travaux et observations cliniques, les résultats thérapeutiques qui découlent de ces nouveaux concepts semblent tenir leurs promesses...

Les sous-entités les plus importantes provenant du démembrement de la phobie sociale seront développées dans ce livre :

- l'une est présentée sous le vocable de « comportement de soumission » (cf. Chapitre 2) ;
- l'autre a été dénommée « Comportement Automatique d'Évitement Social » ou encore « comportement d'Hypofonctionnement », en référence au modèle cybernétique que nous aborderons infra.

Le comportement d'Hypofonctionnement

a) Caractéristiques ou définition globales de l'Hypofonctionnement

Cliniquement, le Comportement Automatique d'Évitement Social (CAES, Fradin, 2005 ; Fradin & Fradin, 2006) ou Hypofonctionnement (Hypo) est proche de la phobie classique car il présente :

- un évitement automatique devant l'objet de fixation ;
- un apaisement immédiat après l'évitement.

Cependant, le vécu associé au CAES est quelque peu différent de la phobie simple : il correspond à la peur du ridicule ou de la honte, au tabou.

b) Adhésion à la distorsion cognitive

D'après les critères évoqués précédemment, le tableau clinique de l'Hypo est clair, délimité, intense, comme celui d'une phobie, et les contours de l'objet déclencheur sont précis. Cependant, comparativement à la phobie simple, une adhésion intellectuelle à l'interdit apparaît. Tout se passe en effet comme si la « victime » de ce « tabou social » (que celui-ci soit individuel ou partagé par le groupe) construisait activement, mais inconsciemment, une opinion convergente avec l'attitude imposée par ce mécanisme. Ladite

victime, qui présente une distorsion cognitive majeure, devient le défenseur actif de son système d'aliénation, et tend à vouloir le partager avec son entourage.

c) Structures cérébrales impliquées

Parmi les différences significatives apparaissant entre l'Hypo et la phobie simple figure, selon nous, le substrat neurologique associé. D'un point de vue logique, l'Hypo devrait solliciter des structures phylogénétiquement plus récentes qu'en ce qui concerne la phobie simple, soit des régions dites « Néolimbiques », c'est-à-dire sous-commissurales, comme par exemple le gyrus cingulaire (cf. Fradin & Fradin, 2004, op. cit.).

En effet, nous avons pu observer que les Hypos, constituant une forme d'interdit social, engendraient des comportements de substitution de ces interdits. Nous avons appelé ces comportements de substitution ou de compensation des « comportements Hyperfonctionnels » (Hypers), en référence à leur caractère addictif[7]. Or, le fait même que des comportements de substitution à l'Hypo apparaissent nous a amené à penser une implication de territoires sensiblement plus évolués et capables d'adaptation que ceux qui sous-tendent une phobie simple. Certaines études tendent à aller dans ce sens (Amir *et al.*, 2005 ; Ahs *et al.*, 2009).

Par ailleurs, les Hypos semblent se constituer relativement tôt dans la vie, majoritairement pendant l'enfance, et parfois au moment de l'adolescence. D'après notre expérience clinique, il semble que les Hypos ne puissent être construits une fois adulte. Nous faisons l'hypothèse que la maturation préfrontale acquise à l'âge adulte empêche la formation de tels comportements[8]. En effet, le CPF, comme nous l'avons vu plus haut, permettrait de rationaliser les événements et d'établir un raisonnement logique en sélectionnant et en traitant l'information pertinente, et ce en vue d'une adaptation à la situation en cours. Or les connexions du CPF avec le reste de l'encéphale montrent une vitesse de maturation très hétérogène (par exemple avec les différentes zones du cortex sensori-moteur). Les zones plus anciennes du cerveau, relatives à un traitement émotionnel de la situation, étant plus matures, il est envisageable que celles-ci prennent l'avantage sur le traitement que pourrait

opérer le CPF. En effet, la faculté de produire des comportements adaptés face à une situation conflictuelle entre deux réponses prépondérantes dépend de la maturation du CPF (Diamond & Doar 1989 ; Thompson-Schill *et al.*, 2009) et semble parfois faire défaut aux enfants et adolescents (Walsh, 2004 ; Giedd, 2004). Ceux-ci auront donc sans doute plus de difficulté à « rationaliser », à prendre du recul face à une situation honteuse ou désapprouvée par leur entourage immédiat, et ainsi à choisir ou engrammer la réponse comportementale et émotionnelle la plus adaptée (compte tenu de leur niveau de maturité).

1.3. Cybernétique et régulation : l'Hypo et l'Hyper

Afin de mieux comprendre la dynamique constituant la dyade Hypo-Hyper, nous avons tenté de la modéliser en nous appuyant sur les lois des systèmes autorégulés énoncés par la cybernétique.

Pour mémoire, un système autorégulé est capable de maintenir une valeur constante dans un environnement mouvant. Nous connaissons tous l'exemple basique de la chaudière de chauffage central, dont le fonctionnement ou l'activité s'adapte pour maintenir la température à un « point de consigne » qu'on a programmé au préalable. Or la biologie est construite sur des phénomènes d'autorégulation, depuis les enzymes jusqu'aux mécanismes de l'homéostasie (cf. Laborit, 1961).

Dans ce cadre, ledit CAES peut être considéré comme un comportement « hypo-fonctionnel » dans le sens où parmi les comportements possibles, il en existe certains qui soient inaccessibles parce que ridicules aux yeux de l'individu. En raison du caractère honteux de ce comportement, l'individu le met rarement voire jamais en œuvre. Par exemple, quelqu'un qui aurait un Hypo sur le fait de demander de l'affection n'en réclamera pas directement. Afin de pouvoir obtenir malgré tout l'objet que permettrait d'atteindre directement le comportement tabou (qui serait ici le fait de donner de l'affection), le modèle prévoit que d'autres systèmes autorégulés, inscrits dans d'autres réseaux neuronaux interconnectés, se mettent en « sur-fonctionnement » pour atteindre

(indirectement) les mêmes objectifs. C'est pour cela que nous avons qualifié ce mécanisme de substitution « d'hyper-fonctionnel ». Ainsi, l'Hyper correspondant à l'exemple précédent pourrait être éventuellement le fait de s'entourer de personnes donnant spontanément beaucoup d'affection, sans avoir besoin de leur en demander (cf. Figure 1.1).

Nous noterons par ailleurs que de façon générale, le fait qu'il y ait un comportement apparent recruté par l'Hyper et ayant pour finalité première d'être l'alibi officiel du comportement Hypo se déroule inconsciemment pour l'individu porteur de ce mécanisme. Ainsi un interdit Hypo sur [l'expression des sentiments] peut éventuellement se canaliser à travers des comportements substitutifs aussi divers que [l'entraide], le [bénévolat] ou toutes autres formes d'activités impliquant une relation, plus ou moins superficielle, voire imaginaire, avec les autres. Mais l'individu n'aura pas conscience de ce mécanisme de substitution et du fait que ces activités sont un alibi.

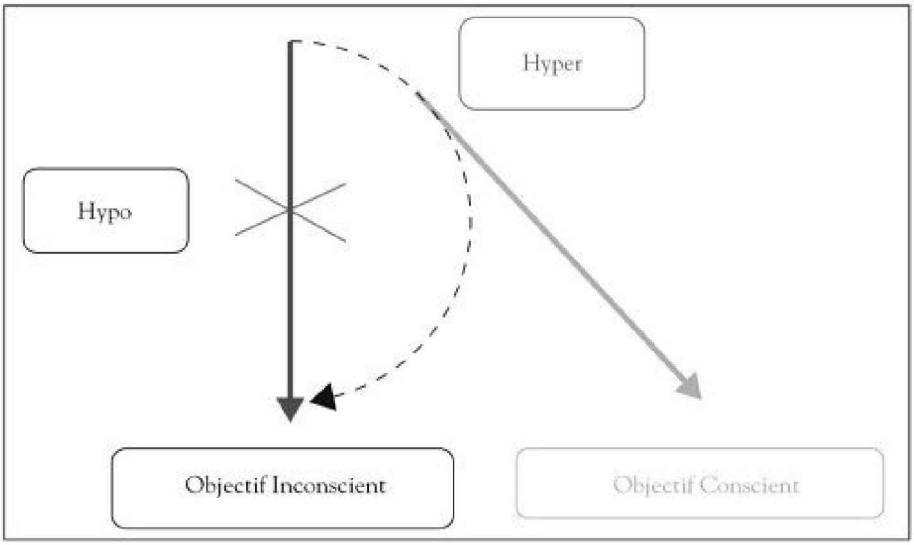


FIGURE 1.1

Représentation du caractère direct ou indirect de l'accès à l'objectif en fonction du processus Hypo-Hyper

En théorie, le comportement Hyper semble donc initialement utile et positif au sens adaptatif et darwinien du terme, car il permet d'atteindre la cible ou le besoin, par d'autres voies que celle qui est taboue aux yeux de l'individu. Il ne devient potentiellement pathogène que lorsqu'il se révèle peu efficace, c'est-à-dire lorsqu'il ne parvient pas ou plus à atteindre significativement son objectif « caché » (qui serait dans notre exemple précédent celui d'obtenir de l'affection).

Les lois de la cybernétique veulent en effet que tout processus régulé, auquel est assigné un point de consigne, tente de développer les ressources suffisantes pour y parvenir malgré l'obstacle (cf. Figures 1.2 et 1.3). Ainsi, la chaudière peut-elle s'emballer si la température extérieure baisse. De la même façon, en biologie, la faim ressentie augmente (de manière à apporter tout de même les calories nécessaires) si le plat consommé est hypocalorique. Mais un comportement substitué (Hypo) de façon inefficace pour obtenir l'objet caché induit un comportement de substitution précisément « hyperfonctionnel », ce qui, sur le plan clinique, engendre un trouble à tendance obsessive (soit un emballement de la chaudière, dans notre exemple comparatif). À ce titre, nous prévenons le lecteur que les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) classiques, dans la majorité des cas, ne semblent pas appartenir à la catégorie des comportements hyperfonctionnels au sens de la définition précédente (Hyper). Nos premières études sur le sujet nous laissent penser que les TOC sont en réalité des symptômes de soumission (cf. Chapitre 2 ; pour des études de cas voir chapitre 3.6. et annexe 3 ; Lefrançois *et al.*, 2013 ; Lefrançois *et al.*, 2011a ; Lefrançois *et al.*, 2011b).

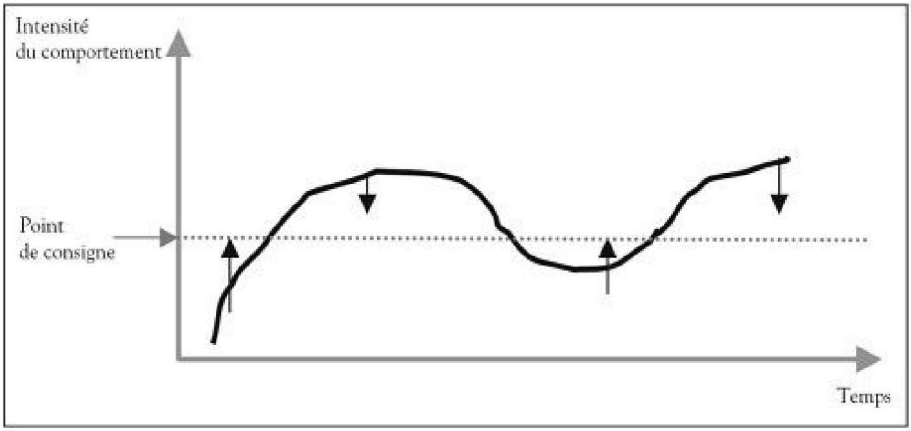


FIGURE 1.2
Schématisation de la fluctuation de l'intensité d'un comportement autour d'un point de consigne, lors d'un phénomène de simple autorégulation en cybernétique (cf. Fradin & Fradin, 2004-2006 ; Fradin, 2005)

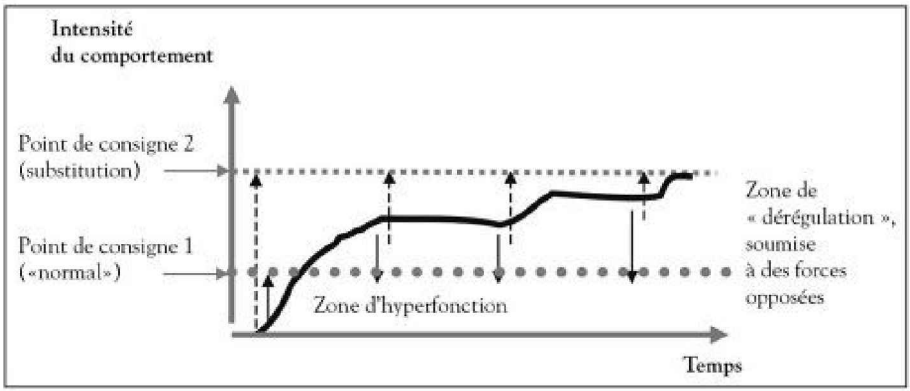


FIGURE 1.3
Schématisation de la fluctuation de l'intensité d'un comportement entre deux points de consigne, lors d'un phénomène de double autorégulation (Fradin & Fradin, 2004 ; Fradin, 2005, op. cit.)

Nous verrons que la double autorégulation de l'hyperfonction (figure 1.3) est bien plus instable et pathogène qu'une autorégulation simple (figure 1.2). En effet, à l'intérieur de la zone de dérégulation,

entre les deux points de consigne, la personne est d'une part soumise au comportement Hyper puisqu'elle est « saturée » sur le premier point de consigne correspondant à l'objet apparent ; elle est d'autre part encore insatisfaite vis-à-vis du second point de consigne, à savoir l'objet caché. Ce phénomène se manifeste sous forme d'ambivalence (de type manque/saturation) vis-à-vis de l'objectif officiel ou alibi.

1.4. L'ADDICTION RELATIVE AU COMPORTEMENT HYPER

De nombreux troubles à composante psychologique addictive semblent relever du comportement hyperfonctionnel (Hyper) que nous venons de décrire.

De façon plus explicite, on dit que la substitution permise par l'Hyper est efficace si elle investit un domaine d'expression compatible avec le contexte social et psychologique de l'individu concerné (notamment en termes de personnalité, d'assertivité, etc.). Par exemple, le tabou (Hypo) de [manger avec les doigts] sera caractérisé par un sentiment de ridicule, aggravé en société, mais soulagé immédiatement par un évitement irrépressible. Le comportement de substitution associé peut être celui de [manger avec des couverts ou des baguettes], lequel n'est ordinairement pas pathogène, pour autant qu'il soit efficace. Or il peut en effet devenir hyperfonctionnel (*i.e.* révéler cliniquement son caractère Hyper) donc obsessif et stressant si le comportement de substitution socialement acceptable devient par exemple [manger avec des baguettes au restaurant japonais, sans savoir faire ni oser demander de l'aide ou des couverts]. Si l'efficacité d'un tel comportement de substitution est gravement altérée, alors le système autorégulé s'emballe et devient pathogène ou anxiogène.

Encadré 1.1
Qu'est-ce qu'un Hyper efficace ?

Un comportement de substitution donné est qualifié :

1. **D'efficace** si le sujet est capable de mettre activement en œuvre, par lui-même, de manière adaptée et productive :
   a. un comportement apparent socialement acceptable
   b. un comportement qui soit dans le même temps pourvoyeur d'une satisfaction significative au niveau de l'objet « caché » (*i.e.* du tabou ou CAES).
   c. Ceci, même en cas d'échec induit par l'environnement, par exemple si le sujet ne trouve pas de partenaires ou si ceux-ci le déçoivent.
2. **D'inefficace** si une stratégie d'approche trop indirecte ou décalée (voire aberrante, incompréhensible ou indétectable pour l'entourage) se révèle « intrinsèquement » incapable d'obtenir ce qui est interdit (Hypo). Dans l'exemple sur l'expression des sentiments, est-ce qu'apporter de l'aide ou bavarder finira-t-il ou non, dans le contexte social particulier du sujet, par susciter chez les autres un attrait affectif quelque peu comparable à celui obtenu si l'expression directe des sentiments avait eu lieu ?

Si le comportement est effectivement inefficace, il sera alors « parasité » en proportion de son inefficacité, par les stigmates cliniques de l'Hyper (excès, obsessivité, addiction, ambivalence, stress, risque élevé de phases agressivo-dépressives, etc. cf. Chapitre 1.3.).

1.5. Principe thérapeutique du traitement de l'Hypo et de l'Hyper

La thérapie de fond de tels comportements substitutifs addictifs, obsessifs et anxiogènes est l'affrontement comportemental du tabou ou de l'Hypo sous-jacent. Pour cela, il est nécessaire d'identifier le lien entre Hypo et Hyper selon une démarche diagnostique précise, et d'en expliquer le processus au patient (pédagogie et préparation cognitive).

Dans le cas des exemples d'Hypos cités plus haut, l'affrontement thérapeutique consisterait à tenter d'assumer, émotionnellement et en société, le fait de [réclamer explicitement de l'affection] ou de [manger avec les doigts]. Cet affrontement est nécessaire et doit

être répété jusqu'à ce que l'individu puisse l'effectuer en étant calme et apaisé.

Ce type d'exercice se fait bien sûr à l'aide d'étapes progressives, en commençant en situation thérapeutique « protégée » (*i.e.* face au thérapeute ou face à un groupe thérapeutique averti et non susceptible de faire des commentaires hasardeux), pour s'orienter ensuite vers un affrontement où le groupe spectateur ne sera pas averti du caractère thérapeutique du comportement adopté par l'individu (par exemple en famille, dans la rue, au restaurant, etc.).

Après avoir survolé les notions d'Hypo, d'Hyper et les troubles associés qu'elles sous-entendent, nous en décrirons plus précisément les manifestations ainsi que les éléments de diagnostic et de traitement dans les chapitres qui suivent.

2. Diagnostic clinique de l'Hypo

Comme nous avons pu le voir, les Hypos peuvent être définis de façon brève comme des interdits sociaux que l'on considère comme relativement primitifs, se mettant en place lors de l'enfance et, au plus tard, à l'adolescence. Ceux-ci prennent forme en fonction de caractéristiques principalement grégaires et relatives à l'image sociale[9]. Ils se manifestent cliniquement par un ensemble de signes particuliers d'aversion et de dévalorisation de sujets « tabous ».

Nos recherches et expériences cliniques nous ont conduits à isoler plusieurs types d'Hypo. Cette distinction, nous le verrons, se révèle précieuse dès lors que l'on souhaite établir un traitement de l'Hypo. Deux catégories sont particulièrement importantes à mettre en évidence :

1. Les Hypos Basiques : ceux-ci constituent des tabous portant sur un objet mental ou une action à part entière.
2. Les Hypos-Métas : ceux-là, en revanche, ciblent des tabous sur des « façons de faire quelque chose ».

Par exemple, un individu présentant un Hypo Basique sur le fait de danser trouvera ridicule de danser, de quelle que façon que ce soit. Quelqu'un qui présente plutôt un Hypo-Méta trouvera ridicule de danser d'une certaine façon, mais en admirera une autre. Dans

ce dernier cas, l'individu peut admirer le comportement chez autrui, mais se sent lui-même incapable de danser de façon admirable. C'est ce que l'on nomme plus communément un complexe.

Les sujets de dévalorisation ou d'Hypos peuvent être :

- un objet ou un concept (ex. : « *je méprise le football* », ou « *je trouve l'art moderne ridicule* », Hypo Basique) ;
- un comportement (ex. : « *je suis gêné par les gens qui s'embrassent dans la rue* », Hypo Basique) ;
- soi-même (ex. : « *je suis incapable de danser* », Hypo-Méta).

De façon spontanée, en dehors du cadre thérapeutique, les Hypos sont quasiment impossibles à identifier par soi-même et en tant que tels, du fait de l'adhésion cognitive à l'interdit. Ils sont également très difficiles à mettre en évidence par un thérapeute non formé à cela, en raison de l'évitement automatique du patient. De surcroît, l'Hypo crée une sorte de « vide cognitif » chez le patient, correspondant au fait que celui-ci peut avoir des difficultés à identifier ou décrire correctement l'objet désiré et caché, même s'il est aidé et s'il a bien compris le processus en jeu. Le patient fait souvent part d'un « blanc mental » sur le sujet Hypo. La tâche est rendue encore plus difficile lorsque le thérapeute a le(s) même(s) Hypo(s) que son patient, ce qui n'est pas rare dans un même contexte culturel.

Malgré les difficultés apparentes que l'identification des Hypos peut représenter, nous sommes parvenus à mettre en évidence un ensemble de caractéristiques de l'Hypo permettant son diagnostic. L'exploitation de celles-ci constitue un progrès majeur dans l'identification et le traitement des troubles associés aux Hypos et Hypers. Nous avons appelé ces caractéristiques les « Résonances d'Hypo ». Nous les décrivons infra.

Encadré 1.2
Fiche de synthèse sur l'Hypo

Les Comportements Hypo-Fonctionnels ou Hypos génèrent des vécus et des comportements d'intolérance (mépris, agacement), de gêne sociale (sentiment de ridicule) ou de complexe (admiration avec émotion, inhibition).
Comme les phobies simples, les Hypos sont associés à des comportements automatiques d'évitement suivis d'apaisement immédiat.
Par nature peu observables, ces « tabous » sont cependant aisément identifiables indirectement à travers les Résonances Émotionnelles d'Hypos, qui surviennent face à quelqu'un qui possède la liberté (capacité à réaliser le comportement tabou) que nous n'avons pas.
À la différence des phobies simples, ces blocages « Hypos » ont aussi la particularité de créer une adhésion psychologique à l'interdit, qui est valorisé (distorsion cognitive). Cette adhésion est particulièrement intense (peu ou pas de recul possible selon gravité du trouble).
La genèse des Hypos s'effectuerait à l'enfance et au plus tard à l'adolescence, sous l'influence de la forte pression des valorisations et dévalorisations sociales. Les Hypos les plus puissants, enracinés, semblent remonter à la prime enfance et/ou être associés à des prédispositions de personnalité(s).
Le diagnostic d'Hypo s'appuie sur trois catégories cardinales de symptômes :

1. La Résonance
2. Les vécus d'affrontement
3. L'apaisement immédiat dans l'évitement

À ces symptômes peuvent s'ajouter les micro-comportements perceptibles au travers des signes visuels qu'ils laissent transparaître.

2.1. La Résonance d'Hypo

Le lecteur notera que comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas une caractéristique exclusive d'une pathologie (sauf s'il est pathognomonique), mais que seule la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans un tableau clinique permet le diagnostic.

Par ailleurs, nous prions le lecteur d'être vigilant vis-à-vis des exemples que nous proposons. Ceux-ci sont exclusivement présentés à titre illustratif, afin de faciliter la compréhension et

l'apprentissage, et correspondent généralement à des cas souvent rencontrés en pratique. Cette remarque est vraie pour l'ensemble des exemples fournis dans cet ouvrage. Aussi, nous précisons que chaque relation Hypo(s)/Hyper(s) est spécifique et nécessite d'être diagnostiquée et validée pour chaque cas clinique particulier.

Les Résonances d'Hypo sont un ensemble de ressentis et d'émotions apparentés à de l'intolérance (tels l'agacement ou la gêne), que l'individu éprouve à l'égard de situations, personnes ou personnages qui pourtant ne l'entraînent pas : par exemple au cinéma, dans la rue, au restaurant, etc. L'appellation *Résonance* provient du fait que ces émotions se déclenchent même « à distance », alors que l'on n'est pas concerné(e) par la situation. Cette réaction émotionnelle, involontaire et difficilement contrôlable n'est ainsi que la partie émergée d'un iceberg. Elle signifie que le comportement ou l'attitude observés dans ladite situation sont Hypo pour l'individu.

Il est intéressant de savoir que la Résonance d'Hypo est *LE* critère diagnostique de l'Hypo par excellence, le plus facile à utiliser et qui se suffit à lui seul, pour les raisons suivantes :

1. Il est totalement pathognomonique de l'Hypo.
2. Il présente en outre le caractère exceptionnel de ne pas être (ou très peu) concerné par l'évitement automatique et le vide cognitif, lesquels se manifestent lors de l'affrontement de l'Hypo.

Afin de confirmer une Résonance d'hypo, il faut pouvoir mettre en évidence l'un des trois vécus que nous évoquons ci-après, et ce dans une situation où l'individu n'est pas impliqué.

La gêne ou la honte

La Résonance provoquant gêne ou honte est dite « *en Fuite* ». Elle s'accompagne d'une sensation de ridicule que l'on éprouve littéralement à la place de celui qui a adopté l'attitude provoquant la résonance. Cette projection peut être suffisamment intense pour que l'on souhaite se cacher à sa place, ne sachant plus « où se mettre ». Cette sensation implique que l'on n'ose pas regarder la personne qui nous fait rougir. Le simple fait d'avoir l'air de nous intéresser à ce qu'elle fait nous couvre de honte et l'on essaie de s'en détourner.

Par exemple, un individu qui serait en Résonance de Fuite face à un orateur qui bafouille et se perd dans son discours pourrait dire *« je suis gêné pour lui »* et quitter la salle pour échapper au malaise qu'il ressent. Physiquement, cette Résonance peut se traduire également par une intense sensation de chaleur. Visuellement, on rosit ou rougit de honte.

ILLUSTRATION 1.1
Femme en Résonance de fuite (gêne)

Encadré 1.3
L'érythrophobie

L'érythrophobie, encore appelée éreutophobie, est usuellement définie comme la peur excessive de rougir en public, cette peur pouvant aller jusqu'à être pathologique. Selon nous ce trouble n'est pas tant une phobie qu'un Hypo sur le fait de rougir, autrement dit un Hypo sur le symptôme classique d'un Hypo…

L'agacement et le mépris

La Résonance provoquant agacement ou mépris est dite « *en Lutte* ». Elle survient vis-à-vis de catégories d'attitudes ou de comportements qui provoquent chez l'individu une profonde aversion. Il les juge sots et dépourvus de bon sens. Sous sa forme la plus intense, le comportement de Résonance en Lutte peut choquer ou scandaliser.

Une telle Résonance peut apparaître par exemple face à un individu qui aurait tendance à régulièrement [se glorifier de ses qualités dans son discours]. Ce comportement, culturellement parlant, est parfois méprisé. Ainsi, une personne manifestant une Résonance en Lutte pourrait avoir tendance à dire au sujet de l'individu qui provoque cet agacement « *qu'il se lance des fleurs* ».

Notons que les Hypos Basiques génèrent plus favorablement une Résonance en Lutte, tandis que les Hypos-Métas peuvent générer indifféremment les trois types de Résonance que nous avons pu mettre en évidence.

ILLUSTRATION 1.2
Homme en Résonance en Lutte (mépris)

L'admiration larmoyante

Ce dernier type de Résonance est dit « *en Inhibition* ». Il prend la forme d'un complexe et se manifeste vis-à-vis de quelqu'un que l'on admire car il fait ce que l'on ne se sent pas apte à faire soi-même.

La notion d'admiration dans la Résonance en Inhibition est particulièrement importante. Elle permet de distinguer son larmoiement d'un autre qui serait lié à une émotion forte comme celle associée à la compassion ou à la douleur morale. De la même façon, l'admiration sans émotion peut être de caractère intellectuel ou purement esthétique, mais ne constitue pas une Résonance en Inhibition. Cette dernière se manifeste physiquement par une sorte de bouffée de chaleur qui envahit l'individu, lui serre la gorge et génère des larmes souvent incontrôlables. Cette bouffée de chaleur ressemble à celle éprouvée lors d'une gêne, bien que celle-ci soit plus légère et nous conduise plutôt à rire.

Les discours associés à de grands événements (mariages, remises de diplômes, etc.) sont par exemple souvent générateurs de Résonance en Inhibition (pour l'orateur comme pour le public), car ils sont l'occasion de manifester des remerciements apparentés à une « déclaration de sentiments » qui ne serait que trop embarrassante, gênante voire paraîtrait comme une maladresse (Résonance en Fuite) en dehors de cette situation.

ILLUSTRATION 1.3
Homme en Résonance en inhibition (admiration larmoyante)

Encore une fois, la Résonance n'est un critère diagnostique d'Hypo totalement fiable que si cette réaction apparaît en situation de non-implication. Par exemple, cela peut se manifester devant un individu que nous ne connaissons pas, qui ne nous implique pas, de quelque façon que ce soit. Ce peut être également un passant dans la rue, l'auteur d'un fait-divers, le personnage d'une fiction, un couple de clients que nous ne connaissons pas et qui se dispute un peu trop fortement au restaurant à la table d'à côté…

En revanche, si la situation évoquée est impliquante, le thérapeute devra vérifier si la Résonance persiste lorsqu'il transpose

le comportement Hypo, de façon imaginaire, en situation non impliquante. Il pourra poser la question suivante : *« Imaginez que ce comportement de votre ami(e) qui vous gêne tant, soit en réalité celui d'un personnage de film au cinéma, est-ce que cela vous gênerait toujours ? »* ou *« Cette personne qui vous a fait perdre du temps au guichet et vous agaçait tellement, est-ce qu'elle vous aurait encore agacé(e) si elle avait été au guichet à côté du vôtre, dans une autre file d'attente ? »*.

Encadré 1.4
Synthèse des critères diagnostiques
de la Résonance d'Hypo

On ne peut diagnostiquer une Résonance d'Hypo que si et seulement si :

1. L'individu ressent l'un des trois vécus suivants :
   a. Agacement ou mépris
   b. Gêne ou honte
   c. Admiration larmoyante
2. Cette réaction existe ou persiste en situation de non-implication

2.2. Confirmation du diagnostic par affrontement d'Hypo

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

Suite à la mise en évidence du comportement Hypo, un affrontement de celui-ci permet de confirmer le diagnostic et de traiter le patient. À cette occasion, ce dernier peut constater une forme de « blocage » émotionnel, cognitif et comportemental spécifique à l'Hypo. L'existence et l'intensité de ce blocage surprennent ordinairement le patient, car il ne se sent pas « malade » de ce point de vue et n'a pas été amené à se plaindre de ses Hypos. L'évitement et l'adhésion cognitive ne lui ont pas permis d'envisager son cas de cette façon. Cette expérience inattendue et

intense, vécue en affrontement, est alors souvent la meilleure démonstration de la réalité de ce trouble.

Intérêt de l'affrontement d'Hypo

En 1990, lorsque notre équipe a cherché la part de « véritable » phobie sociale existant dans la phobie sociale classique, le vécu d'affrontement d'Hypo nous est apparu comme le premier critère que nous avons identifié pour diagnostiquer l'entité clinique univoque qu'est l'Hypo. En effet, la probabilité de trouver par intuition ou hasard un Hypo relève du miracle. Sans doute est-ce pour cela que la quête du « tabou » en psychanalyse est si longue et aléatoire. Par ailleurs, le tabou dépasse selon nous le cadre thématique de la sexualité que lui confère la psychanalyse, lequel était certainement beaucoup plus prégnant et vrai il y a cent ans qu'aujourd'hui. Notre expérience clinique nous a amenés à constater que chaque individu présente plusieurs Hypos, leur nombre pouvant aller de plusieurs dizaines à des centaines d'Hypos.

En pratique, aujourd'hui, le test diagnostic d'affrontement sert avant tout à vérifier la qualité « opérationnelle » du comportement (ou paramètre actif) faisant l'objet de l'Hypo. Si on a effectivement isolé un paramètre actif d'Hypo, on doit produire, « comme par magie », tous les stigmates d'un véritable tableau d'affrontement lors du test diagnostic de celui-ci.

On peut par exemple proposer au patient un affrontement imaginaire bref et impliquant de cette façon : *« Si je vous demandais de faire ceci* (le comportement Hypo)*, que ressentiriez-vous ? ».* Si le diagnostic est correct, le patient n'a en principe pas besoin de répondre ou de nous dire ce qu'il ressent, que nous le voyons déjà... Le patient présente en effet une gêne apparente, rougit, peut éventuellement rire, trouver des arguments pour éviter d'avoir à jouer ce comportement, même de façon théâtrale et fictive. Cette apparition subite et intense du vécu d'Hypo n'est pas attendue ou suspectée par le patient. Cet étonnement s'accompagne chez lui d'une déstabilisation de ses croyances (*i.e.* de l'adhésion à l'Hypo) l'ayant amené à considérer qu'il ne faisait qu'exprimer son opinion, d'après un choix libre et entier. Une telle découverte peut contribuer à finir de convaincre notre interlocuteur ou un patient qu'il a bel et

bien un trouble qui mérite d'être traité. À ce stade, il est généralement important de préciser à l'interlocuteur que même si nous lui proposons de jouer le comportement pour des raisons thérapeutiques, il ne sera pas tenu de le faire en vrai. L'objectif d'un affrontement d'Hypo est encore une fois de vérifier le diagnostic et de traiter ensuite l'Hypo lui-même et l'Hyper qui lui est associé.

Encadré 1.5
L'Hypo et la notion de morale

Même après explication du mécanisme et de la genèse d'un Hypo, il n'est pas rare que le patient témoigne encore de son adhésion à l'Hypo, surtout quand celui-ci a une connotation morale. Il peut se dire être « fier » ou trouver « souhaitable » d'avoir cet Hypo. Il est alors nécessaire de bien faire comprendre au patient qu'un Hypo est une entité particulière qui engendre un Hyper, un comportement addictif, et qu'en cela il est pathogène. Présenter ou non un tel Hypo ne modifie en rien, en bonne intelligence, notre rapport à la morale.

Un individu qui a par exemple un Hypo sur la violence peut trouver ridicule ou honteux d'être violent ou de regarder des films violents. Nous observons parfois que des individus présentant ce type d'Hypo ont, en contrepartie, un Hyper sur une forme de gentillesse leur permettant d'obtenir ce qu'ils souhaitent d'autrui en évitant d'avoir à s'affirmer (ce qui leur paraîtrait déjà trop violent) face à un refus potentiel. Dans ce cas, nous constatons souvent que le comportement Hyper n'est pas toujours efficace, tandis que l'Hypo empêche de surcroît l'individu d'exprimer simplement son désaccord ou ses préférences. Pire encore, cette paralysie face au désaccord et à la violence peut faire que l'individu tolère paradoxalement des choses immorales (qui le concernent ou qui concernent autrui), simplement dans l'optique d'éviter de se confronter à un désaccord ou de le susciter. En revanche, dès lors que l'individu aura traité ses Hypos, il n'en sera pas pour autant attiré par la violence, mais saura sans doute mieux exprimer son point de vue ou ses souhaits sans avoir honte de générer un désaccord potentiel. Par là même, il sera plus susceptible de dénoncer des actes immoraux s'il en est spectateur.

En termes psychanalytiques, se libérer d'un Hypo ne consiste pas à dérefouler une frustration du *Ça* (ensemble des pulsions et désirs primitifs de l'individu) par le *Moi* (composante de la personnalité de l'individu lui permettant de gérer son *Ça*). L'Hypo est en revanche une mécanique cybernétique aveugle qu'il convient de débloquer… Après quoi, on peut devenir moine si l'on veut, et sans trouble. C'est d'ailleurs ce que l'on observe dans nos territoires « sains », sans Hypo, où l'on peut faire ou ne pas faire tout et son contraire, librement, sans trouble.

Si le patient n'est pas convaincu de l'intérêt de traiter ses Hypos et craint que de « mystérieuses impulsions » le poussent à enfreindre l'inconvenable ou l'immoral, qu'à cela ne tienne, il suffit de l'inviter à considérer un domaine où il n'est pas en Hypo : est-il pour autant incontrôlable, bestial, dangereux, lubrique ? Non,

tout au contraire. Il est également possible d'amener le patient à penser aux gens qui sont en Hypo sur des comportements qui ne sont pas Hypos pour lui, qui ne génèrent pas de Résonance. Il est fort probable qu'il les juge quelque peu bloqués, « coincés », rigides, intolérants, voire inquiétants parfois. Le patient finit généralement par comprendre qu'il sera plus pertinent de se départir de cet Hypo.

Dans la vie réelle, des affrontements « sauvages » peuvent survenir, même s'ils sont très rares, car l'individu met tout en œuvre pour les éviter. Lorsqu'ils ont lieu, ils sont « imposés » par l'environnement de façon plus ou moins brutale, à l'improviste et se produisent donc sans préparation. Ils peuvent aboutir, s'ils se prolongent ou se répètent, et en fonction de leur intensité, à des situations qui paraissent tout à fait intolérables pour l'individu. Ils peuvent également conduire à des répercussions physiologiques immédiates, comme des nausées, des vertiges ou des céphalées (d'où l'expression imagée : « *La situation me donne la nausée !* »). Dans les cas extrêmes et considérés comme sans issue par l'individu concerné (affrontement très rare et dit « inéchappable » en TCC), celui-ci peut ressentir des impulsions suicidaires ou violentes pour s'en dégager.

Nous conclurons en attirant l'attention du lecteur sur l'importance de la préparation pédagogique patiente et précautionneuse de ce type d'affrontement, fut-ce pour vérifier un diagnostic. En effet, si le patient n'a pas pleinement compris le mécanisme sous-jacent à son comportement, un affrontement, même bref (quelques secondes) et imaginaire présente deux risques majeurs :

1. Que le patient ne sache plus ou ne considère plus que l'on est en psychothérapie et soit choqué. Il peut ainsi en devenir parfois menaçant, notamment lorsqu'il s'agit d'Hypos puissants. Cette erreur est souvent commise dans un cadre interculturel.
2. Qu'il prenne la décision définitive et sans explication d'arrêter sa thérapie à la fin de la séance, même s'il a réprimé cette idée devant vous.

Les vécus d'affrontement d'Hypo

Les vécus d'affrontement d'Hypo recoupent largement ceux que nous avons vus pour les Résonances, mais couvrent un champ

d'expression un peu plus large. Nous les avons classés en six groupes, à savoir :

a) L'agacement ou le mépris

Comme nous l'avons vu plus haut, ce vécu se retrouve dans la Résonance en Lutte. Il correspond sans doute au vécu d'Hypo le plus profond et s'accompagne d'une adhésion totale sur les plans cognitif, comportemental et émotionnel.

Ce type d'agacement est à différencier de l'agacement lié à ce que nous appelons « *l'état de Lutte Instinctive* ». Ce dernier correspond à un état ou Contenant instinctif apparenté à de la colère[10]. Il est, comme nous le verrons infra, « fluctuant et global » en ce sens que l'on est en colère ou pour le moins agacé vis-à-vis de tout ce qui passe et son contraire : « *c'est celui qui passe qui prend* ». L'agacement d'Hypo, en revanche, ne porte que sur l'objet d'Hypo. Par ailleurs, cet agacement disparaît aussitôt qu'on change de sujet, ce qui n'est pas le cas lorsque l'individu est en *Lutte Instinctive*.

b) La sensation de ridicule, la gêne, le malaise

Ce vécu se retrouve dans la Résonance en Fuite. Il appartient à un répertoire cognitif intermédiaire entre le mépris (l'individu songe que *« c'est grotesque »*) et une considération un peu plus nuancée (*« c'est drôle mais je n'assumerai rien de semblable, je n'oserai jamais »*). Ce type de vécu est essentiellement lié au jugement des autres sur le sujet qui nous apparaît Hypo, mais ne correspond pas obligatoirement à une appréciation personnelle. Il s'inscrit plus directement dans le vécu initial de l'interdit : il émerge souvent d'une situation où l'on s'est senti ridicule ou pire encore, lors de laquelle on a été ridiculisé.

La gêne liée à l'Hypo doit être distinguée de la gêne liée à « *l'état de Fuite Instinctive* ». De façon analogue à l'état de Lutte instinctive, la Fuite instinctive est parente de l'anxiété, manifeste un caractère plus général et sans objet : lorsque l'on est dans cet état, on rit « bêtement » de tout, notamment pour diminuer les tensions et l'agressivité ambiantes. La gêne liée à l'Hypo a en revanche un caractère fixe et spécifique, elle est centrée sur l'objet de l'Hypo.

c) L'admiration larmoyante

Ce vécu est retrouvé dans la Résonance en Inhibition. Il se distingue, là aussi, de « *l'état d'Inhibition Instinctive* », du fait qu'il concerne un objet fixe et spécifique. Rappelons également que le larmoiement non admiratif et l'admiration sans larmoiement n'appartiennent pas au vécu d'affrontement d'Hypo, pas plus qu'à celui de la Résonance (cf. Chapitre 1.2.1.).

Nous ferons remarquer au lecteur qu'en pratique, ces trois premiers vécus d'affrontement d'Hypo ne coexistent pas et ne peuvent se superposer à un même instant t, mais qu'ils peuvent s'alterner selon les phases d'un affrontement.

À l'inverse, les trois vécus suivants peuvent coexister entre eux et avec chacun des trois premiers, et ce à des degrés divers. Nous les avons classés du plus intense au moins intense :

d) L'ennui dit « glauque »

Ce vécu est étreignant, éprouvé à l'occasion d'un comportement à propos duquel on n'a pas toujours conscience d'un rejet, d'une aversion, d'une « incapacité ». On a juste le sentiment que *« l'on n'a vraiment, mais alors vraiment aucune envie… »*. L'individu est le plus souvent conduit à cette situation par obligation ou injonction dans la vie réelle, ou plutôt par incitation, invitation ou accompagnement thérapeutique. La mise en situation provient toujours de l'extérieur (du moins, avant la pédagogie apportée en thérapie et la méta-motivation *ad hoc*). Le vécu d'abord passif, lourd et étouffant, peut finir par générer, dans des situations extrêmes ou prolongées, de réelles pensées de mort, se traduisant par des commentaires tels que *« si la vie c'est ça, alors elle ne vaut pas la peine d'être vécue »*.

e) Le sentiment d'absurdité

Ce sentiment est une autre variante du vécu d'Hypo, proche du vécu précédent, mais qui est en apparence davantage cognitif et moins d'ordre émotionnel ou (dé)motivationnel. Ce vécu est intense : la situation apparaît à la personne comme complètement irrationnelle, dépourvue d'explication et de finalité. Ce vécu apparemment purement cognitif peut parfois être plus émotionnel et irrationnel qu'il

n'y paraît et ainsi, lors d'un affrontement brutal, avoir des répercussions physiologiques intenses et rapides. L'individu peut présenter des vomissements ou des migraines en quelques dizaines de secondes ou minutes. Un tel effet s'arrête généralement rapidement après l'arrêt de l'affrontement, bien que cela puisse toutefois prendre plus de temps sur le plan neurovégétatif (car le système nerveux autonome n'arrêtera pas forcément son excitation dès l'arrêt de sa stimulation par les centres supérieurs intra-encéphaliques)[11]. Le repos, le silence et le changement de sujet permettront ordinairement le retour au calme dans les minutes ou le quart d'heure qui suivent.

f) Le « vide mental », le blanc mental

À la différence du *vide mental* faisant l'objet d'exercices de méditation, celui qui est associé au vécu d'Hypo n'est pas volontaire. Il correspond à une absence de sensation et de cognition. On en parle parfois en termes de « *trou d'air cognitif* » ou « *d'un ange qui passe* ». Ce vécu est bien sûr lui aussi associé à un évitement et se résout en changeant de sujet à l'aide par exemple d'une pensée distrayante.

La diversité et l'intensité des différents types de vécus évoqués ici peuvent achever de convaincre le thérapeute que l'affrontement diagnostic, et plus encore thérapeutique, n'est rendu possible que par une patiente préparation cognitive et méta-motivationnelle. Nous en décrivons les principes dans le chapitre qui suit.

Phase pédagogique de l'affrontement d'Hypo

La phase pédagogique de l'affrontement d'Hypo se déroule en cinq étapes que nous exposons ci-après (voir aussi pédagogie générale et Fiche « Pédagogie » infra.) :

a) Étape pédagogique n° 1

Cette étape consiste à expliquer au patient ce qu'est un Hypo, puis à lui permettre d'observer ou de décrire chez d'autres personnes quelques Hypos que lui-même n'a pas. On peut l'amener à faire des commentaires et philosopher sur le sujet, sur la perte de liberté que

l'Hypo représente et sur le décalage entre ce qu'il vit et pense (« *une situation choquante, grotesque voire scandaleuse* ») et ce qu'elle pourrait en penser de l'extérieur (« *elle est coincée, bloquée… ce n'est pas si dramatique, il faut contextualiser… et puis là, dans le cas de l'exercice, c'est pour rire, on ne lui demande que du théâtre ; et puis c'est de la thérapie, si elle veut aller mieux…* »).

b) Étape pédagogique n° 2

Lors de cette étape, le thérapeute établit avec le patient une liste des Hypers que celui-ci souhaiterait traiter en premier lieu, notamment parmi ceux qui sont manifestement inefficaces et douloureux. Il faut ensuite rechercher les Hypos qui sous-tendent ces Hypers.

c) Étape pédagogique n° 3

On invite ici le patient à réfléchir aux bénéfices résultant de l'affrontement d'Hypo, de façon à solliciter sa méta-motivation.

d) Étape pédagogique n° 4

L'objectif de cette étape est de faire comprendre au patient que l'affrontement thérapeutique n'est pas un modèle de vie mais un exercice libérateur[12]. Cette libération s'accomplit pour soi, d'abord dans le secret de l'alcôve thérapeutique (notamment en affrontement imaginaire) puis, parfois plus tard, dans la vraie vie, mais pas n'importe où, ni n'importe comment ou avec n'importe qui. C'est une liberté dont fera ce que l'on veut.

e) Étape pédagogique n° 5

Pour cette dernière étape, le thérapeute doit réaliser une préparation pédagogique et cognitive sur les (anti-)valeurs associées à l'Hypo[13]. En effet, du fait de l'absence totale de motivation spontanée à traiter ses Hypos, une telle préparation est nécessaire et permet de développer la méta-motivation du patient, lui permettant ainsi de progressivement s'autonomiser dans son affrontement d'Hypo. Ce gain d'indépendance sera effectif pour le traitement d'Hypo en cours

mais également pour tous les autres à venir. Ceci est dû au fait que le Contenant d'Hypo est le même pour tous les Hypos et que la pédagogie n'est donc nécessaire qu'une seule fois.

2.3. Critères diagnostiques de l'Hypo issus des micro-comportements

Les micro-comportements ont été particulièrement étudiés au travers des travaux d'Ekman (2001, 2003, 2009).

Par ailleurs certains auteurs (cf. Mehu *et al.*, 2012) considèrent que les émotions ont une fonction de motivation du comportement. De ce point de vue, les émotions ont également un rôle crucial dans les relations sociales, puisque la détection des émotions chez autrui permet d'ajuster son comportement en tenant compte de ses intentions probables, et de ses propres objectifs. Or les expressions faciales sont un témoin direct de l'émotion d'autrui, que celle-ci soit feinte, ou non. Cette particularité a été mise en évidence aussi bien chez l'être humain que chez certaines espèces de singes (Sherwood *et al.*, 2003). Cependant, Ekman, ainsi que certains autres chercheurs (voir également Gosselin *et al.*, 2010), ont pu mettre en évidence le fait que certaines expressions faciales soient nettement plus aisées à contrôler volontairement que d'autres. Les expressions faciales irrépressibles ou quasi-irrépressibles sont supposées être une manifestation directe de l'état « physiologico-émotionnel » de l'individu (cf. Ekman, 2003, op. cit.) et donc un indicateur fiable.

Ces témoins faciaux entrent dans la catégorie des micro-comportements. Ceux-ci correspondent à des comportements qui ne sont pas dirigés en vue d'une action particulière, volontaire et définie consciemment par l'individu. Ils ne font que trahir son état émotionnel, et transparaissent, comme nous avons pu le voir, dans ses expressions faciales mais également dans son timbre de voix, dans sa gestuelle et sa posture, dans ce qui est non verbal et peu (ou pas) contrôlé ou contrôlable.

L'analyse de ces micro-comportements peut donc participer au suivi et à l'évaluation de l'état du patient.

Utilité et fragilité des signes issus des micro-comportements

Les signes ou micro-comportements qui peuvent être perçus « à la volée », permettent souvent un dépistage rapide de l'Hypo en situation réelle. Cela peut être par exemple dans un groupe thérapeutique d'Hypo, lorsqu'un patient fait un travail de traitement et de confrontation d'Hypo qui met alors en Résonance d'autres patients présentant le même Hypo. On peut également percevoir ces informations tout au long de la thérapie, même lorsque l'on parle d'autre chose. Les signes d'accroche ainsi collectés doivent systématiquement être vérifiés par les procédures précédentes.

Parmi les signes observables de l'Hypo apparaissant lors d'une confrontation préparée, figurent :

1. Les indices visuels : l'individu rougit, présente un sourire gêné, enlève éventuellement un vêtement parce qu'il a trop chaud, s'essuie les mains car il peut avoir les mains moites, etc.
2. Les indices auditifs : modification du rythme respiratoire, variations du timbre de la voix (perception de l'envie de rire de l'individu), etc.

Si ces micro-comportements sont sujets à interprétation et donc fragiles, l'expérience permet malgré tout d'identifier très vite ces différents vécus ainsi que d'autres (mépris, agacement, gêne, ennui mortel, etc. ; cf. **illustrations 1.1, 1.2 et 1.3**) et de décoder l'expression d'un évitement suivi d'apaisement. Il est également possible d'en vérifier la spécificité et la fixité en abordant plusieurs fois le même sujet, noter les évitements successifs et la détente au changement de sujet. Ils sont tout particulièrement utiles pour déceler l'état du patient même quand ce dernier, pour des raisons de désirabilité sociale ou autre, ne souhaite pas l'évoquer.

Concordance entre les critères de Résonance, d'affrontement et micro-comportements

Lors d'un diagnostic d'Hypo, il est important de s'assurer de la concordance entre les critères classiques de la Résonance[14] et les signes visuels.

En effet, lorsqu'on lit sur un visage, on entend les paroles d'un discours et les deux types d'informations devraient systématiquement être cohérents et se superposer. Or ce n'est pas toujours le cas. Comme nous avons pu le comprendre, si un patient veut parfois contrôler ses émotions, il lui sera particulièrement difficile de contrôler certaines micro-expressions du visage, plus spontanées et moins auto-perceptibles (Mehu *et al.*, 2012, op. cit. ; Ekman *et al.*, 1991 ; Ekman, 1993, op. cit.). Ce défaut de contrôle des micro-expressions garantit leur fiabilité pour le diagnostic, alors qu'il est plus facile pour un individu de contrôler son discours, par souci de l'image qu'il peut renvoyer ou par méfiance. Les critères d'observation sont donc essentiels pour confirmer ou infirmer un diagnostic, surtout s'ils paraissent dissonants avec le discours du patient.

Ces éléments d'observation permettent donc de présupposer ce que l'on vérifiera ensuite par des questionnements ou observations classiques. Une mimique expressive sur le visage d'un patient entraîne une série de questions sur ce qu'il éprouve, en s'assurant toujours que le Contenant supposé est bien là, notamment à l'aide d'une vérification de la Résonance. On pourra à nouveau évaluer la fiabilité du discours en mesurant sa conformité avec ce que révèle l'observation dans l'affrontement.

Bien sûr, malgré la pertinence des informations visuelles, il faut aussi garder raison et ne pas accorder une totale confiance à ses seules impressions : on ne peut par exemple affirmer que tel ou tel regard traduise invariablement le mépris ou l'ennui mortel. Il est important de ne pas oublier que plusieurs Contenants peuvent se superposer et venir brouiller le jeu. Leur « lecture » peut donc devenir d'une grande complexité. Certaines études suggèrent par exemple que le contrôle des émotions difficiles à réprimer est malgré tout accessible à certains individus, bien que ce contrôle soit très coûteux et sans doute limité sur le long terme. Ce contrôle semble également s'améliorer avec l'âge (Ekman *et al.*, 1980, op. cit.).

Fort de cet avertissement, le plus important sera pour le thérapeute de s'entraîner à identifier correctement l'Hypo, mais également de s'exercer à déceler les moments où l'Hypo est contaminé par l'Hyper ou ce que nous appelons la « *Répression d'Hyper* »[15] (RH), qui est en quelque sorte l'auto-répression d'une

attente déçue et qui s'avère particulièrement douloureuse (cf. infra). Ce type de confusion est particulièrement fréquent lors d'un affrontement d'Hypo-Méta car les Contenus de l'Hypo-Méta et de l'Hyper-Méta correspondant sont souvent très proches : il s'agit en fait de deux façons de faire la même chose. Classiquement l'Hypo-Méta porte, comme nous avons pu le voir précédemment, sur une façon de faire. L'Hyper-Méta est une attente que les autres approuvent et cautionnent cette façon de faire chez soi. D'un point de vue extérieur il est très difficile de distinguer, lors d'un affrontement d'Hypo, si l'individu produit le comportement en attendant une éventuelle reconnaissance, ou s'il le produit en étant seulement en Hypo. Si l'individu est en Hyper, il peut donc se produire un glissement progressif vers la RH (si le thérapeute ne répond pas à l'attente dissimulée du patient qui est d'obtenir de la reconnaissance). Dans ce cas, il faut cesser au plus vite l'affrontement. Le plus souvent, le patient n'exprime pas son malaise, seul son visage le traduit et le thérapeute devra savoir le lire en temps réel.

2.4. Diagnostic différentiel de l'Hypo

Nous présentons dans ce chapitre certains éléments permettant de distinguer l'Hypo d'autres Contenants[16], et qui concernent notamment la notion d'apaisement immédiat suite à l'évitement automatique :

1. Phobie simple et Hypo :

L'apaisement dans l'évitement est observable aussi bien dans la phobie classique que dans l'Hypo. Cependant, dans le premier cas, le vécu associé est celui de la peur pour la survie, tandis que dans le second le vécu est relatif à une peur d'exclusion du groupe. L'Hypo est interprété par l'individu comme un code partagé, qui « prouve » que l'on adhère bien aux valeurs du groupe et que l'on « mérite » donc d'y être intégré.

2. RH et Hypo :

Au contraire de l'Hypo, lorsque l'individu manifeste une RH, l'évitement n'est pas suivi d'un apaisement : les symptômes sont rémanents et correspondent à des sentiments d'amertume, de

douleur morale, à l'évocation de reproches, d'attentes déçues (cf. Chapitre 1.2.4.1.).

3. Fuite et Hypo :

La Fuite dite Instinctive se distingue de l'Hypo dans la mesure où celle-ci se traduit davantage par un « échappement » que par un évitement et apparaît plutôt devant la contrainte ou l'agressivité en général.

Des fiches synthétiques et pratiques du diagnostic et du traitement d'Hypo sont présentées en annexes 4, 5 et 8.

3. L'Hyper

3.1. Liens entre Hypo, Hyper et RH

Nous avons vu que les comportements Hyperfonctionnels ou Hypers étaient des comportements permettant la compensation des comportements interdits par les Hypos. Or notre expérience clinique nous laisse penser que tous les Hypos ne génèrent pas d'Hypers. Il semblerait que ce soient les Hypos les plus gênants ou ceux constituant une véritable entrave qui donnent lieu à une compensation d'Hyper :

- soit parce que ces Hypos constituent de véritables handicaps pour notre efficacité au quotidien ou à notre adaptation au sens large (par exemple un Hypo sur le fait de se faire payer, ou de se croire capable d'agir de façon autonome) ;
- soit parce qu'ils font obstacle à nos motivations profondes.

Nous constatons par ailleurs que l'Hyper concerne de nombreuses addictions (à la nourriture, au travail, à l'argent, aux sentiments, etc.) et autres excès. Il apparaît également que la raison ou la rationalisation ne calme pas ou peu de temps ce comportement. Au début de son apparition, l'Hyper prend souvent les couleurs de la passion et rend l'individu fébrile à l'image d'un amoureux transi. Ensuite, très vite, l'Hyper perturbe l'individu et ses relations, en le rendant à la fois insatisfait de ses succès, impérieux ou susceptible vis-à-vis des autres... et durablement brisé par l'échec.

Après avoir essuyé plusieurs déceptions, ou rejets par les autres, une prise de conscience personnelle peut alors se teinter rétroactivement de culpabilité ou de complexe (sentiment d'être instable, enfantin, capricieux, immature...) et l'individu voit son Hyper évoluer vers une auto-répression d'Hyper (ou Répression d'Hyper, RH). Cet « échec » de l'Hyper génère un vécu fait de douleur morale souvent intense, de démotivation globale voire d'aboulie totale allant jusqu'à la dépression franche. Ce vécu est très rémanent et peu sensible au traitement cognitif. Il est un symptôme de troisième rang qui se situe donc loin des causes profondes (l'Hypo étant de premier rang, l'Hyper de deuxième, la Répression d'Hyper de troisième). De fait, son traitement superficiel sera symptomatique et non résolutif (ou du moins pas durablement).

Le vécu d'aigreur, de frustration ou de résignation douloureuse de la RH ne se résorbe pas (ou peu) spontanément : il resurgit en effet à la moindre stimulation, à la moindre évocation. Il ne s'estompe vraiment que lorsque l'on change d'objet d'Hyper (par exemple lorsque l'on change de partenaire relationnel) : l'Hyper se fixe ailleurs et le cycle recommence sur le nouvel objet (ou partenaire). Malheureusement, ce mécanisme est réactivé lors de l'échec suivant, comme un chapelet de souffrances que l'on traîne derrière soi. En période de RH, chaque plaie ne demande qu'à s'écorcher au moindre stimulus, au premier mot maladroit, ou même au moindre souvenir heureux du cycle de l'Hyper : les regrets associés à ce qui rappelle « le bon temps » où l'Hyper fonctionnait bien, comme le souvenir des souffrances de précédents échecs d'Hyper, sont autant de raisons d'avoir mal.

Encadré 1.6
Notions de transfert et de renouvellement d'un cycle d'Hyper

Le renouvellement d'un cycle d'Hyper sur un nouvel objet correspond en psychanalyse à la notion de transfert, où la mise en place d'une dépendance thérapeutique ou d'une thérapie de soutien peut devenir un nouvel objet d'Hyper, suite à un déplacement de l'objet de substitution de l'Hypo. Malheureusement, une telle pratique n'empêche pas la réapparition de la RH.

La description du concept d'Hyper permet de comprendre en quoi celui-ci sous-tend souvent les addictions, qu'elles soient vis-à-vis de substances (alimentaires, à l'alcool, au tabac, aux drogues) ou sous forme de dépendance dite comportementale vis-à-vis du travail, des relations amoureuses mais aussi parentales ou amicales, de la compétition, des objets fétiches, etc. En réalité, toute activité ou plus encore toute attente peut se révéler appartenir à cette vaste rubrique [hyperfonction – addiction] puisque c'est le Contenant qui détermine le trouble, et non son contenu (c'est-à-dire l'objet sur lequel il est fixé). Selon nous, l'addiction notamment comportementale[17] n'est en effet qu'un symptôme ou une conséquence d'un ou de plusieurs interdits sociaux (Hypo(s) ou CAES) qui porte(nt), par exemple, sur l'expression des sentiments, la capacité d'autonomie, les plaisirs individuels…

Le tabou de l'Hypo porte toujours sur une action concrète, une attitude ou une évaluation de la situation mais jamais sur une attente (de reconnaissance, d'affection, d'amour…). À l'inverse, c'est l'Hyper qui constitue le plus souvent une attente :

- soit passive (« *j'attends silencieusement que l'on me répare mon ordinateur, me fasse mon ménage, m'aime, me complimente, m'encourage ou me conseille selon les cas…* »),
- soit active (« *je rends service, je donne de l'affection, je fais des compliments dans l'attente du "retour d'ascenseur"… qui ne vient pas toujours* »).

Le comportement de l'individu alterne alors entre une anxiété par anticipation par peur de l'échec, et une dépression avec hétéro-agressivité (et auto-agressivité) au stade de l'échec (c'est-à-dire de la RH).

3.2. Les critères diagnostiques usuels de l'Hyper

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

Nous retenons six critères diagnostiques de l'Hyper que nous présentons ci-après :

Alternance de quatre phases

Nous distinguons, dans le comportement Hyper, quatre phases :

- Phase 1 : euphorie
- Phase 2 : saturation
- Phase 3 : douleur de l'échec
- Phase 4 : amertume et repli (RH)

L'alternance de ces différentes phases laisse place, progressivement et au fil de la prise de conscience de cette machinerie machiavélique, à un sentiment d'immaturité ou d'instabilité chez l'individu.

Ces différentes phases, mises en évidence grâce à une recherche anamnestique menée à l'aide d'un interrogatoire sur le passé clinique, sont un signe caractéristique de l'Hyper. L'alternance de Phases 1 surinvesties et de Phases 4 (RH) est spécifique de ce mécanisme et peut difficilement faire croire à un autre Contenant. Seul le cas de ce que nous appelons une « *Sonnette* », qui correspond à l'interaction de plusieurs Contenants incompatibles sur un même objet, peut laisser penser à un mécanisme similaire. Cependant, lors de la gestion d'une Sonnette[18], il est possible de distinguer les différents Contenants en jeu à l'aide d'outils et stratégies adéquats. En revanche, ce qui est typique de l'Hyper est

qu'il est structurellement ambivalent, à chaque instant (« *on veut tout et son contraire* ») mais aussi dans le temps (« *on brûle les idoles qu'on a adorées* »), ce qui n'est pas représentatif d'une sonnette.

L'ambivalence

L'ambivalence est un phénomène que l'on rencontre à toutes les phases de l'Hyper, sous une forme ou une autre. Celle-ci se situe entre dégoût et attirance irrésistible, et s'avère être un symptôme subtil mais très fiable de l'Hyper :

- En Phase 1, l'individu veut tout et tout de suite, mais a peur d'échouer donc il hésite (anxiété par anticipation).
- En Phase 2, l'individu a obtenu ce qu'il voulait, mais il ne sait plus s'il le veut encore. L'insatisfaction malgré un bon résultat objectif fait partie de ce tableau.
- En Phase 3, il a perdu ce qu'il avait (à cause de son moindre investissement lié à la Phase 2), mais il crie sa douleur, reconnaît ses erreurs et jure qu'il changera tout. Cependant, il accuse et peut devenir très offensif si l'on refuse de répondre à sa requête.
- En Phase 4, il ne veut plus entendre parler de l'objet ou partenaire d'hyper, mais parallèlement il ne cesse de regretter, d'avoir des remords. Il fait des reproches à celui ou celle qui l'aura privé de son objet d'Hyper, et éventuellement à lui-même (il peut déclarer des choses comme « *de toute façon je ne suis bon à rien* »).

L'insatisfaction

L'insatisfaction malgré un bon résultat tangible mérite d'être expliquée en détail : à l'instar d'une personne dépendante de substances, l'individu en Hyper a besoin toujours plus de son objet pour obtenir satisfaction. Cependant, cette satisfaction s'étiole progressivement car l'Hyper, comme la drogue (ou presque), est un leurre et ne permet pas de combler véritablement le besoin biologique ou psychologique sous-jacent. Cette insatisfaction chronique présente les caractéristiques suivantes :

- Elle est potentiellement visible en Phase 1 où l'on est par exemple un(e) amant(e) exigeant(e) et épuisant(e)

- Elle est flagrante en Phase 2
- Elle est parfois encore présente en Phases 3 ou 4, par exemple si quelqu'un nous console et que l'on n'est malgré tout jamais content ou pas longtemps, puis que l'on reproche de ne pas « *en avoir plus* », plutôt que de remercier pour ce qu'on a eu, etc.

Ce type de fonctionnement peut également conduire, au sein d'un couple d'individus (dont au moins l'un des deux est en Hyper sur l'autre), au développement de comportements préventifs volontaires de retrait. En effet, devant les demandes pressantes d'un individu en Phase 1 vis-à-vis de son ou de sa partenaire, ce(cette) dernier(dernière) peut mettre en place, en miroir, un véritable système de défense contre cette hyperconsommation. Ceci peut être également parfois un moyen de contrôle de la dépendance émotionnelle dans les relations : si deux individus sont en Hyper l'un sur l'autre, le premier qui se désengage met l'autre en manque (Phase 3). La demande « larmoyante et pressante » de la Phase 3 met alors le premier en Phase 2 de saturation, et ainsi de suite... Ce type de fonctionnement est aussi appelé « *poulie des Hypers* ».

La dépréciation de l'objet de l'Hyper est fonction du temps et plus ou moins rapide selon la facilité avec laquelle la demande est satisfaite. L'excitation positive de la Phase 1 s'émousse très vite et les durées de satiété deviennent de plus en plus brèves. L'individu est alors désabusé. Le cycle de l'Hyper s'accélère, au fur et à mesure des changements d'objet ou de partenaires. Le temps de consommation se réduit donc avec l'habitude et peut même parfois conduire à ce que l'objet d'Hyper soit déjà dévalorisé avant même d'être atteint, déprécié avant d'être consommé, par anticipation de la désillusion.

L'anxiété par anticipation

L'anxiété par anticipation avec attente de résultat et peur de l'échec est un symptôme majeur de l'Hyper. Elle est caractérisée par l'importance excessive accordée à une ambition (focalisation) et l'angoisse tout aussi excessive à l'idée d'un échec dans sa réalisation. Cette peur de l'échec est irrationnelle et va bien au-delà des raisons objectives. Elle génère, chez l'individu qui se surinvestit,

un stress souvent flamboyant lorsqu'on en évoque simplement l'hypothèse.

Les diagnostics différentiels que l'on peut mettre en évidence sont notamment la présence d'une pression ou d'un enjeu extérieurs importants, tels qu'une obligation professionnelle incontournable, avec anticipation anxieuse de cet affrontement (mais dans ce cas l'enjeu apparaît comme proportionné au stress par anticipation). Les autres Contenants qui créent une anxiété par anticipation n'ont soit pas la même attente de résultat (on n'a pas envie d'y aller) soit pas les mêmes raisons. Les individus présentant de la soumission (voir infra PGS) peuvent par exemple redouter de faire une faute et de nuire à autrui, et ne souhaitent faire l'action que pour rendre service ou faire plaisir. Un individu en Hyper, en revanche, « roule pour lui » et a besoin de faire l'action en raison d'un besoin personnel impérieux.

Le caractère exigeant

Un individu en Hyper se montre le plus souvent intrusif, exigeant et égocentrique. Ce comportement est prévisible du fait que l'individu est comme dépendant, « drogué » et qu'il ait besoin des autres pour compenser le manque de l'Hypo. Malheureusement, dans ce cas, la prise de conscience n'y change rien, sinon d'y ajouter de la culpabilisation, ce qui engendre souvent un niveau d'ambivalence supplémentaire.

L'efficacité de l'Hyper

Notons l'importance du caractère plus ou moins efficace d'un Hyper (cf. le concept d'efficacité de l'Hyper) : par nature, un Hyper n'est pas réellement un comportement efficace puisqu'il a deux objectifs :

1. Le premier objectif est normalisé et conscient : il correspond à celui du comportement ordinaire avant d'être parasité par l'Hyper.
2. Le second objectif est inconscient et en substitution de l'Hypo. Ce dernier pose problème car il est par essence difficile à percevoir et à comprendre, donc à satisfaire par les autres, indépendamment du caractère excessif, envahissant, non réversible, égoïste et autocentré que confère l'Hyper. De surcroît,

l'Hyper est le plus souvent une attente à l'égard d'autrui, ce qui complique encore le contexte relationnel. On saisit mieux le pourquoi de la fréquence des échecs en Hyper, qui est ainsi l'une des causes de l'anxiété par anticipation.

3.3. Les critères diagnostiques de l'Hyper issus des micro-comportements

À l'instar de l'Hypo, les signes micro-comportementaux de l'Hyper sont en rapport avec ses symptômes. Ces signes sont liés à l'alternance entre l'excitation enthousiaste et obsessionnelle de conquérir l'objet et l'angoisse anxieuse, très anticipée et relativement irrationnelle, de le perdre.

Dans la phase d'excitation, cette obsession se traduit souvent par un regard fixé sur l'objet convoité. Ce regard devient brillant, focalisé et exclut tout le reste. On observe là « le (la) séducteur(-trice) » qui a repéré son objet de convoitise dans un groupe, et dont le regard semble passer à travers les autres pour ne voir que cet objet.

Il faut noter que la séduction associée à l'Hyper se différencie de la séduction observable chez l'individu dominant (cf. Chapitre 2). La personne en Hyper manifeste une certaine fébrilité, tandis que le dominant adopte un comportement plus prédateur et maître de lui. On constate également que l'individu dominant regarde l'autre droit dans les yeux, comme pour l'hypnotiser, mais cela peut changer et cette alternance peut être un jeu de manifestations d'intérêt/désintérêt ou de « chaud/froid » typique de la dominance, et destiné à déstabiliser l'autre.

De même, la fixation du regard en Hyper n'est pas de même nature que celle de la Lutte Instinctive (cf. Annexe 1, Fradin *et al.*, 2008, op. cit.), qui émerge par exemple au cœur d'une dispute. Ce regard-ci évoque la colère et non la séduction, l'interlocuteur sent que ce n'est pas le moment de plaisanter. Par ailleurs, dans le comportement Hyper, l'orientation du regard sera toujours dirigée vers l'objet d'Hyper et ce de façon spécifique. On focalise de façon obsessive sans pouvoir se détourner de l'objet. Dans le

comportement de Lutte, en revanche, la fixation du regard sera plus réactionnelle, dépendante de l'objet immédiat de la colère.

En phase 3 de l'Hyper, le regard est également fixé de façon obsessionnelle sur l'objet mais il se veut davantage implorant, porteur de demandes dramatiques et pressantes.

En Phase 4, en revanche, le regard est obstinément détourné : la personne parle par exemple à son ex-partenaire sans jamais le regarder. Ce détournement est alors aussi fixe et rigide que l'obsession initiale.

Encadré 1.7
Synthèse diagnostique de l'Hyper

Les critères diagnostiques de l'Hyper sont :

1. Alternance de quatre Phases (l'anamnèse est importante pour retrouver toutes les Phases et la présence d'antécédents de RH est particulièrement efficace et caractéristique pour valider le diagnostic d'Hyper)
2. Ambivalence
3. Insatisfaction malgré un bon résultat
4. Anxiété par anticipation

Des fiches synthétiques et pratiques du diagnostic et du traitement d'Hyper sont présentées en annexes 6 et 8.

4. Diagnostic clinique de la RH

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

La RH correspond, comme nous l'avons évoqué précédemment, à la quatrième phase de l'Hyper. Nous verrons dans les chapitres qui suivent que d'un point de vue descriptif et clinique, la RH est particulièrement proche du Trouble de l'Adaptation Post-traumatique

avec Amertume (ou *Post-traumatic Embitterment Disorder*, *PTED*, en anglais) développé par Linden et ses collaborateurs (Linden *et al.*, 2008 ; Linden, 2011). Ce trouble apparaît suite à un événement négatif n'ayant cependant pas menacé l'intégrité physique de l'individu (comme dans le cas de stress post-traumatique). Le sujet considère l'événement comme une injustice, une insulte ou une humiliation, apparaissant dans des situations de deuil, de divorce, dans le contexte de relations difficiles au travail, etc. Ce trouble implique donc des vécus d'amertume et éventuellement de rage, de désir de vengeance et/ou de sentiment de solitude dans le fait de devoir faire face à cela (sentiment de ne pas être aidé, par exemple). Pour que le thérapeute puisse considérer que le patient présente un tel trouble, ces symptômes doivent être rémanents, impacter le bien-être général de l'individu et possiblement ses relations sociales, et perdurer au-delà de six mois.

Nous retrouvons dans ce tableau clinique les symptômes de RH évoqués dans les chapitres précédents, à savoir : l'amertume, la douleur morale profonde, les reproches faits à autrui, la mise en difficulté de l'individu avec ses liens sociaux, etc. Si nous pensons évoquer la même symptomatologie que Linden et son équipe, le concept de RH se distingue malgré tout du trouble décrit par ces auteurs en ce qu'il sous-entend des causes et un mécanisme précis, à savoir que la RH s'inscrit dans la continuité d'une compensation mal ajustée d'un comportement tabou qu'est l'Hypo. En cela, la RH présente une intensité souvent proportionnelle au degré d'interdit et d'entrave de l'Hypo, et prévoit que les symptômes de RH puissent disparaître à l'occasion d'un changement d'objet d'Hyper, et ce même avant six mois.

Par ailleurs, bien que la RH ne soit en théorie qu'une phase de l'Hyper, on peut être tenté de la dissocier de celui-ci pour les raisons suivantes :

- D'un point de vue théorique :
  Si l'on considère l'Hyper comme un symptôme de deuxième rang, alors que l'Hypo serait de premier rang et la RH de troisième rang. En effet, la RH se distingue du tableau clinique de l'Hyper et constitue l'expression d'une entité à part entière (amertume, agressivité, etc.). L'apparition de la RH implique, comme son nom l'indique, la répression du comportement de

deuxième rang (Hyper), lequel sert à contourner le comportement tabou de l'Hypo. Cette répression peut être perçue comme une répression volontaire, une tentative de « décrochage » de l'objet d'Hyper. Malheureusement cette tentative échoue en raison du caractère Hyper sous-jacent[19].

- D'un point de vue clinique :
  Le patient consulte en général en Phases 3 et surtout 4, quand il a le sentiment que plus rien ne le calme.
  En termes de vécu et de gestion de la thérapie, les Phases 1 à 3 sont perçues comme étant en continuité entre elles (on est obsédé par la possession de l'objet) ; tandis qu'en Phase 4 on ne souhaite plus en entendre parler pendant longtemps, bien qu'on ne pense qu'à ça et ne parle que de ça.

Les éléments diagnostiques spécifiques de la RH sont donc précis, et nous nous proposons maintenant de les décrire.

4.1. Les vécus de RH

L'amertume

Les symptômes caractéristiques de la RH sont avant tout un vécu d'aigreur et d'amertume, un sentiment de traumatisme moral associé à une résignation meurtrie[20], lesquels induisent une grande propension à faire des reproches incessants. Ceux-ci sont sous-tendus par une demande non dite et totalement inefficace à ce stade.

La jalousie

Parallèlement à l'amertume, l'individu en RH témoigne d'un intense sentiment de jalousie qui s'inscrit dans le cadre d'une compétition, d'une rivalité d'Hyper.

Ce symptôme est néanmoins moins spécifique de la RH. Il peut être révélateur d'autres Contenants qui eux-mêmes sont susceptibles d'amplifier la jalousie lorsqu'ils sont superposés à une RH. Ces Contenants peuvent être liés à ce que nous considérons comme constitutif de la personnalité de l'individu

(cf. Annexe 2, Fradin & Fradin, 2006, op. cit. ; Fradin & Le Moullec, 2006, op. cit.) ou à la dominance (cf. Chapitre 2).

L'ambivalence

Nous avons vu qu'il y avait dans l'hyper une double sensation liée, d'une part, au désir intense de l'objet, et d'autre part à la peur de le perdre. Or la RH, qui survient souvent après un échec ou sa forte appréhension, génère des symptômes toujours aussi ambivalents, sous le discours apparent du rejet pur et simple. Le désir reste fort, mais il prend une forme refoulée en une sorte de rumination de l'échec et de rejet en même temps. Ces deux forces égales et peu compatibles se maintiennent et sont susceptibles de s'auto-renforcer. Elles donnent l'impression que l'individu est immobilisé et bloqué. Ce blocage apparent diffère de celui de l'hypo car ce dernier masque l'interdit par un évitement apaisant, puisque résultant d'une seule force ou d'un seul point de consigne : s'éloigner. Le blocage de la RH correspond en revanche à une immobilité torturée entre plusieurs forces contraires, deux voire trois points de consigne (les deux de l'Hyper, à savoir celui de l'objet caché et celui de l'objet manifeste ; puis celui de rejet de(s) (l')objet(s) d'Hyper, cf. Figure 1.3). Ainsi, lorsque l'individu est en RH, son visage porte les marques de cette torture mentale, lesquelles peuvent apparaître comme celles d'une résignation douloureuse.

Conditions d'aggravation de la RH

Nous pouvons ajouter aux critères diagnostiques de la RH quelques autres symptômes un peu atypiques et indirects, mais très caractéristiques et très importants à déceler.

Il est utile, en effet, de savoir que la présence d'une RH peut fortement aggraver un tableau clinique de Soumission (PGS), et réciproquement. Cela est d'autant plus vrai que le thérapeute donne à faire au patient des exercices destinés à traiter sa soumission[21]. Ces exercices qui d'ordinaire améliorent l'état du patient peuvent générer ici une acutisation des symptômes de RH, avec une apparition possible de troubles somatiques tels que céphalées et vertiges. Il y a également un risque élevé de déclencher ce que nous

appelons un « *effet rebond de soumission* »[22], c'est-à-dire une augmentation des symptômes de soumission après une période de relative accalmie.

Indépendamment de la soumission, une aggravation de la RH peut également se manifester lors de la confrontation de l'individu à des stimulations extérieures bruyantes et extraverties : bruit des enfants, des voisins, de la rue, etc. Elle s'amplifie encore lorsqu'il s'agit de rires, de musique enjouée et de tout ce qui peut témoigner de la joie ou de la légèreté. L'individu est généralement « malheureux du bonheur des autres », puisque cela le renvoie par contraste à son état et au fait que son entourage lui apparaît comme comblé, insouciant, tandis que lui-même est privé de son objet et amer. Ce type de tableau clinique nous amène à nous interroger sur la nature de liens possibles entre la RH et les comportements extrêmes d'individus qui en viennent aux armes pour tirer sur tout ce qui les dérange.

Douleur morale liée à l'évitement

L'évitement sans apaisement est, après le vécu d'amertume et d'aigreur, le deuxième élément diagnostique pathognomonique de la RH. Cet évitement n'est pas automatique comme celui de l'Hypo, il est conscient, volontaire, plus lent et surtout très douloureux (au sens de la douleur morale ou psychique). Il ne procure aucun apaisement mais tout au contraire une rumination obsessive caractéristique et intériorisée. L'individu en RH a l'impression que tout devient gris, sans couleur et sans saveur, comme si le bonheur de vivre l'avait quitté.

Cette chape de plomb émotionnelle, qui s'installe « bruyamment » et consciemment (le jour où l'on décide de rompre une relation à défaut d'obtenir ce que l'on souhaite de la part de l'autre, par exemple), perdure très longtemps. Sa durée et son intensité dépendent de l'acuité même de l'Hyper, de son degré d'inefficacité et du manque de renouvellement de son objet d'Hyper. En effet, cette dernière caractéristique correspond au fait que si rien qui ne puisse permettre un changement d'objet d'Hyper n'est à disposition, alors l'individu aura beaucoup de difficultés à se détourner de sa RH et de son objet. Par ailleurs, il aura d'autant plus

de mal à investir un nouvel objet d'Hyper que l'ancien aura occupé son espace mental.

L'objet recherché étant devenu inaccessible, l'individu va donc tenter de ne plus y penser, ce qui est impossible sur une longue période car il fait l'objet d'une obsession, et peut persister des années voire toute une vie. C'est le cas par exemple d'un deuil, d'une séparation définitive ou encore d'un divorce mal vécu. Mais cela peut également concerner des causes qui paraissent vénielles, futiles à des personnes non atteintes du Contenant (par exemple la perte d'un objet de famille). La RH donne à la gestion de ces événements, parfois difficiles en soi, mais pas toujours, un caractère franchement pathologique en raison de son intensité, sa durée et son entrave à la résilience.

À l'opposé, rappelons que, lorsque l'on traite et affronte l'Hypo, l'exercice n'est ni angoissant ni douloureux et s'avère même souvent drôle. De plus, une fois l'affrontement terminé, les symptômes d'Hypo s'arrêtent et l'on n'a aucune tendance spontanée à y (re)penser.

Encadré 1.8
Synthèse diagnostique de la RH

Les critères diagnostiques de la RH sont :

1. Amertume, aigreur, souffrance morale
2. Reproches permanents
3. Refus volontaire de penser à l'Hyper mais incapacité à s'en détacher
4. Dans l'évitement, présence d'une forte rémanence, soit :
   a. Aucun soulagement immédiat ni à court terme
   b. Sentiment de « grisaille », « chape de plomb », perte du goût de vivre (jusqu'à la dépression) dans la (longue) durée

4.2. Critères diagnostiques de la RH issus des micro-comportements

Le visage d'un individu en RH est marqué par la souffrance. Il est parfois dissymétrique, ce qui est sans doute l'expression des

tensions contradictoires physiques et morales de tout l'individu, situé entre désir frustré et amertume, et qui n'a nul besoin de bourreau pour le torturer : il est « *le couteau et la plaie* » de Baudelaire[23], entre regrets et remords, reproches et culpabilité.

Cette description est bien sûr celle du sujet ou du patient en crise. Il arrive souvent que le sujet en RH, lorsqu'il n'est pas stimulé par l'objet ou lorsqu'il est distrait, maîtrise (un peu) mieux l'expression de son visage, mais il ne donne guère longtemps le change. La tension interne qui l'habite, même contrôlée, transparaît vite sous le sourire (blême, crispé, faussement détendu, forcé...) de façade. Il est également possible de percevoir que la voix, faussement calme, peut à tout instant exploser ou se briser. Ceci est encore plus vrai lorsque cette dynamique souvent explosive, sinon « dépressivo-colérique » ou « agressivo-vengeresse » de la RH, est associée à d'autres Contenants synergiques (personnalité conquérante et justicière, positionnement grégaire marginal ou dominant, cf. Chapitre 2, et annexe 9). Cela nécessite de la part du thérapeute une excellente aptitude à la communication.

4.3. Les différentes catégories de RH

Notre expérience clinique nous a permis de distinguer trois types de RH que nous décrivons ci-après.

La RH par échec d'Hyper et/ou par peur anticipée de l'échec

Si l'Hyper est inefficace, les échecs répétés et/ou l'anxiété par anticipation par peur de l'échec créent un mal-être tellement fort que celui-ci finit souvent par conduire l'individu à s'interdire l'Hyper, se vouant ainsi à une amère résignation. Dans des cas extrêmes, il est possible de retrouver le thème de la chanson « *Le fou d'amour* » de J. Halliday, où le protagoniste préfère tuer celle qu'il aime plutôt que de courir le risque de la perdre. Si l'individu prend conscience de cette possible aberration, ou d'équivalents bien sûr moins extrêmes mais dramatiquement vécus, alors il fera tout pour réprimer son Hyper.

La RH par auto-culpabilisation

L'Hyper apporte parfois quelque satisfaction souvent imparfaite mais qui entretient malgré tout la dépendance. Ce type de satisfaction se fait cependant au prix de moyens fortement dévalorisés par rapport à ses propres convictions[24], c'est-à-dire méprisables et/ou auto-culpabilisants. L'individu finit souvent par se dégoûter, se condamner, avoir honte de lui-même et renoncer à l'objet de son Hyper. Nous appelons globalement ce phénomène la « *Répression d'Hyper morale* ».

Cette forme de RH peut également se manifester plus fortement encore en Phase 3, lorsque l'Hyper est en échec. Cette situation peut amener l'individu, qui se comporte comme une personne droguée et en manque, à entrer en conflit avec sa culture, ses valeurs, sa morale voire son éthique. Exceptionnellement, sous l'emprise de cette souffrance intolérable et dans l'espoir de retrouver, par exemple, une relation perdue, il peut même affronter certains Hypos situés dans son Hyper[25]. Cependant, en cas d'échec (très fréquent en Phase 3), franchir l'interdit que représente l'Hypo conduit à éprouver rétrospectivement une intense honte, d'où des remords inassumables et une RH.

La RH « Raisonnable »

Contrairement aux apparences, le terme « raisonnable » ne désigne pas ici une prise de recul pleinement réfléchie, assumée et donc apaisante[26]. Il s'agit davantage de s'efforcer d'être raisonnable (malgré soi) que de faire preuve d'une pleine sagesse et maturité.

L'individu tend à retrouver une cohérence, au moins factuelle et de façade : il déplore et se montre las de ne pas pouvoir s'expliquer à lui-même ni aux autres tous ses excès et une vie souvent aberrante (puisqu'addictive). Il souhaite se reprendre en main pour faire enfin des choses « normales », comme tout le monde : son métier, éduquer ses enfants, s'acheter une maison, préparer sa retraite, etc.

Il cherche également à se montrer socialement plus acceptable, au moins en apparence. L'individu ne souhaite plus donner de lui une image immature et invasive, comme celle d'un enfant gâté

jamais content, exigeant et éternellement insatisfait. Il souhaite se rendre plus respectable et adopter une vie moins ambitieuse mais plus tranquille (*i.e.* moins parsemée de RH).

Ce type de RH est sensiblement moins douloureux que les deux autres formes. La RH Raisonnable permet en effet de réduire la spirale infernale de la frustration aiguë qui s'exprime par des comportements de plus en plus asociaux, et le niveau d'incohérence de l'Hyper, qui ajoute en soi une source de stress (Fradin *et al.*, 2008, op. cit.). Cependant, cette RH n'en reste pas moins source de tendance dépressive latente :

1. Elle est d'autant plus trompeuse qu'elle est plus discrète, camouflée partiellement ou entièrement (pour un regard non exercé), car honteuse ou taboue. Elle est cachée sous un discours feignant l'équilibre, mais s'apparente à une dépression difficile à cerner et dont l'individu n'est cependant pas vraiment dupe lui-même.
2. Il est malgré tout possible de la suspecter d'un point de vue extérieur, par le truchement d'indices tels que :
   a. Des antécédents de RH plus flamboyants.
   b. Certains aspects du visage tels que pâleur, crispation ou sourire forcé et un peu asymétrique.
   c. Les discours quelque peu paradoxaux et contradictoires avec le comportement qui font dire au patient « *quand j'étais déprimé…* » (sous-entendant qu'il ne l'est plus). Ce type de déclaration traduit généralement une RH Raisonnable, une douleur psychologique moins aiguë que les autres types de RH certes, mais faussement guérie et laissant l'individu tout à fait déprimé. Le risque de suicide non annoncé n'y est pas rare.

La RH Raisonnable est facilitée par certaines synergies avec d'autres Contenants. Ceux-ci sont notamment relatifs à ce que nous considérons comme des profils de personnalité de type altruiste et/ou raisonnable (cf. Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit. ; annexe 2), ou à des « Positionnements Grégaires » de type Intégré[27] ou Soumis (cf. Chapitre 2).

Le film *Le mari de la coiffeuse*, de P. Leconte (1990), illustre magnifiquement un intermédiaire entre la RH raisonnable et la RH par peur anticipée de l'échec : l'un des protagonistes se suicide de

façon totalement inattendue, au grand désarroi de son partenaire et au moment de ce qui pourrait être l'apogée de leur relation. L'explication fournie est que le suicidé préférait « s'en aller » avant d'être quitté ou de n'être plus désiré par son partenaire, avant que le désir fasse place à la tendresse, qui serait alors jugée insuffisante.

Une fiche synthétique et pratique du diagnostic et du traitement de RH est présentée en annexe 7.

Nom de l'attitude ou du comportement	Caractéristiques observables
Hypo	Aversion *sans implication*, soit une des trois réactions suivantes : – Mépris ou agacement – Gêne – Admiration jusqu'aux larmes et/ou Aversion *dans la situation* + évitement avec apaisement
Hyper	Désir + peur liée à l'anxiété d'anticipation = ambivalence émotionnelle ou Intolérance à l'échec (= dépendance) ou insatisfaction malgré de bons résultats
Répression d'Hyper	Douleur morale Amertume Évitement sans apaisement (= rémanence de la douleur)

TABLEAU 1.1

Synthèse des éléments de diagnostic des Hypos, Hypers et RH

5. Comparaison de certains troubles typiques à l'Hyper

Les exemples cités dans ce chapitre sont des cas de figure que nous avons souvent rencontrés, mais il ne serait pas judicieux de les considérer comme des généralités, alors qu'ils ne représentent

encore qu'une hypothèse de recherche. Dans le cas où le thérapeute serait confronté à de pareilles symptomatologies, il lui faudra établir un diagnostic différentiel.

Par ailleurs, le lecteur pourra également constater que de nombreuses autres catégories d'addiction émergeant aujourd'hui peuvent entrer dans le cadre des Hypers ou pourraient pour le moins être envisagées de ce point de vue (addictions au jeu de hasard et d'argent, aux jeux vidéo, à la communication via Internet, à la nourriture, etc.).

5.1. Amour et Hyper

L'amour passionnel

Il est relativement reconnu que l'attraction physique et amoureuse est le fruit d'un grand nombre de facteurs plus ou moins conscients et élaborés d'un point de vue phylogénétique (jeu hormonal, complémentarité génétique, similarité du (de la) partenaire avec les premières figures d'attachement, etc., cf. Vincent, 2012, 2005 ; Ortigue, 2010). Cependant, une certaine gamme de comportements amoureux, notamment ceux ayant trait à une forme particulière de passion, relève selon nous d'Hypers.

En effet, de nombreuses études traitent de l'amour passionnel et de son corollaire qu'est la déception amoureuse. Certains auteurs proposent de considérer ces comportements non comme une forme simple de dérégulation affective, mais comme les symptômes d'une addiction comportementale à part entière, et suggèrent de les traiter comme tels (Brockman, 2011 ; Sussman, 2010).

Reynaud *et al.* (2010) déclinent certains critères permettant d'assimiler l'obsession amoureuse à une addiction comportementale :

1. Euphorie et désir incoercible en présence de l'être aimé (apparenté à une intoxication à certaines drogues).
2. Humeur maussade, anhédonie et troubles du sommeil en l'absence de l'être aimé (ou en période de sevrage de la substance addictive).

3. Attention focalisée sur l'objet d'amour (ou la substance faisant défaut) et pensées intrusives à son sujet.
4. Comportements peu adaptés et problématiques malgré la connaissance de leurs conséquences possiblement néfastes : ces comportements peuvent être par exemple une forme d'intrusivité et d'obsessionnalité nuisant aux relations sociales.

Ces critères sont tout autant de symptômes apparaissant dans les comportements d'Hyper. L'autre est souvent celui qui nous permet, par sa façon d'être, d'avoir accès à certains comportements ou choses que l'on s'interdit ordinairement. Avec l'autre « *tout devient possible* ». Sans lui, l'individu connaît un sentiment intense de perte, de désespoir et la rémanence de bons et mauvais souvenirs, caractéristiques de la RH (cf. Fisher *et al.*, 2010).

Par ailleurs, d'autres travaux tendent à montrer que les aires cérébrales activées dans le système de récompense/perte sous-jacent à l'addiction à la cocaïne sont similaires à celles associées à la douleur d'une déception amoureuse (le stimulus proposé dans ces études étant l'image d'un être aimé qui nous a rejetés, cf. Fisher *et al.*, 2010, op. cit.)[28]. L'équipe de Xu (Xu *et al.*, 2012a) a également mis en évidence le fait que l'amour passionnel atténuait la réceptivité cérébrale à la nicotine. Les auteurs en ont conclu que l'amour passionnel agit comme un substitut de la nicotine. En d'autres termes, ils supposent qu'un objet amenant une récompense d'ordre addictif peut remplacer la récompense apportée par un autre objet de même ordre, en activant le même système de récompense/perte.

D'autres auteurs ont évoqué le fait que le rejet amoureux apparaissant suite à une rupture, encore appelé le « Syndrome du cœur brisé » (« *Broken Heart Syndrome* », en anglais), semblait être en lien avec l'activité de zones cérébrales également impliquées dans l'attraction amoureuse (Aron *et al.*, 2005 ; Field, 2011). Cette observation est cohérente avec le fait que l'Hyper et la RH soient deux facettes d'un même phénomène.

Au demeurant, si l'amour passionnel est un bon candidat à la symptomatologie typique de l'Hyper et de la RH, il est évident que ces Contenants ne suffisent pas à expliquer toutes les formes d'attraction relationnelle, d'amour et d'attachement profond. En effet, nous supposons que les formes d'attachement (qu'elles soient d'ordre amoureux ou non, qu'elles impliquent des relations intimes

ou non) exclusivement ou majoritairement issues d'un processus Hyper sont fragiles. Ceci nous paraît particulièrement flagrant lorsque nous observons que soi-même ou autrui est d'un naturel à passer fréquemment de passions enflammées spontanées en déceptions amoureuses. À l'inverse, les relations durables semblent souvent (entre autres) teintées de respect, d'empathie, d'acceptation réciproque et d'ouverture d'esprit, capacités qui sont généralement particulièrement entravées lors de certaines Phases (notamment 3 et 4) du processus Hyper-RH (cf. Cheng *et al.*, 2010). À ce titre, certains chercheurs tendent à s'atteler à la mise en évidence des mécanismes cérébraux et comportementaux sous-jacents à l'amour durable (Acevedo *et al.*, 2012 ; Xu *et al.*, 2012b). Par ailleurs, il semblerait que les hormones que sont la vasopressine et l'ocytocine soient précisément impliquées (entre autres) dans les processus d'attachement fort (attachement vis-à-vis du partenaire ou de l'enfant), mais qu'elles n'apparaissent pas dans les mécanismes neurochimiques sous-jacents aux addictions comportementales classiques (Burkett *et al.*, 2012).

L'addiction sexuelle

Il est important de rappeler que nous distinguons l'amour passionnel de l'hypersexualité. Malgré l'intérêt médiatique croissant qu'il suscite et le questionnement dont son intégration éventuelle dans le DSM-V a fait l'objet (Kafka, 2009 ; APA, 2013)[29], le syndrome de l'hypersexualité peine à être défini car sa classification parmi les addictions comportementales fait débat (Joannides, 2012).

À l'instar de l'amour passionnel, l'addiction sexuelle ou « *hypersexualité* » comporte les caractéristiques suivantes : obsessionalité, agissements compulsifs destinés à pouvoir bénéficier de l'objet désiré malgré les conséquences néfastes de ces agissements pour l'individu, intrusivité des pensées associées à l'objet désiré, etc. La différence majeure entre certaines formes d'amour passionnel telles que citées supra, et l'addiction sexuelle, est l'objet même de l'obsession. Dans le premier cas, l'obsession porte sur un individu objet d'amour, tandis que dans le second l'obsession porte sur l'(les) acte(s) sexuel(s) de différentes natures.

Ce type de syndrome est interprété, traité ou dénommé, selon les auteurs ou praticiens, tantôt comme un « trouble sexuel », tantôt comme un « trouble du contrôle sexuel », ou encore comme un « Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) », ou enfin comme une addiction. La communauté scientifique et clinicienne, dans sa globalité, semble malgré tout encline à considérer que l'hypersexualité puisse être une addiction comportementale (Garcia & Thibaut, 2010 ; Levine, 2010). En effet, l'assimilation de ce trouble à un TOC ne semble pas pertinente car l'obsession liée à l'hypersexualité est caractérisée par un désir incoercible, tandis que l'obsession associée au TOC est de toute autre nature : elle a pour objectif de soulager une angoisse, une peur. Les autres concepts cités plus haut semblent par ailleurs être relativement flous et moins proches de la réalité de ce syndrome que ne l'est l'addiction comportementale.

Dans le cadre de notre modélisation des troubles psychiatriques et de la littérature scientifique actuelle, nous faisons l'hypothèse de l'existence de deux formes de troubles conduisant à une hypersexualité :

1. Nous rejoignons la mouvance scientifique générale tendant à dire qu'une forme d'hypersexualité serait une addiction comportementale ;
2. Nous supposons également qu'une des manifestations de la dominance[30] peut s'apparenter à de l'hypersexualité.

Une partie de la littérature scientifique tend à montrer que la honte est fortement associée à l'addiction, et notamment l'addiction sexuelle, au point de les considérer parfois comme les deux facettes d'un même objet (Fossum & Mason, 1986 ; Reid *et al.*, 2010 ; Dearing *et al.*, 2005 ; O'Connor *et al.*, 1994 ; Reid *et al.*, 2008). Cette honte ne semble pas seulement être une conséquence de l'hypersexualité, mais paraît également participer activement à son maintien et pourrait même en être la cause (Wilson, 2012 ; Gilliland *et al.*, 2011 ; Young, 1991). Est généralement évoquée une honte sur un objet apparaissant lors des rapports intimes ou conduisant à eux. Cet objet peut être par exemple la capacité à satisfaire son partenaire, la séduction, l'attachement intime ou autre[31]. Dans la continuité de cette hypothèse, un certain nombre d'études invoque plus particulièrement la phobie sociale dans l'apparition de

l'addiction sexuelle (Hoyer *et al.*, 2001 ; Golwinn & Sevlie, 1992). Si l'addiction sexuelle est souvent considérée, à cette aune-là, comme une stratégie permettant de faire face (*coping*, en anglais) à la douleur associée à la honte, nous faisons l'hypothèse que cette addiction relève de prime abord d'un mécanisme de compensation de type Hyper. Certains auteurs suggèrent par exemple que le traitement de la honte associée à ce type d'addiction soit la condition sine qua non pour parvenir à réduire significativement l'addiction (Adams & Robinson, 2001 ; Wilson, 2012, op. cit. ; Young, 1991, op cit.), constat qui appuie encore nos hypothèses.

Par ailleurs, d'autres travaux ont mis en évidence un lien entre le facteur de neuroticisme (ou névrotisme), l'addiction sexuelle et la honte. La modulation des liens entre ces différents paramètres est encore à l'étude. Or le trait de neuroticisme, défini comme une tendance à l'humeur négative, au désespoir, à l'envie et à la jalousie (Mattews & Deary, 1998 ; Thompson, 2008), n'est pas sans rappeler les Contenants d'Hyper, et notamment de RH.

Notre observation clinique rejoint l'ensemble des comparaisons développées supra. Cependant, nous considérons qu'un autre type de mécanisme ou trouble peut faire apparaître des symptômes d'hypersexualité. Nous supposons en effet que la dominance[32], se traduisant plus généralement par un trouble allant de l'excès d'affirmation de soi à la personnalité antisociale peut manifester un comportement d'hypersexualité. Les comportements de dominance-soumission, qui pourraient être liés à l'activation de zones cérébrales responsables d'un mode de fonctionnement hiérarchique primitif (cf. Kumaran *et al.* 2012 ; Mazur, 2005), « imposeraient » parfois à l'individu des comportements de prédation et des rituels d'allégeance dont l'acte sexuel fait partie.

Parmi les différences qui nous mènent à distinguer l'hypersexualité liée à la dominance de l'addiction sexuelle, figure notamment le fait que la honte ne soit pas déterminante et caractéristique de la dominance. En soi, la dominance ne génère pas de sentiment de honte à proprement parler ni de tendance à la dépression. La dominance est sensible à l'humiliation dans le sens où celle-ci peut influer sur une conception spécifique de l'image sociale de l'individu. Cette image sociale est en lien avec les notions de rapports de force et de « rang » social au sens instinctif et primitif

du terme (cf. Amaral, 2003). Elle n'est pas, comme pour l'Hypo, en rapport avec une potentielle norme sociale ou un tabou social. Ainsi, un dominant peut par exemple être « humilié » par plus dominant que lui, et de ce point de vue s'en trouver inférieur aux yeux du groupe. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que notre propos n'est absolument pas de légitimer ces rapports, mais simplement de tenter d'expliquer comment ils peuvent être vécus et perçus par les individus animés par ces Contenants. Par ailleurs, nous observons que plus la dominance est manifeste, plus l'individu est enclin à avoir recours à la force, à la violence et à l'intimidation, et à commettre des agressions sexuelles (Cale & Lussier 2011 ; Fedoroff, 2008 ; Mouilso & Calhoun, 2012).

Si nous distinguons là deux processus pouvant amener à l'hypersexualité, nous faisons malgré tout l'hypothèse que l'addiction sexuelle peut être favorisée par la dominance. En effet, nos observations cliniques nous conduisent à constater que la propension à la dominance, si faible soit-elle, peut engendrer une représentation ou une appétence pour les rapports sexuels un tant soit peu « colorés » par le rapport de force. Si ce type de conduite a été fortement dévalorisé aux yeux de l'individu, ou si l'individu a été marqué par une mauvaise expérience (c'est-à-dire « honteuse », au sens du tabou social) durant l'adolescence par exemple[33], il se peut qu'il construise une forme d'addiction sexuelle, qui sera davantage tournée vers la cyberpornographie ou d'autres moyens de pouvoir satisfaire son addiction et son besoin de contact, sans en passer par les démarches de séduction « classiques » et « normées ». Si ces démarches, ayant souvent pour objectif l'attachement plus ou moins durable à autrui, font défaut à l'individu « *sexual addict* », alors ses représentations et ses capacités d'attachement en seront fortement entravées. À ce titre, la littérature scientifique évoque fréquemment le fait que les *sexual addicts* présentent une forme de déficit dans l'attachement, une perte de confiance en l'autre. Certains chercheurs déclarent que l'addiction sexuelle est un moyen de compenser ce déficit (Adams & Robinson, 2001, op. cit. ; Carnes, 1991 ; Schwartz, 1996)[34]. Il se peut que ce déficit provienne alors de la honte liée à l'acte sexuel. En revanche, un individu essentiellement dominant et dépourvu de tabou sur le sujet ne manifestera aucune honte, tout au plus une culpabilité feinte et

stratégique (destinée à apitoyer son entourage et à alléger les accusations à son encontre).

Les médias en parlent déjà, mais si ces hypothèses sont avérées par la recherche scientifique, l'inquiétude pourrait-on dire « nationale » à l'égard de l'augmentation, chez les jeunes adolescents (et de plus en plus jeunes), du recours à la cyberpornographie et de l'encouragement à des pratiques sexuelles de moins en moins respectueuses voire dramatiques (viols, « tournantes », etc.), est justifiée (cf. Biddulph, 2013). À la lecture de nos hypothèses, cette mouvance alimentera les rapports de force et, au mieux, des complexes et des addictions notamment sexuelles, impliquant des difficultés d'attachement et des dépressions au long cours.

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que nous distinguons le concept d'hypersexualité d'une appétence simplement prononcée pour l'acte sexuel, laquelle n'engendre ou n'est pas le symptôme d'un trouble dépressogène, addictif ou assimilable à de la prédation et à un comportement hétéro-agressif.

5.2. Travaillomanie et burn-out

S'inscrivant dans le champ des Risques Psycho-Sociaux et dans le contexte économique actuel, la notion de « *burn-out* »[35] a été élargie à d'autres métiers que ceux du soin, et se voit particulièrement étudiée et médiatisée aujourd'hui. Le *burn-out* a été défini comme un état d'épuisement associé à une conception cynique de la valeur de son poste et un scepticisme quant à ses capacités à l'occuper (Maslach *et al.*, 1996 ; Maslach & Leiter, 2008). Le *burn-out* est reconnu pour engendrer un certain nombre de troubles typiques tels que la dépression et des troubles psychosomatiques divers (troubles du sommeil, troubles cardiovasculaires, anxiété, infections, etc., cf. Shirom *et al.*, 2005).

Les diverses recherches sur le sujet ont de prime abord eu quelque difficulté à présenter des résultats assurant une compréhension cohérente de ce phénomène. Il va sans dire qu'un environnement de travail trop « pressurisant » sera susceptible d'affecter l'individu dans toutes ses dimensions (émotionnelle,

cognitive, physique, sociale, etc.). Cependant, certaines études ont tenté de mettre à jour ce qui pouvait, intrinsèquement, rendre l'individu plus ou moins vulnérable à ce type d'environnement. À l'instar des études menées dans des disciplines telles que la victimologie, ces travaux s'avèrent assez délicats à réaliser, à interpréter et même à évoquer, car il existe un risque de dérive consistant à dire que l'individu est l'essentielle source de son propre mal-être (ou de sa situation de victime dans notre comparaison) relativement indépendamment de tout paramètre extérieur, ce qui ne peut bien entendu constituer une généralité. Malgré cela, il est utile de connaître les facteurs de vulnérabilité des individus pouvant présenter un *burn-out*, afin d'assurer de meilleurs traitements et préventions de celui-ci. Cela ne dispense en aucun cas la responsabilité de chacun.

La façon dont l'individu appréhende la (sur)charge de travail occasionnant son épuisement a suscité un intérêt particulier dans l'étude du *burn-out*. Il a été mis en évidence, indépendamment des sollicitations externes objectives, que les personnes les plus enclines à développer un *burn-out* étaient les « *travaillomanes* » nommés plus usuellement les « *workaholics* » (en anglais ; VanBeek *et al.*, 2011). Ces termes sous-entendent une forme d'addiction au travail, laquelle reposerait sur deux principaux éléments : une tendance à accorder une proportion trop importante de temps à son travail et une propension à travailler compulsivement. Un nombre conséquent de travaux n'a cependant pas pu mettre en évidence un lien univoque entre le fait de trop travailler et le mal-être ou le *burn-out*. En effet, si certaines études ont montré une corrélation entre l'excès de travail et le mal-être (Aziz & Zickar, 2006 ; Burke & Matthies, 2004 ; Taris *et al.*, 2005 ; van Den Broeck *et al.*, 2011), d'autres ont au contraire mis en évidence un lien entre une tendance à beaucoup travailler, le bien-être et la santé (Becker *et al.*, 2004). Ainsi, une autre forme de « *travaillomanie* » a été identifiée et a été conceptualisée sous le nom « *d'engagement au travail* » (« *work engagement* », en anglais, Schaufeli *et al.*, 2008). Ce type de rapport au travail semble prédisposer l'individu à ressentir une forme d'accomplissement dans son travail et lui conférer[36] :

1. des capacités de résilience lui permettant de faire plus aisément face aux situations difficiles ;

2. un sentiment d'implication teinté d'enthousiasme et de créativité ;
3. une capacité de concentration aiguë empêchant notamment l'individu de se rendre compte du temps qu'il consacre à sa tâche.

Tandis que le *workaholism* (WA) conduit l'individu à rapporter davantage d'insatisfaction dans sa vie, des problèmes de santé et un impact négatif de sa vie au travail sur sa vie personnelle, le *work engagement* (WE), semble influer positivement sur l'individu. Le WE serait en lien avec une meilleure satisfaction de son travail, une moindre intention de quitter l'organisme, un moindre absentéisme, une meilleure santé aussi bien physique que psychologique, un temps consacré au travail « volontaire », aux loisirs et à la vie personnelle plus importants qu'en ce qui concerne les employés « non engagés » (cf. van Beek *et al.* 2011, op. cit. ; Schaufeli & Salanova, 2007 ; Schaufeli *et al.*, 2008, op. cit.).

Dans ce cadre, la « *Théorie de l'auto-détermination* » (*Self-Determination Theory, SDT*, en anglais, Deci & Ryan, 2002 ; Ryan & Deci, 2000) propose que le rapport d'un individu à une activité soit essentiellement guidé par deux types de motivations : les motivations intrinsèques et les motivations extrinsèques. Les premières sont relatives au fait de pratiquer une activité parce que celle-ci est en soi intéressante et satisfaisante. Ce type de motivation correspond à un réel choix de la part de l'individu que de réaliser cette activité, ce qui le rend autonome et déterminé dans sa démarche et dans sa pratique. Les motivations extrinsèques sont *a contrario* des motivations qui ne sont pas inhérentes à l'activité mais à ce qu'elle permet d'obtenir. L'activité concernée a une valeur instrumentale. Les travaux de van Beek *et al.* (2012) laissent penser que les personnes fonctionnant selon un mode WA étaient essentiellement guidées par des motivations extrinsèques, tandis que les personnes fonctionnant en mode WE sont majoritairement influencées par des motivations intrinsèques.

Le modèle explicatif proposé par van Beek *et al.* (2011 ; 2012, op. cit.) nous paraît pouvoir interpréter, de façon cohérente, les résultats d'études indiquant tantôt un mieux-être, tantôt un mal-être en association avec un temps important (voire excessif) consacré au travail. Par ailleurs, ajouté à notre expérience de ces phénomènes, il

nous amène à supposer l'implication de différents Contenants, dont l'Hyper (et la RH) dans la genèse du *burn-out*.

En effet, les éléments nous permettant d'associer le *burn-out* à la RH sont :

1. un épuisement moral de l'ordre de la dépression,
2. une réflexion cynique vis-à-vis de l'objet source de désagrément (ici le travail), laquelle traduit un sentiment d'amertume (puisqu'associé à la dépression et à un sentiment d'incapacité d'occuper son poste),
3. le développement d'une distance mentale vis-à-vis de cet objet,
4. une insatisfaction marquée vis-à-vis de l'objet,
5. un désengagement vis-à-vis de l'organisme associé à cet objet (travail), souvent en lien avec le fait de planifier son départ de l'entreprise,
6. une perte d'efficacité.

L'ensemble des éléments cités supra nous rappelle la RH, et nous convainc un peu plus de cette apparenté lorsqu'il succède aux comportements suivants (de type WA) :

- une tendance à travailler à l'excès et de façon compulsive,
- l'incapacité à désengager sa pensée du travail même lors des temps de loisirs ou de vie personnelle,
- de l'anxiété,
- un intérêt pour son travail exclusivement centré, à l'origine, sur une récompense matérielle ou sociale (comme la fierté, la reconnaissance, l'argent, un bonus, l'approbation de son supérieur, etc.),
- une tentative d'adoption de comportements correspondant soit à une façon standard d'exercer son métier, soit à une façon d'être portée par le métier, et qui confère à l'individu un fonctionnement qui ne lui correspond pas.

Ces différents symptômes nous évoquent un mécanisme de compensation de l'Hyper, notamment parce qu'ils sont en lien, selon la plupart des auteurs, avec l'estime de soi ou l'estime de sa propre valeur (Deci & Ryan 2002, op. cit. ; Koestner & Losier 2002 ; Ryan et Deci, 2000, op. cit. ; van Beek *et al.* 2011, op. cit. ; van Beek *et al.*, 2012, op. cit. ; van den Broeck *et al.*, 2011, op. cit.).

En revanche, lorsque les motivations générant le WA ont davantage trait à la culpabilité de ne pas rendre un travail correct ou

de ne pas assez travailler, nous sommes enclins à penser que ces raisons sont en relation avec du PGS[37]. Cependant, le PGS à lui seul ne suffit pas à expliquer tous les symptômes, comme par exemple le cynisme et le désengagement lié à l'amertume. Un certain type de profil de personnalité pourrait éventuellement expliquer un fort engagement de départ vis-à-vis de ses supérieurs et de sa structure (donnant lieu à beaucoup de travail et d'investissement), suivi d'un risque de « rupture » vis-à-vis de ceux-ci suite à l'objet d'une déception considéré comme une trahison (Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit.). Cette forme de profil de personnalité constitue selon nous les antivaleurs de l'individu, ce qu'il tolère difficilement ou encore ce qu'il a appris à reproduire pour être conforme à une norme sociale. Malgré tout, ce profil ne pourrait pleinement justifier une tendance trop compulsive à travailler, notamment au détriment des relations avec sa famille et de sa santé. S'ils n'en sont pas la principale cause, il se peut malgré tout que ces deux types de Contenants (personnalité constitutive de certaines valeurs et antivaleurs, PGS) puissent alimenter ou favoriser la tendance au WA et au *burn-out*.

Qu'en serait-il alors des personnes fonctionnant selon un mode WE ? À l'instar des équipes de van Beek et de Deci, nous faisons l'hypothèse que ces personnes sont essentiellement guidées par des motivations intrinsèques, résistantes à l'échec. Ce type de profil correspond à ce que nous avons décrit dans de précédents ouvrages comme des personnalités dites « *primaires* », au sens où elles ont été forgées lors de la prime enfance de l'individu et constituent une source de motivation pérenne, durable voire inépuisable chez la personne concernée (cf. Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit. ; Fradin & Fradin, 2006 ; annexe 2).

6. Modélisation partielle des Hypos et Hypers

La modélisation opérationnelle des Hypos et des Hypers permet, une fois que les différents Contenants et Contenus associés ont été identifiés, de déterminer une stratégie thérapeutique.

Les deux premières étapes de cette modélisation sont importantes et incontournables. Il s'agit de :

1. Simplifier et synthétiser les observations cliniques, soit :
   a. Identifier les paramètres actifs (Contenus précis) des Contenants
   b. Identifier ensuite les sous-paramètres
   c. Identifier enfin les « méta-paramètres »[38]
2. Mettre en évidence les liens de causalité existants entre RH, Hypers et Hypos

Ces différentes étapes sont décrites dans les chapitres qui suivent.

6.1. Simplifier et synthétiser les observations cliniques

La recherche des paramètres actifs

Il est possible de réaliser un affrontement-test diagnostic d'Hypo pour valider chaque Contenu ou objet mental (pensée, attitude, action, situation, commentaire...) associé à un Contenant d'Hypo. Ce recueil d'informations concernant les Hypos peut être directement issu de l'observation du patient dans sa vie quotidienne,

ou de celle du thérapeute pendant les séances (le patient pourrait par exemple déclarer : *« Les gens qui hésitent et bafouillent pour un rien me gênent… »*). Dans ce cadre, la Résonance est un moyen extrêmement puissant, fiable et simple de mettre en évidence un grand nombre d'Hypos. L'inconvénient de cette collecte est qu'elle s'avère souvent trop abondante et que l'on risque de passer un temps considérable autour de Contenus mal dégrossis. Or l'intérêt de l'exercice est de pouvoir déceler des Hypos qui recoupent un petit nombre de paramètres réellement actifs et qui suffisent à déclencher réellement toute la Résonance. En mathématiques, on parlerait de « *plus petit dénominateur commun* » de ce qui déclenche le Contenant d'Hypo dans une Résonance.

On peut également opérer de façon plus méthodique, à l'aide d'un questionnement ouvert de type socratique : « *quoi* ? », « *comment* ? », « *quand* ? » et autres « *pourquoi* ? »[39]. Ces questions permettent de rechercher ce qui produit quoi dans toutes ces Résonances. Cependant, à la différence d'un questionnement socratique classique, le thérapeute doit adjoindre systématiquement, au début de chaque question, une incise incluant le Contenant exploré.

Exemple de questionnement socratique de recherche d'Hypo :

Le Thérapeute : *« Qu'est-ce qui vous agace ou, plus généralement, qu'est-ce qui vous met en Résonance,* i.e. *provoque agacement, gêne ou admiration larmoyante chez vous, quand les enfants se chamaillent ? »*

Le Patient : *« Leur agitation, c'est insupportable.*

— *Pourquoi cela vous agace ?*
— *Parce qu'on ne leur a pas appris à se tenir…*
— *Et pourquoi cela vous agace-t-il ?*
— *Parce que je n'aime pas le désordre…*
— *Et pourquoi n'aimez-vous pas cela ?*
— *Je ne sais pas, sans doute parce que pendant mon enfance, il fallait toujours tout ranger et se tenir à carreau… »*

Une petite vérification est utile pour s'assurer que la condition de non-implication reste bien remplie :

Le Thérapeute : *« Et le désordre au cinéma, ça vous agace ? »*

Le Patient : *« Oui, j'aurais envie de tout ranger partout… ou de partir !*

— *Et vous ne savez toujours pas davantage ce qui vous agace dans le désordre ?*
— *Non, aujourd'hui, je fais ça pour satisfaire personne d'autre que moi, ça ne me plaît pas, c'est tout ce que je vois pour l'instant… »*

Il est un stade de ce questionnement où l'on obtient toujours les mêmes réponses. En général, on arrête alors ce processus et l'on considère que l'on a trouvé (provisoirement) le paramètre actif de l'Hypo ou du moins que l'on est sur son chemin. Avant d'être sûr de son diagnostic, il faut cependant le vérifier lors de l'affrontement d'Hypo.

Dans l'exemple cité ci-dessus, nous pouvons voir qu'au départ du questionnement, nous disposons de paramètres dont on ne connaît pas l'activité, à savoir « *enfants* » et « *chamaille* ». Puis, à l'aide de quelques questions portant sur l'objet (« *quoi ? »*) et la causalité (« *pourquoi ? »*), nous parvenons à isoler un paramètre souvent extrêmement précis, qui dans l'exemple considéré est le « *désordre* ». S'il s'avère que ce paramètre est effectivement actif, le thérapeute peut constater que le patient est effectivement agacé lorsqu'il le teste en affrontement (ou gêné, ou larmoyant d'admiration). Un tel test serait ici l'évocation même d'adultes qui ne se chamaillent pas, mais qui sont désordonnés ou créent du désordre (matériel, sonore, social…).

L'avantage de ce questionnement ouvert (mais fermé sur le Contenant exploré), et notamment des *« quoi »* et des « *pourquoi* », est sa rapidité. En considérant le patient comme un interlocuteur intelligent, capable de répondre à nos questions sur le sens et les motivations profondes de ses comportements et de ses émotions, on évite alors souvent une longue et difficile enquête policière pour cerner ses « obscurs » mobiles. Ce n'est qu'en cas d'échec ou pour finir d'affiner ce qui peut rester flou qu'on aura recours à des questions fermées et analytiques, comme nous allons le voir dans le chapitre qui suit.

La recherche des sous-paramètres actifs

La recherche de sous-paramètres actifs poursuit le travail précédent à l'aide d'une autre procédure, consistant à rechercher d'éventuels

paramètres actifs sous-jacents. Ces derniers expliqueraient à eux seuls plusieurs paramètres actifs d'Hypos précédemment isolés et validés. En effet, les limites de la méthode précédente sont d'abord celles des capacités d'introspection du patient, puis accessoirement celles de l'expérience du praticien. La recherche de sous-paramètres est donc importante pour approfondir la compréhension et la simplification des Hypos, ainsi que pour réduire le travail à accomplir.

La modélisation, en général et dans le cas des Hypos en particulier, a pour but d'optimiser l'efficience thérapeutique et de permettre au patient de mieux :

- Se (re)motiver vis-à-vis de l'affrontement et de la thérapie, par davantage de succès, de progrès, une meilleure compréhension de ses problèmes, etc. ;
- ou se « méta-motiver », c'est-à-dire trouver des raisons agréables ou utiles, à terme, de faire quelque chose de moins agréable tout de suite, tel que l'affrontement d'Hypo.

En effet, n'oublions pas que le patient vient *a priori* pour résoudre un problème précis et aussi vite que possible. Certes, ceci peut cacher un Hyper sur la thérapie et/ou sur le thérapeute parfois, ce qui devient l'un des multiples problèmes à gérer et à traiter. Cependant, en tant que problème à gérer, il devient également une demande légitime de la part du patient. Or, si le thérapeute travaille par exemple des Hypos dans le désordre, à partir des trouvailles faites au gré de l'exploration des Résonances d'Hypo (notées sur un carnet d'Hypos, dans la rue, au restaurant ou en regardant la télé...), il obtiendra, peut-être, quelque résultat un jour ou l'autre pour « le » problème, ou pas, et on ne peut savoir quand...

Il est alors important de faire dès les premières séances une amorce de modélisation évolutive des Hypos, Hypers et RH en cours, car lorsque la souffrance est intense, le patient se démotive très vite s'il ne comprend ni n'approuve ce que l'on fait. Ce piège est très fréquent en TNC, car le travail peut s'éloigner très vite des symptômes signifiants et motivants pour le patient. Il est donc nécessaire de réaliser une pédagogie attentive qui ne soit :

- Ni excessive et déconcertante (car ce n'est pas un cours).
- Ni erratique et insuffisante : le patient doit comprendre aussi vite que possible ce que l'on fait, surtout si cela s'éloigne de l'idée

qu'il se fait de la thérapie et de la résolution de son problème. Beaucoup de gens assimilent la psychothérapie en général à la psychanalyse et pensent que toutes les thérapies consistent à parler longuement de ce qui est douloureux. La RH est de ce point de vue un véritable trou noir à thérapie et la méthode psychanalytique, d'après notre expérience, ne semble pas du tout permettre de traiter la RH.

Il va sans dire que si le thérapeute lui-même ne dégage pas une idée assez claire de l'articulation de la ou des problématiques, il sera mal à l'aise pour guider et faire vivre un travail efficace et fiable au patient. Il risque également d'être régulièrement surpris par ce qu'il produira.

Certes, pour des raisons de progression pédagogique, en TNC comme ailleurs, il est utile d'apprendre à se servir d'abord des outils de façon focalisée, sectorielle. Il est assez vain, dans le cas contraire, d'empiler des « briques » de connaissances et de stratégies qui ne sont pas stables et cohérentes dans notre tête. Il faut donc d'abord dérouler pas à pas une démarche simple jusqu'à ce que tout devienne aisé. Cette démarche peut consister, par exemple, à :

1. faire un diagnostic d'Hyper ou de Répression d'Hyper,
2. faire de la dé-répression de l'Hyper ou de l'amélioration de son efficacité,
3. faire de la pédagogie sur la cascade Hypo/Hyper/RH concernée,
4. faire un diagnostic de l'Hypo sous-jacent à l'Hyper,
5. isoler le ou les paramètre(s) actif(s),
6. faire un travail thérapeutique comportemental sur l'Hypo,
7. gérer les paramètres modulateurs, etc.

Tout apprentissage commence un peu comme un travail de taupe avec, pour chaque problème, une galerie. Si le patient présente du stress lié à un Hyper (notamment en Phases 3 ou 4), on peut, par exemple, agir de la sorte :

1. On réalise une thérapie cognitive (Gestion des Modes Mentaux ou GMM, Mindfulness, ou autre, cf. Fradin *et al.*, 2008, op cit.) jusqu'à une amélioration. Ce mieux-être est souvent partiel et de courte durée.
2. On prévient le patient que ce bénéfice ne sera pas pérenne et qu'il faudra approfondir le travail, afin d'éviter ce qu'il

connaît déjà, à savoir le caractère cyclique et lunatique de ce genre de trouble.

3. S'il se sent mieux un autre jour ou s'il est convaincu de l'idée d'approfondir le travail, on cherchera alors le ou les Hypos de son Hyper. Suite à cela, on effectuera un travail d'affrontement comportemental.
4. Etc.

En pratique, en attendant de pouvoir modéliser pleinement, il est plus judicieux de suivre les symptômes et motivations spontanées du patient, séance après séance. Cela permet de ne pas perdre sa motivation de l'instant et de travailler sur ce qui est le plus saillant pathologiquement. Parallèlement, on observe toutefois « à qui l'on parle » (grâce aux micro-comportements notamment), autrement dit à quel Contenant on s'adresse chez l'individu et s'il est utile ou seulement apaisant pour lui d'y passer juste un peu, ou davantage de temps. Nous savons que passer trop de temps sur le travail cognitif de l'Hyper ou de la RH, par exemple, ne capitalisera rien ou pas grand-chose. Or, si nous n'y prenions garde, nous ne ferions que cela, du fait de la dynamique même de l'Hyper.

Au fur et à mesure de son aisance de thérapeute plus expérimenté et bien imprégné du cas clinique, on cherche à s'éloigner du traitement « à vue », consistant à gérer les aléas de la vie quotidienne du patient et les efflorescences aléatoires de ses conflits internes (Sonnettes, etc.).

La construction d'une modélisation devient alors cruciale pour avancer vraiment. Elle permet d'éviter ou de s'extraire de scénarios tout prêts, tels que :

- la cascade Hypo/Hyper/RH qui occuperait volontiers toute une vie et des années de thérapie pour (presque) rien ;
- les effets rebonds de PG qui ramènent invariablement et irrésistiblement l'individu au point de départ comme s'il était attaché à un arbre par un élastique ;
- les Sonnettes et autres « machines » à faire souffrir de façon prévisible.

Pour commencer, le thérapeute peut notamment regrouper dans un tableau à trois colonnes (une pour les Hypos, une autre pour les Hypers, une dernière pour les RH) tous les contenus identifiés :

Contenus (situations, attitudes, comportements, cognitions...) ↓	Paramètres actifs Hypo (validés) ↓	Hypers (objets apparents) ↓	RH (objets apparents) ↓
Personne souhaitant qu'on l'aide à soulever sa valise sans demander d'aide	Demander de l'affection, demander de l'attention, se plaindre	Individus apportant spontanément de l'affection, de l'attention et de l'aide	Vis-à-vis des individus qui n'aident pas spontanément ou quand on en a besoin

TABLEAU 1.2

Exemple de tableau d'aide au traitement thérapeutique d'Hypo

Le regroupement des contenus à l'intérieur de chaque colonne permettra la recherche de paramètres actifs communs, dits sous-paramètres, ou de métas-paramètres qui définissent une même atmosphère, une même philosophie ou un même champ de valeurs et d'intérêts de l'individu[40].

a) Regroupement par l'intuition (questions ouvertes)

La recherche des paramètres actifs devrait logiquement être suffisante pour identifier les différents Hypos, Hypers et RH. Cependant, les limites de la conscientisation du patient ne permettent pas toujours, notamment sur l'Hypo et plus particulièrement en début de thérapie, d'atteindre le socle premier de ces véritables paramètres actifs.

Une recherche de sous-paramètres communs entre plusieurs paramètres actifs précédemment isolés (et souvent incomplètement identifiés) peut alors être menée selon la procédure suivante :

1. On tentera tout d'abord, en collaboration avec le patient, de vérifier si l'un des paramètres de la liste n'est pas aussi le paramètre actif d'un ou plusieurs autre(s) Hypo(s).

2. Sinon, on demandera directement au patient s'il « ressent » ce qui pourrait être transversal, commun à plusieurs paramètres actifs précédemment isolés (et réunis dans la même colonne Hypo du tableau précédent).

Si, jusque-là, le travail du thérapeute a été largement basé sur la rationalité et la méthode, il peut devenir pertinent et rentable, à ce stade, de faire travailler l'intuition du patient et la sienne. La précision et l'efficacité de celles-ci seront bien sûr fonction de la qualité du travail analytique de diagnostic des Contenants et des paramètres actifs réalisé en amont. On peut alors tenter de regrouper intuitivement ces Contenus qui « ont un air de famille » dans une même case (cf. Tableau 1.2).

Exemple 1 :

On a détecté, identifié et validé chez un patient les paramètres actifs d'Hypos suivant :

- *les loisirs,*
- *le laisser-aller,*
- *l'injustice,*
- *l'engagement,*
- *l'expression des sentiments.*

Le patient voit-il des points communs entre ces paramètres ? Ou peut-il les regrouper et comment ? Sa réponse n'est sans doute pas immédiate, sinon, il y serait parvenu lors de la recherche de chaque paramètre actif initialement identifié. Mais un temps de réflexion lui permettra parfois de faire certains rapprochements, de suggérer par exemple que l'expression des sentiments est peut-être bloquée chez lui parce que ressentie comme un engagement et ainsi de suite. Au stade où sa réflexion semble cependant s'épuiser, on peut l'accompagner à nouveau avec des questions ouvertes sur le fond (de type socratique) mais toujours fermées quant à la forme. Ce questionnement traitera du Contenant étudié, ici l'Hypo.

Dans l'exemple choisi, le patient déduit qu'il existe sans doute un lien entre tous ces différents paramètres : le sous-paramètre actif « l'irrespect des autres ». *En effet, le sentiment d'irrespect peut concerner le fait de s'octroyer des loisirs alors que d'autres travaillent, se laisser aller devant autrui, être injuste, témoigner d'un engagement non assumable en exprimant ses sentiments, etc.*

En prenant soin de vérifier que lorsqu'on enlève ce paramètre actif d'une situation, on enlève également cette même Résonance chez le patient, on confirmera qu'il est bien le cœur de celle-ci. Bingo ! Il n'y aura donc bien qu'un seul Hypo à travailler…

Exemple 2 :

On détecte et valide :

- *un premier paramètre actif : les voix aiguës criardes de certaines femmes…*
- *un second paramètre actif : les gens qui bafouillent…*

On demande au patient s'il suppose un point commun entre ces deux paramètres. Il répond : « Le point commun, c'est qu'il me semble qu'ils n'ont pas conscience d'être ridicules ! ». *Il faudra vérifier ceci en « injectant » le sous-paramètre supposé dans une tout autre situation, laquelle devra alors induire une nouvelle Résonance. À l'inverse, si on enlève le sous-paramètre des situations suscitant les Résonances d'Hypo initiales, celles-ci devront cesser.*

Vous l'aurez compris, cette procédure qualifiée d'intuitive ne l'est que très partiellement. On ne rapproche que les contenus présents dans une même colonne, et l'on s'assure de son intuition par injection et/ou suppression du ou des sous-paramètres identifiés. Cette vérification est à réaliser aussi bien, dans un premier temps, sur des Résonances, que dans un second temps sur des Affrontements Diagnostics Tests.

Il est important d'être vigilant à ne pas regrouper des comportements appartenant à des colonnes (ou Contenants) différentes, et ainsi rechercher un paramètre actif commun à ceux-ci. Si quelqu'un dit par exemple « Je ne supporte pas les gens qui répètent ce qu'ils disent, comme s'ils craignaient que je n'aie pas compris » et par ailleurs « J'étais très angoissé avant mon exposé, j'avais l'impression que je n'arriverais pas, en public, à remettre mes idées en ordre », les deux informations regroupées pourraient conduire à évoquer un problème lié à la notion d'erreur ou de non-maîtrise. Cependant, en TNC, nous considérerons qu'il n'est pas souhaitable de les associer car les Contenants dont elles proviennent sont de nature différente et concernent donc deux problèmes distincts. Le premier Contenant correspond à un Hypo (agacement, Résonance), tandis que l'autre correspond à un Hyper

(anxiété par anticipation). Pour traiter le second il faudra donc trouver l'Hypo sous-jacent, qui ne sera pas forcément le même que l'Hypo sur la répétition.

b) Regroupement analytique (questions fermées)

À l'intérieur d'une catégorie donnée, si le regroupement intuitif n'est pas évident (par exemple si le patient est peu doué pour l'introspection), ou si les tests de vérification ne confirment pas facilement l'intuition, on peut être amené à simplifier l'approche par des questions fermées également sur le fond.

Il est préférable de réserver cette démarche en fin d'exploration globale intuitive, pour affiner la recherche, notamment pour la fin d'identification des sous-paramètres, plus complexe que celle utilisée pour les paramètres (vue supra). Dans la continuité de l'exemple précédent, imaginons qu'un paramètre se soit précisé, à savoir « *cris aigus* ». Pour confirmer la validité de cette hypothèse, on va tester l'activité de ce paramètre en le réinjectant dans d'autres situations : le thérapeute peut alors demander si l'agacement existe aussi dans le cas où ce sont des hommes qui crient de façon aiguë. Si notre hypothèse est valide, le patient répondra par l'affirmative. Par précaution, le thérapeute injecte ce paramètre dans quelques autres circonstances afin d'être sûr de son intuition : *« Êtes-vous agacé, gêné ou ému par les chanteuses lyriques ? Et par des sons aigus de musique techno ? »*. Il reste, là aussi, à vérifier si le paramètre isolé est bien le seul actif dans la Résonance d'origine. On peut le faire en supprimant ce paramètre dans la Résonance d'Hypo initiale. S'il constitue bien un paramètre actif, la Résonance doit avoir disparu.

En résumé, le thérapeute pourra découvrir que de nombreuses Résonances d'Hypo sont sous-tendues par quelques paramètres actifs. Il constatera également que l'on peut regrouper et réduire de façon quasi mathématique et valide les nombreux contenus des diverses catégories de Contenants. Ce processus est crucial car il permet le traitement de l'Hypo, l'économie de moyens et une réelle efficacité thérapeutique. Il est aussi parfois nécessaire pour traiter les Hypers et les RH, lorsqu'il en existe un grand nombre (ce qui est cependant rare), car il permet de mieux rechercher les Hypos des

Hypers[41]. Cela se fait dans ce cas avec moins d'exigence et de difficultés car l'Hyper et la RH sont spontanément conscients, ce qui facilite déjà la démarche de recherche de paramètre actif.

Encadré 1.9
Remarque

Un thérapeute qui souhaite optimiser l'efficacité de son travail utilise de manière coordonnée les activités « intuitives » et « rationnelles ». Il n'est pas pertinent de sous-employer son intuition, mais il est également nécessaire de vérifier toutes ses hypothèses par une analyse rigoureuse.

La recherche des méta-paramètres

Une autre façon de relier les paramètres actifs est la recherche de « méta-paramètres ». Ce type de paramètre en englobe d'autres et se trouve plus particulièrement lié à ce que nous appelons les Personnalités Primaires et/ou Secondaires (non traitées dans cet écrit), qui peuvent constituer des ensembles complexes cognitifs, émotionnels et comportementaux. Ils peuvent ainsi colorer tout ou partie de la sphère d'apprentissage du jeune enfant et définir des Hypos cohérents et intégrés dans « l'état d'esprit » constitutif de sa Personnalité.

Ainsi la Personnalité dite de *Lutte Empêchée* (LE, cf. **Tableaux II.1 et II.2, annexe 2**), qui rassemble selon nous un ensemble de valeurs et de comportements témoignant des notions de justice, de compétition honnête (« *que le meilleur gagne* »), de fierté, d'efficacité dans l'action, etc., peut-elle fédérer des Hypos sur :

- l'injustice
- la faiblesse sociale
- le discours conceptuel

Ces paramètres, à première vue, semblent difficiles à relier à l'aide d'un sous-paramètre commun, mais l'opération devient possible dans le cadre d'une « coloration » (méta-paramètre) ou d'un état d'esprit de LE.

Une telle convergence ne doit pas cependant dispenser de vérifier si l'état d'esprit réel qui sous-tend chaque paramètre est bien lié, comme ici suspecté, à la LE :

- ainsi, l'Hypo sur l'injustice de la LE est-il classiquement associé à la méritocratie,
- celui sur la faiblesse sociale sera associé à la perte d'indépendance économique,
- celui sur le discours conceptuel sera associé à la volonté d'efficacité à court terme (un discours conceptuel pouvant être perçu comme une perte de temps superflue vis-à-vis de l'action à mener).

En distinguant ainsi les Contenus des différents Contenants (Hypos notamment), en reliant les Hypers aux Hypos, en les situant dans le contexte des Personnalités à travers la recherche de méta-paramètres, on amorce la construction d'une modélisation globale qui nous permettra de mieux construire l'action et la pédagogie thérapeutiques. Cela permet par exemple de mettre en évidence des Sonnettes potentielles, qui sont le fruit de l'antagonisme entre Contenants.

Encadré 1.10
Hypos « à quota » et « à bascule »

La plupart de nos Hypos n'ont pas d'incidence pathologique directe car ils ne déclenchent pas d'Hypers réellement visibles. S'ils existent, ces Hypers sont tellement efficaces qu'ils sont peu perceptibles. Ces Hypos n'ont pas non plus d'incidence directe car ils sont pour la plupart des Hypos dits « à quota » ou « à bascule », *i.e.* des Hypos qui n'existent qu'à partir d'un certain degré d'intensité (quota) ou dans des circonstances particulières et extrêmes (bascule) qui concernent peu la vie quotidienne. Ainsi, il est possible d'observer de telles résonances, notamment d'Hypo-Méta, vis-à-vis d'actes exceptionnellement courageux ou habiles, d'artistes qui se moquent des « bonnes » mœurs ou des conventions, etc.

Une fiche synthétique et pratique d'identification des paramètres d'Hypo est présentée en annexe 5.

6.2. Comment trouver les Hypos des Hypers ?

Nous avons largement insisté sur le rôle de l'Hypo dans la genèse de l'Hyper, car il est possible de considérer que l'Hyper n'est qu'un des symptômes de l'Hypo et parce que l'Hyper ne survit pas au traitement de l'Hypo. C'est d'ailleurs une des façons de s'assurer qu'un Hypo traité était bien celui sous-jacent à l'Hyper considéré.

Dans ce cas, nous pouvons observer :

1. La diminution de l'intensité de l'Hyper, comme un « dégonflage », en proportion exacte de celle de l'Hypo (s'il est bien le seul Hypo de l'Hyper considéré). Cette diminution peut être constatée :
   a. par une réduction du vécu d'affrontement
   b. par une réduction de sa Résonance.
2. En miroir, le « regonflage » de l'Hypo, usuellement observable entre deux premières séances, entraîne immédiatement et en proportion celui de son ou ses Hyper(s).

L'Hyper est donc totalement dépendant de l'Hypo qui lui est assigné. Il ne peut donc réellement être considéré comme un Contenant en soi. *A contrario*, nous pouvons constater que certains Contenants peuvent favoriser l'émergence d'autres, sans constituer une dépendance entre eux. Le PGS favorise par exemple la survenue de phobies. Le traitement approprié du repli éventuel du PGS ne fait pas pour autant disparaître la phobie, qui nécessite un soin à part entière.

La question est de savoir comment faire pour trouver l'(les) Hypo(s) (souvent très discret(s)) qui alimente(nt)/produise(nt) le (les) Hyper(s) qui font souffrir notre patient ? Si l'intuition peut parfois fonctionner aisément pour déterminer l'Hyper de l'Hypo, cela s'avère bien plus délicat pour déceler l'Hypo de l'Hyper. Il est plus facile d'envisager le comportement compensatoire que peut engendrer un Hypo, que d'imaginer quel est le comportement que compense l'Hyper. De ce fait, il nous est apparu nécessaire de rationaliser et systématiser une démarche de recherche du ou des Hypo(s) à partir d'un Hyper ou de sa Répression d'Hyper. Nous la présentons dans les chapitres qui suivent.

Première étape : la recherche de l'Hyper de la RH

Le patient consulte le plus souvent pour une RH en phase aiguë. La première étape est donc de trouver de façon fiable l'Hyper qui se cache sous la RH.

Lors de la RH aiguë et même subaiguë, la moindre évocation de l'objet d'Hyper déclenche une douleur morale intense et très rémanente. Il arrive alors que le patient soit peu amène vis-à-vis de son thérapeute si celui-ci explore sa RH de façon trop procédurale. Il est préférable que le thérapeute réalise une préparation pédagogique patiente et progressive sur la nécessité de cette démarche. Elle devra être partagée sur le principe par le patient, avant que le thérapeute vienne à « fourrager là où ça fait mal ».

Il est à noter que cette pratique reste difficile, voire peu réalisable en phase aiguë. En effet, la personne en RH a souvent décidé de « tourner définitivement la page de son Hyper » et souhaiterait qu'on l'en délivre sans y toucher. C'est un débat de chirurgien devant un abcès qu'il voudrait inciser, avec un patient (par exemple un enfant) qui ne veut pas/plus avoir mal ou être anesthésié... Il faut préparer et convaincre la personne pour qu'elle accepte cette démarche[42], ce qui peut atténuer la douleur liée au fait de ré-évoquer les événements douloureux dans l'optique de pouvoir trouver l'Hyper de la RH (puis l'Hypo de l'Hyper). Il est utile de préciser au patient que la manœuvre ne consiste pas à « relancer le débat et revenir en arrière », mais à établir rapidement les diagnostics dont on a besoin pour espérer le délivrer aussi vite que possible de sa douleur morale.

Mais justement, comment l'en délivrer ? Sur le plan théorique, la relation entre l'Hyper et la RH semble assez simple, car ceux-ci correspondent à un contenu identique ou même objet mental. Cet objet a été, à un moment donné (le plus souvent récemment) dans la vie de l'individu, celui d'un désir à tendance obsessionnelle (l'Hyper). Ce désir est dans tous les cas conscient, même si la personne rechigne à en reparler. Suite à un « traumatisme moral » (en Phase 3), et notamment par manque d'efficacité de l'Hyper, l'obsession et le désir ont tourné au rejet conscient, consenti au prix d'une douleur vive et rémanente. Le patient garde le secret espoir toutefois que la RH finira tout de même par disparaître. Espoir presque vain, car la RH peut s'estomper mais ne guérit pas, selon nous, sans traitement adéquat de l'Hypo.

À ce stade, on part en chasse pour découvrir quel est l'Hyper qui se trouve derrière la RH. Il convient donc de faire parler le patient sur son passé, de façon la plus synthétique et efficace possible, pour l'amener à décrire concrètement ce qu'il cherchait, sa quête du Graal, avant l'époque du rejet actuel. Il est important d'aider le patient à se concentrer sur la recherche de l'objet de l'Hyper et à lui éviter de s'étendre sur les avatars de l'histoire, car cela est très chronophage et nourrit la RH. Il faut donc s'entendre sur ce point avec le patient avant de mettre en pratique cette procédure, car après, si on l'interrompt sur un sujet aussi difficile sans accord préalable avec lui, bien expliqué et intégré, cela risque de lui faire très mal et il pourrait nous prendre pour un malotru qui l'a poussé à en parler et qui après s'agace que ça n'aille pas assez vite.

Exemple :

Le patient déclare être agacé par les histoires sentimentales « dont certains se plaisent à abreuver les autres ». *Le thérapeute peut comprendre, à l'aide de la détection de micro-comportements, que l'agacement que désigne le patient n'est pas celui d'un Hypo, mais plutôt un signe d'amertume lié à une RH (sans apaisement dans l'évitement). Le thérapeute constate notamment chez le patient une expression du visage caractéristique de la RH, et entend son amertume dans sa voix et son discours. Ses paroles témoignent d'une « obsessivité*[43] *» sur le sujet et d'une agressivité trop incisive pour n'être que moralisante. Si le thérapeute prend le temps de le questionner plus avant avec tact et pédagogie adaptée, le patient avouera sans doute avoir tout attendu de l'amour et n'avoir obtenu que déceptions et souffrances…*

En fait, on peut supposer que l'Hyper se trouve aux antipodes du discours de rejet de la RH : cette dernière se découpe du tableau d'Hyper car elle se caractérise par son opposition à tout ce qui rappelle son objet d'Hyper. L'individu en RH donne l'impression de partir facilement « en croisade » si le sujet de RH s'introduit dans la discussion, notamment dans des échanges ordinaires comme au domicile, en famille : on peut alors assister à un discours moraliste, culpabilisant, dévalorisant, insinuant certaines choses. L'individu se montre parallèlement à ce discours à la fois abattu, épuisé, victime mais malgré tout un peu fielleux. Ce type d'homélie est bien plus acéré qu'un simple discours témoignant d'antivaleurs ou de

résonance d'Hypo. Un indice particulièrement parlant est que l'individu s'auto-induit : il ne cesse de dire qu'il souhaite parler d'autre chose et changer de sujet tandis que, paradoxalement, il en « ressert tout seul les plats », tout en accusant volontiers les autres de le faire et de lui avoir entaché sa journée...

Si le thérapeute reste distancé, aimable, ouvert, il peut alors tirer beaucoup d'informations de ce type de discours. Il doit cependant prendre garde à ne pas trop l'encourager car cela peut s'amplifier et engendrer des relations particulières nourries de ce que nous appelons des « Hypers Secondaires ». Ce type d'Hyper consiste selon nous au fait d'utiliser une RH comme objet de transaction pour obtenir de l'attention, de la compassion voire la culpabilité du Thérapeute (car cela peut soulager quelqu'un en RH que de ne pas souffrir seul). Le thérapeute peut donc finir par en déduire, en miroir de ce discours, ce qu'a dû être l'Hyper et ce qui a pu engendrer une telle réaction de rejet.

Ce pré-diagnostic de l'objet d'Hyper peut faire gagner un temps précieux lorsqu'il s'agit d'interroger la personne sur les fameuses Phases 1 à 3 antérieures : on peut poser parfois des questions plus fermées et réduire ainsi le temps (toujours trop long et douloureux) de cette exploration en apnée...

Après quelques expériences de terrain, le thérapeute cherche souvent quelque raccourci : si l'objet de la RH est bien le contraire de celui de l'Hyper, ne pourrait-on s'épargner cette délicate, désagréable voire périlleuse étape pour la confiance thérapeutique et la poursuite de la démarche ? Ne suffirait-il pas de le déduire de façon théorique : l'Hyper est le contraire de la RH, donc si [RH = A], alors [Hyper = -A]...

Application :

Si le patient parle beaucoup, de façon très moralisante, acerbe et amère (*i.e.* avec un Contenant RH) des gens qui ont beaucoup d'argent et *« qui l'ont gagné comment ? Et qui en font quoi, hein, je vous le demande ? »*, on peut penser que l'Hyper portait sur le fait de *« gagner beaucoup d'argent »*.

C'est parfois aussi simple que cela, et il est possible de tester cette hypothèse en passant à l'étape suivante de la recherche de l'Hypo de l'Hyper.

Pourtant, en pratique, il est possible de se fourvoyer, comme éventuellement de diagnostiquer des Hypos qui ne sont pas en lien avec la RH ou l'Hyper concernés, ou de ne pas en trouver du tout. On peut alors perdre plus de temps et de confiance thérapeutique que si l'on avait fait les choses méthodiquement et dans l'ordre. De façon analogue, on peut chercher d'où vient une panne de courant en bricolant et testant des hypothèses dans le désordre, mais on risque d'y perdre plus de temps que de remonter d'emblée de façon méthodique le circuit et trouver ainsi où se situe la rupture.

Dans l'exemple précédent, l'objet de l'Hyper pourrait être aussi :

- « *être aimé des autres* », si l'on a appris que l'argent est un moyen d'obtenir de la reconnaissance sociale, de l'admiration et de cette façon de l'amour ;
- « *être reconnu pour ses qualités de professionnel* », si l'on a simplement appris à considérer que seul le bon travail devrait être bien rémunéré, etc.

Cet exemple permet d'illustrer en quoi il est prudent, bien que délicat, de vérifier à quel type de raisonnement correspond ce qu'évoque l'individu, ce qui s'est réellement passé dans sa tête et dans sa vie. Ce raisonnement est par ailleurs conscient chez l'individu, il sera donc facile d'accès d'un point de vue cognitif.

Le thérapeute peut être confronté à une autre difficulté qu'est la RH de type moral. Cette RH confère à l'individu un sentiment de culpabilité lorsqu'il constate et considère, *a posteriori*, que son comportement était (en Phases 1 à 3) intrusif, capricieux, voire immoral. Ce jugement d'immoralité correspond selon nous à une Sonnette entre plusieurs Contenants témoignant d'un ensemble d'antivaleurs (Personnalités) ou d'interdits (autres Hypos). L'individu en vient à ne plus oser parler de sa problématique, alors même qu'il en est fort tenté. Ce sentiment de culpabilité est fréquemment identifié dans toute forme d'addiction, notamment lorsque l'individu est dans une phase de prise de conscience et de tentative de sevrage (cf. Gilliland *et al.*, 2011, op. cit. ; Adams & Robinson, 2001, op. cit. ; Wiechelt, 2007 ; Young, 1997, op. cit.). Il ajoute un peu plus à la douleur du patient, et lui livre une raison supplémentaire de faire une recherche diagnostique rapide, mais précise et empathique. Le fait d'atténuer quelque peu ce premier niveau de conflit interne et de refoulement moral, à l'aide d'un travail cognitif sur l'objet de sa

souffrance, est donc souvent indispensable pour accompagner le travail global. Pour cela, le thérapeute doit « démonter » et déculpabiliser méthodiquement ces jugements moraux, en prenant acte du fait que ces comportements sont liés malgré soi à un fonctionnement cognitivo-cérébral, sur lequel l'individu n'a que peu de maîtrise. Bien entendu, ce type de désamorçage doit être réalisé dans un cadre sécurisant et sans référence à des valeurs morales.

Encadré 1.11
Hypo, Hyper, RH et théories associationnistes

Si l'on considère le point de vue évolutionniste, il peut paraître étonnant et paradoxal que les mêmes régions cérébrales (sans doute relatives aux zones Néolimbiques) puissent initier à la fois le comportement de compensation de l'Hyper et la répression de celui-ci (Aron *et al.*, 2005, op cit). Cette hypothèse s'inscrit dans le cadre des théories associationnistes du cerveau, qui laissent supposer que des réseaux de neurones peuvent fonctionner de façon pleinement autonome et peuvent donc s'opposer même s'ils appartiennent à des régions proches ou de plus grands ensembles communs. Certes, on peut observer une certaine cohérence dans la structure basique au niveau des grands réseaux anatomiques du cerveau issus de l'évolution des espèces et de l'ontogenèse cérébrale*. Les voies sensitives de l'audition débouchent par exemple précisément sur les territoires auditifs du cortex. Malgré cela, l'apprentissage se fait, lui, de façon bien plus désordonnée. Même l'épigenèse, *i.e.* la façon dont l'environnement et l'expérience précoce influencent le développement du système nerveux, subit les vicissitudes de ces aléas développementaux et des troubles qui peuvent en découler. Ainsi, compte tenu de la pluralité des influences sur le façonnement neuronal, c'est presque au contraire cette apparente homogénéité de comportement qui est étonnante : la cohérence globale des idées, des comportements et des émotions. Il semblerait que le CPF soit à ce titre dévolu au travail de (re)mise en ordre et en cohérence des idées et représentations.

Les trois types de comportement que sont l'Hypo, l'Hyper et la RH, ont donc, selon nous, leur raison d'être du point de vue d'un premier niveau d'adaptation, même s'il n'est pas idéal :

1. L'hypo permettrait une première résolution d'un problème lié à l'intégration sociale, en générant un évitement sur un sujet socialement tabou.
2. Le problème ainsi posé nécessite un deuxième cadre de résolution : comment satisfaire le besoin spolié, sans s'affranchir de l'interdit social ? L'hyper est dans ce cas un moyen indirect et assumable d'obtenir le besoin censuré.

3. Cependant, lorsque l'Hyper pose lui-même des problèmes d'adaptation sociale (intrusion, etc.), un autre réseau serait nécessaire pour le censurer et le réprimer.

Précisons que chaque « réseau » neuronal relatif à ces comportements paraît agir de façon presque indépendante du précédent, mais semble-t-il en réactivité par rapport aux réponses de l'environnement à notre comportement. Ce type de régulation s'avère ainsi relativement abrupte, oserait-on dire « militaire », et dépourvue d'ajustement collaboratif.

* L'ontogenèse cérébrale correspond au développement du cerveau depuis la conception de l'individu jusqu'à l'âge adulte.

Deuxième étape : théorie et pédagogie de la recherche du ou des Hypo(s) de l'Hyper

Cette étape est la plus complexe sur le plan théorique et méthodologique. En termes d'aviation, on parlerait de « pilotage aux instruments » car la vision ou même l'intuition ne donnent plus aucune information, comme dans la nuit ou le brouillard : trouver l'Hypo à partir de l'Hyper constitue, nous allons le voir, une opération antinaturelle, délicate et technique.

Dans ce cadre, il est important de préciser que l'objectif conscient de l'Hyper est parfois occulte pour les autres car il n'est pas toujours, lui-même, totalement acceptable socialement. Son caractère obsessionnel le rend peu assumable, car il donne l'image de quelqu'un qui est perturbé. La dépendance génère, au fil du temps, le doute, la perte de confiance en soi puis en conséquence l'anxiété, la honte, l'impossibilité d'avouer son objectif et le recours au mensonge. L'hyper peut alors s'habiller de nouveaux alibis conscients, circonstanciés et par-là même de « mauvaise foi ». Leur fonction est de donner une « couverture » socialement tolérable à une attente obsessionnelle consciente (comportement Hyper) et inconsciente (besoin de substituer l'Hypo), mais irrépressible.

Par ailleurs, certains Hypers peuvent s'inscrire dans un domaine culturellement dévalorisé, ce qui provoque alors des railleries, une marginalisation potentielle et un rejet de type grégaire. Pour cette raison, un Hyper affectif, c'est-à-dire une dépendance affective, n'est pas avouable dans tous les milieux, ni pour tout le monde.

L'objet conscient de l'Hyper peut être également dissimulé lorsque l'individu ne souhaite pas prendre le risque de perdre les

bénéfices qu'il tire de cet Hyper, que ce bénéfice n'est pas avouable ou que cette dépendance est perçue comme vitale. Il en découlera, bien souvent, une manipulation de l'autre.

Lorsque l'objet de l'Hyper est un individu, ce dernier peut être particulièrement déstabilisé. Si la stratégie de séduction est soldée par un échec, cela peut amener la personne en Hyper à utiliser d'autres procédés qu'elle finit par penser plus efficaces. Ceux-ci peuvent être le chantage, la violence, ou encore l'apitoiement et même l'abus de référence à la morale dans l'objectif d'instaurer chez l'autre la notion de culpabilité. Ce phénomène est évidemment susceptible d'entrer plus ou moins en synergie ou en conflit (sonnettes) avec d'autres Contenants, comme le PG, les Personnalités, d'autres Hypos ou Hypers...

Concrètement, la personne en Hyper sait toujours *comment* elle est en Hyper, au travers des alibis et autres stratégies qu'elle met en œuvre pour atteindre l'objet apparent. En revanche, elle ne sait pas *pourquoi* elle est en Hyper, elle ne sait quel(le) est l'objet caché, la raison ou le processus qui la fait courir ainsi.

En connaissance de cette dynamique complexe, le thérapeute pourra se poser la question de savoir si l'expression du patient est un reflet sincère de ce dont il a conscience, ou s'il n'est qu'un niveau « d'alibi » assumable, et ce même dans le cadre d'une thérapie. Ainsi, de façon à ne considérer, autant que possible, que des critères observables, on notera que le niveau alibi semble plus inconstant que le réel objet d'Hyper. En effet, comme dans tout processus de mauvaise foi, le sujet soutient des points de vue variables suivant les interlocuteurs, les moments ou les besoins. Il faut cependant noter que l'objet d'Hyper n'est lui-même pas aussi fixe que celui de l'Hypo, dans la mesure où il peut changer d'objet. Malgré cela la constance de l'objet d'Hyper est identifiable car elle constitue, pour chaque objet d'Hyper, une étape nette, objectivable et datée. Le changement éventuel d'objet d'Hyper reste un événement majeur de la vie du sujet, apparaissant souvent à la suite d'une série d'échecs, par insatisfaction (Phase 2) ou culpabilité. La fluctuation de l'alibi est beaucoup plus fréquente, souple et opportuniste que le changement d'objet d'Hyper, ce qui la rend aisément détectable. L'individu a besoin, pour atteindre son objectif, de changer de stratégie. À cette fin, son attitude est calculée,

consciente et froide. Son discours est destiné à obtenir indirectement quelque chose. Si le dialogue direct et transparent n'est pas possible, il faut laisser deviner au patient que pour pouvoir l'aider, il est utile de le comprendre et qu'il n'est pas question de le juger. Ce manque de transparence est malgré tout minoritaire en psychothérapie et se réduit avec le temps grâce à la relation de confiance qui peut s'établir avec le thérapeute. Un phénomène moins rare et auquel il faut cependant prêter attention est lorsque l'objet d'Hyper convoité par le patient est le thérapeute lui-même, ce qui correspond selon nous au fameux « transfert » évoqué par les psychanalystes. On comprendra aisément que ce type de situation peut s'avérer délicate à gérer, et que la transparence et la bonne compréhension des mécanismes Hypos et Hypers par le patient sont tout à fait nécessaires.

Exemple 1 :

Une personne a un Hypo-Méta sur la réflexion et sur l'analyse. En conséquence de quoi, elle ne peut se faire une opinion par elle-même. Pour compenser ce déficit, elle a « recruté » un Hyper-Méta relationnel. La fonction inconsciente de cet Hyper-Méta est de sélectionner un environnement social considéré comme suffisamment brillant pour pouvoir y puiser les réponses aux questions qu'elle se pose. Son objectif conscient est de fréquenter des personnes intéressantes, qui lui paraissent attirantes et distrayantes. Ses alibis sociaux sont l'intérêt qu'elle éprouve pour échanger des points de vue sur des sujets qui la passionnent…

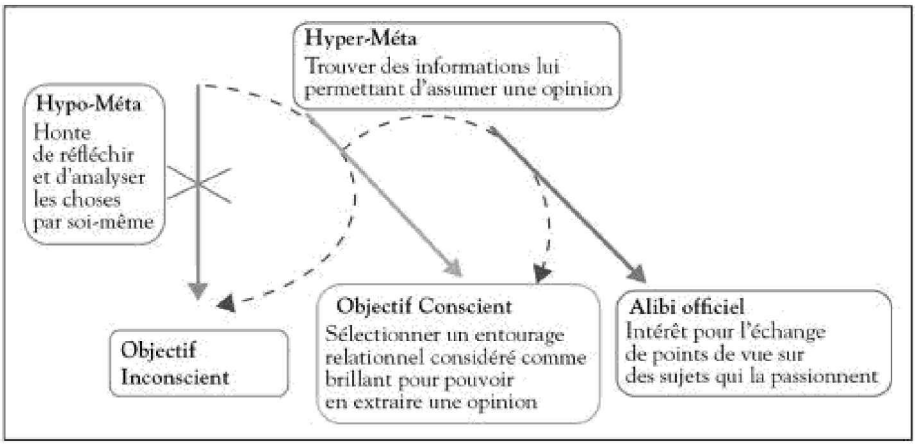


FIGURE 1.4

Illustration des mécanismes Hypo et Hyper de l'exemple 1, ou conséquences possibles d'un Hypo(-Méta) portant sur [l'analyse et la réflexion]

Exemple 2 :

Dans le domaine sentimental, les stratégies d'approche peuvent être la séduction, la tendresse, l'ouverture mais aussi parfois la manipulation et l'aliénation. La mise en œuvre de ces stratégies dépend de sa personnalité, de son PG, de sa culture, etc. L'individu en Hyper est parfaitement conscient de sa stratégie, de ce qu'elle peut éventuellement avoir de répréhensible à ses yeux et contraire à sa propre morale. Cependant, faute d'en avoir une autre qui soit plus acceptable, faute de pouvoir refréner, tempérer ou arrêter le processus caché, l'individu ira souvent jusqu'au bout du processus sans comprendre le pourquoi de celui-ci. Un comportement analogue peut être celui du joueur d'argent qui va sciemment jusqu'à la ruine et déclare « c'est/c'était plus fort que moi ! »…

Encadré 1.12
Remarque

En résumé, l'objectif conscient de l'Hyper peut être plus ou moins occulté, pour les autres en général ou seulement pour certains autres selon les cas. Cette crainte peut avoir comme source :

- soit la honte sociale,
- soit la peur d'être privé de l'objet de l'Hyper

Troisième étape : procédures opérationnelles de recherche de l'Hypo (ou des Hypos) de l'Hyper

Un patient en Hyper inefficace et en échec d'Hyper vient voir son thérapeute et lui demande de le soulager. Après avoir effectué un premier travail cognitif sur l'Hyper, il va mieux. Le thérapeute aura éventuellement réalisé en sus un travail comportemental sur un Hypo qui empêchait cet Hyper d'être efficace. À ce stade, le thérapeute doit tenter de motiver son patient pour travailler le ou les Hypo(s) sous-jacent(s) à l'Hyper afin de pérenniser le traitement, sans quoi le bénéfice reste toujours fragile et provisoire. Notons qu'une des difficultés de cette étape peut être que le patient n'est plus « suffisamment » mal en point pour se donner une raison de se confronter à l'Hypo. Nous retrouvons une situation analogue lorsqu'un individu malade prend le début de son traitement médicamenteux mais l'interrompt prématurément dès qu'il commence à se sentir mieux. Il est encore fragile et susceptible de rechuter facilement.

Une fois que la motivation du patient est établie, la question est de savoir comment chercher l'(les) Hypo(s) de l'Hyper de façon rigoureuse.

La TNC offre aujourd'hui trois principales stratégies :

- les deux premières permettent de rechercher les Hypos sous-jacents à tout type d'Hyper, mais plus particulièrement aux Hypers dits basiques ;
- la troisième est plus spécifiquement destinée à trouver les Hypos-métas, lesquels sont à l'origine d'Hypers-Méta.

Ces différentes stratégies ou méthodes découlent toutes directement de la compréhension du modèle présenté précédemment. Nous les développons ci-après.

a) La méthode de « saturation de l'Hyper »

Cette méthode consiste tout d'abord à demander au patient de se projeter dans un monde imaginaire et parallèle, dans lequel il obtiendrait désormais « miraculeusement » tout ce qu'il attend de son Hyper. Le thérapeute lui pose alors la question de savoir ce qui serait différent dans ses pensées, ses actions et sa vie en général dans ces nouvelles conditions.

Plus précisément, il cherchera à déterminer quelle(s) sont les liberté(s) supplémentaire(s) que le patient acquerrait dans un tel monde. Lors de ce questionnement, il y a lieu d'insister particulièrement sur la partie « active » de ce bénéfice, c'est-à-dire sur ce qu'il lui donnerait le droit de faire ou d'être. Cela permet de mettre en évidence les actions qu'il ne souhaite d'ordinaire pas mener ou représenter par manque de confiance en lui (objet de l'Hypo).

En revanche, le thérapeute sera dispensé de poser des questions sur ce que le patient attendrait passivement de la situation, car il ne ferait que déceler à nouveau l'objet d'Hyper. Afin d'éviter cela, le thérapeute peut au besoin rappeler au patient qu'il a déjà obtenu tout ce qu'il pouvait concevoir d'attendre (d'où le nom d'exercice de « saturation fictive »). Ceci l'oblige à se recentrer sur l'avantage que ladite situation lui apporterait en termes d'actions auxquelles il pourrait donner du sens, et pour lesquelles il y aurait du plaisir là où il n'y a ordinairement ni désir, ni sentiment de capacité. Ce sentiment d'incapacité est typique de l'Hypo.

Si le patient reste incrédule devant la possibilité d'un tel miracle, il est nécessaire de rappeler que cet exercice est purement imaginaire et destiné à explorer les rouages cachés de l'Hyper. On peut donner par exemple l'image du génie d'Aladin qui pourrait exaucer tous les vœux du patient. Considérant cela, on peut demander au patient ce que cela changerait pour lui, dans sa vie, et qui s'ajouterait à la satisfaction idéale de l'attente brute générée par l'Hyper. Nous présentons ci-dessous, un exemple de série de

questions permettant de cerner de façon de plus en plus précise l'objet de l'Hypo.

Exemple :

« Si votre ami(e) vous donne autant de reconnaissance que vous pouvez idéalement en concevoir et en espérer, qu'est-ce que cela pourrait vous apporter de plus que ce grand bonheur ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

« Plus précisément, qu'est-ce que cela pourrait changer dans votre vie de plus que ce grand bonheur, par exemple dans votre rapport à vous-même ? »

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

« Plus précisément encore, qu'est-ce que cela pourrait changer dans votre vie de plus que ce grand bonheur, par exemple dans vos actions ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

... Dans vos plaisirs ? »

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

« Qu'est-ce vous pourriez faire que vous n'osiez pas faire jusque-là ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

... Dans vos relations avec votre ami(e) ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

... Avec vos autres relations ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

... Au travail ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

... Lorsque vous êtes seul(e) ? »

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

etc.

Sur un plan théorique, nous partons du principe que l'objet caché est contenu dans l'objet apparent. La méthode consiste alors, de façon imagée, à mettre en quelque sorte l'amplificateur au plus haut pour tenter de faire apparaître « l'infraliminal » et le rendre ainsi observable par le thérapeute et davantage conscientisable par le patient. On sature donc le gain de l'objet apparent de l'Hyper (objet B sur le schéma x), ce qui permet d'amplifier l'effet compensatoire de l'Hyper qui tend à obtenir l'objet caché de l'Hypo (objet A). Notre expérience clinique nous montre que tout se passe comme si l'objet apparent de l'Hyper, à un certain degré d'intensité et de satisfaction, pouvait « tamponner », cautionner et rendre assumable le comportement tabou de l'Hypo. C'est du moins ce que disent souvent les patients quand ils répondent à la série de questions supra.

Leurs commentaires ressemblent à cela :

« Alors, oui, si j'obtenais tout cela (l'objet de l'Hyper) avec l'assurance que ce soit pour toujours, alors ça me donnerait le droit de donner mon opinion et de vivre tranquillement des moments de solitude. Je n'aurais plus besoin de la validation de x (x pouvant être une reconnaissance, un diplôme, de l'argent, etc.). Je pourrais l'assumer, m'assumer et peut-être prendre du plaisir à cela. Pour l'instant cela me paraît inassumable et même mortellement ennuyeux, comme si je m'ennuyais moi-même et que j'avais jusqu'ici besoin de cela (l'objet de l'Hyper) pour donner sens à ma vie. »

Par ailleurs, en saturant l'objet conscient, on libère la personne du sentiment de manque, de la peur de l'échec et de l'obsession puisque son second point de consigne est enfin atteint. Ceci permet de focaliser son attention sur l'Hypo plutôt que sur l'Hyper qui lui fait d'habitude ombrage.

b) La Méthode « du Sevrage d'Hyper »

Cette méthode est le miroir de la précédente. Elle consiste à demander au patient d'imaginer un monde parallèle dans lequel il ne pourrait jamais avoir accès à l'objet d'Hyper. La question que l'on pose ensuite au patient est de savoir ce qu'il perdrait, au-delà de l'Hyper. Pour éviter de déclencher une Phase 3 ou 4 (RH), il

convient de préciser et rappeler dans la foulée : « *Ceci dans un monde imaginaire, où cette dimension aurait disparu, où plus personne n'y penserait ni ne l'obtiendrait…* » (la finalité de cette remarque est d'éviter le processus puissant de la jalousie en Hyper).

Voici un exemple de série de questions de Sevrage d'Hyper :

« Plus précisément, en plus de la perte collective et définitive de l'Objet de votre Hyper, qu'est-ce que vous perdriez de plus que l'Hyper, qui soit de l'ordre de vos actions, mais pas de vos attentes ?

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

… Qui soit de l'ordre de vos plaisirs personnels, individuels, ou relationnels, mais qui soit d'un autre ordre que ceux de l'Hyper ? Ces pertes peuvent sembler n'avoir aucun lien apparent avec votre Objet conscient d'Hyper. »

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

« Vous pouvez supposer que ces plaisirs ou actions perdraient tout sens si cet Hyper disparaissait, qu'à partir de là, vous n'en éprouveriez plus aucune satisfaction, ni désir ? »

(Le thérapeute peut ici laisser au patient le temps nécessaire pour répondre)

Etc.

D'un point de vue théorique, cette méthode est construite sur un principe inverse à la précédente : on tente de faire apparaître l'objet caché par son manque. Nous pourrions dire, en reprenant l'analogie évoquée plus haut, que l'on met l'amplificateur à zéro pour mettre en évidence la disparition de l'objet infraliminal de l'Hypo. Sa disparition « totale » permettra, par contraste, de le rendre détectable par le thérapeute et mieux conscientisable par le patient. En supprimant définitivement l'objet d'Hyper non seulement de sa vie mais de la vie en général, on démasque la « caution » qu'apporte celui-ci. Tout se passe en effet comme si l'objet de l'Hyper révélait ainsi ce qu'il fait de plus que ce qui est apparent. Les patients ont alors par exemple le type de commentaire suivant : *« Effectivement, si les chiens n'existaient plus ou s'il n'y avait plus personne à aider, tout le monde serait autonome et heureux. Alors ça ne vaudrait plus la peine que je me fasse à manger… car je prépare en même temps pour le chien (c'est-à-dire pour les autres). Ce ne serait pas non plus la peine que*

je sorte pour me promener car je sortais pour faire prendre l'air au chien ou à mes enfants quand ils étaient petits. En fait, je n'aurais plus envie non plus de ceci ou de cela… Tout ce qu'on vient de voir deviendrait en quelque sorte sans aucun intérêt, mortellement ennuyeux pour moi. C'est comme si je m'ennuyais tellement moi-même que j'avais jusqu'ici besoin de mon chien ou des autres pour donner vie à ma vie. »

Le thérapeute constatera qu'il est souvent nécessaire de refaire plusieurs fois ces exercices et d'alterner ces deux méthodes au cours de plusieurs séances de thérapie. On peut observer que, de fois en fois, les idées du patient (et du thérapeute) se précisent et la prise de conscience de l'objet caché de l'Hyper (A) s'éclaircit. Il est donc important, encore une fois, de rappeler régulièrement la pédagogie de l'Hypo (explication du processus), et de réaliser un travail cognitif parallèle de prise de recul et de relativisation des notions de jugements moraux en distinguant par exemple la morale de l'éthique (cf. méthodes telles que l'ACT, Hayes *et al.*, 2003, op. cit., la Gestion des Modes Mentaux ou GMM, Fradin *et al.*, 2008, op. cit.).

À ce stade de la thérapie, la personne pourra confirmer à son thérapeute, au fur et à mesure qu'elle se familiarise avec cette réflexion et avec l'introspection, ce qui constitue exactement l'objet caché de l'Hypo. La personne est alors convaincue de l'intérêt de travailler cet ou ces Hypo(s). Il sera bien sûr nécessaire, comme évoqué précédemment, de vérifier que le Contenant mis en évidence est effectivement celui de l'Hypo en cause dans l'Hyper fauteur de trouble.

Sauf erreur de procédure, les éléments recueillis à l'aide de cette technique, qui relèvent de l'action et non de l'attente, qui apparaissent ou disparaissent en plus de l'objet immédiat de l'Hyper, sont en principe de l'Hypo. Si tel n'est pas le cas, il faut alors reprendre la démarche, car on pourra s'apercevoir le plus souvent que l'on a simplement fait une confusion entre « l'actif » et « l'attente » (souvent causée par un « glissement »), et que l'on a recueilli des éléments relevant essentiellement de l'Hyper.

Une fois tous les (éventuels) problèmes résolus, il ne reste plus qu'à travailler le ou les Hypos « industriellement », en n'omettant pas de réaliser là aussi une pédagogie et une préparation cognitive

ad'hoc. La confrontation d'Hypo met à l'épreuve non seulement la pratique du thérapeute, mais également le modèle en lui-même à travers son caractère prédictif :

1. pendant le travail d'Hypo, la personne ne doit plus avoir de symptômes de RH ni d'Hyper. Dans le cas contraire, c'est qu'il y a une erreur de diagnostic et que la personne n'est pas en train de travailler un Hypo (ce dernier étant par définition disjoint de l'Hyper et de la RH) ;
2. après le travail de confrontation à l'Hypo, le thérapeute doit vérifier si l'évocation de la situation d'Hyper – qui générait avant l'exercice un vécu de frustration douloureuse, voire insupportable – provoque toujours autant de mal-être. Le thérapeute doit interroger le patient pour savoir si son anxiété d'Hyper, son amertume et/ou sa douleur morale de RH sont égales ou ont diminué ;
3. si toutes les étapes de la démarche ont été correctement menées, alors les symptômes de cet Hyper se seront affaiblis en proportion de la baisse des symptômes d'Hypo visibles en affrontement (grâce à l'intensité de la Résonance). Ceci est plus particulièrement vrai lorsqu'il n'y a qu'un seul Hypo qui confère son caractère Hyper à l'objet apparent ;
4. s'il y a plusieurs Hypos associés à l'objet d'Hyper, alors l'Hyper aura malgré tout diminué de façon significative, car en principe le thérapeute aura travaillé en priorité l'Hypo ayant le plus d'impact. Même si le thérapeute pose des questions qui d'ordinaire étaient douloureuses moralement pour le patient, cela ne se produit plus ou significativement moins. Souvent, la personne est déroutée, car ce vécu est totalement inhabituel et inattendu, certains en parlent comme d'une « anesthésie » de la douleur morale.

c) La Méthode de « Recherche de l'actif du passif »

Cette troisième stratégie s'applique aux Hypers d'attente et notamment aux Hypers-Méta. Nous la développons dans le chapitre 1.7.3. (voir infra.), car diagnostic et traitement ne font presque qu'un dans ce cas.

Voir aussi la Fiche Diagnostique Synthétique/Trouver l'Hypo de l'Hyper (voir Annexe 8), qui évoque toutes les techniques existantes à ce jour en TNC sur le sujet…

6.3. Exemple de cas clinique : Recherche de l'Hypo de l'Hyper par méthode de sevrage

Une patiente en cours de traitement a un hyper sur la guitare et on veut en savoir un peu plus à ce sujet.

On lui pose donc les questions citées plus haut pour qu'elle dise quels changements interviendraient dans sa vie si elle ne pouvait plus en faire. Ses premières réponses évoquent l'ennui et l'absence d'une dimension artistique. On insiste et l'on voit monter l'angoisse. À cet instant, il est nécessaire d'éviter la RH et pour cela de faire appel à l'imaginaire. On parle par exemple d'un séjour dans un pays perdu où la guitare n'existe pas. Cet exercice est bien sûr plus délicat en Phase d'échec d'Hyper ou en RH (Phases 3 et 4). Si l'on a toutefois besoin de l'aborder, il faut le faire avec beaucoup de prudence et après une préparation pédagogique approfondie et une adhésion réelle de la part du/de la patient(e). Il est également judicieux de commencer, au moins la première fois, par l'exercice de saturation.

Lorsque la patiente se retrouve devant l'Hypo, elle commence à réfléchir plus sérieusement, elle dit qu'elle perdrait certains bénéfices qu'elle ne peut pas atteindre autrement que par ce biais détourné, caché. Elle vient de prendre conscience, non pas instantanément ni clairement, mais au fil de l'interrogatoire, de ce qu'elle ne pourrait plus faire ou ressentir dans ce cas imaginaire. Nos questions vont alors porter sur la recherche d'autres objets d'Hyper « cousins », qui pourraient servir à la même chose.

Dans le cas évoqué, on va progressivement découvrir que cet Hyper [sur la guitare] recouvre en fait le besoin plus général de [se faire des relations]. On se rend compte que le seul « alibi » assumable qu'elle ait jusqu'ici pour rencontrer des gens, c'est son club de musique où elle joue.

Si l'on cherche encore un peu plus loin, on s'aperçoit qu'elle a un Hypo puissant sur le fait de parler sans mobile précis, concret et

immédiat. Les sujets ordinaires tels que la santé, le temps, la politique, lui paraissent ridicules. Elle ne peut qu'évoquer un thème justifié par une réalité concrète dans sa vie. D'ailleurs, même sa thérapie en est perturbée. Elle arrive en séance et ne trouve ordinairement rien à exprimer. Tout lui paraît rapidement futile. Elle ne termine pas ses phrases et répond souvent par oui ou non aux questions, ou de façon lapidaire, technique. La seule exception à cela est la musique. Elle se montre loquace sur le sujet, mais elle éprouve de la fébrilité et regrette après d'avoir tant parlé. On atteint alors le niveau de « l'objectif occulte ». À ce stade, une bonne confiance thérapeutique est plus que jamais nécessaire car avec cette révélation, la patiente a le sentiment d'entrer dans une zone interdite et glauque qu'est l'Hypo.

On ne doit donc lui laisser aucune possibilité de repli mais l'amener avec douceur et tact à s'avouer consciemment cet objectif jusqu'ici totalement inconscient. Elle pensait juste n'être passionnée que de musique et mépriser le reste. L'objet occulte finit toujours par apparaître en filigrane. On essaie alors de voir s'il appartient aux Hypos déjà identifiés ou s'il s'agit d'un nouvel Hypo jusqu'ici non décelé par les résonances. Dans ce dernier cas, pour pouvoir identifier plus précisément le paramètre actif, on va devoir procéder « classiquement ». Il faudra inventer, en collaboration avec la personne, des situations comparables de Résonance puis tester par l'affrontement imaginaire qu'il s'agit bien du Contenant d'Hypo sous-jacent à l'Hyper qui nous importe.

Dans la plupart de nos dossiers cliniques, nous retrouvons souvent, à un stade avancé du travail thérapeutique, les mêmes Hypos majeurs générateurs d'Hypers. Mais nous ne cessons de nous féliciter de refaire chaque fois le travail « proprement » et de ne pas considérer que les Hypos standards. En effet, c'est notamment à la finition que la qualité du travail est déterminante : si l'on n'a pas saisi le véritable paramètre actif de l'Hypo, alors l'affrontement de celui-ci ne produira rien. Certes, un Hypo correctement travaillé et traité ne produit plus de symptômes d'Hypo, mais avant cela nous devons observer la disparition essentiellement progressive mais durable des Résonances et des Hypers associés à l'Hypo. Un Hypo qui « fond » est comme la banquise, il se réduit de plus en plus et pour l'atteindre, il est nécessaire de viser de plus en plus juste. Or,

« plus petit » ne veut pas toujours dire en proportion « beaucoup moins pathogène » : c'est souvent le cœur du paramètre actif qui fond en dernier, et souvent la partie qui est enchâssée dans d'autres Contenants (notamment les Personnalités Secondaires, cf. Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit.).

7. La Thérapie neurocomportementale des Hypos

La thérapie neurocomportementale des Hypos est un des cœurs de la TNC, avec celle du Positionnement Grégaire (PG). En effet, les Hypos constituent des entités cliniques extrêmement répandues pour ne pas dire universelles, car il s'agit là d'un mode de régulation sociale primitif : nous sommes donc à la frontière entre physiologie et pathologie.

Si l'Hypo est un constituant normal de la vie individuelle et sociale, s'il constitue même un outil éducatif ordinaire, c'est parce qu'il s'avère « efficace ». Chaque fois que l'on se moque d'un enfant, par exemple en lui disant « *un grand garçon ne pleure pas !* », on est dans le périmètre de la constitution des Hypos. Lorsque l'on a fait ressentir un peu de ridicule à un enfant sur un sujet, d'aucuns peuvent penser qu'ils auront « *enfin la paix* », et que l'enfant ne recommencera plus. C'est pourquoi beaucoup de parents, enseignants ou éducateurs s'en servent. Nous supposons également que de nombreux Hypos se construisent par mimétisme : « *j'ai vu un autre enfant ou adulte se faire ridiculiser de telle façon, alors je vais bien me garder de faire la même chose ».* Au-delà d'un tel mimétisme, notre expérience clinique nous laisse penser qu'il peut suffire de présumer que telle attitude donnerait lieu à un rejet, pour adopter l'attitude opposée et constituer un Hypo. Car il y a un enjeu lié au fait de respecter Hypo : l'intégration au groupe social. Les enfants sont à ce titre extrêmement sensibles au ridicule et à la honte, et en désir de normalisation.

Point donc besoin de traumatisme moral pour acquérir des Hypos ou tabous. Il se peut également que ceux-ci puissent être construits à l'aide de la valorisation de certaines actions ou

comportements, la fierté pouvant parfois être le miroir de la honte : « *tu n'as pas pleuré, tu es courageux, tu es un grand garçon !* » peut inciter à penser que pleurer est synonyme de manque de courage et d'enfantillage, ce qui est généralement peu valorisé.

Il est à noter que la personnalité de chacun influence également la nature des Hypos recueillis. Une personne qui présentera par exemple un tempérament très social et attentif au « bon goût » sera beaucoup plus perméable à des Hypos sur l'habillement, sur ce qui se porte ou pas au sein du groupe social. Un tel Hypo se construira plus difficilement chez un individu qui présente un tempérament plus « sauvage » ou introverti.

Ce qui va surtout définir le caractère plus ou moins pathogène d'un Hypo est la mécanique qu'il impose dans la vie de l'individu, dans son action ou pourrait-on dire, sa « position » dans l'espace mental du patient. En d'autres termes :

- Cet Hypo est-il « mal placé » ? Entrave-t-il la pleine expression de ses motivations spontanées et de l'épanouissement de sa ou ses « vocations » ?
- Cet Hypo empêche-t-il notre capacité d'autonomisation, de résilience et d'adaptation (qui serait liée notamment à l'activité du CPF) ? Certains Hypos peuvent en effet aller à l'encontre du bon développement du raisonnement et de l'intelligence. Ils peuvent être générés à l'issue de réflexions dites avec agacement, telles que, par exemple : « *Pourquoi tu dis toujours pourquoi ?* ». Un Hypo sur le fait de poser des questions en vue de comprendre peut affecter notre capacité à faire face à ses études, apprendre un métier, gérer avec recul ses difficultés…
- Cet Hypo dérange-t-il nos capacités relationnelles et sociales ? Les Hypos-Métas, par exemple, engendrent souvent des complexes, c'est-à-dire une difficulté à apprendre en présence des autres, parce que l'on s'est senti ridicule de ne pas savoir. Ces Hypos sont souvent générés par des commentaires tels que « *Ah, tu ne sais pas ça toi !?* ». Dans ce cadre, moins l'individu ose manifester le fait qu'il ne soit qu'à un stade d'apprentissage, plus l'Hypo est renforcé et se cristallise. Ce qui n'est au départ que la cause d'un léger retrait social (par exemple : « *je ne parle pas beaucoup en classe* »), fait le lit d'un véritable déficit cumulé

d'apprentissage de tout ce qui se fait devant les autres (la gymnastique, l'aisance orale...).

Ce type de situation justifie pleinement le fait que des Hypers viennent progressivement chercher à compenser les déficits les plus saillants, accompagnés des avantages et des inconvénients que l'on a déjà commentés.

La dépendance psychologique, relationnelle et sociale que produit l'Hyper ne fait que commencer. Elle apporte avec elle l'anxiété, la timidité et autres « petits bobos à l'âme » qui ne vont faire que s'amplifier et finir d'égarer l'individu. Il ne sera plus seulement privé de libertés sociales et individuelles (de celles qui sont autorisées par l'éthique), il ne sera plus seulement dupe de cette adhésion cognitive aux interdits et tabous en question, il sera de surcroît happé par l'obsessivité de l'Hyper. Celle-ci lui laissera de moins en moins le loisir de penser à autre chose, et s'accompagnera d'une douleur morale rémanente lors des Phases 3 (échec avec sentiment d'avoir le poids du monde qui tombe sur ses épaules, d'être privé de quelque chose d'irremplaçable et désormais inaccessible) et 4 de l'Hyper (résignation, amertume, découverte de la jalousie maladive, rupture qui s'élargit avec son environnement social pour qui on devient « difficile à vivre »).

Notre expérience clinique d'une vingtaine d'années nous conforte dans l'idée que le traitement de l'Hypo, comme celui des phobies simples, est efficace et définitif. Un Hypo traité ne revient pas. Le délai pour obtenir ce résultat est néanmoins très variable. Il dépend de plusieurs facteurs que sont :

1. L'ancienneté de l'Hypo : plus l'Hypo s'est constitué tôt dans l'enfance, plus il semble résistant.
2. La synergie de l'Hypo avec une simple antivaleur ou son enchâssement dans celle-ci. L'hypo renforce dans ce cas l'antivaleur. Ceci rend le travail d'affrontement thérapeutique plus spécifique (on peut agrémenter les exercices des caractéristiques et antivaleurs liées à la personnalité de l'individu) et nécessite un travail cognitif parallèle de relativisation de ces antivaleurs (à l'aide de la Gestion des Modes Mentaux ou GMM par exemple).
3. La nature de l'Hypo : la thérapie des Hypos-Méta est plus difficile et longue car ceux-ci nous échappent plus facilement lors de

l'affrontement. Il est nécessaire de les appréhender avec des méthodes qui leur sont propres.

4. Le transfert que l'on fait de ses nouvelles libertés dans sa vie réelle : tant qu'un affranchissement d'Hypo ne sort pas du cadre des séances de thérapie pour s'installer progressivement dans notre vie privée puis sociale, voire professionnelle (au sens du socialement acceptable), alors la libération peut rester partielle et le soulagement des Hypers/RH ne sera qu'en proportion.

Pour conclure, notre expérience clinique nous montre que nous ne pouvons observer de résultats durables sur la partie qualifiée de névrotique en psychanalyse (que nous qualifierions de Néolimbique en TNC), tant que l'on n'a pas identifié et traité les Hypers/RH gênants et les Hypos qui sont à leur origine. Certes un travail cognitif et/ou neurocognitif (à l'aide de techniques telles que la GMM, l'ACT ou la Mindfulness) peut améliorer sensiblement notre capacité à gérer nos émotions, mais il ne permettra pas de traiter cette tendance pathologique.

7.1. L'affrontement d'Hypo Basique

La Pédagogie

La partie pédagogique de cette thérapie consiste à définir et faire découvrir ce qu'est la cascade Hypo-Hyper-RH quels sont les liens entre ces différents mécanismes. On y aborde donc les notions suivantes :

1. Les lois cybernétiques ou systémiques biologiques amenant à l'idée que l'Hypo est contourné et compensé.
2. Le phénomène de régulation sociale permettant de définir l'identité du groupe notamment au travers de comportements permis et interdits.
3. Le fait que l'Hypo et l'Hyper ne soient pas des comportements antinomiques : l'Hyper se substitue à l'Hypo, mais n'est pas son contraire. Il est une façon d'utiliser ce qui est permis pour obtenir ce qui est interdit.
4. La conséquence tardive et indirecte de ces deux processus est la RH.

Un autre type de pédagogie consiste à faire évaluer au patient ce que d'autres Hypos (que le patient n'a apparemment pas) entravent chez les autres. Dans un premier temps, le thérapeute commence par évoquer les Hypos issus d'une autre culture que celle du patient. Il est relativement aisé de bien lui faire comprendre, avec tout le recul nécessaire, à quel point ces Hypos handicapent les individus de cette autre culture pour objectivement profiter de certaines choses, éprouver certains plaisirs et faire certaines expériences. Dans un second temps, le thérapeute étend l'exploration des Hypos aux proches du patient. Ce dernier se rend alors compte qu'il a tendance à plaindre ceux qui ont des interdits (complexes, agacements, etc.) qu'il n'a pas. C'est alors le moment, pour le thérapeute, d'aider son patient à se « méta-motiver » à rechercher et identifier ses propres Hypos, en lui faisant comprendre et extrapoler le manque que cela lui procure. Malheureusement, à ce stade, le thérapeute est souvent confronté au vide mental (cf. Chapitre 1.2.2.2) de l'Hypo du patient, lequel génère un refus « d'aller voir » et une absence totale de motivation.

Dès lors, la négociation de la recherche d'Hypo doit commencer en évoquant les troubles induits par l'Hyper de l'Hypo, notamment dans ses phases 3 (correspondant à l'échec d'Hyper, c'est-à-dire à une phase de sevrage, très douloureuse, voire suicidaire) et 4 (soit la RH, qui génère amertume et dépression).

La recherche d'Hypo

Comme nous l'avons vu plus haut, le thérapeute peut chercher les Hypos – essentiellement basiques – des Hypers, grâce aux méthodes de saturation et/ou de sevrage.

Le thérapeute doit, après cette recherche, vérifier les Contenants des « objets » identifiés avec les méthodes précédentes. Cette vérification s'établit via la mise en évidence d'une Résonance Émotionnelle d'Hypo que sont :

1. Un vécu d'agacement (résonance en Lutte).
2. Un vécu de gêne ou de ridicule (résonance en Fuite).
3. Un vécu d'admiration larmoyante (résonance en Inhibition).

Suite à cette vérification, le thérapeute doit identifier le paramètre actif de l'Hypo. Pour cela, il doit poser des questions ouvertes sur la

forme mais fermées sur le fond. Par exemple :

Patient (P) : « *Je ne supporte pas les gens qui coupent la parole…* »

Thérapeute (T) : « *"Je ne supporte pas…", c'est-à-dire ?* »

P : « *Je veux dire que ça m'agace ou ça me gêne, ça dépend des fois…* »

T : « *Qu'est-ce qui vous agace ou gêne dans ce comportement ?* »

P : « *Le fait de ne pas écouter ce que l'interlocuteur répond à la question qu'on lui a pourtant posée…* »

T : « *Et pourquoi cela vous agace-t-il ou vous gêne-t-il ?* »

P : « *Parce que cela montre qu'on ne le respecte pas…* »

T : « *Et pourquoi cela vous agace-t-il ou vous gêne-t-il ?* »

P : « *Je ne sais pas quoi dire de plus… c'est insupportable, ça me met en furie, cet irrespect* ».

À l'issue de cette étape, le thérapeute réalise un test comportemental d'affrontement d'Hypo. Dans la continuité de l'exemple sus cité, le thérapeute évoque au patient le fait que celui-ci va devoir jouer théâtralement le comportement gênant ou agaçant et méprisable. Le thérapeute observe alors le comportement global et les micro-comportements du patient. Si le diagnostic est correct, il doit voir apparaître :

1. un sourire de gêne (flou, en « banane ») ;
2. une sensation de chaleur qui envahit le haut du corps du patient, comme une bouffée de chaleur. Cette sensation est indirectement perceptible par le thérapeute dans la mesure où elle amène souvent la personne à enlever les couches superficielles de ses vêtements, ou provoque le rougissement de son visage.

L'affrontement ou le traitement de l'Hypo

Une fois le test d'affrontement effectué avec succès, le thérapeute peut conduire le patient à l'affrontement d'Hypo à proprement parler. Tout au long de cet affrontement, il prendra soin de vérifier que le patient ne présente pas d'autre vécu que ceux-ci :

- un vide mental ;
- du mépris ou de l'agacement si l'affrontement est en Lutte ;

- de la honte ou de la gêne, i.e. une sensation de ridicule si l'affrontement est en Fuite ;
- ou de l'admiration avec émotion, i.e. une sensation de sublime et d'inaccessible mais admirable si l'affrontement est en Inhibition.

Si le vécu induit est différent, il sera absolument nécessaire de recommencer l'identification, tout d'abord, du paramètre actif.

Si le vécu d'Hypo est manifeste et confirme le diagnostic, il est cependant particulièrement souhaitable d'éviter le vécu d'affrontement en Lutte. Il sera plus adapté de provoquer les vécus de gêne ou de sensation de sublime, bien que ce dernier soit assez rare (il n'est pas fréquent de s'auto-admirer pendant un affrontement d'Hypo). L'affrontement en Lutte induit ordinairement une sensation très désagréable et notamment ce que l'on appelle des « pseudo-vérifications ». Nous parlons de pseudo-vérification au lieu de vérification chaque fois qu'il s'agit d'une vérification réalisée dans une dimension émotionnelle et trompeuse, par opposition à une vérification réalisée dans une dimension de rationalisation des événements[44]. Par exemple, si un individu est complexé par un Hypo-Méta/Hyper-Méta et prend la parole dans un groupe pour essayer de dépasser mon problème, et que quelqu'un se moque de lui, alors il « pseudo-vérifie » qu'il n'aurait pas dû se livrer à ce genre d'exercice. Il a le sentiment d'avoir fait quelque chose de grotesque voire de condamnable et qu'il aurait mieux fait de se taire. Pire, il risque dans ce cas d'en tirer la conclusion que cet exercice est stupide, méprisable, voire dangereux : le niveau d'adhésion cognitive à l'interdit est dans ce cas maximum et l'affrontement devient en général vite impossible à poursuivre. Il n'est pas rare, faute d'un arrêt rapide de l'affrontement, d'une reprise de contact, d'une pédagogie *ad'hoc*, et d'une méta-communication si nécessaire sur l'erreur commise, que la pseudo-vérification induise une rupture thérapeutique ou tout du moins un refus de poursuivre la part comportementale de la TNC (notamment sur l'Hypo). Si l'Hypo ou autrement dit le tabou social, est vraiment massif, le patient peut même finir par être choqué que l'on puisse suggérer de telles attitudes, même « pour rire » (sic), même en jeu théâtral, même pour traiter une pathologie. C'est interdit et on ne plaisante pas avec ceci. À l'extrême, ceci pourrait déclencher une violence « justicière » car ce que l'on a fait ou proposé de faire est « sacrilège ». Ce type

de réaction et d'adhésion est cependant de plus en plus rare, notamment en Europe, mais cela semble dépendre des cultures.

Le thérapeute s'assure donc que le vécu d'Hypo est en gêne ou éventuellement en « admiration larmoyante », et pour cela joue des paramètres dits modulateurs. Comme leur nom l'indique, ils ne sont pas des déclencheurs binaires (effet on/off) du Contenant qui nous intéresse, mais ils en modulent l'intensité et/ou la nature. Par là même, un paramètre modulateur pourra induire le type de vécu (agacement, gêne ou admiration larmoyante en ce qui concerne l'Hypo).

Par ailleurs, certains paramètres modulateurs augmentent l'intensité de l'affrontement et d'autres le diminuent. L'augmentent ceux qui génèrent du bruit, du volume gestuel, de l'amplitude des tonalités de la voix et tout ce qui rendrait le comportement plus crédible aux yeux d'un non averti. Impliquer le paramètre modulateur produisant le plus d'intensité dans l'exercice permet de faire en sorte que celui-ci soit plus efficace. Par analogie à la navigation à voile, on pourrait considérer que l'on déploie la voilure pour optimiser la prise au vent. Ainsi, lorsque l'affrontement perd de son intensité, le thérapeute peut dire à son patient : « *Essayez de jouer de telle sorte que si un inconnu rentrait à ce moment dans la pièce et n'était pas prévenu de la situation, il penserait que vous êtes naturellement comme ça* ».

Il existe également les paramètres modulateurs qui éloignent l'affrontement du réel, permettant ainsi d'éviter une pseudo-vérification ou une confrontation trop importante qui rendrait l'exercice difficile à réaliser pour le patient. À l'image de l'analogie en navigation, on diminue la voilure en cas de mer agitée. Pour ce faire, il est possible de caricaturer le comportement, notamment de façon enfantine ou drolatique, *i.e.* peu crédible (à l'image de spectacles de Guignol ou de la *Commedia Dell'Arte*). Un tel jeu permet à l'individu d'assurer un minimum de « défausse » et de distance entre lui et le personnage joué : ce dernier est tellement caricatural qu'il ne peut ressembler à la réalité, donc à l'individu. Cette façon de jouer permet d'adopter le comportement tout en ayant l'air « de ne pas en être ».

Les paramètres modulateurs permettent donc au patient et au thérapeute de transformer le mur que représente l'affrontement d'Hypo en escalier, puis si possible d'améliorer l'efficacité de

l'exercice. Avant toute chose, ils permettent de passer du caractère sérieux sinon insupportable de l'adhésion forte à l'Hypo, à un état d'esprit plus ludique (d'où le nom d'*art dédramatique* que l'on a également donné au traitement comportementaliste de l'Hypo).

7.2. L'arrêt d'un exercice d'affrontement d'Hypo

Le thérapeute doit choisir d'arrêter l'affrontement de l'Hypo dès que le vécu d'affrontement s'amenuise, même un peu. Ceci est particulièrement vrai si l'affrontement est intense et que la phase plateau de la gêne (voire du fou-rire) dure plus de quelques minutes (3 à 5 minutes). On ne cherche pas à continuer de trop l'affrontement car on rencontre souvent de nouvelles phases de résistance, notamment si l'Hypo est enchâssé dans des antivaleurs liées à sa personnalité (voir les notions de quotas et bascules). Il est peu souhaitable de devoir arrêter en phase de blocage, surtout si on a « glissé » vers un vécu d'affrontement en Lutte (ce qui est fréquent dans le cas décrit d'interférence avec une antivaleur). Dans un tel cas, il faudra sans doute (re-)travailler la prise de recul vis-à-vis de l'adhésion cognitive à l'antivaleur avant de reprendre l'affrontement d'Hypo.

Après l'arrêt du travail d'Hypo, le thérapeute évalue l'impact de l'exercice sur la résonance initialement identifiée : elle doit avoir diminué en proportion de ce que l'on a observé pendant l'affrontement comportemental, car ce sont deux facettes du même objet mental.

De la même façon, le thérapeute doit également vérifier l'impact de l'exercice sur l'Hyper en lien avec l'Hypo travaillé. L'intensité doit avoir diminué en proportion de l'Hypo traité. Si tel est le cas, l'anxiété, l'ambivalence de l'Hyper, la souffrance morale ou l'amertume de la RH correspondante ont également diminué selon les mêmes dimensions. Dans le cas contraire, c'est que le thérapeute, d'après notre expérience, aura perdu le fil de la démarche, en passant d'un Contenant à un autre ou d'un contenu (ou paramètre actif de l'Hypo) à un autre. En revanche, si l'amélioration est partielle et manifestement pas à la mesure du

travail d'Hypo effectué, c'est sans doute parce que l'Hyper est en lien avec plusieurs Hypos.

Le thérapeute doit arrêter l'affrontement que celui-ci s'avère pertinent et efficace ou non. En effet, si l'impact thérapeutique de l'exercice sur l'Hyper et la RH est nul ou partiel comparativement au travail d'Hypo réalisé, le thérapeute doit malgré tout arrêter l'exercice. Si le thérapeute venait à persévérer, cela pourrait être vécu par le patient comme un acharnement thérapeutique comportemental sur un Hypo, ce qui induit presque systématiquement un « décrochage thérapeutique » voire une perte de confiance vis-à-vis du thérapeute et/ou de la thérapie en cours ou en général. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on traite des Hypos Basiques[45] et que l'on se situe au commencement de la thérapie, lorsque l'individu n'est pas encore complètement familier de ce type d'exercice et des bénéfices qu'il peut produire. Il est plus souhaitable que le thérapeute applique à nouveau, lors d'une séance ultérieure, les méthodes de saturation et sevrage.

À la suite d'un affrontement réussi, il est utile de réaliser un débriefing avec le patient. Ce compte-rendu réalisé avec le patient est souvent riche en termes de prise de conscience et de découverte : la personne perçoit la puissance de la « cécité critique sélective » autrement dit de l'aveuglement induit par l'Hypo avant l'exercice. Cela apparaît généralement comme saisissant.

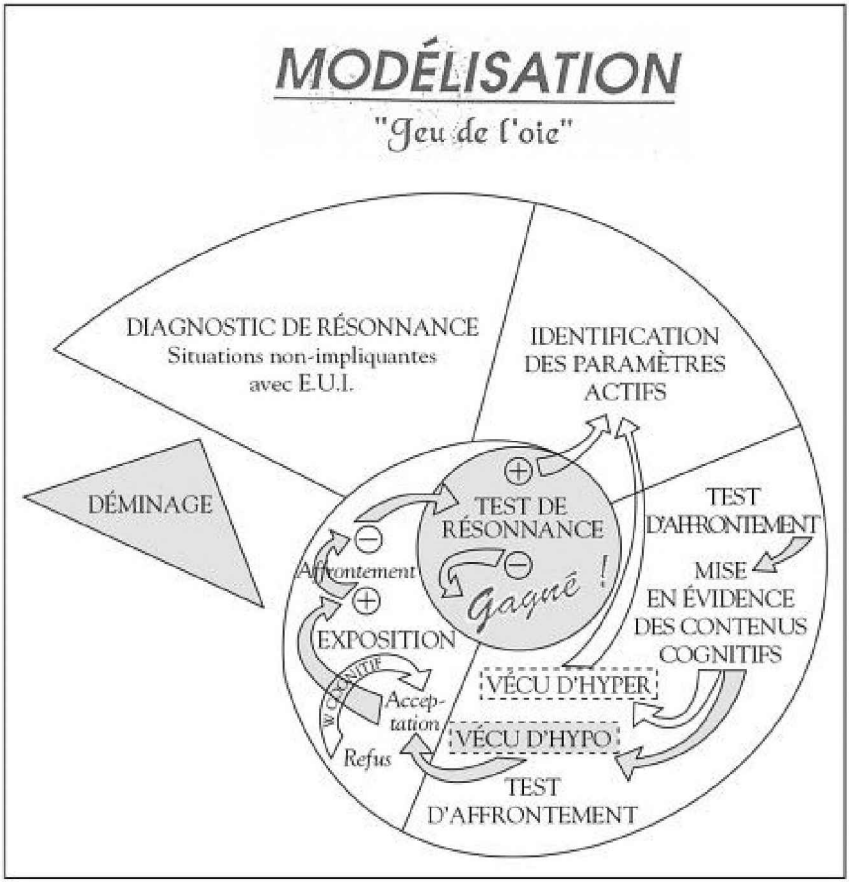


FIGURE 1.5

Jeu de l'oie de l'affrontement d'Hypo

« La figure 5 illustre les différentes étapes du diagnostic et du traitement d'Hypo ».

7.3. AFFRONTEMENT D'HYPO-MÉTA

La pédagogie

La pédagogie mentionnée précédemment et destinée au traitement de l'Hypo Basique s'applique également aux cas particuliers des Hypos-Métas.

Le thérapeute doit ajouter, à sa définition des Hypos, le fait que l'Hypo-Méta porte sur *la façon de* vivre ou réaliser une action. Ce

peut être par exemple un Hypo sur une [façon de faire du sport] et non sur le fait même de pratiquer une activité sportive (ce qui serait davantage synonyme d'Hypo Basique).

De ce type d'Hypo découle un Hyper qui s'avère la plupart du temps très simple à appréhender et « proche » de l'Hypo : l'Hyper correspond à une des façons de faire permises, ou au fait que d'autres réalisent à sa place ce qui est interdit par l'Hypo. Si une personne présente par exemple un Hypo-Méta sur le fait de [prendre des décisions], l'Hyper-méta en correspondance sera probablement :

1. Le fait de demander à d'autres des conseils puis de les faire décider et acter pour elle.
2. Ou encore de soumettre à d'autres une décision qu'elle aimerait prendre, afin qu'ils la « cautionnent ».

Ces exemples illustrent ce que l'on nomme plus précisément des « Hypers d'attente » : la personne est en attente qu'autrui exprime son opinion pour que cela aboutisse à une prise de décision ou à une validation de celle-ci pour résoudre le problème en cours. Dans le premier cas, on parle d'Hyper d'attente totalement passif, car la décision doit entièrement émaner de l'interlocuteur ; dans le second, on parle d'Hyper actif, au sens où la personne propose tout de même une décision, mais attend qu'elle soit validée par autrui. Dans les deux cas, on constate qu'il y a toujours une attente et que celle-ci est déterminante puisque la personne, seule, ne s'estime pas capable d'assumer ce qu'elle pense[46].

Recherche et affrontement d'Hypo-Méta

Une fois que le thérapeute a réalisé la pédagogie nécessaire, fait comprendre et illustré le concept d'Hypo-Méta au patient, il peut s'atteler à la recherche des Hypers-Méta.

a) Le tableau de recueil des Hypos-Méta et Hypers-Méta

La procédure la plus simple, globale et rapide permettant de chercher un (des) Hyper(s)-Méta et un (des) Hypo(s)-Méta consiste

à faire remplir au patient un tableau, dont les colonnes exposent les contenus suivants (voir tableau 1.3 ci-après) :

Éléments déclenchant une RH-Méta chez le patient ↓	**Éléments que le patient aurait souhaité entendre de la part d'autrui, à la place des éléments de RH-Méta (Hyper-Méta)** ↓	**Discours que le patient doit tenir pour affronter l'Hypo-Méta sous-jacent à la RH-Méta ciblée** ↓
Sentiment de non-reconnaissance de son travail	*« Ton travail est excellent », « On a besoin de quelqu'un comme toi », « Ce que tu accomplis est toujours impeccable, il n'y a rien à redire »…*	*« **Je** trouve que mon travail est vraiment très bon, le temps que **j'**y passe me le rend bien, **je** suis toujours satisfait de mon travail, **je** sais qu'il est nécessaire pour que **je** puisse avancer et faire avancer les choses… »*

TABLEAU 1.3
Support de traitement d'Hypo-Méta

1. La première colonne doit comporter la description la plus complète possible de ses RH-Méta. Celles-ci correspondent aux attitudes et aux réflexions qui le « blessent » lorsqu'il est en échec ou rejeté. Le thérapeute doit s'assurer que le vécu est bien celui de la RH (Phase 4 d'Hyper ou Phase 3 dite d'échec d'Hyper) à savoir : amertume, aigreur, sentiment d'être incompris, d'être victime d'une injustice, besoin de faire des reproches, souffrance issue d'une jalousie à l'égard de ceux qui ont (ou semblent avoir) ce qui nous est refusé, désir éventuel de vengeance (ou idée apparentée qui effleure).
2. La deuxième colonne contient ce que le patient aurait idéalement souhaité entendre ou recevoir à la place de cette frustration, comme par exemple des compliments, de la reconnaissance, de l'affection, de l'assistance, un conseil ou un avis, etc. Là encore le thérapeute doit vérifier qu'il s'agit bien d'un Contenant Hyper en phase 1, se traduisant par une tendance à l'euphorie, à

l'excitation et/ou au contraire à l'incrédulité, à l'anxiété par anticipation. La relance de l'Hyper peut être évitée ou atténuée en demandant au patient de n'indiquer que des situations imaginaires, en reprenant l'exemple du génie d'Aladin garantissant le fait que l'ensemble de ces souhaits seront satisfaits. On notera que dans les cas d'Hyper-Méta peu intense, le vécu d'Hyper en Phase 1 peut ne pas être perceptible. Sa présence est cependant dévoilée en raison du manque apparaissant en phase 3 ou 4.

3. La troisième colonne consiste à mettre « je » devant ce que l'on attend des autres. Il doit adopter une attitude mentale plus qu'un comportement, et raconter une situation et sa position par rapport à elle plus qu'il ne la joue. Un individu qui aurait un Hypo-Méta sur le fait d'assumer ce qu'il pense de lui-même pourrait dire par exemple, en guise d'exercice : « *j'apprécie ma propre compagnie, je la trouve intéressante, parce que je me sens riche d'expériences, etc.* ». Cette manœuvre impose à l'individu le fait d'assumer ce qu'il attend ordinairement des autres. Il devient acteur de cette dynamique au lieu d'être dans l'expectative : il est alors en Hypo-Méta. Le thérapeute doit vérifier que le Contenant a bien changé, que le patient est réellement passé de l'Hyper à l'Hypo. La transition entre les deux états doit être franche et brutale, selon que la personne passe de l'attente à l'action ou réciproquement.

Le remplissage ou l'énonciation du contenu de la troisième colonne constitue, nous l'aurons compris, un affrontement d'Hypo-Méta en soi. Aussi, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que le thérapeute doit être particulièrement vigilant à ce que cet affrontement n'engendre pas une stimulation de l'Hyper-Méta, où le patient, en disant « *je pense que…* », chercherait malgré tout une approbation explicite ou implicite de la part du thérapeute. Dans ce cas le patient aura « glissé » vers un Hyper-Méta actif. Le thérapeute doit donc clairement convenir avec la personne que lui ou le groupe thérapeutique n'émettra aucun signe d'approbation ou de validation, pendant l'exercice ni après. Le groupe (si groupe il y a) doit ainsi s'engager à respecter une totale neutralité de propos mais aussi d'attitude vis-à-vis de ce qu'exprime la personne. Cette règle peut être cependant quelque peu nuancée en début

d'affrontement, si ce dernier est trop intense : on peut user alors des paramètres modulateurs, dont la caricature ludique, qui permet de tolérer une certaine part de défausse.

Les avantages de cette stratégie du tableau en trois colonnes sont :

- L'identification rapide des Hypers, notamment ceux qui tendent à évoluer en RH.
- L'identification rapide du caractère actif ou passif de ces Hypers. Cette précision est importante car plus l'individu sera actif, moins sa dépendance sera laissée au hasard des actions d'autrui. Aussi, les Hypers actifs seront plus efficaces et exposés à des RH moins sévères que des Hypers passifs.
- La mise en évidence du contenu précieux et ciblé des Hypos sous-jacents aux Hypers. Ce travail est habituellement très difficile en partant de la résonance d'Hypo. Cette stratégie a donc permis de banaliser le travail comportemental des Hypos-Métas, qui était jusque-là délicat, très long, voire aléatoire : au fur et à mesure de la levée du blanc mental, les affrontements avaient lieu par étape, mais pouvaient s'étendre sur plusieurs années et éventuellement ne pas être terminés.

b) La stratégie du passif à l'actif

En guise de variante de la stratégie précédente, le thérapeute peut rendre les Hypers-Métas plus efficaces. Cette technique ne sous-entend pas qu'il doit satisfaire l'Hyper du patient en lui adressant des compliments ou de la reconnaissance. Il doit en réalité inviter la personne à être plus active dans l'obtention de ceux-ci. En d'autres termes, le thérapeute amène le patient à rendre actifs des Hypers passifs.

Cette stratégie ne remplace pas le travail des Hypos-Métas cité précédemment, elle ne fait que le préparer et le compléter. Elle a aussi le mérite d'être plus facilement motivante pour la personne en phase d'autonomisation : le vécu d'hyper en Phase 1 est assurément plus euphorisant que celui de l'Hypo en affrontement réel qui crée un blanc mental et éventuellement un ennui profond.

Vérification de l'effet de l'affrontement ou qualité de la résistance à la RH

Suite à l'affrontement d'Hypo-Méta, le thérapeute peut inviter le patient à tester sa résistance aux critiques. Pour ce faire, il suffit au thérapeute (ou aux membres du groupe thérapeutique) de récupérer et d'adresser au patient, de façon neutre, toutes les critiques, situations et attitudes ou propos usuellement sources de RH chez lui (éléments contenus dans la troisième colonne du tableau 1.3). Particulièrement au début de l'exercice, chaque propos sera énoncé de façon neutre l'un après l'autre, en aménageant des délais entre chacun, de façon à laisser le temps au patient « d'assumer sa propre pensée » face à ces critiques habituellement perçues comme cruelles.

Lors de cet exercice difficile, le patient doit s'entraîner à se dire, dans sa tête : « *ce n'est pas ce que je pense, ils peuvent dire ce qu'ils veulent, chacun a d'ailleurs le droit de penser ce qu'il pense, mais moi je pense autrement* ». Le groupe ou le thérapeute peut observer l'attitude du patient qui affronte son Hypo-Méta. L'individu doit être concentré ou détendu, en tous les cas pas en RH (c'est-à-dire pas en souffrance ou en pleurs). Aux prémisses de souffrance morale, il peut bien évidemment interrompre dès qu'il le souhaite l'exercice pour prendre le temps d'adopter ou de repasser dans une attitude calme, détendue et assumée.

Au fur et à mesure que le patient acquiert de l'aisance dans cet exercice, il peut inciter le thérapeute ou le groupe à introduire plus de tonalité et d'intention dans ses remarques. Le rythme peut s'accélérer et plusieurs personnes peuvent éventuellement parler en même temps. L'exercice continue tant que le sujet ne change pas de Contenant (c'est-à-dire qu'il reste en affrontement d'Hypo) et jusqu'à ce qu'il se détende (au moins un peu).

À la fin de l'exercice, le thérapeute demande au patient d'évoquer les dernières discussions ou situations réelles qui ont été source de RH et vérifie que l'intensité de la RH est moindre, de façon à s'assurer de la démarche et des diagnostics effectués.

Lorsqu'un tel exercice devient réellement facile, le patient peut le transférer dans sa propre vie réelle. Chaque fois que quelqu'un lui fait une critique qui le mettait auparavant en échec d'Hyper ou RH, il

l'écoute attentivement (plutôt que de se justifier, se fâcher ou éventuellement claquer la porte...) et fait l'exercice intérieurement. Il peut, s'il y parvient, aller jusqu'à demander des détails, les écouter avec intérêt et attention puis soit ne rien dire, soit dire : « *J'ai bien noté. Je te remercie pour tes commentaires* » (sans ironie ou mépris, mais de façon factuelle et neutre) ou ajouter : « *Ce n'est pas mon opinion mais je comprends la tienne* ».

L'avantage de cet exercice est de permettre d'écarter tout risque de confusion d'un Hyper actif rendu plus efficace par le travail thérapeutique avec un affrontement d'Hypo-Méta. Le thérapeute pourra certes s'apercevoir de cette confusion si « l'affrontement » devient étonnamment facile mais il n'est pas toujours si aisé de faire la différence vu de l'extérieur. Le patient a sans doute encore plus de mal à faire la différence vue de l'intérieur, car précisément il n'a souvent pas la moindre idée de ce que voudrait dire « penser par soi-même sans avoir besoin d'attendre l'approbation des autres » concernant tel ou tel sujet. L'énonciation des critiques permet justement, dans le cas présent, de dévoiler immédiatement le glissement sur l'Hyper car il se fait par définition en phase 3 ou 4 d'échec d'Hyper ou de RH. Contrairement au vécu d'Hypo-Méta, la vivacité de la douleur ressentie en RH ne peut passer inaperçue ni pour le thérapeute ni pour le patient.

Par ailleurs, on notera que cette technique permet d'explorer avec grande finesse et précision l'état d'esprit qui constitue l'Hypo-Méta, sans risque de glisser du côté de l'Hyper-Méta associé. Elle permet ainsi de mieux isoler et identifier les Contenants ou structures mentales entrant en synergie ou en sonnette avec l'Hypo-Méta. Ces Contenants peuvent être ce que nous nommons les Personnalités Secondaires le PG, le refoulement de Personnalités Primaires, le refoulement de mécanismes d'adaptation, etc.

CHAPITRE 2

Le Positionnement Grégaire

Le présent chapitre est consacré à la description d'autres mécanismes neuropsychologiques (ou Contenants) que ceux de la cascade Hypo-Hyper-RH. D'après notre expérience et la littérature scientifique émergente, ces mécanismes sont particulièrement rigides et générateurs de nombreux troubles divers, tels que ceux en lien avec l'assertivité, les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, etc. Ils sont liés à ce que nous nommons le « Positionnement Grégaire » (PG), que nous définissons plus exactement comme la tendance d'un individu à manifester des comportements pouvant être apparentés, de façon très restrictive, à un excès ou un défaut de confiance en soi et/ou en l'autre. Les processus et les troubles qui sont associés au PG sont plus ou moins pathogènes et apparaissent peu ou pas accessibles à la raison, voire même parfois aux thérapies cognitives et/ou comportementales classiques. Notre compréhension de ces mécanismes et les hypothèses que nous faisons à leur encontre nous ont permis de développer de nouveaux exercices cognitifs et comportementaux destinés à traiter les troubles qui en découlent (cf. Fradin & Fradin, 2006, op. cit. ; Lefrançois *et al.*, 2011c ; de Chalvron *et al.*, en révision). Ces exercices, depuis de nombreuses années, font acte de résultats fort encourageants, et ce même auprès de cas ayant été considérés comme incurables (Lefrançois *et al.*, 2013 ; Lefrançois *et al.*, 2011b). Dans le chapitre qui suit, nous présentons les données nous ayant conduits à cette théorisation et à la construction de tels exercices. Nous décrivons ensuite les éléments et les outils permettant de faire un diagnostic et une thérapie du PG.

1. Quelques éléments théoriques

1.1. L'ACTIVITÉ AMYGDALIENNE ET LA RÉGULATION « PALÉO-SOCIALE »

Les zones cérébrales dites « paléolimbiques » comportent une région classiquement impliquée dans l'apprentissage de la peur et de sa forme extrême qu'est la phobie, à savoir la région amygdalienne (cf. Adolphs *et al.*, 2005 ; Del Casale *et al.*, 2012 ; Ahs *et al.*, 2011). De nombreuses études supportent l'idée qu'elle joue également un rôle central dans les rapports de force liés à une forme de hiérarchie dite « primitive » qui s'établit dans un groupe (Kumaran *et al.*, 2012, op. cit. ; Mazur, 2005, op. cit.). Ces rapports induisent des comportements de violence émise ou reçue de type dominance et soumission (Trower & Gilbert, 1989 ; Amaral, 2003, op. cit. ; Aggleton, 2000). Cette hiérarchie, chez les animaux, est rarement remise en cause et permet de cette façon de limiter l'énergie consacrée aux combats intra-groupe, pour mieux l'orienter vers la recherche de ressources (nourriture, etc.) ou la défense vis-à-vis d'un potentiel danger extérieur au groupe (Jolly, 1972 ; Schimd Mast, 2001).

Les neurones amygdaliens semblent ainsi répondre à de multiples modalités sensorielles. Chez les animaux, la destruction bilatérale de l'amygdale les prive de toute perception de peur, de cris ou de menaces d'éventuels prédateurs ou autres animaux dangereux (Schreiner & Kling, 1953). D'une manière générale, ce type d'ablation affaiblit le ressenti émotionnel, notamment négatif, chez de nombreuses espèces (cf. Adolphs & Tranel, 2004 ; Schmolck & Squire, 2001). Par ailleurs, la peur associée à l'activité de ces régions est susceptible de concerner avant tout les êtres animés et les éléments sociaux, plutôt que des dangers liés à des entités inanimées (Yang *et al.*, 2012, op. cit. ; Damasio, 2002, op. cit.). On constate également que le comportement d'agressivité est très altéré par une ablation totale, et des singes dominants opérés deviennent des soumis (Rosvold *et al.*, 1954 ; Bachevalier & Málková, 2006 ; Bauman *et al.*, 2006 ; Emery *et al.*, 2001).

Chez l'homme, les neurones amygdaliens nécessitent des stimulations complexes, comme la présentation d'expression du visage, pour être activés (Adolphs *et al.*, 1998 ; Amaral, 2003, op. cit. ; Engell *et al.*, 2007 ; Yang *et al.*, 2012, op. cit.). De même, les conséquences comportementales de la destruction totale des amygdales sont très générales et affectent de nombreuses formes d'émotions, qui dépendent de circuits distincts à l'intérieur même de l'amygdale. Cependant, l'effet le plus net est la diminution conjointe de la peur sociale, de la méfiance et de l'agressivité. En effet, certains travaux ont autrefois montré que des patients extrêmement violents ayant subi une amygdalectomie voyaient leur tendance à l'agressivité significativement diminuée après l'opération (Heimburger *et al.*, 1966). Antonio Damasio (2002, op. cit. ; voir aussi Feinstein *et al.*, 2011) cite par ailleurs le cas d'une jeune femme présentant une calcification bilatérale massive de l'amygdale (maladie d'Urbach-Wiethe). Cette patiente montrait un état de confiance totale à l'égard d'autrui (même inconnus), ce qui la rendait susceptible d'être confrontée à quelques mésaventures. En revanche, cette même patiente a pu présenter un accès de peur allant jusqu'à la panique, en respirant un gaz chargé de CO_2 à 35 % (l'air n'en contient que 1 %). La suffocation liée à l'inhalation de ce gaz a ainsi déclenché un signal d'alarme pour la survie (la peur), nécessitant sans doute l'activation de territoires plus anciens, d'un point de vue phylogénétique, que l'amygdale (cf. Feinstein *et al.*, 2013). Les auteurs ont conclu que l'amygdale pourrait être impliquée dans la genèse de la peur sociale (voir aussi l'étude de Becker *et al.*, 2012). D'autres études ont également montré qu'une stimulation de l'amygdale, par électrodes, d'une personne ayant un comportement ordinairement correct, voire soumis, se montrait tout à fait agressive le temps de cette stimulation (King, 1961). Des travaux plus récents et moins sujets à conflit éthique ont aussi mis en évidence le fait que la sensibilité des individus à des visages exprimant la peur était dépendante de l'activité de l'amygdale (Bishop *et al.*, 2004 ; Etkin, 2004).

L'ensemble de ces travaux laisse penser que l'identification d'un stimulus menaçant, tel qu'une expression agressive, est indépendante de la reconnaissance faciale permise par les zones néocorticales et des mécanismes de mémorisation classiques

(McCool, 2002 ; Antoniadis *et al.*, 2008). La production d'un comportement agressif offensif et d'ordre social, son identification et sa réception (*i.e.* la peur), sont profondément altérées par la destruction des noyaux amygdaliens notamment basolatéraux. Ces comportements auraient pour objectif la défense du rang hiérarchique (Aggleton *et al.*, 2000, op. cit. ; Trower et Gilbert, 1989, op. cit.). De ce point de vue, les animaux comme, par extension, l'être humain, sont sensibles au caractère plus ou moins symbolique ou concret de certaines attitudes, expressions du visage ou comportements, comme l'émission intentionnelle de bruits excessifs, les cris, les menaces, l'appropriation de la nourriture ou du bien d'autrui, la sexualité (à connotation avilissante), etc. (cf. Pellegrini, 2008 ; Rule *et al.*, 2012 ; Terburg *et al.*, 2012).

Ainsi, partant du principe que l'amygdale est au cœur des comportements liés aux rapports de force, nous pouvons supposer qu'elle se distingue d'autres zones cérébrales pouvant générer des comportements en apparence semblables, mais dont les mobiles sont différents. En effet, nous pouvons déjà distinguer l'agressivité offensive et prédatrice de la dominance, de l'agressivité défensive de la Lutte Instinctive. Cette dernière se manifeste en réaction à un danger et sollicite *a priori* des territoires cérébraux et des comportements différents (cf. Bernard & Bandler, 1998 ; Bandler *et al.*, 2000 ; Pulkkinen, 1987 ; Pellegrini *et al.*, 1999 ; Pellegrini, 2001). Plus généralement et d'après notre expérience clinique, les comportements que nous pensons associés à l'activité amygdalienne n'impliquent pas les agressions qui n'ont pas de connotation de pouvoir, tels que les accidents, les imprudences, la légitime défense, l'emportement émotionnel, voire le crime passionnel, sauf à leur donner une signification sociale et de rapport de force. Les agressions en lien avec la dominance (et possiblement l'activité amygdalienne) sont de l'ordre du symbole préprogrammé : humiliation, intimidation, violences ou rejets en apparence gratuits, injustifiés, etc. (Marsh & Cardinale, 2012 ; Isenberg *et al.*, 1999 ; Davidson *et al.*, 2000 ; Pellegrini *et al.*, 2007 ; Pellegrini *et al.*, 2011). Nous avons qualifié cette régulation, construite sur la violence et la peur, de « paléo-sociale ».

Depuis une vingtaine d'années, notre expérience clinique nous laisse penser que les délires seraient une expression de la forme

extrême et « dé-refoulée » des messages internes de régulation d'un comportement paléo-social. Nous avons supposé que ces messages internes puissent maintenir voire générer ce type de comportement. En conséquence, nous avons abouti à l'idée que si nous parvenions à perturber ou inverser ces messages en situation pathologique, nous serions peut-être à même de contrôler ce type de troubles, voire d'en modifier progressivement et durablement le contenu. Nos observations cliniques ajoutées à certaines études émergentes nous confortent dans ce point de vue (cf. Fradin et Fradin, 2006, op. cit. ; Birchwood *et al.*, 2002 ; Van Der Linden & Ceschi, 2008 ; Lefrançois *et al.*, 2011c ; Lefrançois *et al.*, 2013). En effet, cette base théorique nous a conduits à construire des jeux de rôle élaborés sur un principe « antidote ». Ceux-ci consistent à faire adopter au patient une posture inverse à celle guidée par son comportement « paléo-social » spontané. Ces exercices, comme nous le verrons, semblent avoir un effet bénéfique sur des patients pré- ou post-délirants. Nous avons également proposé ces exercices à des patients présentant des troubles plus ou moins bénins, mais qui nous ont semblé en lien avec cette régulation paléo-sociale (troubles de l'assertivité, TOC, tics, attaques de panique, etc.). Les résultats se sont avérés fort encourageants (cf. infra), malgré la stabilité importante de ce type de trouble.

1.2. Le Positionnement Grégaire : une grande inertie pour assurer une stabilité sociale

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, les animaux vivant dans un groupe organisé selon une hiérarchie dite primitive peuvent entrer dans un rapport de force (ou de confit social) pour déterminer leur place dans le groupe (Price *et al.*, 1994 ; Jolly, 1972, op. cit.). À l'issue de cette confrontation, un individu se soumet tandis que l'autre manifeste des comportements de dominance (accès privilégié à la nourriture et aux femelles, etc.). Cette organisation permet d'assurer une cohésion face aux dangers extérieurs, de réguler la recherche et la distribution des ressources. En effet, même si cette distribution est quelque peu inique, elle permet pour le moins de ne pas entrer en conflit constant et perdre des forces au détriment

d'autres nécessités (cf. Jolly, 1972, op. cit. ; Etkin, 1964 ; Hinde, 1974). De cette façon, une fois établie, la hiérarchie se montre relativement stable et peu sujette à remise en question[1].

ILLUSTRATION 2.1
Femelle macaque berbère (ou Magot, Macaca Sylvanus*) en compagnie de ses petits. La position allongée d'un des petits est reconnue comme étant un comportement/rituel de soumission*

Nous pensons que cette stabilité fonctionnelle persiste chez l'être humain. Certains travaux (Strayer & Strayer, 1976 ; McGrew, 1972 ; Pellegrini & Long, 2003 ; Pellegrini *et al.*, 2007) montrent par exemple que chez les enfants, la constitution d'un groupe passe par de nombreux conflits à la rencontre des pairs entre eux, tandis que ces conflits tendent à diminuer au fur et à mesure du temps et de la hiérarchisation du groupe. Par ailleurs, Pellegrini *et al.* (2007, op cit.) ont pu constater que les enfants considérés comme dominants

(mais ne présentant pas de trouble majeur du comportement) étaient fort appréciés par leurs pairs, et que les enseignants ne les considéraient pas comme particulièrement agressifs. Les auteurs en ont conclu que les enfants dominants usaient de façon stratégique de l'agressivité, uniquement quand cela s'avérait nécessaire pour maintenir leur statut de dominance. Ils ont pu noter que leur agressivité était efficace et essentiellement utilisée lors de situations de contestation de leur statut. Parallèlement à cela, ces enfants tendaient à déployer des efforts pour que leurs pairs et leurs enseignants les perçoivent non comme agressifs mais comme « socialement compétents ».

Si ce type de comportement apparaît à l'âge scolaire et pré-scolaire comme déterminant hiérarchiquement le privilège des jouets et de l'influence sociale, il semblerait que le gain à percevoir lors de l'adolescence et de la pré-adolescence soit différent. En effet, un jeu « d'enfants », le *Rough-and-Tumble Play* (R &T, en anglais) a été identifié et analysé depuis de nombreuses années par les Anglo-saxons d'un point de vue social et éthologique. Cette activité, que l'on pourrait traduire, de façon édulcorée, comme le « jeu du chat et de la souris », implique certaines dynamiques telles que le fait de montrer son agilité (sauts, course, etc.), s'appliquer à la lutte et à la « chasse à l'homme ». Comme pour tout jeu, son cadre se veut relativement amical. Il a été mis en évidence pour la première fois à la fin du XIXe siècle, par l'anthropologiste Karl Groos (1898 ; 1901). D'après certains auteurs, il aurait une haute signification sociale. En effet, Pellegrini *et al.* (2003 ; voir aussi Jarvis *et al.*, 2006) considèrent qu'il permet, entre individus du même sexe et plus particulièrement entre garçons, de déterminer ou maintenir la hiérarchie et la dominance des membres masculins du groupe. Lorsque le jeu a lieu entre membres de sexes différents, il semble aboutir à la mise en place des relations hétérosexuelles. Ce type de jeu, impliquant les mêmes objectifs, a pu être observé chez d'autres espèces telles que les chimpanzés, les orangs-outans et les rats (cf. Braggio *et al.*, 1978). Par ailleurs, la tendance à pratiquer ce jeu pourrait être dépendante, au moins chez les animaux, du taux de testostérone (Whatson & Stirling, 1992). Or la testostérone est une hormone qui est, entre autres, un indicateur de dominance (Mehta & Josephs, 2010 ; Chichinadze *et al.*, 2012).

S'il est aisément possible d'observer des similarités dans l'organisation structurelle des relations de pouvoir entre les enfants et la progéniture d'autres espèces, sans doute est-ce en raison de la relative immaturité fonctionnelle du CPF observée à ces âges[2]. Cependant, de tels comportements n'épargnent pas l'adulte, et s'avèrent plus ou moins pathogènes selon les cas.

Au-delà des constats observés dans la littérature, notre expérience clinique a pu nous montrer que les Contenants imputables au niveau paléolimbique « apprennent » (ou évoluent) peu et lentement. Ainsi, il faut du temps pour canaliser un enfant dominant ou pour donner confiance à un soumis. Seuls les événements majeurs, dramatiques, non souhaitables et connotés d'humiliation sociale sont susceptibles de modifier cette tendance de façon rapide, radicale et relativement durable. À l'exception de ces cas, le délai minimum de changement paraît être de l'ordre de trois à six mois pour des cas légers, ce qui correspond par exemple à la stabilisation des effets d'un traitement neuroleptique[3]. Ce minimum entend que l'individu n'aura rencontré, pendant ce délai, aucun événement l'amenant à renforcer sa position initiale (par exemple, pour un soumis, une confrontation difficile à un individu dominant). Dans le cas contraire, le temps « d'apprentissage » ou de traitement devra être allongé.

La stabilité de cette position explique pourquoi, entre autres, une personne humiliée par des actes assimilables à de la dominance (comme la provocation, le viol, la dégradation, la torture ou la mutilation), ne se sentira que partiellement réhabilitée par la soumission du dominant, même si « justice est rendue » et si « l'affront est lavé » de façon claire, totale et socialement (*i.e.* grégairement) visible. Il subsistera, chez la personne socialement « réhabilitée », un sentiment résiduel d'humiliation, de culpabilité irrationnelle et de honte[4] témoignant d'un niveau important de soumission. La gravité de tels événements empêche souvent la personne de retrouver dans l'instant le positionnement grégaire qu'elle avait avant l'événement. Cela sera d'autant plus vrai que cette personne aura subi ces exactions sur une durée prolongée, et avec une fréquence importante. À ce titre, on peut également se demander quel est l'impact de la médiatisation actuelle de telles situations sur le Positionnement Grégaire de la victime. Va-t-elle

plus visiblement « être réhabilitée », ou au contraire se sentir plus définitivement « honteuse et dégradée » ?

1.3. Une mobilité autour d'un point de consigne : l'effet rebond

Le Positionnement Grégaire, malgré sa stabilité, semble capable d'une certaine mobilité temporelle et spatiale sous certaines conditions[5] (cf. Fradin & Fradin, 2006, op. cit. ; Lefrançois *et al.*, 2011, op. cit.). Cette légère mobilité agit comme une sécurité permettant de limiter un risque d'inadaptation individuelle ou collective, qui pourrait émerger d'une trop grande rigidité de ce positionnement. Cette mobilité rendrait possible, par exemple, le fait qu'un individu usuellement plutôt dominant soit en mesure d'adopter un comportement de soumission face à plus dominant que lui, de façon à limiter les conflits et se préserver lui-même (Allan & Gilbert, 1997). Strayer & Strayer (1976, op. cit.) ont observé cette relativité du PG chez les enfants d'âge pré-scolaire.

Ce phénomène nous a conduits à isoler et définir le concept « *d'effet rebond* » qui peut se décrire comme une mobilité temporelle du PG. L'effet rebond est assimilable à un phénomène d'autorégulation intrinsèque du système. Il se produit suite à la manifestation d'un événement plus ou moins important dans la vie de l'individu et l'impliquant généralement socialement[6]. Tout se passe comme ci cet événement induisait un changement provisoire du niveau moyen de PG, puis que le niveau de PG s'écartait d'autant du niveau moyen, mais dans la polarité inverse à la première fois. Si nous représentons par exemple les différents degrés et niveaux de dominance sur un axe gradué allant de 0 (absence de comportement dominant) à 5 (niveau le plus élevé de dominance). Un individu se situant ordinairement à 2 pourra exceptionnellement descendre à 1 ou 0 suite à des événements jugés humiliants, puis remonter à 3 en raison de l'effet rebond, pour ensuite se stabiliser à nouveau à 2. De la même façon, si nous représentons les niveaux de soumission sur un axe gradué allant de 0 (absence de soumission) à -5, un individu présentant, par exemple, un niveau moyen de soumission -2 pourra manifester des

fluctuations cycliques entre -3 et -1. Cela implique que l'intensité de soumission d'un individu diminuera, dans une première phase, lors d'un événement heureux ou agréable. Mais il se produira un effet rebond, dans une seconde phase, quelques heures ou jours plus tard selon les individus. À l'inverse, un évènement négatif peut provoquer momentanément une augmentation de la soumission puis un retour au niveau initial, indépendamment de toute amélioration de la situation. Cet effet rebond tend à faire revenir l'intensité de soumission à son niveau moyen initial. Comme évoqué précédemment, ce retour du PG à un niveau moyen pourrait avoir pour but de maintenir le PG de base de l'individu, donc la stabilité sociale.

Au-delà de notre expérience clinique générale, le suivi détaillé des événements constituant la vie de patients présentant des Troubles Obsessionnels et Compulsifs (TOC), que nous pensons symptomatiques d'une forme de soumission, a permis de mieux mettre à jour cet effet rebond. L'une des patientes présentant ces troubles de façon majeure et depuis de nombreuses années (plusieurs hospitalisations, résistance à la médication, etc.) a vu ses symptômes de TOC disparaître totalement lorsque son conjoint l'a quittée et qu'elle a dû arrêter son travail, en parallèle de quoi elle a présenté une phase de dépression (Lefrançois *et al.*, 2013, op. cit.). Inversement, une autre patiente a vu ses symptômes augmenter alors qu'objectivement « tout allait bien » selon elle (installation dans un même logement avec son nouveau compagnon, acquisition d'un nouveau travail plus intéressant que le précédent, etc. ; cf. Annexe 3, Lefrançois *et al.*, 2011a, op. cit.). De façon analogue, l'étude de Miller *et al.* (2013) a mis en évidence que la période post-partum était, chez les nouvelles mères, une phase de haut risque d'apparition de TOC en lien avec la santé du nouveau-né. La nature des TOC évoqués par les auteurs est typique des mobiles d'angoisse liés à la soumission : vérification répétitive de la respiration du nouveau-né, lavage répétitif et excessif des biberons, etc. Ces symptômes ont atteint, dans cette étude menée sur 461 femmes venant d'accoucher, une prévalence de 11 %, tandis qu'elle est de 2 à 3 % dans la population usuelle.

Si nous observons une fluctuation temporelle du PG autour d'un niveau moyen, la mobilité et les effets rebonds peuvent également

être « spatiaux ». Il se peut qu'un secteur de notre vie sociale puisse nous amener à fonctionner sur un niveau « hiérarchique primitif » différent des autres, laissant place à un jeu d'autorégulation ou de compensation plus ou moins subtil. Dans des cas extrêmes, cette mesure compensatoire devient nettement pathologique. Ainsi, avons-nous constaté par exemple qu'une promotion sociale, brutale et/ou ressentie subjectivement comme « trop » importante, pouvait entraîner pendant des mois voire une année des comportements de soumission (avec culpabilité infondée, sentiment d'indignité et d'avoir usurpé sa place), susceptible de conduire à une dépression de type (pré)-mélancolique ou autre symptomatologie pouvant y être associée (TOC, attaque de panique, etc.).

L'ensemble de ces données suggère que le PG joue un rôle de régulateur social primitif, en lissant les « anomalies » et en tendant à restituer l'état antérieur de l'individu au terme du processus rebond. D'un point de vue analogue, Diener & Diener (1996 ; voir aussi Biwas-Diener *et al.*, 2005) ont par exemple montré qu'un événement négatif, même important (par exemple un accident aux conséquences graves), ne perturbait globalement le niveau moyen de bonheur de l'individu que pendant quelques semaines à quelques mois, pour revenir ensuite à son niveau moyen initial. Headey & Wearing (1992) ont explicitement développé la « Théorie du Point de Consigne » (ou *Set-Point Theory*, en anglais), suggérant que chaque individu serait détenteur d'un niveau de base de bien-être propre à lui. Un individu s'éloignant de ce niveau de base serait amené à le rejoindre à terme. Dans des travaux plus récents, les auteurs ont quelque peu nuancé leur propos, en indiquant notamment que ce point de consigne pouvait éventuellement se mouvoir à l'échelle de nombreuses années (par exemple 20 ans), et à l'issue d'événements particuliers (Headey, 2010).

Comme nous le verrons dans les chapitres qui suivent, le jeu d'auto-égulation qui caractérise le PG, ainsi que ses interactions avec d'autres formes de cognitions (liées par exemple à la personnalité de l'individu, etc.), peuvent être relativement pathogènes.

1.4. La régulation du Positionnement Grégaire est construite sur le vécu de peur et de culpabilité

Nos observations cliniques nous ont permis de constater que les ensembles de valeurs portés par la personnalité de chaque individu sont articulés autour de notions de méritocratie ou de l'exclusion en rapport avec l'image sociale (mépris, ridiculisation, etc.). Nous faisons l'hypothèse (cf. Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit. ; Fradin 2004) que ces comportements sont liés à des territoires cérébraux « néolimbiques », ou pour le moins plus évolués, d'un point de vue phylogénétique, que les territoires cérébraux qui sous-tendent le PG.

Par opposition, la clé de voûte de la hiérarchie imposée par le PG n'est pas, comme nous avons pu le voir, de l'ordre de la méritocratie, mais davantage du rapport de force. Elle est centrée sur la notion de peur à l'égard des congénères (cf. Allan & Gilbert, 1997, op. cit.).

Cette peur agirait comme un « gardien » qui corrigerait (effet rebond) une situation jugée excessive par rapport à son « point de consigne ». Cette tendance n'est pas sans rappeler la description clinique de personnes qui semblent incapables d'apprendre et de tirer les leçons de la vie.

Ainsi, un soumis qui accomplit des progrès rapides et significatifs se verra sanctionné par une rechute se traduisant par une augmentation des cognitions (et éventuellement des comportements) liées à la soumission. En revanche, il n'est pas impossible que parallèlement à ses pensées intrusives et déstabilisantes, émergent chez l'individu d'autres pensées ayant trait à une conception de la situation basée sur des valeurs. Par exemple, un individu soumis recevant une promotion pourra à la fois ressentir une certaine satisfaction et même légitimer cette promotion (« *après tout j'ai beaucoup travaillé, quelque part c'est mérité, je suis content(e)* »), mais ne pourra réprimer un sentiment plus ou moins diffus et (à ses yeux) explicable d'indignité (« *tout de même, d'autres sont bien meilleurs que moi et auraient mieux mérité cette promotion que moi, quelque part c'est comme si je l'avais usurpée ; les autres croient que j'ai des capacités par je ne sais quel hasard, et le fait de ne pas leur dire que je ne sais rien faire fait de moi un(e)*

usurpateur(-trice) »). La progression d'un individu soumis est donc très difficile à mettre en œuvre car elle est en quelque sorte comme interdite par le système PG lui-même.

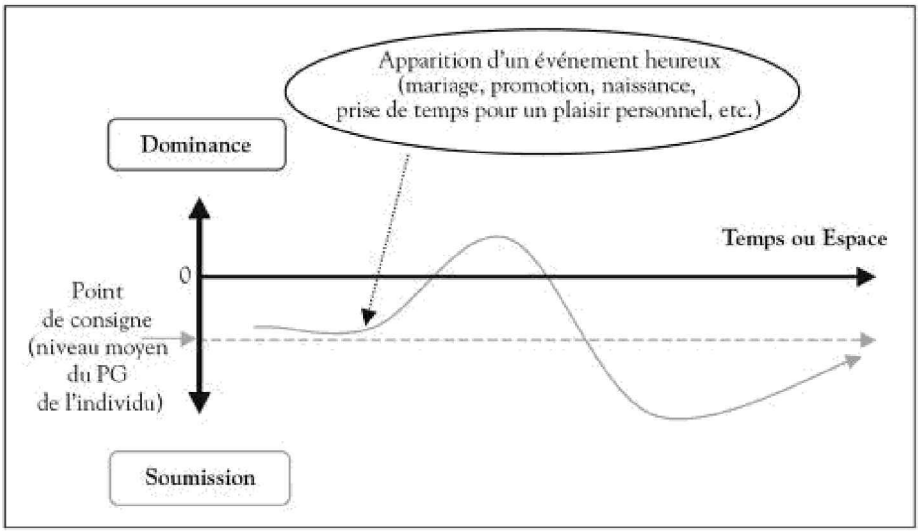


FIGURE 2.1
Illustration d'un effet rebond de soumission dans le temps ou l'espace

À l'inverse, un dominant mis en position d'échec humiliant, rapide et intense, réagira sans doute par un effet rebond de violence. Après un tel événement, l'individu dominant se vengera éventuellement « *de la vie* » ou de ce « *mauvais tour* » plus tardivement, avec un décalage temporel par rapport à ladite humiliation, ou dans un autre domaine (décalage spatial). De manière générale, le dominant se venge de ses échecs sur ses proches, sur ceux qui n'y sont pour rien et plus particulièrement sur « *plus petit que lui* », c'est-à-dire sur les personnes les moins susceptibles de lui opposer une résistance. On peut également observer, chez le dominant, certains commentaires qui peuvent parfois apparaître comme de la culpabilité, mais qui seraient plutôt de l'ordre du jugement de valeur (par exemple : « *je ne sais pas pourquoi je l'ai humilié(e), c'était trop*

tentant, je n'aime pas trop quand je suis comme ça ; mais en même temps il (elle) est si bête »).

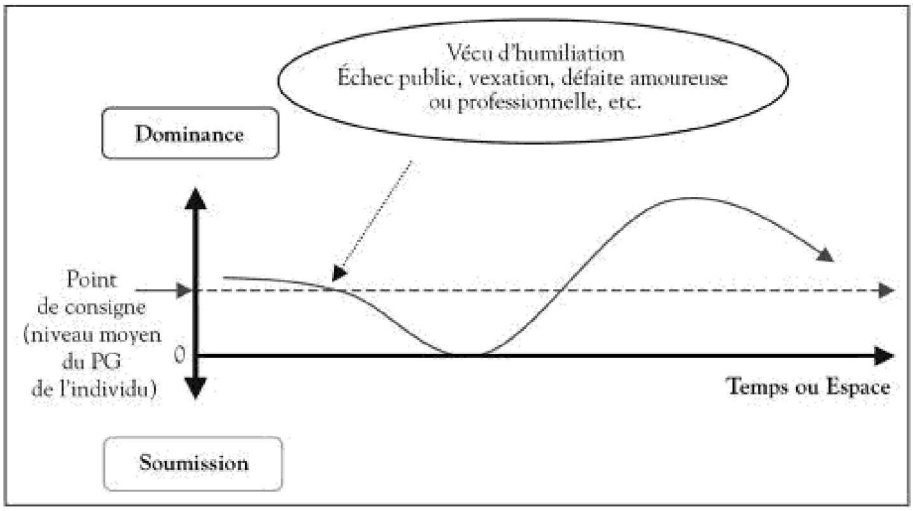


FIGURE 2.2
Illustration d'un effet rebond de dominance dans le temps et l'espace

Mobile	Crises « néo-limbiques »	Crises « paléo-limbiques »
Réactions	Il paraît rationnel et l'attitude qui en découle semble relativement adaptée	Il paraît irrationnel et l'attitude qui en découle semble relativement aberrante
Objectif sous-jacent	Elles sont dites « normales » et observent une satisfaction si réussite, ou une contrariété si échec	Elles sont paradoxales et entraînent éventuellement une destruction active de ce qui a été construit, ou des violences qui aggravent les conséquences d'un échec

Réaction de l'entourage	Apprentissage et adaptation individuelle favorisés	Maintien de l'ordre social et de la survie du groupe, en limitant les combats
Conséquences de la crise à court terme	L'entourage « comprend » l'individu en crise et l'aide, car il est considéré comme présentant des « circonstances atténuantes ».	L'entourage montre une certaine incompréhension, un découragement, et/ou un soupçon d'auto-complaisance et de condamnation de l'individu en crise
Conséquences de la crise à long terme	État entraînant dépression, violence, attaques de panique sur les symptômes, constitution de pseudo-phobies.	Retour à la « normale » avec un équilibre retrouvé et confirmé dans le temps.
	Le renforcement ou la « pseudo-vérification » peuvent verrouiller durablement ou définitivement le système	Le système retourne à « sa » norme.*
* *Explication possible du retour à notre niveau initial de « bonheur » (cf. Biwas-Diener et al., 2005, op. cit.).*		

TABLEAU 2.1

Différences caractéristiques entre les accès de crises liés à des comportements de type méritocratique (néo-limbique) et de type PG (paléo-limbique)

1.5. LE POSITIONNEMENT GRÉGAIRE ET LA PATHOLOGIE

Le Positionnement Grégaire n'est pas une pathologie mais une régulation sociale

Même s'il peut être lié à des troubles très graves, le PG ne semble pas relever *stricto sensu* d'une pathologie dans la majorité des cas que nous avons pu traiter. En revanche, il semble générer des troubles fonctionnels. En effet, si l'on admet que la fonction première du PG est d'exercer une « simple » régulation sociale dans une perspective de survie, alors nous pouvons en comprendre qu'une modification trop radicale de ce positionnement par l'environnement social de l'individu pourrait déclencher une punition sévère, voire une mise en danger de sa vie. L'effet rebond permettrait dans ce cadre de prévenir ces conséquences. Initialement, ce processus de régulation devait avoir son utilité pour maintenir la cohésion, la stabilité et la survie du groupe.

Dans nos sociétés développées actuelles, la fonction du PG perd de sa caractéristique adaptative, et ce d'autant plus que le PG peut conduire à des troubles mentaux. Allan & Gilbert (1997, op. cit.) ont ainsi déclaré que selon eux, ce n'était pas tant la soumission en soi qui pouvait, par exemple, être génératrice de troubles, mais la soumission non consentie, obtenue par la peur et l'intimidation, empêchant l'individu d'acquérir de façon durable une position plus assertive. Toutefois, il est observé que les individus possédant un PG de faible ou moyenne intensité peuvent apprendre à le gérer de façon tout à fait efficace. Ces personnes parviennent, de façon empirique, à augmenter quelque peu leur confiance en elles en essayant d'adopter des attitudes d'affirmation de soi, tandis que d'autres affûteront leur agressivité et leur capacité à impressionner l'adversaire lors de cris d'assaut ou à l'image du « Haka »[7] des *All Black* néo-zélandais. Allan & Gilbert (1997) évoquent le fait que le PG permet parfois une adaptation tout à fait appropriée et non pathogène, notamment lorsqu'un individu plus soumis qu'un autre jugerait que le coût de la résistance serait plus important que le coût d'une allégeance provisoire.

Ainsi la dominance et la soumission sont observables chez des personnes saines (Alberti & Emmons, 2008) comme souffrant de troubles mentaux (Gilbert *et al.*, 1995). Le PG est un régulateur, un « stabilisateur » de l'humeur, qui peut sous-tendre des fluctuations émotionnelles en apparence irrationnelles car elles sont dépendantes d'un système autorégulé et sont tout à fait

inexplicables dans les dimensions « psychologiques » ou « rationnelles » habituelles.

Pathologies issues du Positionnement Grégaire de type Dominance-Soumission

Notre expérience clinique nous a permis d'observer que les individus présentant de la dominance ou de la soumission manifestaient des comportements très stéréotypés. Nous avons classé l'ensemble de ces comportements et représentations cognitives, d'après nos observations cliniques et la littérature, sur un axe tel que celui présenté ci-dessous :

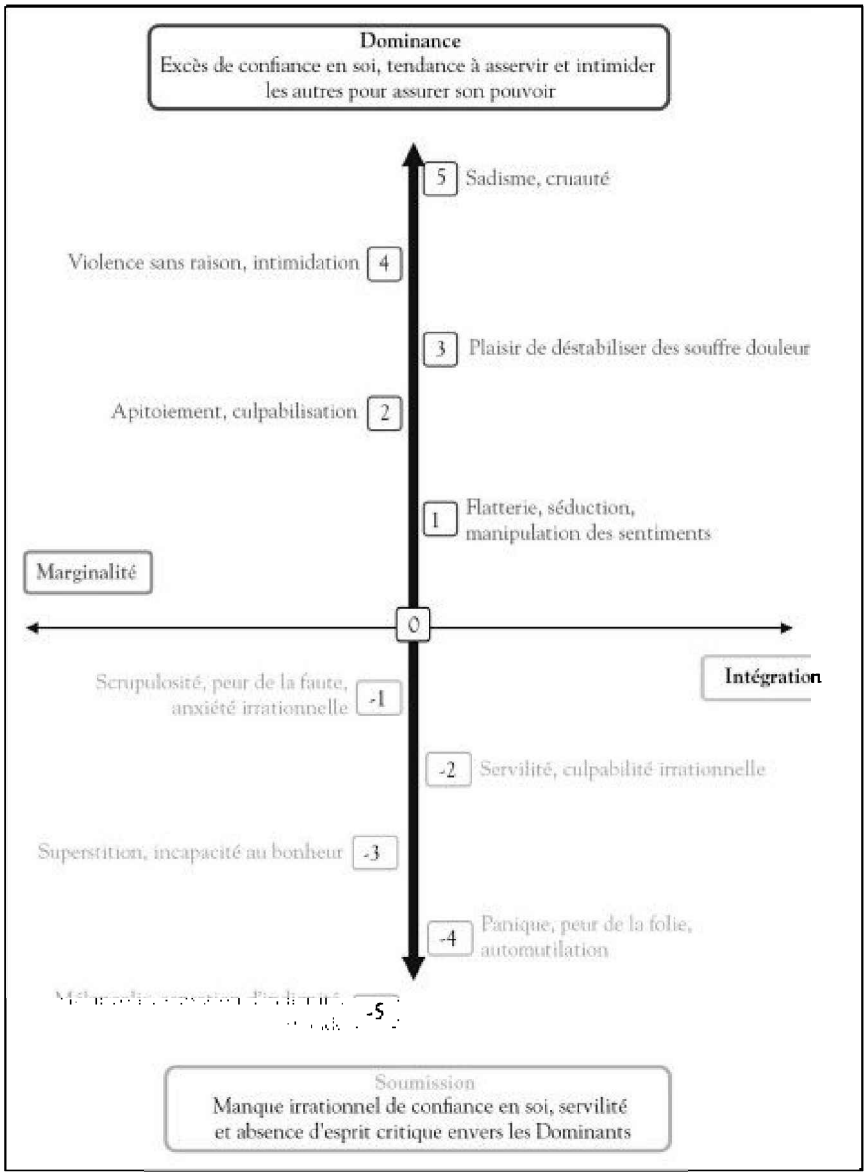


FIGURE 2.3

Représentation de la graduation des troubles liés aux PG dominant et soumis

La configuration de cet axe suppose un continuum entre les comportements de dominance et de soumission (cf. Figure 2.3).

L'intermédiaire entre ces deux types de profils représente une absence de ces troubles.

Encadré 2.1
L'assertivité

Nous noterons que le point zéro situé entre soumission et dominance sur la figure 2.3 ne correspond pas pour autant à une position assertive. En effet, l'assertivité correspond au fait qu'une personne dispose des capacités nécessaires lui permettant, d'après Alberti & Emmons (2008, op. cit.), d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments, et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres. En pratique, l'habileté que représente l'assertivité relève davantage de réelles capacités (intelligence émotionnelle, empathie, théorie de l'esprit, etc.) que de la simple absence de troubles. La littérature laisse suggérer que ces facultés sont en lien avec l'activation du CPF (Krueger *et al.* 2009).

Nous avons constaté que chez l'être humain, soumis et dominants exécutent fréquemment des formes de rituels comportementaux. Ces rituels peuvent être très divers mais témoignent des principales préoccupations liées à la dominance (s'arroger des droits, déstabiliser autrui, attirer l'attention, etc.) ou à la soumission (s'excuser sans raison, céder sa place à autrui, etc.). Ces rituels sont associés à des commentaires ou ruminations intérieures propres à chaque niveau d'intensité. Le soumis aura alors des cognitions liées à une culpabilité irrationnelle, se sentira indigne de la place qu'il occupe, tandis que le dominant se sentira au contraire constamment lésé, voire humilié, pas assez imposant, pas assez prédateur, etc. (Birchwood *et al.*, 2002, op. cit. ; Fradin & Fradin, 2006, op. cit. ; Lefrançois *et al.*, 2011, op. cit.).

Ces cognitions ou messages internes peuvent engendrer des vécus et des comportements tels que :

- l'autosatisfaction, la moquerie voire la perversion, chez les dominants ;
- la culpabilité, la fascination pour la force et la violence perverse, l'autodestruction, chez le soumis.

Nos observations nous ont amenés à penser qu'une action thérapeutique efficace pouvait se faire par le truchement d'une substitution des messages internes (« *je suis indigne* », « *j'ai usurpé ma place* », ou à l'inverse « *personne n'a le droit de me refuser quelque chose* », etc.) liés aux différents vécus cités plus haut, par d'autres messages dont le contenu est opposé. Nous avons fait l'hypothèse qu'un tel processus pourrait venir à bout des comportements de PG. Une question se pose alors : ces messages sont-ils seulement le symptôme de la nature et du grade de PG concernés ?

Ou représentent-ils également des messages internes d'autorégulation destinés à entretenir et renforcer le PG ? Sont-ils destinés à corriger voire

anticiper les effets des fluctuations de l'environnement social réel et des conflits pour la hiérarchie ? Nous aurions tendance à privilégier la seconde interprétation. En effet, selon nos hypothèses, lorsque le système est en déséquilibre, le PG semble tenter de corriger la position inhabituelle par l'émission de messages internes émotionnels et cognitifs et, si cela ne suffit pas, par des messages comportementaux à signification hiérarchique.

Nous attribuons ainsi au PG une responsabilité majeure et fréquente (mais pas forcément unique) dans de nombreuses pathologies que nous développons dans la classification suivante :

- Troubles à tendance « unipolaire » :
  Anxiété chronique, anxiété sociale, attaque de panique, TOC, personnalité obsessionnelle, dépression à tendance mélancolique (soumission), syndrome de Stockholm, syndrome du survivant ;
  Comportements sadomasochistes sur un axe vertical dominance/soumission ;
- Troubles à tendance « bipolaires » de types maniaco-dépressif ou cyclothymique.

Par ailleurs, dans le chapitre qui suit, nous allons voir que certains troubles présentent des phénomènes de régulation, une stéréotypie et d'autres éléments caractéristiques tout à fait comparables aux troubles de type dominance/soumission.

Pathologies issues du Positionnement Grégaire de type Marginalité-Intégration

Une seconde gamme particulière de comportements semble répondre à des mécanismes tout à fait apparentés à ceux de soumission et de dominance. En raison de l'origine (supposée) que nous leur attribuons, nous avons conceptualisé ces ensembles de comportements sous les noms de « *Marginalité* » (ou PG *marginal, PGM*) et « *Intégration* » (ou PG *intégré, PGI*). À l'instar des PG dominant et soumis, les PG marginal et intégré correspondent à des comportements et cognitions opposés, qu'il est possible de représenter sur un axe gradué tel que ci-dessous :

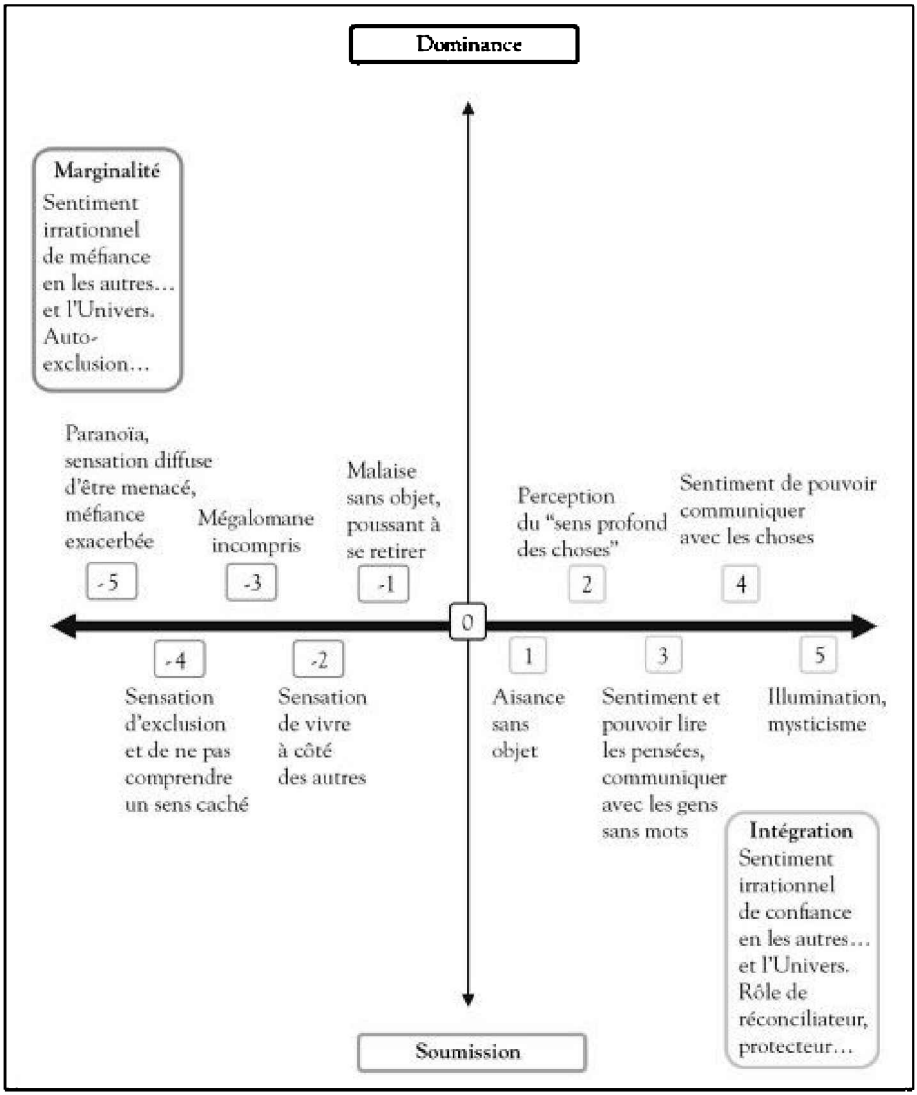


FIGURE 2.4

Représentation de la graduation des troubles liés aux PG Intégré et Marginal

D'après la schématisation présentée en figure 2.4, ces comportements sont de plus en plus pathogènes au fur et à mesure que l'on s'éloigne du point zéro. Par ailleurs, si la dominance et la soumission impliquent des notions d'excès et de manque de

confiance en soi, l'intégration et la marginalité semblent impliquer un excès et un manque de confiance en autrui irrationnels. Dans le cadre de cette dimension, le rapport au groupe s'inscrit dans le fait d'être « intégré » ou d'être « en marge » de celui-ci[8], et non pas dans le fait d'être supérieur ou inférieur aux autres.

Ainsi, nous observons globalement :

- Une méfiance irrationnelle ou une victimisation, des accès paranoïaques, pour la marginalité.
- Un comportement exagérément intrusif, conséquence d'une aisance liée à une confiance aveugle pouvant aller jusqu'à l'illumination et au mysticisme, sensation de connexion avec le monde et avec les autres, pour l'intégration.

Comme il est indiqué sur la figure 2.4, les manifestations de l'intégration et de la marginalité sont considérées sur un continuum et peuvent concerner *a priori* des populations pathologiques ou subcliniques (cf. Heriot-Maitland, 2008 ; Peters, 2001 ; Combs *et al.*, 2013 ; Brown, 2011). Cette dimension pourrait donc être potentiellement impliquée dans des psychopathologies telles que les troubles paranoïaques et mystiques, mais également, selon nous, dans certaines formes d'autisme et de schizophrénie (Blackshaw *et al.*, 2001 ; Hooker *et al.*, 2011).

À l'instar des troubles de dominance et de soumission, les manifestations de marginalité et d'intégration semblent, de la même façon, sujettes à effet rebond. Ainsi, il est possible d'observer que les patients montrant une tendance à la marginalité (*i.e.* paranoïaque) ont d'autant plus besoin de s'exclure d'un groupe qu'ils ont été confrontés à lui, même si celui-ci s'avère amical. Nous pouvons observer la tendance inverse dans des conditions opposées chez un mystique. Cette dynamique nous a conduits à supposer que des exercices basés, là aussi, sur des jeux de rôles miroir des comportements constituant le trouble de l'individu, pourraient permettre d'améliorer l'état de tels patients. Ces exercices seront présentés dans le chapitre 2.4. Si ces derniers ont fait apparaître une certaine efficacité auprès des quelques patients que nous avons pu rencontrer, nous souhaitons prévenir le lecteur que notre expérience de cette population est encore limitée. En effet, les individus présentant ce type de trouble sont peu enclins à participer à une thérapie, les uns présentant trop de méfiance à

l'égard d'un quelconque processus thérapeutique, les autres ne présentant pas de mal-être suggérant la nécessité d'une thérapie. Dans le second cas, la naïveté et la confiance aveugle constatées chez les patients dits « intégrés » ou mystiques les amènent à penser qu'il ne peut exister de problèmes émanant de conflits ou de deuils, puisqu'ils se sentent « en communion » avec leur entourage et le monde. Bien que présentant un problème d'adaptation notoire, cette conception du rapport soi-monde limite l'inclinaison de ces patients à s'engager dans un processus thérapeutique.

Tout comme pour le PG ayant trait à la soumission et à la dominance, il n'apparaît pas, dans la manifestation de ces troubles, de quelconque rapport avec une forme de méritocratie ou de rationalité. Les mobiles ou alibis de ces comportements sont de nature abstraite, impalpable. À ce titre émerge la question de l'origine potentielle de ces troubles. Les similarités observables entre les mécanismes de PG soumis/dominant et ceux de marginalité/intégration amènent également naturellement à cette interrogation. Si les deux dimensions ont une origine commune ou équivalente, quel pourrait être le rôle des comportements de marginalité et d'intégration ? Si la dominance et la soumission permettaient, phylogénétiquement parlant, d'assurer la survie du groupe en maintenant une organisation hiérarchique primitive et en limitant les combats, que pourrait-il en être de la marginalité/intégration ?

En 1991, Vieira a émis quelques hypothèses concernant les conséquences psychopathologiques de ce type d'organisation primitive chez l'homme moderne. Selon l'auteur, deux systèmes ont pu permettre, d'un point de vue phylogénétique, ce qu'il appelle « *l'Homéostasie Sociale* » : un système relatif aux limites du territoire, un autre en lien avec la hiérarchie dominance/soumission. Dans le cadre du premier système, le sentiment subjectif d'être en dehors de son territoire ou d'être envahi dans celui-ci pourrait induire des comportements de vigilance et de méfiance, afin d'être prêt à gérer une menace potentielle pour le groupe ou pour soi. Vieira a supposé que cette intolérance au franchissement du territoire ait pu aboutir à des symptômes ou des pathologies de type paranoïaque ou schizoïde. Dans le prolongement de ces interprétations, nous supposons en effet que certains membres d'un groupe peuvent être

« alloués » à la défense du territoire/du groupe et ainsi être placés à la frontière excentrée de celui-ci, de façon à prévenir les dangers potentiels. De cette façon, ces individus sont tenus d'être dans une posture vigilante à l'égard du moindre stimulus.

Vieira n'a pas fait, à notre connaissance, d'extrapolation du comportement animal ou primitif vers les symptômes apparentés au mysticisme. Selon nous, si ce type de trouble s'inscrit effectivement dans le profil complémentaire de la paranoïa, alors il doit dessiner un comportement démontrant une appétence pour le fait d'être au coeur du groupe, une confiance prononcée pour autrui et une tendance à invoquer l'apaisement plutôt que le conflit. Ces différentes caractéristiques sont observables chez les individus dits « intégrés » et se rapprochent, d'après nos hypothèses, du phénomène de réconciliation (aussi appelée « *reconciliation* » ou « *peacemaking* », en anglais) qui a pu être étudié notamment chez les primates non humains ou chez les enfants (Butovskaya & Kozintsev, 1999 ; Ljungberg *et al.*, 2005 ; Koski *et al.*, 2007 ; de Waal, 1989). Ce processus apparaît généralement dans les minutes qui suivent un conflit entre deux congénères. Selon les espèces, la réconciliation peut être initiée par le vainqueur du conflit ou par le perdant. Elle peut également émerger d'un tiers extérieur à la confrontation, qui viendrait alors « apaiser les esprits » des deux opposants. Elle peut se manifester sous forme de différents rituels dont les caractéristiques sont fonction des espèces. Ceux-ci sont généralement attribuables à un comportement de pardon, à des caresses ou à un contact physique affectueux, à des échanges d'offrandes ou autres. Certains auteurs ont pu notamment observer que les contacts affectueux chez certains primates non humains pouvaient montrer une hausse de leur fréquence durant les cinq minutes qui suivaient un conflit, pour ensuite retrouver une fréquence de base au terme de ces quelques minutes (Aureli *et al.*, 1989 ; Hertenstein *et al.*, 2006). Par ailleurs, les études réalisées sur les primates suggèrent que les conflits intra-groupes ont pour conséquence des liens plus affirmés entre les partenaires de ce groupe, plutôt qu'une dispersion spatiale (de Waal, 1993).

2. Diagnostic clinique du PG

2.1. Diagnostic du Méta-Contenant Positionnement Grégaire (PG)

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

Certaines caractéristiques permettent de déceler des comportements liés au PG. Celles-ci décrivent le PG comme étant en lien avec des notions de confiance et de pouvoir, comme étant stéréotypé, autorégulé et comme capable « d'asservir » le système de pensée de l'individu.

Notion de confiance et PG

Le PG détermine la confiance spontanée et irrationnelle en soi et/ou en autrui. Il correspond à l'aisance « naturelle » que l'on ressent :

- dans une position sociale donnée,
- indépendamment du plaisir et de l'affinité éprouvés vis-à-vis des personnes présentes,
- indépendamment du fait que ces personnes nous soient connues ou inconnues,
- sans avoir besoin de faire des efforts ni de s'appuyer sur des justifications quelconques (relatives à ses compétences, son habileté, son courage, sa beauté, sa générosité…).

Notion de pouvoir et PG

Le PG tend à faire que l'individu se focalise, via une forme de fascination et/ou de crainte, sur :

- les rapports de force pratiqués (imposés) et/ou redoutés, la confrontation ayant pour but d'instaurer un « gagnant » et un « perdant », où le premier s'impose pour prendre la « place » de l'autre. Le commentaire interne d'un PG dominant peut être *« si je ne le fais pas, c'est l'autre qui le fera ! »*, les autres

comportements de PG (soumission, marginalité, intégration) étant une réponse à ce type de rapport de force.

- Les rapports de force dépourvus de règles : l'individu en prise avec son PG considère que *« tous les coups sont permis… et les plus retors sont même valorisés »,* que *« c'est la loi du plus fort »*.
- Les représentations cognitives qui découlent de cette focalisation induisent une certaine angoisse et appréhension « irrationnelle » à l'égard de la violence « gratuite » (*i.e.* des dominants).
- Les affrontements réels (dans la cour d'école) ou rituels (démonstration de force ou de soumission, etc.).
- Le pouvoir et ses attributs « mal acquis » que peuvent être la force, l'autorité, l'argent, le sexe, obtenus par la violence « gratuite », la perversion, l'arbitraire, l'injustice, etc., selon un mode social clanique ou tribal.

Stéréotypie du PG

Les comportements PG sont particulièrement stéréotypés et reproductibles d'un individu à un autre présentant la même tendance. Cette stéréotypie concerne les dimensions cognitive, émotionnelle, comportementale et sociale. Ses manifestations sont les suivantes :

- Croyances en ce qui est impalpable et peut apparaître comme « magique » (ce peut être par exemple : une croyance en *« une toute-puissance du PGD ou PGI »*, ce peut être la superstition du PGS, etc.).
- Émotions et comportements associés aux croyances du PG concerné. Ce peut être, par exemple, l'anxiété, la peur, la dépression et la culpabilité pour le PGS, ou la colère et la nervosité pour le PGD.
- Rituels sociaux à la fois symptômes et causes du PG que sont :
  - Chez l'individu dominant : la tendance à occuper l'espace sonore et physique quelque soit son degré de compétences et de connaissances, le « *bagou* », l'intimidation.
  - Chez l'individu soumis : le fait de rester en retrait et de préférer se faire oublier, la tendance à taire son opinion (surtout si elle est différente de celle de la majorité) ou à rencontrer des difficultés pour l'exprimer (allant jusqu'à se

laisser influencer par les autres plus nombreux et plus dominants, cf. Asch, 1951 ; Milgram, 1990, 2013)[9], le fait de montrer une attention scrupuleuse envers autrui.
  - Chez l'individu intégré : la tendance à se sentir en confiance et à préférer occuper une place centrale dans le groupe. L'individu intégré peut également jouer un rôle de réconciliateur entre parties opposées.
  - Chez l'individu marginal : la propension à se positionner à un emplacement où il peut voir tout le groupe et ne va pas occuper un grand espace pour ne pas se dévoiler, dans une posture où il peut observer « l'adversaire » potentiel.
- Esthétique qui peut parfois témoigner du PG : chez le PGD, elle peut servir à être vu(e), à intimider, à être démonstrative, elle est dite « *bling-bling* » ; pour le PGM, elle peut être inquiétante, destinée à dissuader d'attaquer ; chez le PGS, elle est généralement vouée à passer inaperçue, etc.
  La spécificité de l'esthétique du PG fait sans doute partie de son rituel. Toutefois, nous prévenons le lecteur que de nombreuses autres composantes de l'individu indépendantes du PG (comme la personnalité) peuvent induire des notions d'esthétique similaires. Il est donc important de ne pas se fier à ce seul type d'élément.
- Insensibilité liée à une perception très dégradée ou biaisée de soi ou des autres. Celle-ci peut aboutir à des délires induisant une perte de contact avec le réel et un enfermement dans une perception stéréotypée et archaïque du monde :
  - L'individu dominant tend à se surestimer, à prendre des risques qu'il ne mesure pas toujours et à brutaliser plus faible que lui.
  - L'individu soumis est enclin à se malmener voire à s'autodétruire (allant jusqu'à l'automutilation et au suicide).
  - L'individu marginal a une obsession du complot.
  - L'individu intégré se met facilement en danger car il évalue très mal les risques potentiels. Sa « douceur » apparente n'exclut pas son insensibilité réelle : il est en proie à une pseudo-psychologie projective, une sensation de pouvoir « communiquer sans mot », « d'être l'autre », et de ressentir ce qu'il ressent.

- Fonctionnement cognitif biaisé : il semblerait que la distorsion de la réalité en fonction du PG s'exprime non seulement au niveau des représentations sociales, mais également au niveau de plusieurs processus cognitifs tels que l'attention, la mémoire, la prise de décision, etc. Ces biais cognitifs ont notamment été étudiés chez le primate non humain (Monfardini *et al.*, 2012). Ces mécanismes ont pu également être observés cliniquement chez l'humain, et font actuellement l'objet d'études au sein de notre laboratoire de recherche (Van Dijk, en cours).

Phénomène d'autorégulation du PG

Le mode de fonctionnement lié au PG apparaît comme étant :

- *Global*, car chaque événement socialement important impacte toute la vie sociale et même intime de l'individu.
- *Fluctuant*, car le PG s'adapte au contexte par des effets rebonds. On décrit deux sortes d'effets rebond possibles :
  - Temporel : ce type d'effet rebond survient quelques heures/jours/voire semaines après l'événement déclencheur. L'humiliation ponctuelle d'un dominant, par exemple, provoquera a posteriori une crise de violence.
  - Spatial : l'effet rebond apparaît dans un autre domaine de vie (qui peut être par exemple le cadre professionnel) que celui de l'événement déclencheur (par exemple le domaine de vie personnel).
- *Relatif*, car le PG d'un individu peut très légèrement et provisoirement fluctuer en fonction de celui de son interlocuteur. En effet, un individu globalement soumis, face à plus soumis que lui, pourra potentiellement montrer une vague tendance à la dominance, bien que celle-ci ne puisse être pleinement manifeste. Ainsi, il sera momentanément moins soumis que son PG moyen ne l'aurait laissé supposer et inversement pour son interlocuteur, ce qui permet d'accentuer les contrastes et augmenter la stabilité sociale. Le PG relatif à un interlocuteur particulier peut donc différer quelque peu du PG moyen ou « absolu » de l'individu. Ce niveau moyen constitue en quelque sorte le barycentre du système.

Une exception à ce type de fonctionnement est ce que nous nommons le PG « disloqué ». Ce dernier correspond à l'expression franche d'un PG dans un domaine de vie donné, alors qu'il est absent dans d'autres. Ce phénomène a pu notamment être observé chez certains patient(e)s TOC (Rapoport, 2001) ne présentant pas de symptômes de PG ou de TOC dans le domaine de leur travail mais exclusivement dans le cadre de leur vie intime et personnelle.

- *Paradoxal*, car les effets rebonds rendent difficile l'apprentissage cumulatif classique où « plus on obtient de gains grâce à un comportement plus on le sollicite ». Par exemple :
  - Une bonne nouvelle aggrave l'état de l'individu soumis (comme ce peut être le cas dans le baby-blues, mais aussi dans le « *lauréat-blues* »...)
  - Une humiliation subie par un individu entraînera chez lui une crise de violence réactionnelle (plus tard ou dans un autre lieu), et non un assagissement comme on pourrait l'espérer. Il est d'ailleurs couramment observé que la seule répression policière n'est pas très efficace contre la délinquance.
  - Il est généralement difficile de mettre un individu marginal en confiance, et si l'on y parvient momentanément, cela peut entraîner *a posteriori* une crise réactionnelle de méfiance.
  - Au contraire, abuser d'un individu intégré entraîne chez lui une crise de confiance irrationnelle et « débridée », qui peut encore être aggravée si l'on essaie de le convaincre de se méfier davantage.
- *Conservateur*, car le PG joue le rôle d'un amortisseur par rapport au changement (afin de limiter les conflits dans le groupe social, comme nous l'avons vu plus haut). Un déplacement durable, amenant à une stabilité à un autre « point de consigne » (du point moyen du PG) prend donc des mois, des semestres voire des années.
- *Cumulatifs*, en raison de l'effet amortisseur sus-mentionné, les réajustements ou corrections des écarts au niveau de base du PG d'un individu ne semblent pas tous impacter immédiatement le comportement. Ce délai permet donc un effet cumulé si l'écart est répété un nombre suffisant de fois et selon une fréquence relativement importante. Malheureusement, cet effet

d'accumulation peut parfois conduire à un véritable « tsunami » pour l'individu si le décalage imposé par les événements est trop important. En d'autres termes, il existe des effets rebonds massifs (précoces, intenses et durables) survenant après un événement social déclencheur[10] en apparence mineur, c'est-à-dire disproportionné avec la réponse PG. De façon générale, nous observons à ces occasions que le système est en réalité mis sous tension par une Sonnette entre le « Contenant Paléolimbique » (PG) et un ou plusieurs autre(s) Contenant(s) ou Méta-Contenant(s) « Néolimbique » (relatif au système de valeurs) ou « Préfrontal » (relatif à l'adaptation et à l'empathie). Dans ce cas, ladite tension participe selon nous à l'intensité atypique de l'effet rebond. Il en résulte un risque de crise par rattrapage des retards cumulés, à l'image de la rupture d'un barrage.

- *De gouvernance* : le PG est un des (rares) modes fonctionnels ou Contenants cérébraux susceptibles :
  - d'imposer un véritable leadership, telle une « gouvernance », par rapport à d'autres modes de fonctionnement. Ce primat s'exerce par défaut au début de la vie, dans la foulée des comportements automatiques néonataux (tels que le *grasping*, la succion, la marche et la nage, de Notariis *et al.*, 2008 ; Strayer & Strayer, 1976, op. cit.). Contrairement à l'hypothèse de Piaget qui voyait l'émergence fonctionnelle des structures supérieures assurer naturellement le relais des structures inférieures (cf. Piaget, 2000), le PG peut largement se maintenir si l'éducation n'impulse pas de(s) changement(s) « d'état d'esprit ». Ce mode à composante Paléolimbique se voit également renforcé à la puberté (voir par exemple Pellegrini, 2001, op. cit. ; Pellegrini & Long, 2002 ; Pellegrini & Bartini, 2001), sous l'influence des hormones sexuelles, notamment la testostérone ;
  - de produire des délires, *i.e.* des rapts de conscience (correspondant à un niveau 5 sur notre classification **cf. Figures 2.3 et 2.4**), lorsque, tel que nous le supposons, l'activité des « vieilles » structures paléolimbiques n'est plus contrôlable par les structures corticales (voir par exemple Davidson *et al.*, 2000, op. cit.) ;

- de produire, de façon moins aiguë, des troubles psychosomatiques plus ou moins sévères tels que des spasmes, des douleurs ou dysfonctionnements divers ;
- d'induire plus généralement une forte impulsivité associée à un faible niveau d'autocontrôle.

2.2. Diagnostic des axes de PG

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

L'axe vertical dominance/soumission

Comme nous l'avons vu plus haut (cf. **Figure 2.3**), la confiance en soi est caractéristique de du PG considéré sur l'axe vertical. Le pôle « dominance » correspond à un excès de confiance en soi, tandis que le pôle « soumission » se définit comme un manque de confiance en soi.

Cet axe expose les vécus intérieurs et comportements présentés ci-dessous et relatifs aux différents positionnements qui ont trait aux relations hiérarchiques de type PG :

- Sensation d'avoir ou non le droit d'occuper une place, qu'elle soit sociale, dans la vie intime ou que l'on soit solitaire. Ce vécu est indépendant de toute légitimité ou notion de valeur, et ainsi ne tient compte ni des compétences, ni de la beauté, ni du courage, ni de la générosité, etc. Cette sensation de droit résulte essentiellement des rapports de force cumulés (i. e. « gagnés »...), ayant lieu pendant l'enfance et tout au long de la vie de l'individu. Elle s'exprime par le biais de comportements verbaux et/ou non verbaux (Serber, 1972 ; Rule *et al.*, 2012, op. cit.) :
  - Les comportements non verbaux relatifs au PG concernent notamment la position du regard lors de confrontations, l'amplitude et l'aisance de la gestuelle, les expressions faciales, la distance interpersonnelle, la posture physique

(posture droite, le torse en avant, recourbée sur soi ou ouverte aux autres, etc.), l'ordre dans lequel on circule, on mange (comme les animaux dans les troupeaux) ou on parle...
    - Les comportements verbaux témoignant du PG sont par exemple le volume de la voix, la fluence du discours, etc.
- Sensation d'avoir ou non des devoirs et des « dettes morales », ou au contraire que quelque chose nous est dû. Ce vécu est indépendant de toute faute objectivement commise à l'égard de quiconque. Le devoir (emprunt de scrupulosité et de culpabilité de la part de celui qui en ressent la charge) est la seule résultante des rapports de force cumulés, enfantins et survenant tout au long de la vie de l'individu.
    - La sensation de dette entraîne un comportement de « profil bas » : l'individu se met en retrait, laisse sa place, son tour de parole... Ce vécu s'accompagne usuellement du fait que le sujet « ne pense plus » face à ceux qu'il admire sans réserve ni recul, qui s'expriment et agissent.
    - La sensation de pouvoir accéder à un droit, même s'il n'est pas légitime, entraîne un comportement teinté d'arrogance, l'individu n'hésitant pas à avoir recours à la culpabilisation, à des réclamations bruyantes, à un discours exagérant l'outrage (irréel) et l'indignation (feinte).

L'axe dit vertical définit donc des positions qui vont du sentiment de toute puissance et de droit sur tout et tous (PGD), jusqu'à celui d'indignité ultime, de la mélancolie, avec envie irrépressible de mettre fin à ses jours dans l'optique, généralement, de soulager le poids que l'on croit être pour sont entourage (PGS). Les positions extrêmes de l'axe vertical de PG correspondent à des états psychiatriques chez l'humain et ne semblent pas avoir d'équivalent chez l'animal. Nous faisons l'hypothèse que cette intensité exacerbée pourrait avoir comme origine, chez l'humain, des « sonnettes » entre Contenants et plus encore Méta-Contenants, notamment entre le Paléolimbique, d'une part, et le Néolimbique et/ou le CPF, d'autre part. Du fait de la nature autorégulée du PG, cette tension pourrait atteindre parfois des paroxysmes et produire ainsi les pathologies psychiatriques qui semblent propres à notre espèce.

Nous évaluons la prégnance du Contenant PG sur les cognitions, le comportement et les émotions sur un axe gradué et selon deux critères :

- Le niveau de PG allant de -5 à +5 sur l'axe lui-même (cf. **Figure 2.3**). Cette gradation en différents niveaux permet de décrire le continuum théorique à travers onze positionnements différents. Chaque niveau correspond à une gamme de comportements, sachant que pour une même polarité (dominance ou soumission), tout niveau supérieur comprend et englobe les comportements des niveaux inférieurs.
- L'intensité des comportements exprimés dans chaque niveau de PG. Elle traduit la façon dont le PG se manifeste, en fonction de l'environnement externe (notamment social) ou interne (à l'occasion de conflits entre Contenants ou Contenus cognitifs).

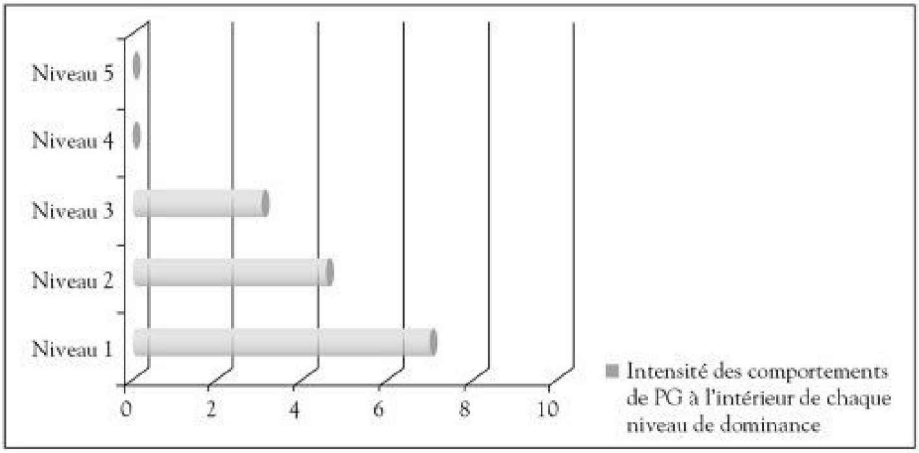


FIGURE 2.5
Diagramme illustrant le degré de PG dominant d'un individu en fonction de son niveau de dominance et de l'intensité des comportements de PG concernant chacun des niveaux

Les effets rebonds peuvent concerner l'intensité du niveau de PG d'un individu et le niveau de PG lui-même (cf. **Figure 2.5**). Toutefois, l'intensité du niveau de PG est plus dépendante des événements que le niveau de PG. La fluctuation du niveau ou de la gradation du

PG est ordinairement très limitée. Tout se passe comme si l'intensité absorbait la quasi-totalité des effets rebonds « ordinaires » (se manifestant par exemple par des crises de nerf ou de culpabilité). L'effet rebond impactant la gradation ou le niveau résulte le plus souvent d'une longue période de « pression » (à la hausse ou à la baisse) exercée sur le PG. Ce type de pression apparaît à l'occasion d'événements extraordinaires (humiliation, culpabilisation...). Comme précédemment évoqué, il peut également survenir lors de tensions internes élevées entre Contenants, indépendamment d'événements personnels et sociaux intenses et/ou prolongés. D'après notre expérience, un tel effet rebond ne dépasse pas une amplitude de plus ou moins un point.

Si en revanche un effet rebond dépassait plus d'un point d'amplitude en termes de gradation, et plus particulièrement si l'individu glisse de la dominance vers la soumission ou réciproquement, ceci doit évoquer un trouble bipolaire ou une schizophrénie. Ces troubles semblent prioritairement relever de prédispositions biologiques, génétiques et/ou épigénétiques, puis d'un environnement psychosocial favorisant l'activation de ces troubles. Un traitement TNC des facteurs déclenchant ou aggravant des crises (notamment des Sonnettes entre Contenants) peut être envisagé, en accompagnement des traitements médicamenteux classiques. Mais ces troubles ne peuvent être appréhendés de la même façon que des tendances PG « unipolaires ».

L'axe horizontal Marginalité/Intégration

La confiance en portée en autrui est au cœur du PG porté par l'axe horizontal (cf. Figure 2.4). Le pôle « marginalité » correspond à un défaut de confiance en l'autre, tandis que le pôle « intégration » témoigne d'un excès de confiance en l'autre.

Cet axe expose les vécus intérieurs et comportements présentés ci-dessous et relatifs aux différents positionnements qui ont trait aux rapports de méfiance ou de confiance « animaux », de type PG :

- Aisance ou malaise sociaux subsistant jusque dans la vie intime et solitaire. Ce vécu est indépendant de toute légitimité en termes de compétences, de beauté, de courage, de générosité... Il résulte des expériences passées cumulées d'intégration ou

d'exclusion sociales, enfantines et tout au long de la vie de l'individu.

Y sont associées :

- La gestion spontanée de la distance interpersonnelle, notamment vis-à-vis des inconnus et, ce, indépendamment de toute affinité particulière ;
- La capacité à se « ressourcer » au contact des autres ou au contraire loin d'eux et à l'écart ;

— Pour cet axe comme pour le précédent, les positions extrêmes correspondent à des états psychiatriques chez l'humain et ne semblent pas avoir d'équivalent chez l'animal. La dynamique d'effet rebond observée sur l'axe marginalité/intégration est apparentée à celle constatée sur l'axe dominance/soumission. Elle concerne une gradation en onze niveaux allant de -5 à +5 sur l'axe lui-même, sachant qu'en chaque niveau peuvent être considérées différents degrés d'intensité (cf. **Figure 2.4**). Cette intensité est relative à l'expression de la gamme de comportements appartenant à chaque niveau.

Si l'effet rebond dépasse plus ou moins un point d'amplitude en termes de gradation, notamment s'il passe de la Marginalité à l'Intégration ou réciproquement, et si cette instabilité est également associée à une autre sur l'axe vertical (trouble multipolaire), ceci doit avant tout évoquer une schizophrénie.

2.3. Description clinique des quatre personnalités difficiles ou paléo-personnalités selon la TNC

Pour mémo, comme dans tout diagnostic médical, chaque symptôme n'est pas caractéristique en soi (sauf s'il est pathognomonique), c'est la convergence de faisceaux d'arguments récapitulés dans ces tableaux qui permet la synthèse diagnostique.

L'expérience clinique actuelle que nous possédons des vécus du PG nous a permis de les classer selon quatre polarités, auxquelles nous avons déjà fait plusieurs fois allusion, à savoir la dominance, la soumission, la marginalité et l'intégration.

La dominance

Déstabiliser ou faire souffrir l'autre – notamment le plus faible – le mettre en échec, paraît caractériser avec quelques nuances le PG dominant. Ainsi, l'individu dominant se fait plaisir et se divertit, laissant apparaître une démonstration gratuite de ses capacités au travers d'une mesure d'intimidation sans risque, destinée à consolider son image et son pouvoir vis-à-vis du groupe. Le dominant ne s'en prend à d'autres dominants que s'il est en position de force, en nombre supérieur, ou par des attaques surprises, par l'intimidation ou d'inquiétantes mises en scène.

Les formes légères du comportement laissent entrevoir du sarcasme, des moqueries, des railleries, lesquels sont toujours destinés à ridiculiser le faible, à mettre en évidence sa fragilité psychologique (éventuellement sa folie), mais aussi le fait de reprocher aux autres ce que l'on fait soi-même à autrui. Dans les formes les plus graves, il n'est plus question de jeu. Le dominant peut adopter une attitude de violence gratuite, imprévisible, toujours destinée à déstabiliser l'autre, et dont la forme la plus intense serait la perversion, le plaisir de faire souffrir. Pour certains tueurs en série, cette jouissance paraît être un facteur motivationnel et constitutif du comportement et non un sous-produit, comme pourrait l'être la suppression de témoins gênants pour de simples « délinquants » (voleurs, violeurs, mafieux...). Dans le cas du PG dominant, l'acte n'est pas raisonné mais largement guidé par ce plaisir pervers.

ILLUSTRATION 2.2
Individu dominant

La position du regard illustrée ici (visage en arrière, position du regard montrant de la hauteur par rapport à son interlocuteur), est souvent caractéristique des micro-comportements de dominance.

a) Les critères de diagnostic et gradation du PG Dominant

Nous avons retenu, pour chacune des quatre polarités du PG, des critères de gradation issus de notre expérience clinique et de projections théoriques que nous avons pu faire. Ces gradations, schématiques et provisoires, essaient de déterminer les tendances cognitives, comportementales et émotionnelles spécifiques à chaque niveau.

Parmi les critères diagnostiques de la dominance, figure, quelle qu'en soit l'intensité, la propension à déstabiliser l'autre, lui faire

perdre ses moyens et le dominer effectivement, qui forme la clé de voûte du profil de PGD.

Le dominant effectue typiquement ce que l'école de Palo Alto a appelé la « double contrainte » ou injonction paradoxale (Bateson, 1977). Celle-ci correspond à un double message dont une partie impose à l'individu d'effectuer une action ou d'adopter un comportement eux-mêmes en contradiction avec ce qui est imposé par la deuxième partie du message. Il semblerait que l'individu dominant ait pleinement conscience de la situation insoluble dans laquelle il met sont interlocuteur, mais qu'il présente des difficultés à réprimer ce type d'agissement.

b) Niveaux de dominance

Les différents niveaux de dominance peuvent être diagnostiqués à l'aide des éléments descriptifs ci-dessous :

- Niveau 0 : état émotionnel considéré comme normal, dans lequel on ne ressent aucune influence de type PG, comme par exemple la fascination par la violence, réelle ou imaginaire, donnée ou subie.
- Niveau 1 : comportement de séduction selon un modèle *Don Juan*. L'inconstance des désirs et des sentiments n'explique qu'en partie l'attitude. Celle-ci correspond surtout à la volonté consciente de manipuler l'autre, de le ridiculiser ou de faussement le flatter, d'occuper en permanence son esprit, attisant tour à tour désir et jalousie, honte et culpabilité afin de le déstabiliser.
- Niveau 2 : comportement de type « fausse victime », occupation bruyante de l'espace, exposition théâtrale et dramatisée de la situation, accusation souvent culpabilisante et infondée, avec possible menace de scandale. Un double langage alterne entre plaintes ou menaces et railleries. Le PG dominant peut aller au-delà, s'amuser entre amis de la crédulité du « berné », avec bien sûr la mise en évidence de sa propre aisance à retourner une situation.
- Niveau 3 : le comportement « pervers » s'affiche consciemment, verbalement et socialement de façon frontale, jusqu'à la déstabilisation complète et publique de la victime. À ce niveau de

PG, le public est très important aux yeux de l'individu dominant et le spectacle doit lui être divertissant. Plus les rires fuseront, plus sa réussite lui sera payante vis-à-vis du groupe. Mais le jeu comporte des risques : les rieurs doivent notamment rester « de son côté ». Pour éviter de perdre son auditoire, le dominant choisit une victime qui ne lui résistera que peu. Celle-ci doit donc correspondre à un certain nombre de critères ou normes : être sans défense, défavorisée le plus souvent dans un domaine quelconque, physique, social ou mental, mais pas trop cependant, de façon à ne pas générer un retournement du public apitoyé en la faveur de cette victime. Le jeu du dominant sera donc subtil, feignant parfois une moquerie amicale, une plaisanterie de bonne société, sans pour autant perdre de vue l'objectif final de déstabilisation. Un « *c'était pour rire* » accompagné d'une accolade à l'endroit de la victime, et suivi d'un « *tu n'as donc pas d'humour ?* », met par exemple cette dernière dans une situation de ne pouvoir riposter face aux railleries.

- Niveau 4 : à ce stade, le comportement implique la violence physique. Plus exactement, l'individu dominant joue de la terreur qu'il inspire par des menaces obscures ou suggérées et laisse entrevoir une violence imprévisible à l'égard des objets notamment. L'individu met son entourage dans l'expectative de savoir quelle sera la prochaine cible, et fait redouter l'impact de sa violence potentielle. Cette attitude est souvent alternée avec une autre, plus calme, où il exprime sa crainte de ne plus être en mesure de se dominer et de se contrôler. Il est difficile de savoir exactement si cette crainte est réelle ou si elle n'est qu'une forme subtile d'intimidation. L'individu a pour le moins besoin d'exercer fréquemment sa violence vis-à-vis d'objets pour se défouler. Le dominant jette, casse, et fracasse avec force de façon à ce que tout puisse voler en éclats, claquer, craquer, faire du bruit, et laisser l'(les)autre(s) dans l'état attendu de soumission pétrifiée. Le dominant en sera-t-il apaisé ? Oui peut-être, selon l'effet produit. Mais il cherche surtout à se faire reconnaître comme un personnage peu fiable, avec trois objectifs non dits que sont la réserve de ses droits absolus sur le territoire qu'il s'octroie, l'indifférence aux problèmes d'autrui et le maintien autour de lui

d'une aura de crainte. Jusqu'où peut-il aller ? La question doit rester sans réponse, peut-être même à ses propres yeux.

- Niveau 5 : à ce stade ultime, le dominant affiche ouvertement sa perversion et son plaisir de torturer l'autre. Il jubile devant les souffrances physiques ou psychologiques qu'il inflige (cf. le film « Orange mécanique » de Stanley Kubrick). Tous les moyens sont bons pour atteindre ce but : menaces, intimidation, railleries provocantes, violence du verbe et du geste, simulation de tortures avec minutieuses descriptions pimentées de rires sardoniques. Dans quelques cas, il s'ensuit un passage à l'acte, lorsque l'évocation des tortures et la terreur suscitée ne suffisent pas à assouvir le dominant en crise aiguë.

La soumission

Comme nous avons pu le comprendre, le manque de confiance en soi caractérise la soumission. Il s'exprime au travers d'une sensation permanente de faute commise, de tâche mal assumée, de châtiment mérité suivant le grade et l'intensité du PG de l'individu. Ainsi, il ressentirait le besoin confus de se racheter par la soumission, la servilité vis-à-vis de ceux qui à ses yeux représentent la force et le pouvoir. À défaut d'une « toute-puissance » à laquelle il puisse se dévouer, il dirige ce besoin de servilité et d'admiration vers des dominants de type PG, avec la variété que cela suppose. Ce comportement sera dirigé vers des personnages médiatiques ou de la *jet set* mais aussi, et selon le cercle dans lequel il évolue, vers les caïds de la délinquance, les « mauvais garçons » au panache tapageur, les meneurs de quartiers et naturellement les dominants (en termes de PG) de sa hiérarchie clanique.

Le vécu de la soumission est stéréotypé (*i.e.* non ajusté à l'environnement) et ainsi relativement autonome. Aussi l'individu soumis n'a-t-il pas toujours besoin de se trouver face à un individu en état de dominance pour se sentir dominé. Il peut en effet « projeter » des intentions de dominance sur une personne simplement à l'aise en société et extravertie.

Il arrive également que la représentation mentale du PG soit erronée. Ce pourrait être là une des explications de ce que l'on appelle le complexe. Le complexé semble se trouver contraint entre

une mauvaise évaluation (cette évaluation résultant de son PG soumis) de la place réelle (statut social objectif) qu'il occupe dans la société, la représentation de son PG selon les autres (plus dominante ou plus élevée car imprégnée de son statut social) et celle que lui attribuent ses propres structures cérébrales supérieures (représentation qu'il aurait lors de moments de réflexion et de prise de recul). En conséquence, il se verrait comme un être inintéressant, quelles que soient ses capacités objectives et/ou reconnues. Mais à la différence de la simple soumission où tout se passe comme si les valeurs ou la raison de l'individu étaient en accord avec cette posture, le soumis « complexé » présente un malaise permanent et désire « obsessionnellement » passer inaperçu (puisqu'il se confronte sans cesse aux positions interdites).

Un tel comportement est ordinairement difficile à expliquer et à gérer, notamment dans le cadre de la thérapie comportementale classique, car il rend l'individu résistant à l'apprentissage émotionnel du succès. En effet, d'un point de vue évolutionniste, le rôle du soumis serait avant tout de limiter le nombre de combats au sein de la horde et protéger ainsi l'espèce, plutôt que de faciliter l'adaptation et l'épanouissement de l'individu. Chez l'homme moderne, le complexe bride le désir d'entreprendre, réduit la capacité d'autocontrôle, ce qui est plutôt pénalisant, mais jusqu'à un certain degré d'intensité (1 à 2 degrés sur l'échelle de 5). En deçà d'un certain niveau, ce type de comportement permet parfois de diminuer le nombre d'échecs par excès de prudence, perfectionnisme ou « travaillomanie », ce qui peut alors apparaître comme une protection voire un atout.

Le soumis peut ne pas montrer d'angoisse ou de malaise importants, tout au moins dans les cas légers. Il sera seulement attentif à bien faire ce qu'il faut, quand il faut et comme il faut. Plus l'on considère une soumission élevée, plus l'individu sera anxieux et consacrera de l'énergie à prévenir ou réparer des fautes potentielles ou imaginaires. Pouvons-nous trouver là une explication à ces actes irrationnels, quand ni prise de conscience, ni prise de recul, ni même dépassement émotionnel de la peur ne calment l'angoisse ? Pour notre compte, nous voyons peut-être là une explication probable de multiples actes aberrants, sur lesquels la prise de conscience et le

recul ne suffisent ordinairement pas à libérer l'angoisse ressentie tant que l'acte « réparateur » n'est pas accompli.

Parmi ces cas de figure, on peut aisément reconnaître les sujets présentant des TOC, mais aussi les personnes souffrant d'anxiété chronique, étouffées par un stress diffus, sans objet précis. Ce sentiment flou de la faute originelle ou d'une menace permanente et latente est clairement défini dans diverses religions ou croyances populaires (cf. Encadré 2.2 ci-après).

Encadré 2.2
PG et croyances

La plupart des religions posent des règles rigides et imposent des rituels figés qui évoquent ce que nous appelons le mode mental automatique dans son ensemble (cf. Gestion des Modes Mentaux, annexe 1). Plus précisément, la « morphopsychologie » des dieux a évolué avec l'humanité, sans doute parallèlement à son développement mental. Ainsi, les dieux les plus primitifs, aveugles, impitoyables et cruels exigeaient préventivement une « taxe léonine » : par exemple, un péché originel qu'il fallait éternellement racheter, de longues prières en position de soumission, une vie ascétique, des sacrifices animaux, voire humains, etc. On notera là les ressemblances de ces exigences « divines » avec celles des dominants animaux ou humains (de niveau 4 ou 5 selon notre classification du PG). La représentation des « dieux plus modernes » ne permet évidemment plus de telles exigences, sans doute sous la pression de l'évolution culturelle.

Puisque les dominants ont toujours la préoccupation de « tracasser » ou terroriser les soumis, l'invention d'entités ou de « dieux » terrorisants, qui sont censés tout voir en permanence et sanctionner des vétilles par une éternité de tortures, est barbare (PG) mais habile. À bien y regarder d'ailleurs, autant ou plus que des actes immoraux (d'un point de vue de valeurs), ce sont les plaisirs et les symboles de la dominance, immorale précisément, qui sont ordinairement interdits aux soumis, comme si ce « style de religion » n'était fait que pour aliéner et terroriser les soumis. La collusion historique des pouvoirs (y compris « contre-pouvoirs ») même les plus barbares et des religions primitives n'est sans doute pas un hasard biologique.

En thérapie NC pour le moins, libérer un soumis de sa soumission passe souvent par une prise de recul cognitive sur son adhésion à de telles croyances que l'on pourrait aussi qualifier de sectaires (ou sa fragilité à cet égard). Ce travail est bien entendu, on l'aura compris, insuffisant pour libérer profondément et durablement de cette aliénation, mais tout à fait

utile pour préparer le travail pédagogique et motiver l'individu à pratiquer et re-pratiquer les exercices comportementaux de PG.
Nous noterons qu'il existe aussi une relation plus apaisée à la spiritualité mais plus « illuminée » au sens où le PG intégré ou le mysticisme, de par leurs caractéristiques, semblent également se prêter volontiers à ce type de croyance (cf. Beauregard & Paquette, 2006 ; Beauregard & O'Leary, 2007 ; Hill & Persinger, 2003).
Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que même si la littérature scientifique tend à nettement considérer comme équivalents le sentiment religieux et l'expérience mystique, nous ne prétendons pas être aussi catégoriques car comme chacun sait, le sujet de la religion est très vaste et particulièrement pourvu d'incertitudes. Nous constatons en revanche que la religion peut être un aimant à PG et que de nombreux comportements plus ou moins pathologiques peuvent y trouver (ou prétendre y trouver) légitimité et alibi. Ainsi, comme le suggère Heriot-Maitland (2008), il est possible selon nous de disposer de sentiments ou convictions religieux sans pour autant être mystiques, et inversement. Sans doute est-ce parce que notre rapport à la religion est d'ailleurs si diversifié, que l'on observe que la foi peut être selon les études un catalyseur de bien-être, ou tout au contraire le lit de la dépression (cf. King *et al.*, 2012).

Le lecteur pourra noter que nous différencions les troubles de la soumission du PG de ceux induits par le comportement hyperfonctionnel ou hyper. En effet, ces derniers sont associés à un désir positif, certes exacerbé et anxiogène, mais somme toute « égoïste », comme la dépendance ou l'addiction, l'obsession sexuelle, ou simplement le besoin de plaire. À l'inverse, on ne trouve nulle forme d'attente personnelle positive chez le PG soumis. Dans la soumission, une punition est fantasmée. Elle peut apparaître dans la religion comme la sanction d'un Dieu, qui serait perçu comme un « super » dominant. La seule attente du soumis est alors l'apaisement de l'angoisse par l'accomplissement du rituel de soumission, lequel peut éventuellement trouver un alibi religieux (confession, contrition, pénitence et dans certains cas absolution), mais pas nécessairement. Dans le monde séculier, ce sera la récompense du petit signe d'acceptation ou d'obédience de la part du dominant, le mince sourire peut-être ou la tape sur l'épaule. Ces situations d'apaisement restent dans tous les cas essentiellement provisoires.

Bien entendu la servilité peut prendre de multiples formes et être plus ou moins contraignante, les dominants étant plus ou moins exigeants et la menace du châtiment plus ou moins présente et réelle. Le jeu du PG s'exerce parfois au travers d'une sorte de mainmise sur le droit au bonheur. Dans ce système, dominant comme soumis considèrent que ce dernier « *n'a pas le droit d'être heureux* », sauf par procuration. Si des événements heureux devaient survenir dans la vie de celui-ci, il se sentirait coupable de profiter d'un bien immérité. Il manifesterait alors une tendance à l'autodestruction, par exemple par de la boulimie, une anorexie, un comportement de repli social, de mise en échec active, etc.. « *Ne pas faire signe aux Dieux* » disait le monde antique, « *rester dans la platitude qui vénère et se plie* »....

S'il n'est pas à la merci d'un Dieu vindicatif ou d'un dominant non policé par sa culture, le PG soumis peut se contenter d'images. Magazines et journaux spécialisés lui fournissent un inépuisable panel de dominants de type Paléolimbique, fascinants et superbes. Dans ce cas, les célébrités médiatiques le captivent, il se réjouit de leur bonheur et s'afflige de leurs soucis. Il profite de leur plaisir sans envie, satisfait de l'autorisation d'en admirer l'image, quelque peu écrasante. Malheureusement, cette tendance n'est pas toujours aussi « romanesque » et certaines formes de soumission peuvent être, comme on le sait, clairement pathologiques. Les plus graves génèrent des dépressions pré-mélancoliques ou mélancoliques, la culpabilité pouvant aller jusqu'à des comportements d'automutilation ou une tendance impulsive au suicide (Gilbert *et al.*, 2010 ; Gilbert *et al.*, 1995, op. cit. ; Allan & Gilbert, 1997, op. cit.). Tout se passe comme si l'individu disposait d'un « dominant intérieur », constituant une petite voix (voir également Birchwood *et al.*, 2002, op. cit.) ou des commentaires internes ressassant des accusations (« *tu manques de respect aux autres, pour qui te prends-tu ?* »), des jugements négatifs et sentencieux (« *tu ne sers à rien ni personne et en plus de cela tu consommes l'oxygène qui pourrait servir aux autres, tu es un poids pour eux, tu es indigne de vivre* »), éventuellement des moqueries (« *peut-on être si ridicule et insignifiant ?* »), des ordres de préférence idiots, etc. Ces commentaires peuvent être comparables à un harcèlement. Tout se passe comme si cette voix était à la « botte » du PG, s'installait et

tenait à l'égard de l'individu le discours violent et pervers d'un dominant impitoyable (à l'inverse, la voix intérieure d'un dominant lui tiendra le discours d'un soumis).

Nous verrons ci-après (chapitre 2. 4.) qu'en thérapie NC, nous nous servons de ce mécanisme « d'inversion interne des discours » pour faciliter les exercices de PG.

a) Les critères de diagnostic et gradation du Positionnement Grégaire soumis

Nous retrouvons les mêmes niveaux de progression pour les quatre polarités du PG. La clé de voûte, qui concerne plus particulièrement les comportements de soumission et qui semble être un invariant de cet état, est le désir de faire plaisir au dominant.

Comme nous avons pu le comprendre, le soumis est angoissé à l'idée de provoquer, par sa négligence ou seulement sa passivité, désagréments ou ennuis chez le dominant, mais aussi d'une manière plus générale chez les autres quels qu'ils soient, dès lors que ceux-ci s'incorporent à des groupes plus ou moins enclins à la dominance. Même s'il est évident qu'un événement négatif ne peut être imputé au soumis ou s'il est inévitable, l'individu soumis se sentira coupable de n'avoir pu le prévenir. Le soumis éprouve alors le besoin préventif de réparer, soutenir, consoler, aider le dominant qu'il considère comme plus malheureux que lui, vis-à-vis duquel il fait preuve d'une sensiblerie extrême. Le dominant, enclin en miroir à se plaindre et à s'attendrir facilement sur ses propres souffrances, en profite. Il dramatise, se donne le droit d'importuner, de mettre à son service, quand il ne joue pas en plus sur le registre de la culpabilisation gratuite, pour le plaisir, traitant l'autre de « *con* ». Le soumis ne parvient jamais à se rassurer car la démonstration du réel ne lui suffit pas. Même si « *tout va bien* », la situation n'est que provisoire, fragile, trompeuse. Il est résigné, il sait que le bonheur personnel n'est pas à sa portée mais qu'il doit être attentif à celui des autres, ce qui représente pour lui une activité qui l'occupe à temps plein.

b) Niveaux de Soumission

Les différents niveaux de soumission peuvent être diagnostiqués à l'aide des éléments descriptifs ci-dessous :

- Niveau 0 : état émotionnel considéré ordinairement comme normal, dans lequel on ne ressent aucune influence de type PG, c'est-à-dire ni anxiété ou dépression sans objet, ni culpabilité irrationnelle.
- Niveau 1 : à ce stade, le comportement culpabilisé paraît encore de type « raisonnable ». La personnalité du soumis est obsessionnelle, anxieuse, perfectionniste et cherche constamment à sécuriser ses actions, de peur d'être prise en défaut. Ce n'est pas un perfectionnisme lié à l'amour propre, comme nous pouvons l'observer chez certains individus soucieux de leur image ou de l'amour de la chose bien faite, ni lié à l'attente de bénéfices égoïstes d'une action surinvestie du comportement Hyper. Le soumis agit par crainte de la faute, plus sans doute que de la sanction sauf si celle-ci se répercute sur le groupe qu'il n'a su protéger. À ce niveau d'ailleurs, certains objets d'angoisse et de culpabilité peuvent être cohérents avec le réel, et en cela constituer des critères sélectifs de recrutement à des emplois qui exigent minutie, rigueur pointilleuse, besoin permanent de vérification.
- Niveau 2 : à ce niveau, le comportement culpabilisé devient plus visiblement irrationnel. L'individu soumis a peur de provoquer chez les autres des dommages ou ennuis tout à fait improbables. Sous sa forme bénigne, ce niveau correspond à une anxiété chronique, inconsciente, mal définie, souterraine, surgissant au moindre prétexte, car le malaise préexiste au danger imaginaire ou potentiel. Dans sa forme complète, on peut penser au Trouble Obsessionnel et Compulsif (TOC) La soumission au dominant devient visiblement pathologique. Le soumis de ce niveau 2 ne doit cependant pas être confondu avec certains profils de personnalité manifestant une certaine forme d'anxiété liée à la crainte des maladies ou des dangers irrationnels mais plus « égoïstement », pour eux-mêmes (cf. Fradin & Lemoullec, 2006).
- Niveau 3 : à ce stade apparaît plus nettement une forme de superstition liée au PG. Celle-ci se traduit, pour l'individu soumis, par le fait qu'il puisse avoir le sentiment intime et profond que

non seulement il n'a pas droit au bonheur, mais que de surcroît, s'il y touche, il sera puni. Jusqu'ici, entre deux périodes d'angoisse et deux réparations de fautes, il espérait encore vivre de petits bonheurs « volés » à son propre système ou à l'ombre des puissants, réels ou fictifs. Au niveau 3 de soumission, l'individu vit l'interdiction du bonheur au premier degré et de façon constante, il considère que « *tel qui rit vendredi dimanche pleurera* », il « *sait* », selon lui, que tout se paie, et que son humble personnage de soumis pseudo-fautif ne saurait échapper à la règle, à la sanction.

- Niveau 4 : c'est le stade de la peur de la folie. Le soumis se sent habité par des angoisses incontrôlables, des attaques de panique, une peur de devenir fou, des idées de suicide impulsives. Jusque-là, le soumis pouvait encore calmer son angoisse avec l'abandon de tout désir personnel, un engagement total dans l'action, sa mise au service des puissants, le rachat de fautes imaginaires comme dans les TOC, le renoncement à une jouissance normale des biens ou des sentiments. Mais à ce stade, plus rien n'agit sur l'angoisse et le soumis sombre, s'il ne l'avait déjà fait, dans la consommation préventive d'anxiolytiques, d'alcool ou de drogue, aussi bien dans l'objectif de se détruire que de se soulager. Des impulsions d'automutilation irrépressibles apparaissent.
- Niveau 5 : à ce stade, l'individu se montre dépressif pré-mélancolique ou mélancolique psychotique : il se sent intensément coupable de tout, une voix intérieure de type dominant l'accuse et le torture moralement. Fermé à tout désir ou plaisir, il est mû par des impulsions suicidaires quasi irrépressibles qui constituent une vraie urgence psychiatrique.

La marginalité

Le pôle marginal du PG, qui concerne l'axe horizontal représenté en **figure 2.4**, régit selon nous l'auto-exclusion progressive d'un individu par rapport au clan qui, au départ, l'aurait déjà exclu. Une fois de plus, la coercition émotionnelle participe à ce processus en insufflant un sentiment de gêne au marginal chaque fois qu'il va se retrouver au sein du « clan ». En réalité, cette gêne correspond au

fait que l'individu a déjà perdu ses repères, il ne sait plus décoder les rituels du groupe et les autres « lui ». Au fur et à mesure de l'aggravation de son état, le vécu du marginal passe d'un malaise sans objet à un malaise avec objet. Parallèlement à ce phénomène, l'*a priori* relatif de confiance, qui régit les relations entre membres d'une même espèce et plus encore entre membres d'un clan, va s'estomper puis disparaître pour céder la place à un *a priori* de méfiance.

Les mécanismes sous-jacents à la marginalité résultent en des comportements tout aussi irrationnels et incontrôlables sur l'axe horizontal que sur l'axe vertical. Le caractère pathologique du comportement est inconscient, sauf aux premiers niveaux où fugitivement le trouble est perçu comme tel et la souffrance comme associée au trouble. Car le marginal souffre. Il souffre de ne plus appartenir au groupe, de ne plus en comprendre les règles, de s'en sentir exclu. À la différence de certains types de personnalité présentant une certaine fierté à afficher leur différence et leur originalité, le marginal au sens PG du terme est simplement paranoïaque, c'est-à-dire profondément blessé de son exclusion et craintif de la perversion du dominant.

Cependant, admis dans un groupe, le marginal ne verra pas forcément disparaître son malaise s'il est trop éloigné de la valeur moyenne de l'axe (valeur 0). Il peut même voir ce malaise s'intensifier, dans un deuxième temps, suite à un mécanisme d'effet rebond (cybernétique). Il est ainsi susceptible de mettre progressivement en doute la bonne foi du groupe à son sujet et se laisser aller à toutes sortes de projections.

a) Les critères de diagnostic et gradation du Positionnement Grégaire Marginal

La marginalité en lien avec le PG induit la sensation permanente d'être de trop parmi les autres. Le marginal a le sentiment d'être différent, comme si une règle cachée lui échappait. Suivant les stades de ce positionnement, il passe du simple malaise informel à rester parmi les autres au sentiment d'être exclu et même victime de conspiration contre lui (paranoïa). Comme le PG soumis, le marginal va progressivement ne plus concevoir de plaisir. Il rêve parfois d'être

intégré, accepté, reconnu sans parvenir à saisir les opportunités qui s'offrent encore à lui au début de sa vie ou lors de crises. Il est donc malheureux mais à la différence du soumis, il sera vite révolté. Sa violence potentielle viendra de son sentiment d'injustice.

b) Niveaux de Marginalité

Nous décrivons ci-dessous les éléments permettant de diagnostiquer les différents niveaux de PG marginal :

- Niveau 0 : ce niveau correspond à la « normalité » sur cet axe, avec une sensation de confiance *a priori* prédominante à l'égard de l'autre et du clan, mais la méfiance est latente et peut se développer, comme la confiance d'ailleurs, selon les expériences (cf. **Figure 2.4** précédente).
- Niveau 1 : l'individu ressent un malaise informel à rester parmi les autres. Cette sensation est surmontable, mais elle incite le sujet à se tenir légèrement à l'écart, à marcher devant ou derrière le groupe, à se dissocier par des attitudes d'introversion, de retrait. À ce stade, il a le sentiment de ne pas bien comprendre ce qui rapproche les autres et ce qu'ils partagent.
- Niveau 2 : à ce stade, la sensation de « coupure » est plus marquée et irrationnelle qu'au niveau précédent. Les règles de la vie sociale échappent à l'individu, comme si une vitre le séparait maintenant des autres, qu'il voit sans les comprendre. Il se tient plus nettement à distance, évite de sortir pour des raisons futiles, purement relationnelles. Cette tendance peut aussi évoquer une personnalité schizoïde, mais l'individu se sent encore, à ce niveau, partiellement responsable de ce qu'il considère comme un handicap.
- Niveau 3 : le comportement marginal s'intensifie, l'autre n'est plus perçu. Le sujet est seul, face au vide. L'idée d'une responsabilité personnelle ne l'effleure plus. Il vit une perte profonde de perception de l'autre, devenu comme vide. Il n'éprouve plus à son égard ni confiance, ni méfiance mais une absence. Ce niveau correspond, à notre avis, à un stade pseudo-mégalomaniaque : par contraste à ce vide, le sujet se sent riche d'opinions, de sentiments (douloureux, déçus) et de courage (par opposition aux dominants qui n'attaquent que les faibles,

lorsqu'ils sont en position de force extrême). Mais cette mégalomanie est dépitée, misanthrope, comme si elle résultait d'un combat sans combattant. Elle se distingue de la dominance et de la recherche de victoire chez les individus présentant des personnalités compétitrices : les dominants se complaisent en démonstrations de force, tandis que les compétiteurs ont pour objectif un dépassement de soi ou des autres, le simple challenge.

- Niveau 4 : le sentiment de méfiance *a priori* commence à être prépondérant. Le marginal commence à penser que le silence des autres et ces règles qu'il suppose invisibles lui cachent intentionnellement quelque chose dont il serait, lui, personnellement exclu. Des bouffées d'agressivité commencent alors à apparaître contre ce supposé complot mais il n'a pas encore conçu de peur spécifique. Il a bien sûr une peur naturelle du dominant, plus fort que lui ou surtout plus entouré. Il ressent un peu de mépris pour ce personnage pervers qui craint la souffrance et n'attaque qu'en position de force. Lui, solitaire, se bat seul.
- Niveau 5 : l'idée de complot est ici au centre de l'état. Il peut prendre des proportions démesurées, passer du simple domaine clanique à une dimension nationale ou même internationale. À ce stade, le marginal voit partout des symboles, des suspects, des ennemis qui se liguent pour l'anéantir. Alors il peut devenir violent, détruire ce qui subsiste de ses relations personnelles ou professionnelles. Point n'est besoin pour le groupe de l'exclure, il s'en charge lui-même. Là encore le mécanisme biologique de la sécurité est plus que redondant.

L'intégration

Sur l'axe horizontal dont nous tenons compte, le pôle « Intégration » correspond à une notion d'inclusion sociale au niveau du PG ou d'un point de vue Paléolimbique. Les comportements relatifs à l'Intégration constituent un miroir légèrement dissymétrique du pôle marginal. L'Intégration procure un intense sentiment de confiance *a priori* à l'égard des autres et plus particulièrement des « membres du clan ». Nous retrouvons là aussi une forme de coercition

émotionnelle qui, contrairement à l'empathie, procure un vécu non ou peu fondé : cela devient patent dans les niveaux élevés où le vécu de confiance peut s'étendre dans les cas extrêmes jusqu'à la sensation de « *perception immanente* » des lois de l'univers.

Nous avons émis l'hypothèse que le levier émotionnel émis ou subi par le niveau neurocognitif Paléolimbique puisse être la peur. Pourtant, si cela semble évident pour les trois autres pôles, cela paraît plus difficile à concevoir pour le PG Intégré. Il semble pourtant que ce soit le cas pour les raisons suivantes : la description du délire mystique qui a servi de base à ce modèle comporte une référence à l'harmonie, mais celle-ci se définit en opposition et en défense constantes vis-à-vis de « forces du mal » supposées. La tendance à l'Intégration est à distinguer de certains profils de personnalité également en recherche d'harmonie, mais qui ont pour objectif de faire partager celle-ci, sans être cependant préoccupés par le fait de constituer « *barrage* » au « *mal* » et « *aux forces de la nuit* », selon des termes que peuvent employer parfois certains individus présentant des délires mystiques. Aux yeux de l'individu intégré, la présence de la violence et de la peur est partout, et il se présente dans ce contexte comme « *le canal des forces du bien contre celles du mal* ».

Nous pouvons supposer que le « sorcier » ou le « gourou » de certaines ethnies ou sectes présentent un PG intégré important. Dans certains groupes animaux notamment chez les singes, des sujets qualifiés de « sages » semblent chargés de réconcilier et réintégrer dans le groupe les mâles exclus et marginalisés à la suite d'un combat perdu par exemple. Ce positionnement intégré peut-il également sous-tendre chez l'humain certaines motivations réconciliatrices ?

a) Les critères de diagnostic et gradation du Positionnement Grégaire intégré

Le PG intégré induit la sensation permanente d'être à l'aise parmi les autres, d'avoir toujours sa place dans le groupe ou même très vite dans des groupes inconnus. Non que l'intégré mette expressément sa personne au premier plan par rapport au reste du groupe, mais il se sent partout naturellement chez lui.

Beck, qui est à l'origine du mouvement cognitiviste, disait que le pessimiste n'est pas plus souvent dans l'erreur que l'optimiste, mais il est plus malheureux. Dans ce dernier cas, l'individu doute de tout, de ses moyens, de ses chances, de ses résultats. L'intégré est dans ce cadre un modèle d'optimiste vraisemblablement le plus achevé, qui ne doute de rien, ni de ce qu'il est, ni de ce qu'il fait, ni de ses résultats.

b) Niveaux d'Intégration

Nous présentons les éléments définissant les différents niveaux d'Intégration ci-dessous :

- Niveau 0 : la normalité se situe en équilibre dynamique entre deux sensations, la première, celle de confiance *a priori,* prédominant sur celle de méfiance. L'expérience peut déplacer cet équilibre selon les partenaires, les situations, etc.
- Niveau 1 : l'individu ressent une aisance informelle, plus appuyée qu'au niveau précédent. Il affiche également une assurance plus marquée, une liberté de mouvement et d'expression le plus souvent adaptée à la société actuelle, quelle qu'elle soit. En outre, il a le sentiment de comprendre autrui à demi-mot, ce qui lui vaut souvent le rôle de confident.
- Niveau 2 : l'intuition caractérise l'individu, il croit percevoir le sens profond des choses, des êtres, des événements. Il prend facilement la parole sur ces sujets et monopolise alors avec assurance la conversation.
- Niveau 3 : à ce stade, l'individu ne pense plus avoir une intuition de certaines choses floues, mais avoir une connaissance précise du monde qui l'entoure, même de ce qui n'est pas évoqué ou perceptible par les sens. Le sujet pense disposer de moyens de communication privilégiés et invisibles pour lire les pensées profondes des autres sans qu'ils aient besoin ou envie de les exprimer.
- Niveau 4 : la sensation de communiquer immanente s'étend à la nature, l'individu se considère en harmonie avec les éléments, le ciel, la mer, la forêt, le petit ruisseau ou l'arbre au fond du jardin, alors éventuellement promus confidents, amis ou protecteurs.

– Niveau 5 : l'illumination, le mysticisme, les délires mystiques et la sensation de transmettre sont à ce niveau caractéristiques. L'individu s'estime en fusion ou en communion avec l'Univers. L'intégré est disposé à rassembler autour de lui, porter la bonne parole, parfois créer une secte (ce qui reste tout de même l'exception) dont il devient le « gourou » illuminé, enivrant ses adeptes de discours évanescents et rassurants.

Rappelons le cas cité par Damasio de cette jeune femme aux noyaux amygdaliens totalement calcifiés et dépourvue de toute peur à l'égard de ses congénères (Damasio, 2002, op. cit.). Son tableau clinique, proche de celui de l'intégré, impliquerait ainsi l'amygdale dans la régulation de la balance méfiance/confiance, *i.e.* dans celle de l'axe horizontal du PG. Il est alors possible d'imaginer que l'absence totale de stimulation amygdalienne puisse donner un niveau d'intégration de niveau 5 « par défaut ».

Il serait dans ce cas légitime de se demander si la stimulation intense des noyaux amygdaliens (ou de certaines de ses parties) peut engendrer en miroir un état de marginalité de niveau 5, paranoïaque[11].

Caractéristiques communes	Dominant	Soumis	Marginal	Intégré
Personnalités potentiellement associées ou induites	Personnalité antisociale Personnalité narcissique (?)	Personnalité obsessionnelle (?) et dépressive (?)	Personnalités schizoïde (?) et paranoïde (?)	Personnalité mystique (?)
Pathologies potentiellement associées ou induites	Délire antisocial Délire maniaque Erotomanie Kleptomanie Exhibitionnisme	Anxiété diffuse TOC Paniques Dépression et délire mélancoliques	Délire paranoïaque Mégalomanie	Délire mystique
Alibis et actes socialement acceptables (mais	Flatterie et jeux de séduction	Perfectionnisme par crainte	Malaise sans objet à partager	Aisance sans objet à partager

Niveau 1	sous-tendus par une impulsion irrationnelle invisible et socialement non assumée)	cherchant une déstabilisation de la confiance en soi (par alternance de « chaud et froid »)	excessive de la faute, crédulité vis-à-vis des dominants	l'intimité, prise de distance « introvertie » par rapport au groupe,	l'intimité, intégration spontanée dans le groupe connu ou inconnu
Niveau 2	**Alibis et actes irrationnels** (sous-tendus par une impulsion irrationnelle visible mais non assumée)	Manipulation consciente des sentiments, cherchant une aliénation (par culpabilisation et apitoiement)	Servilité par rapport aux dominants, sensiblerie à l'égard de leurs souffrances réelles ou supposées	Sensation de perte de contact avec les autres, comme si un sens caché échappait	Sensation de perception intime d'un sens caché des autres et des choses
Niveau 3	Affichage social, dans le discours, des « intentions » de l'état	Ridiculisation du faible, recherche de Sa déstabilisation psychologique et sociale	Superstition, crainte « assumée » du bonheur, crainte irrationnelle d'une sanction	Discours mégalomane par perte de la sensation de l'autre, comme s'il était inconsistant, vide de pensées	Discours de « gourou », « lecture mentale », sensation de communiquer avec les gens sans mots
Niveau 4	Actes impulsifs et peu contrôlables, dont les mobiles sont conscients mais non encore « assumés » socialement	Actes violents et inquiétants contre des objets, associés à un mutisme ou des sous-entendus obscurs, cherchant à inquiéter	Attaque de panique, peur de devenir fou, culpabilité déraisonnable avec idées non avouées de suicide ou d'automutila-tion	Sensation d'exclusion, de ne pas comprendre un sens caché	Sensation de communiquer, parler avec les choses

Niveau 5	Affichage social, dans les comportements des intentions de l'état, allant jusqu'au prédélire et délire (= rapt de la conscience), stéréotypie génétique révélant la nature du trouble (PL)	Sadisme, cruauté, discours mêlant rires, sarcasmes, violences, vulgarité, affichant la perversion du plaisir à faire souffrir le faible, cherchant à terroriser	Actes d'automutilation ou suicide	Sensation d'être l'objet d'un complot, agression à l'égard du pouvoir ou de ses représentants	Sensation d'être connecté à l'univers

TABLEAU 2.2

Présentation synthétique des hypothèses de gradation des quatre polarités du PG

3. Modélisation partielle du PG en psychothérapie

3.1. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DU PG ET PRINCIPALES INTERACTIONS

Soumission et RH

Les deux plus grandes entités physiopathologiques que sont les comportements de type Hypo/Hyper et les troubles de type PG (notamment la soumission) nous paraissent impliquées dans les comportements d'évitement social :

1. La première entité est intégrée dans un niveau fonctionnel (qualifié de néolimbique) plus global que la seconde. Elle

impliquerait un comportement automatique d'évitement social (Hypo-fonction), compensé par un comportement Hyperfonctionnel (substitution inductrice de troubles du comportement de type addictif), générant un risque dépressif secondaire (réactionnel à un échec) dit de Répression d'Hyperfonction (RH).

2. La seconde entité est selon nous de type paléolimbique. Elle implique sans doute plus précisément la région amygdalienne, et sous-tend notamment un comportement de soumission. Les comportements d'évitement social apparaissant en conséquence de la soumission sont plus archaïques et plus globaux que les précédents, sont plus ou moins associés à des comportements d'autodestruction, et peuvent aller jusqu'à des troubles psychotiques (à prédominance mélancolique).

Nous proposons le tableau récapitulatif suivant, qui établit une comparaison entre comportement Hyper et soumission du PG, tous deux générateurs d'anxiété sociale :

	Hyper	**Soumission (PGS)**
Objectif apparent	À valence positive : l'individu tend à aller vers toujours plus de plaisir, de beauté, d'intérêt suscité, etc.	À valence négative : l'individu a pour objectif de ne pas déranger, ne pas usurper, s'effacer, disparaître, etc.
Diagnostic différentiel	— Obsessivité du désir (toujours plus) — Anxiété d'anticipation (peur de l'échec) — Survalorisation de soi alternant avec des déceptions amères (RH) — Ambivalence par rapport à l'objet de désir — Insatisfaction paradoxale malgré un bon résultat — Conscience des troubles	— Obsessivité de la culpabilité — Propension à toujours se mettre au service des autres — Dévalorisation totale de soi — Désincarnation, volonté de « don de soi » sacrificiel — Irrationalité majeure peu ou pas accessible à la raison (tendance prépsychotique) — Stéréotypie totale des symptômes (indépendante de la culture)
Dangers		

	Dépression plus ou moins auto-agressive et surtout hétéro-aggressive (amertume, sensation d'être victime)	Autodestruction, automutilation, suicide
Thérapie	— Traitement des évitements sociaux (Hypos) par pédagogie et affrontement comportemental du trouble cause de la compensation ; — Travail cognitif provisoire qui est rendu possible sur l'Hyper (mais dont l'effet est de courte durée car symptomatique)	— Pédagogie et affrontement comportemental de la soumission par des exercices antidotes de « dominance » — Insensibilité du PG au travail cognitif, même à court terme
Précautions	Suivi simple possible excepté lors de dépressions réactionnelles massives (RH)	Suivi médical et/ou psychiatrique recommandé

TABLEAU 2.3

Synthèse des comparaisons possibles entre Contenants d'Hyper et de PGS

Points communs observables entre la soumission et la RH

- Manifestation d'une souffrance psychologique intense : ces deux Contenants nous apparaissent comme les deux plus douloureux du paysage psychologique et même peut-être psychiatrique, car ils sont à l'origine des dépressions réactionnelle (RH) et mélancolique (PGS).
- Les deux types de troubles génèrent chez l'individu de la culpabilité, bien que celle-ci soit de nature différente en fonction du trouble.

Éléments distinctifs de la soumission et de la RH

- L'individu soumis PGS se rend au service des autres, et plus particulièrement des dominants, sur lesquels il s'attendrit beaucoup, tandis qu'il ne se ménage jamais lui-même. Un individu en RH, en revanche, tend à « rouler pour lui-même », aime se faire plaindre, et n'épargne souvent pas les autres en termes de reproches. Le vécu de la RH est notamment

essentiellement composé de regrets et d'amertume, ce qui n'est pas caractéristique de la soumission.

- La culpabilité émanant de la soumission n'a généralement pas de motif réel, sérieux ou objectif. La culpabilité associée à la RH en revanche est issue du fait que l'individu prend conscience du caractère intrusif, exigeant (chantage affectif, pression morale sur autrui, etc.) et capricieux (ambivalent) que lui confère la RH. Dans ce cas-là, l'individu s'en veut d'avoir fait des erreurs mais s'apitoie malgré tout sur son propre sort, pas sur celui des autres, ce qui le distingue de l'individu soumis.

a) Synergies pathogènes entre PGS et RH

Le diagnostic différentiel entre PGS et RH s'avère particulièrement crucial, pour les raisons suivantes :

- Il peut survenir une sonnette massive entre les deux, se manifestant par des injonctions internes et des stratégies de résolution totalement contradictoires. Une sonnette implique donc le fait que l'activation d'un Contenant aggrave un autre et réciproquement. Les sonnettes qui peuvent concerner la RH et la soumission peuvent par exemple porter sur le fait que la RH pousse à un comportement toujours plus intrusif, accusateur, tandis que la soumission peut faire que l'individu est effrayé de son propre comportement, lui qui d'ordinaire fait tout pour passer inaperçu, prendre pour lui la faute des autres, etc. En retour, la réaction de repli spontané imposée par la soumission peut augmenter le sentiment d'échec de la RH.
- Le traitement neurocomportemental du PGS aggrave massivement la RH. En effet, il est possible de confondre les deux Contenants ou que les deux Contenants cohabitent. Dans ce cas, il est nécessaire d'identifier, d'isoler et de traiter le plus rapidement possible la RH avant de traiter le PGS. S'il arrive au thérapeute de faire erreur et de considérer comme une crise de PGS ce qui serait en fait un accès de RH, l'aggravation de l'état du patient suite à la réalisation des exercices de PG doit l'alerter et lui évoquer une RH (notamment si ces exercices améliorent plus ordinairement l'état du patient).

Dominance et Marginalité

a) Points communs observables entre la dominance et la marginalité

Les deux Contenants peuvent générer de la violence : ordinairement, la dominance incite l'individu à l'attaque, tandis que la marginalité le met en posture de défense. Dans le cas où un individu dominant est « attaqué », alors les deux types de PG se ressemblent encore davantage.

b) Éléments distinctifs de la dominance et de la marginalité

Si les deux types de PG peuvent être violents et, dans de plus rares cas pour la dominance, en position de défense, une différence notable est cependant le fait que le PGD redoute l'humiliation, une notion qui ne relève pas des préoccupations du PGM. En effet, l'humiliation d'un individu dominant amène celui-ci à déchoir de son statut, à perdre son pouvoir social. Aussi, celui-ci défend son orgueil et ses privilèges, tandis que l'individu marginal préserve son intégrité de toute intrusion potentielle. En d'autres termes, le premier attaque et le second défend ses terres et ne devient parfois dangereux que si on va le chercher dans sa « tanière ».

c) Synergies pathogènes entre PGD et PGM

Sachant que le PGD est la bête noire du PGM, un individu présentant les deux Contenants est susceptible de présenter des attaques de panique, ce d'autant plus qu'il aura conscience de sa dominance. Dans ce cas, le thérapeute doit engager une thérapie cognitive de prise de recul préalable, précautionneuse, longue, itérative et interactive. Il pourra ensuite traiter les deux Contenants dans l'ordre qui génère le moins d'angoisse chez le patient.

Soumission et personnalité dite « Stratège »

À l'instar de nombreux autres modèles, nous distinguons ce que nous appelons des « personnalités » ou « structures de personnalités » (cf. Fradin et Lemoullec, 2006, op. cit., annexe 2).

Comme nous l'avons vu plus haut, ces personnalités sont en réalité des ensembles homogènes et relativement cohérents de valeurs. Nous supposons que ces ensembles ou personnalités sont sous-tendus par des structures cérébrales Néolimbiques, plus évoluées d'un point de vue phylogénétique que celles relatives au Paléolimbique. Parmi les types de personnalité que nous avons identifiés, apparaît la personnalité dite ordinairement « Stratège » ou encore nommée « Lutte Réussie » dans notre modèle. Même si cela paraît contre-intuitif, celle-ci peut présenter des points communs avec la soumission.

a) Points communs observables entre la soumission et la personnalité « Stratège »

La soumission tend à faire que l'individu se voue totalement au service des autres et notamment des dominants. De façon quelque peu similaire mais pour des raisons différentes, l'individu présentant une personnalité *Stratège* (aussi appelée Personnalité Lutte Réussie, cf. Annexe 2) se mettra au service du développement des jeunes talents, des personnes chez qui il soupçonnera des capacités particulières. Il est susceptible de consacrer à ceux-ci toute son énergie, au détriment de sa vie privée, tout comme peut le faire l'individu soumis.

Si la personnalité *Stratège* possède une vraie capacité à entraîner les autres, elle en est cependant fragile à la critique : sa focalisation sur les autres et sa tendance à vouloir systématiquement s'adapter aux autres pour satisfaire son but global la conduit à ne plus savoir réellement ce qu'elle peut penser d'elle-même. Elle peut avoir une forme de vide mental dès lors qu'elle se retrouve questionnée sur elle-même, en situation d'échec ou de remise en cause. La soumission, de la même façon, rend l'introspection difficile, car le soumis, à ses propres yeux, ne mérite pas de perdre du temps à s'occuper de lui. Sa capacité à endosser la faute des autres le rend également particulièrement fragile à la critique.

L'engagement est également une notion impliquant à la fois la soumission et la personnalité Stratège. Cette dernière est en effet très sensible à la traîtrise puisque celle-ci rompt l'harmonie sociale

et la solidarité. Dans ce cadre, un manquement à l'engagement peut lui apparaître comme une trahison potentielle. Aussi, ce type de personnalité peut se considérer « engagé » vis-à-vis de certaines personnes ou actions, même de façon informelle, et même s'il n'en a jamais été question pour son entourage. La personnalité Stratège y met son « honneur » en jeu. La soumission est également, de fait, dans un processus d'engagement vis-à-vis des dominants, puisqu'elle leur est servile.

b) Éléments distinctifs de la soumission et de la personnalité dite Stratège

Malgré leurs similarités, les deux types de Contenants présentent des différences assez nettes :

En effet, le PGS pousse à la servilité et à l'activité besogneuse, tandis que la personnalité Stratège insuffle du leadership et un goût pour le faste.

Par ailleurs, le Stratège fait montre d'une certaine forme de fierté et de répulsion quant au fait de dévoiler ses faiblesses (sentiment de devoir être « digne » en toutes circonstances). L'individu soumis, en revanche, s'avère totalement dépourvu d'une quelconque forme de fierté, se considère comme étant en soi une faiblesse et ne prétend à aucun sentiment de dignité quelconque, bien au contraire.

c) Synergies pathogènes entre soumission et personnalité Stratège

La soumission est encline à « contrer » la tendance directive de la personnalité Stratège. Cet effet peut être relativement positif lorsque le niveau de soumission de l'individu est léger. Dans ce cas-là, le caractère quelque peu autoritaire du versant « Stratège » peut être adouci par la soumission (une main de fer dans un gant de velours). Malheureusement, il arrive très souvent que les deux Contenants créent une sonnette. Celle-ci peut se traduire par le fait que cette tendance directive et fière soit rendue insupportable par la soumission, tandis que le manque de dignité de la soumission peut apparaître comme un affront aux yeux de la personnalité leader.

Les deux Contenants peuvent par ailleurs entrer en synergie lorsque la personnalité Stratège doute d'elle-même (notamment en

cas d'échec ou de rejet social) ou cherche à s'individualiser (car elle aura été remise en cause dans ses valeurs, qui sont généralement plutôt conformistes). La soumission aggrave, dans ce cas, ce sentiment de doute dans lequel l'individu peut avoir l'impression de se noyer. En psychopathologie, ce duo est un des standards que l'on retrouve dans le modèle TNC derrière les tableaux de forte « centration externe » ou de dépersonnalisation.

Dans tous les cas, il est possible de faire un travail de prise de recul et de relativisation autour des intolérances supportée par la personnalité *Stratège* et de ses interactions possibles avec la soumission. On peut ensuite, parallèlement, traiter la soumission à l'aide d'exercices comportementaux (cf. chapitre 2.4.).

Soumission et Hypo-Méta

Ce duo donne lieu à des problématiques très comparables à celles présentées précédemment. La synergie entre ces deux Contenants est aggravée et potentialisée lorsque s'y ajoute, de surcroît, une personnalité Leader.

a) Points communs observables entre la soumission et l'Hypo-Méta

La soumission génère une incapacité décisionnelle, basée sur un sentiment profond de dévalorisation de soi voire d'indignité, une crainte de la faute impardonnable et une absence de motivation à œuvrer pour soi-même.

L'Hypo-Méta, quant à lui, est un Hypo dans le domaine métapsychologique. Il génère une incapacité à émettre une opinion ou un acte sur un sujet donné, par peur du ridicule ou de la honte. Son prolongement, l'Hyper-Méta, constitue une tentative de substitution, se traduisant par une attente active ou passive que d'autres fassent pour nous ce qui nous est impossible. Cette dépendance émotionnelle à cette substitution est forte et l'échec ou son anticipation mettent l'individu en position de « manque » (RH), producteur d'un état agressivo-dépressif de type réactionnel. L'Hyper-méta ajoute de l'indétermination à l'Hypo-Méta en ce sens qu'il rend l'individu très dépendant de la reconnaissance d'autrui.

Les deux Contenants font ainsi part d'une relative difficulté à pouvoir émettre une opinion, à l'affirmer et à l'assumer, et ce pour des raisons différentes.

b) Éléments distinctifs de la soumission et de l'Hypo-Méta

L'Hyper-Méta engendré par l'Hypo-Méta implique une dynamique où l'individu agit dans son propre intérêt, et produisant une attente à l'égard des autres. Par opposition, la soumission est, encore une fois, au service des autres. L'Hyper-Méta conduit à vouloir plaire à autrui, et dans cet objectif peut parfois nous pousser à rendre quelque service, mais ce ne sera pas pour autant dans le but de se placer au service de l'autre. Le diagnostic différentiel se teste donc au niveau des situations d'échec : dans ce cas, l'individu soumis se culpabilise et craint pour l'autre, tandis qu'un individu en Hyper-Méta redoute de perdre l'autre et d'en souffrir.

Dominance, Marginalité et personnalité dite « Compétitrice »

La personnalité dite Compétitrice (et que nous nommons plus usuellement « *Lutte Empêchée* », cf. annexe 2) que nous avons pu isoler présente une appétence pour la concurrence, le défi, le challenge, le dépassement de soi et des autres. Par souci d'élitisme, ce type de personnalité a également besoin de cultiver sa différence et son esprit critique, de défendre sa liberté et celle des opprimés.

a) Points communs observables entre la dominance, la marginalité et la personnalité dite « Compétitrice »

Les trois types de Contenants peuvent se montrer méfiants ou agressifs.

La dominance se rapproche plus particulièrement de la personnalité Compétitrice dans sa dynamique prompte à surpasser les autres, bien que la première le fasse dans un but d'asservissement de son entourage, et la seconde dans un principe de challenge, de dépassement de soi. Les deux Contenants peuvent

inciter l'individu à raconter ses exploits, l'un dans l'objectif d'intimider son entourage, l'autre dans le but de montrer sa bravoure et son intelligence.

La marginalité est également comparable à la personnalité compétitrice, au sens où un individu marginal est attaché à se démarquer des autres. S'il le fait par méfiance, la personnalité compétitrice le fait par défi, pour montrer sa distinction, sa perspicacité. Les deux Contenants peuvent montrer une aversion pour la dominance.

b) Éléments distinctifs des trois Contenants

La différence la plus essentielle entre les trois Contenants réside dans les raisons de leur agressivité respective. L'individu dominant se montre agressif car il craint avant tout de se faire destituer de sa position dominante. L'individu marginal a peur d'être la victime préférée (car insoumis) d'un pervers dominant (perçu comme le monstre absolu qui ne pense qu'à lui nuire), et pour prévenir cela, il est prêt à mettre en place tous les moyens de défense nécessaires. La personnalité compétitrice, quant à elle, tend à se poser en justicière, et en cela peut faire montre d'une certaine agressivité. Par ailleurs, l'esprit de concurrence apparaissant dans la dominance comme dans la personnalité compétitrice peut donner forme à une certaine attitude agressive. Cependant, si la première considère que « *tous les coups sont permis et pire encore* », la seconde adhère à la compétition dans une conception méritocrate, en jouant à « *que le meilleur gagne* ».

c) Synergies pathogènes entre les trois Contenants

Les trois Contenants que sont la dominance, la marginalité et la personnalité compétitrice peuvent apparaître chez un même individu, deux à deux ou tous les trois. La cohabitation de ceux-ci donne très souvent lieu à des sonnettes.

Intégration et personnalité dite « Philosophe »

Nous avons identifié une structure de personnalité que nous pourrions principalement considérer comme Philosophe, mais que nous avons également appelée « *Activation Réussie* » dans notre modèle (cf. Annexe 2).

a) Points communs observables entre l'Intégration et la personnalité « Philosophe »

Les deux Contenants que sont l'Intégration et la personnalité Philosophe peuvent générer des vécus de positivisme inébranlable, allant jusqu'à la naïveté et la crédulité, rendant inapte à tirer des leçons de ses (mauvaises) expériences. Dans les deux cas, l'individu affiche une attitude boniface, tend à profiter de façon très spontanée et détendue de la compagnie d'autrui et rejette assez aisément tout comportement qu'il qualifierait de négatif ou pessimiste.

b) Éléments distinctifs entre l'Intégration et la personnalité « Philosophe »

Le PGI procure une confiance irrationnelle en les autres. Cette confiance est globale, dépourvue de discernement et de prudence, même vis-à-vis d'étrangers ou de personnes paraissant *a priori* « peu dignes de confiance ». L'individu présentant une personnalité Philosophe présente une naïveté qui est davantage orientée sur certains thèmes (la nature et la nature humaine) et sur certaines personnes. Mais à la différence de l'Intégration, elle permet un certain degré d'apprentissage sans toutefois bousculer sa vision humaniste et optimiste de la vie. On peut également l'identifier par sa tendance à philosopher, son goût pour la gastronomie, etc.

3.2. Sonnettes et attaques de panique

En TNC, on nomme « Sonnette » un conflit structurel entre deux Contenants et/ou Méta-Contenants incompatibles, *i.e.* qui déclenchent des modes réactionnels opposés et autorégulés. Ce conflit aboutit à un emballement du système, à l'image d'une attaque de panique classique (qui est considérée en TNC comme un cas particulier de la Sonnette). En termes de cybernétique, on parle de

régulation « en tendance », pour laquelle le symptôme amplifie le mécanisme causal, par opposition à un système autorégulé simple.

Nous présentons ici les principales interactions négatives entre Contenants, pourvoyeuses de sonnettes et autres refoulements :

Sonnette entre Extraversion et RH

L'extraversion, de quelque nature qu'elle puisse être, tend à aggraver la RH. La sonnette produite par ces deux entités est sans doute la plus spectaculaire ou la plus facilement observable.

À titre d'exemple, la pratique des exercices thérapeutiques pour traiter le PGS demande à jouer des personnages particulièrement extravertis. Ceux-ci peuvent alors très nettement aggraver l'état de l'individu s'il est à ce moment-là en RH. Cela entrave de surcroît l'action de ces exercices sur la soumission. Dans ce type de cas, il est vivement conseillé de traiter en premier la RH (soit identifier et traiter l'Hypo de l'Hyper) avant de pouvoir (re)prendre les exercices de traitement du PGS.

De façon plus générale, cette sonnette apparaît plus largement lors de toute combinaison de type « comportement extraverti + RH ». Ainsi, pousser quelqu'un en RH à être créatif, à improviser un rôle théâtral un peu excentrique, à affronter un Hypo (qui conduit à jouer un rôle à part entière et à sortir de son marasme de façon brutale), à se confronter au bruit généré par « la vie », par les enfants, les personnes semblant heureuses, aggravent très nettement sa RH.

De fait, les individus en RH semblent renfermés, ternes, gris et de mauvaise compagnie, pourrait-on croire pour se protéger de tout contact, de l'action ou même du bruit et de la lumière.

Sonnette entre PG et Méta-Contenant Néolimbique

Une sonnette entre l'un ou les deux axes du PG et une gouvernance[12] néolimbique (NL) forte peuvent survenir. Dans ce cas, le PG conduit le comportement de l'individu dans une orientation (par exemple soumission et/ou marginalité) tandis qu'un Méta-Contenant Néolimbique « tire » l'individu vers un autre objectif.

Nous avons pu voir plus haut que les personnalités compétitrice et leader, par exemple, pouvaient présenter un fort antagonisme avec le PGS, le PGD ou même le PGM. Dans le cas particulier de la personnalité compétitrice, chaque gain réalisé sur le PG (par exemple marginal ou soumis) par des exercices thérapeutiques est immédiatement « consommé » par « l'ambition » de cette personnalité. Fort de son mieux-être, l'individu « risque » d'en profiter pour lancer de nouvelles conquêtes et se mettre davantage en avant socialement. De cette façon, il risque de mettre prématurément son (ou ses) PG sous tension, la marginalité (trop méfiante) comme la soumission (trop indigne d'être centre d'attention) étant toutes deux réactives à la confrontation sociale. Cette mise sous tension peut, de plus, s'inscrire dans un effet rebond de PG faisant suite aux exercices, et potentialiser ainsi celui-ci. Ordinairement, plus l'effet rebond se montre intense et rapide, plus cela doit faire suspecter l'existence d'une sonnette entre un PG et des structures sus-jacentes, qu'elles soient Néolimbiques ou même préfrontales.

Plus généralement, dans l'objectif de clarifier les cas cliniques et limiter les risques de sonnettes, il est recommandé de traiter les symptômes cliniques de la superficie vers la profondeur, autrement dit du plus visible, volumineux, envahissant et/ou gênant, au plus discret, qui est sous-jacent. Ou encore, du plus symptomatique (comme le stress ou la RH) au plus « profond », c'est-à-dire au plus étiologique, causal. On peut également commencer à partir du trouble le plus aigu pour ensuite aller vers le plus chronique.

En effet, ce sont les Contenants symptomatiques, comme le stress ou la RH, qui ont le plus de chance, à la fois :

- d'être réactifs et donc de s'enflammer dans un conflit de Contenants. Un exemple peut être celui d'une attaque de panique classique, où un symptôme du stress, les palpitations, deviennent l'objet de fixation d'une angoisse et constituent l'amorce d'une boucle de « réentrée » ;
- et d'être rapides et faciles à traiter.

On dit encore, en TNC, que l'on commence toujours par traiter une sonnette par son « pôle faible ».

Notons enfin que la production d'un stress aigu (attaque de panique ou sonnette) lors d'une action thérapeutique (et non en

raison d'un refus ou d'une appréhension de cette action) et en proportion de l'intensité de l'exercice ou de l'engagement de la personne dans celui-ci, indique que la stratégie thérapeutique est erronée. Dans ce cas, cela signifie que la stratégie appliquée met en œuvre une sonnette qui n'aura pas été identifiée au préalable, ou encore qu'elle comporte une erreur de diagnostic. Quelle qu'en soit la raison, il convient donc de l'arrêter immédiatement et d'identifier la cause de ce dysfonctionnement avant toute reprise (prudente) de l'action envisagée ou commencement d'une autre. Classiquement, s'il s'agit d'une sonnette, il faut attaquer le pôle faible de la sonnette. Tant que le stress aigu observé survient pendant l'affrontement ou le traitement, alors même que la personne ne vit pas consciemment de retrait par rapport à l'exercice, le thérapeute peut considérer que la sonnette n'est pas correctement analysée et gérée.

4. Thérapie neurocomportementale du PG

4.1. Principes généraux du traitement

Les exercices de PG proposés par la TNC se présentent sous la forme de jeux de rôles à cinq personnages interprétés successivement et de manière stéréotypée. Au cours de ces exercices, nous nous servons notamment d'un mécanisme « d'inversion interne des discours ». Le patient doit formaliser ses commentaires intérieurs et pathogènes à l'aide d'un jeu de rôle, ce qui lui permet entre autres de prendre du recul par rapport à ceux-ci. De ce fait, il n'a généralement pas de difficulté à trouver les attitudes, émotions et vocabulaire de « l'anti-délire ».

Encadré 2.3
Le mécanisme d'inversion du discours interne

Ce mécanisme de « l'inversion du discours interne » par rapport à la « réalité observable » nous semble constant chez les vieux « niveaux cérébraux », instinctif, PL et même NL. Prenons un exemple de niveau instinctif : devant un précipice, on a la sensation d'être attiré par le vide, c'est ce que l'on appelle le vertige des hauteurs. Mais à l'analyse, cette sensation est paradoxale : selon la loi de la gravitation universelle, le vide n'attire pas ! Tout se passe donc comme si notre cerveau nous donnait une information erronée (le vide attire) pour nous faire reculer et échapper au danger. Utiliser une fausse information pour provoquer la bonne réaction, telle pourrait être la manœuvre mise au point par les cerveaux anciens que nous qualifierons de coercitifs. Plaisirs, déplaisirs ou peurs sont ainsi des coercitions positives ou négatives.

En pratique, le soumis se sent coupable sans fin pour « réparer » éternellement… et servir ainsi, sans raison autre que celle du plus fort, le dominant. Le vécu de culpabilité n'est psychologiquement pas fondé, il est coercitivement utile pour créer l'attitude soumise. On observe bien sûr le même type de phénomène pour les trois autres polarités du positionnement. Dans les structures mentales primitives, la biologie fait donc « l'économie » d'un discours intérieur spécifique : dupliquer le discours du dominant dans la tête du soumis suffit pour entraîner l'auto-assujettissement à l'attitude de soumission. Le bricolage de l'évolution montre cependant ici particulièrement ses limites : l'efficacité se fait au détriment du sujet soumis, sacrifié le plus souvent à vie certes par les dominants mais aussi par son propre cerveau. Au niveau du PL, l'individu et particulièrement le soumis est gravement abandonné « sans anesthésie » (il souffre le martyre en dépression mélancolique, par exemple) comme ce sera le cas au niveau du NL (cf. la personnalité IE par exemple, qui prend plaisir à aider les autres et y voit une « valeur » supérieure) au profit du groupe et de l'espèce.

À propos de l'inversion des sensations et de l'usage que la biologie fait de ses programmes en les dupliquant tout en les déformant, citons encore la faim. Elle n'est pas simplement le constat du « manque de sucre » et autres nutriments dans le corps, mais un processus actif et organisé où le corps fait baisser lui-même à heures fixes le taux de sucre dans le sang pour créer la sensation de faim. Ainsi, un mécanisme primitif (la faim qui devait répondre au manque direct de nutriment) a été détourné au profit d'un mécanisme plus complexe et il est vrai plus anticipateur : utiliser la sensation de manque pour faire manger, indépendamment du réel besoin biologique immédiat (on peut ainsi constituer des réserves). Mais aussi être obèse, si les régulations sont trop décalées, à force d'être méta-régulées !

Si nos hypothèses sont exactes, tout individu en crise aiguë de PG, soumis notamment, se trouve dépossédé de sa volonté ordinaire, en un état que l'on pourrait qualifier de délirant, irrationnel. Les TOC, les attaques de panique ou même certains troubles de l'assertivité, vont selon nous en direction de ce rapt de conscience propre au délire. Alors que les crises instinctives (colère et anxiété passagères) sont essentiellement défensives, donc réversibles, et permettent plus facilement les remords ou la reprise en main de l'individu, la régulation du PG est, dans le temps, terriblement stable. En fait, de façon plus générale, le comportement stéréotype du PG (quel qu'il soit) constitue sans doute le socle de la personnalité dite « difficile » voire pathologique. Celle-ci est périodiquement aggravée par des effets rebonds qui viennent sanctionner les efforts de contrôle ou de normalisation du sujet. De surcroît, chaque PG a l'impérieuse nécessité de céder périodiquement voire quotidiennement à son rituel (pensée négative irrationnelle, superstitieuse, « actes manqués », ridiculisation d'autrui, etc.), de façon à « dépressuriser » le système (cette pression se traduisant par exemple chez le soumis par une forte anxiété).

Concrètement, les exercices de PG sont d'abord la résultante d'une vision théorique qu'il est important d'appréhender pour appliquer au mieux ces exercices. Les cinq jeux de rôles que constituent les exercices de PG durent environ une minute chacun, et sont basés sur les principes suivants :

Premier personnage : « je caricature mon PG »

Le premier personnage (P1) constitue globalement une caricature de soi-même dans son PG et plus particulièrement dans ses crises. Le personnage doit être suffisamment décalé de la réalité de ce que vit l'individu pour que celui-ci ne rentre pas dans une crise et pour qu'il puisse surtout prendre du recul par rapport à ce qu'il vit ordinairement. Un des artifices de jeu permettant ce décalage est notamment d'indiquer à l'individu de jouer la caricature de son PG comme s'il était une personne qui avait de base le PG opposé au sien. Pour traiter la soumission, par exemple, on demandera à l'individu d'avoir en tête qu'il joue un dominant qui lui-même surjoue et éventuellement se moque de la soumission en la caricaturant. Le

fait de jouer une caricature façon Commedia Dell'Arte (ou encore à l'image de certains personnages de Molière, ou du théâtre de Guignol) permet à l'individu de mieux se distancer par rapport à la crise qui est jouée, tout en traitant déjà le PG puisque l'individu n'est déjà plus vraiment dans son propre rôle. Cette exagération « ludique » tend en effet à faire tomber la peur que le sujet a souvent de ses propres crises, en se jouant de la crise au lieu de la redouter. Malgré ces précautions, et notamment pour des grades de PG supérieurs au niveau 2, ce P1 est à surveiller lors des premières exécutions. Le jeu de ce premier personnage peut même être parfois reporté à plus tard lorsqu'il se révèle difficile à faire jouer avec recul (notamment chez les PGS et PGM) et tend alors parfois à produire ou aggraver une crise que les personnages suivants ont du mal à faire totalement retomber.

Deuxième personnage : « je joue mon antidote »

Le deuxième personnage (P2) est tout simplement un « antidote » du PG de l'individu. Il est le PG situé à l'autre extrémité de l'axe considéré. Il est un dominant pour un soumis, un soumis pour un dominant, etc. L'importance de la réalisation du personnage 1 s'observe particulièrement à cette étape de l'exercice. En effet, le jeu de P1 semble permettre comme un effet rebond « positif », un effet balançoire générant un élan (à partir d'une « pseudo-crise caricaturale » pour générer son inverse) qui facilite dans un deuxième temps le jeu de P2. Nous avons souvent remarqué que P2, lorsqu'il était proposé en premier, était bien plus difficile à faire jouer à l'individu que lorsqu'il est précédé de P1.

De façon plus subtile, ce personnage caricature la vision qu'il peut avoir de P1. Ainsi, pour traiter la soumission, P2 correspond au fait que l'individu joue un dominant qui se moque du soumis joué en P1. Il nous semble qu'est ici le « cœur du réacteur ».

Si le diagnostic est bien posé, au-delà de quelques frissons dans certains cas (notamment chez le Soumis, qui a sans doute le vécu d'une souris à qui on demanderait de jouer le rôle d'un chat), P2 doit commencer à faire tomber le vécu de PG. Si ce n'est pas le cas, outre le diagnostic à vérifier (diagnostic différentiel), il faut également suspecter une interférence possible avec une RH. En effet, comme

nous l'avons vu plus haut si la personne est en crise de RH, le jeu des exercices de PG peut activer potentiellement une sonnette, ainsi aggraver l'état (la RH) du patient et empêcher toute action bénéfique sur le PG de l'individu. Dans ce cas, il convient d'arrêter les exercices de PG et de traiter d'abord l'(les) Hypo(s) de la RH. Une fois la RH traitée ou disparue, on peut reprendre les exercices de PG, lors de séances ultérieures.

Troisième personnage : « mes commentaires intérieurs »

Le troisième rôle (P3) personnifie les commentaires intérieurs PG que peut avoir l'individu. Ce jeu nous a été inspiré de la voix intérieure du PGS, telle que décrite dans les délires mélancoliques (voix de Dominant terrorisant et agressif, qui commente tout ce que fait la personne en la culpabilisant et en la condamnant). En créant ce personnage, nous sommes partis du principe que l'influence de telles cognitions existe même pour les niveaux de PG inférieurs aux délires mélancoliques. Nous supposons que pour des niveaux plus légers, ces commentaires sont moins directement perceptibles sous forme de voix, mais sont tout de même présents. Les quatre PG paraissant symétriques sur la plupart des symptômes, alors cette voix ou ces commentaires intérieurs devraient probablement exister chez tous, y compris chez ceux dont il est difficile d'obtenir de telles confidences (PGM et PGD).

Comme pour le P1, cette voix intérieure n'est pas jouée à l'identique de ce à quoi elle pourrait ressembler. Elle est caricaturée, de façon grotesque, par le personnage issu du PG miroir. Sans cet aspect caricatural, ce personnage peut également dérouter l'individu, et notamment créer une certaine angoisse chez l'individu soumis. La transformation de ce rôle en personnage de bande dessinée le rend plus aisément jouable et distancié.

Ce personnage revêt une certaine importance quant à l'efficacité des exercices : nous avons testé et comparé, de façon clinique, l'effet de la réalisation des personnages P1-P2-P5 à celui de l'exécution des personnages P1-P2-P3-P4-P5 (P4 étant équivalent à P2). Bien que cette différence doive être vérifiée expérimentalement, il semblerait, à l'observation, que la version « complète » des

exercices de PG ait nettement plus d'impact que la version allégée. Nous supposons que cela puisse être dû à la cible du troisième personnage, qui pourrait désamorcer les commentaires intérieurs en les isolant aux yeux de l'individu, en l'aidant à se représenter ceux-ci comme un mécanisme autonome dont il peut parvenir à se détacher, et qui ne tient pas compte de la réalité de ce que cet individu est (au sens où ce mécanisme engendre une autocritique infondée).

Quatrième personnage : « je joue mon antidote »

Ce quatrième rôle (P4) est équivalent à P2. La différence entre les deux personnages est que P4 commente cette fois-ci P3. D'un point de vue neuropsychologique, nous supposons que P2 comme P4 stimulent, théoriquement, le circuit miroir du PG spontané du sujet/patient. Nous faisons par exemple l'hypothèse que les rôles P2 et P4 destinés à traiter la soumission puissent activer le circuit de la dominance dans l'amygdale et rétro-inhiber celui de la soumission (Fradin & Fradin, 2006, op. cit.).

Cinquième personnage : « mon bilan et mes engagements »

La cinquième étape de l'exercice n'est pas à proprement parler un « jeu de rôle » et ne demande pas d'adopter une attitude caricaturée en lien avec le PG. L'individu doit simplement faire un bilan de l'exercice (différences entre avant et après exercice), recenser les engagements qu'il tente de tenir (comme en *ACT*), se les approprier et prendre du recul par rapport aux commentaires qu'il peut se faire et qui lui causent du trouble. Il prépare également une éventuelle répétition d'un cycle de cinq personnages, intégrant les commentaires résiduels mis en évidence dans cette cinquième étape. Cette stratégie se révèle particulièrement efficace pour venir à bout des tendances aux attaques de panique induites par les méta-commentaires.

Il est généralement conseillé de réaliser ces exercices soit une fois par jour le matin, soit matin et soir, et éventuellement jusqu'à trois fois par jour par séries de trois cycles selon les besoins. D'après notre expérience, nous conseillons de réaliser ces exercices

à un rythme régulier et soutenu pendant au moins 6 mois, sauf exception. Ces exercices peuvent être également exécutés ou leur fréquence augmentée en prévention ou en traitement lors d'une période de crise ou d'effet rebond. Cependant, il arrive que ces exercices ne suffisent pas et doit parfois y être ajouté un traitement médicamenteux (notamment des neuroleptiques et des antidépresseurs pour les patient(e)s soumis(es)). On note toutefois que la pratique massive d'exercices de PG à cinq personnages est synergique avec les traitements médicamenteux. La principale limite de cet effet est le caractère parfois irrégulier de leur pratique.

Les exercices de PG destinés notamment à traiter la soumission peuvent évoquer certaines techniques d'affirmation de soi proposées par le courant des TCC, dans lequel s'inscrit la TNC (Cottraux, 2004). Ces méthodes consistent à observer, reproduire au travers de jeux de rôles et intégrer un comportement assertif selon un apprentissage par imitation d'un modèle (Bandura, 1977). L'individu acquiert ainsi des compétences sociales et modifie ses pensées relatives à la situation abordée lors du jeu de rôle. Fanget & Rouchouse (2007) décrivent plusieurs types de jeux de rôles (« standard », « personnel », « tournant »...) dont celui qualifié d'« inversé » et lors duquel le patient occupe le rôle du sujet modèle et le thérapeute celui du patient. D'autres techniques TCC suggèrent également de jouer un rôle de dominant au sens plus classique du terme, à savoir quelqu'un qui manifesterait en quelque sorte beaucoup d'orgueil. Les exercices de PG traitant la soumission se distinguent quelque peu de cette pratique dans la mesure où l'on demande au patient non seulement d'adopter l'attitude d'un individu assertif (c'est-à-dire qui disposerait d'habiletés sociales particulières et qui serait neutre d'un point de vue du PG), mais d'outrepasser la position neutre pour jouer des rôles de dominance telle que celle-ci ne soit pas tant orgueilleuse que moqueuse, voire presque perverse. En effet, selon nous, le comportement miroir de la soumission n'est pas tant l'orgueil ou la fierté (qui seraient davantage d'ordre néolimbique) que la perversité. Ainsi, il se pourrait que traiter directement la cible que peut être la tendance à la perversité soit plus efficace sur des troubles plus sévères de soumission, ou pour le moins complémentaire des traitements classiques. En effet, à l'image d'un élastique, il faut sans doute le tendre au-delà de ce qui

peut sembler être sa limite pour pouvoir espérer l'élargir un peu. Nous nous posons plus exactement la question de savoir si le fait d'adopter une attitude de dominance pourrait éventuellement permettre d'activer les circuits de la dominance, lesquels rétro-inhiberaient quelque peu ceux de la soumission ? Quel que soit le mécanisme sous-jacent, nous n'avons jamais observé que les exercices de PG pouvaient conduire à acquérir les troubles du PG opposé au sien. La seule exception à cette règle que nous pourrions soupçonner concerne la bipolarité. Mais de ce fait nous considérons que les exercices de PG ne sont justement pas applicables, selon nous, à ce type de trouble, en raison du risque de bascule systématique vers la polarité opposée.

Notons que globalement les patients que nous avons eu l'occasion de faire travailler expriment, après les exercices de PG, le sentiment d'échapper à une véritable prison intérieure. Par ailleurs, nous avons exclu l'idée d'un effet placebo : l'un de nos patients, dont nous présentons le cas dans le chapitre 3.6., a tout d'abord été diagnostiqué comme soumis, en raison, entre autres, d'une tendance dépressive et d'une réserve apparaissant comme une forme de timidité et de manque d'affirmation de soi. Le patient a alors été invité à réaliser des exercices de PG destinés à traiter la soumission. Au terme d'une semaine, celui-ci a commencé à manifester des accès de colère importants. Nous avons donc interrompu les exercices. Après un meilleur travail d'investigation et de mise en confiance du patient, nous avons pu mettre en évidence que le patient n'était non pas soumis mais dominant. Il présentait en revanche des hypos sur ses symptômes de dominance et de ce fait n'assumait absolument pas ceux-ci, le conduisant ainsi à tenter de les dissimuler jusqu'à apparaître comme soumis. Dès lors que nous avons pu traiter la dominance à l'aide des exercices de PG appropriés, les accès de colère du patient ont disparu. Sa dépression a par ailleurs été traitée à l'aide d'un travail sur l'Hypo.

4.2. Exemples de trames de texte pour les scénarios à cinq Personnages des quatre PG

Les trames de scénario d'exercices PG permettent de définir l'état d'esprit des rôles à jouer au patient. Celui-ci gagnera à s'affranchir de ce patron en y introduisant les éléments de sa vie susceptibles de déclencher des accès de PG.

Dans un premier temps, ces scénarios ou trames peuvent être lus comme un rôle d'acteur, ce qui ne présente généralement aucun problème pour le patient. Le PG n'ayant pas d'objet précis (pour rappel, son impact est global et flou), le patient peut jouer un rôle stéréotypé sans définir de contenu ciblé. Cela lui permet de s'approprier quelque peu les différents rôles vis-à-vis desquels il peut, au début, se sentir égaré. Ceux-ci constituent en effet des anti-rôles qu'il ne connaît qu'à travers le prisme (incompatible avec le sien) du PG considéré comme opposé. Le fait de disposer d'un texte avec des indications scéniques lui donne un support nécessaire pour pouvoir le jouer et plus encore pour s'autonomiser.

Le patient peut vouloir s'affranchir, dans un second temps, de ces trames de textes, notamment parce qu'il commence à s'ennuyer de leur caractère itératif, mais aussi parce qu'il tend à maîtriser le « ton » des personnages de PG (impression à confirmer cependant par le Thérapeute). Il devient ainsi possible pour lui d'introduire dans son jeu le Contenu psychologique de sa vie, centré bien sûr sur ce qui semble relever de comportements de PG. Il revient au thérapeute de s'assurer que l'esprit des Personnages, leur ton, leurs attitudes sont respectés, faute de quoi l'essentiel de l'efficacité thérapeutique risquerait d'être perdu.

Scénario 1 de traitement de PGS : basique

a) Premier personnage (P1)

Discours :

« *Je ne vaux rien, je ne fais que des bêtises. Je porte la poisse à tous ceux qui voudraient m'aider. J'ai brisé la vie et le cœur de mes parents et…* (à compléter, notamment avec le nom de ceux qui sont plutôt dominants à son égard).

Je ne mérite pas de vivre. »

Attitude et intonation de voix :

La posture idéale pour ce personnage est quelque peu recroquevillée, et ses mouvements exagérément agités. Son intonation (aiguë) doit traduire un affolement caricatural (à la façon d'un dessin animé pour enfants). Nous rappelons que ce personnage se joue avec l'idée que l'on est un individu dominant qui imite et se moque d'un individu soumis (qu'est en réalité le patient lui-même).

b) Deuxième personnage (P2), lequel s'adresse à P1

Discours :

« *Quel pedigree ! Pour une flaque comme tu es, tu te débrouilles pas mal ! Chapeau ! Tu es une arme de destruction massive !*

Enfin bon, le pétard est un peu mouillé à mon goût. Mais bon, pour un(e) soumis(e), c'est pas mal ! Ah Ah ! (expression ironique)

Non mais, comme si je me culpabilisais moi ? ! MOI, MOI, MOI !

Plutôt mourir ! Ah Ah !

Foutaise que cette culpabilité !

Ah Ah !!! MOI, MOI : (prénom du patient)*, MOI, MOI !*

Je suis au-dessus de tout ça !!! »

Attitude et intonation de voix :

Ce personnage doit de préférence avoir le torse exagérément bombé, le menton élevé, le regard descendant (sur un éventuel soumis imaginaire joué en P1), la démarche ferme et assurée. La voix doit être grave et doit porter loin.

c) Troisième personnage (P3), lequel s'adresse à P1

Discours :

« *Oui, grâce à moi, tu es encore et toujours dans le pétrin. Tu ne t'en sortiras jamais. Je te ferai avoir toutes les maladies et tu deviendras complètement fou(folle).*

Grâce à moi ! Grâce à moi ! »

Posture et intonation de voix :

Voix inspirant, de façon caricaturale, un personnage typiquement mesquin et méchant que l'on peut trouver dans les dessins

animés[13]. La posture peut être recroquevillée, bien qu'elle n'illustre pas, cette fois-ci, la soumission, mais la manigance.

d) Quatrième personnage (P4), lequel s'adresse à P3

Discours :

« *Ah ! Le monstre tout droit sorti des contes pour enfants !*

Ah ! Si j'avais 2 ans, je crois que j'aurais peur ! Ah Ah !!! (ton ironique, suivi d'un rire).

Ah ça me fait plutôt roter d'aise, maintenant !

Et hop, le souffle d'air que ça produit l'a écrasé contre un mur !

Je rigole, la vie est belle quand on n'a pas ce genre d'ânerie dans la tête mais un cire pompe comme j'en ai un (i.e. le soumis joué caricaturé en premier personnage) *!*

MOI, MOI, MOI ! Ah Ah ! »

Attitude et intonation de voix :

Elles doivent être similaires à celles de P2.

e) Cinquième personnage (P5)

Discours :

Ce rôle n'est pas un « personnage » à proprement parler. L'individu doit recenser les engagements qu'il souhaite tenir pour mener à bien ses objectifs de vie. Il construit là une forme de « méta-motivation » destinée à l'aider à suivre un traitement tel que la thérapie PG. Ce peut être par exemple :

« *Si je souhaite profiter pleinement de ma vie sans être pollué par mes commentaires intérieurs qui me torturent/si je souhaite profiter de mon entourage et lui être pleinement bénéfique/si… alors je dois continuer à faire mes exercices/ prendre du recul lorsque je sens que je prends à mon compte tous les malheurs et toutes les fautes du monde, etc.* »

Attitude et intonation de voix :

Celles-ci sont normales et correspondent à celles du patient.

f) Remarques générales

Nous pouvons constater que certains personnages, à savoir P2 et P4, peuvent volontiers apparaître grossiers. La vulgarité est une caractéristique assez symptomatique du PG dominant lorsque celui-ci n'est pas policé par d'autres Contenants, et peut ainsi renforcer l'impact du jeu. Par ailleurs, cela peut amener à dédramatiser le rôle au regard du patient, bien qu'il ne faille toutefois le choquer, s'il n'est pas d'un tempérament à tolérer ce genre de chose.

Le thérapeute ou le patient doivent prendre garde à ce que les différents rôles ne soient pas dénaturés. Comme nous l'avons vu précédemment, une subtile modification de l'intention imaginaire du rôle peut aisément diminuer, voire annuler l'impact de l'exercice. Un exemple typique de piège à éviter est le fait de considérer que le P2 du traitement du PGS est en rivalité avec le P1, ou en train de démontrer ses forces et compétences. En réalité, il s'en moque et se vanterait presque de s'en moquer. Ainsi, on ne fera pas dire au P2 « *je suis le meilleur, je sais tout faire mieux que toi* », par opposition au P1 qui pourrait dire « *je ne suis rien, je n'arrive à rien, je ne fais que des erreurs c'est une catastrophe* ». En revanche P2 pourra déclarer « *Ah Ah Ah, moi je fais bien n'importe quoi et je m'en moque, ce sont les autres qui ramassent les miettes et qui rattrapent mes erreurs, d'ailleurs je m'amuse à faire toujours plus d'erreurs pour voir ensuite comment les autres paniquent et paient pour mes pots cassés, ahahah* ». P2 caractérise avant tout un personnage prédateur, qui se moque des autres et de leur scrupulosité, les exploite, et n'a pas d'égard vis-à-vis d'une forme de méritocratie quelconque.

De la même façon, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que le P1 du traitement du PGS évoque ce qu'il croit être ses échecs et l'impact déplorable que ceux-ci pourraient avoir sur autrui. En revanche, son discours ne doit pas montrer qu'il aspire à être particulièrement meilleur (d'un point de vue des compétences) qu'il n'est. Son discours ne doit donc pas laisser transparaître des éléments tels que : « *il faut que je sois meilleur, je suis beaucoup trop nul(le), il faut que j'y arrive, etc.* ». Ce rôle doit plutôt s'orienter vers des phrases telles que : « *je suis bon(ne) à rien, à cause de moi le monde entier va s'effondrer, etc.* ». On notera que le patient, dans le personnage P1, est tenu d'aller au-delà de ses craintes réelles et évoquer des situations qui ne sont pas crédibles même à

ses propres yeux, de façon à lui éviter un amalgame avec la réalité de ce qu'il vit.

Il est important de savoir que ces exercices peuvent être réalisés de façon beaucoup plus discrète que ne laissent entrevoir les différentes attitudes et intonations évoquées précédemment. En effet, l'entourage (voisinage, famille) du patient est selon les cas plus ou moins enclin à pouvoir accepter ces exercices sans considérer ce dernier d'une façon singulière qu'il ne pourrait assumer ou qui ne serait pas souhaitable pour lui. Dans ce cas, l'individu peut tout à fait réaliser ces exercices à voix basse, voire dans sa tête, sans adopter de posture particulière. Ces exercices sont bien évidemment moins efficaces de cette façon, mais ont malgré tout, d'après notre expérience et celle de nos patients, un minimum d'impact, surtout lorsque l'individu s'est bien approprié chaque rôle et n'éprouve pas de difficulté à les jouer essentiellement dans son imaginaire. Il peut ainsi effectuer les exercices en parallèle d'une autre tâche simple (par exemple sous la douche) ou en s'isolant quelque peu.

Scénario 2 de traitement du PGS, ciblant la tendance aux Attaques de Panique

a) Premier personnage (P1)

Discours :

« *Je deviens fou(folle). Je sens que je deviens fou(folle). Et ce mal de tête inquiétant, cette agitation en moi... Tout m'échappe ! Ces exercices fonctionnent mais je suis certain(e) que ces exercices ne me feront aucun effet, parce que je fais tout mal, même mes exercices !*

Je suis une vraie catastrophe, je vais provoquer des malheurs, je ne sais pas quoi mais je vais forcément en provoquer et untel va faire un infarctus ou un cancer à cause de moi ! ».

Attitude et intonation de voix :

Cf. Scénario 1 du traitement du PGS, P1.

b) Deuxième personnage (P2), lequel s'adresse à P1

Discours :

« *Ah ! Ah ! Ah !!! Quel Attila de la psychologie tu fais ! Après toi, rien ne repousse ! Pas mal !* (expression ironique)

Attends, on va faire équipe ensemble et monter une association de malfaiteurs ! Tu passeras en première ligne. Tu feras le gros du boulot et moi je me contenterai de faire les finitions ! Ah ! Ah ! Ah ! On va se faire un pognon !!! Eh ! Eh ! ».

Attitude et intonation de voix :

Cf. Scénario 1 du traitement du PGS, P2.

c) Troisième personnage (P3), lequel s'adresse à P1

« *Hihihi ! C'est un grand moment ! C'est le "grand soir" ! Je te l'avais dit, je te l'avais dit, tu ne t'en sortiras jamais ! Et encore, ça n'est que le début ! Tout ça grâce à moi, grâce à moi qui te torture les méninges ! Je t'aurai ! Je t'aurai !* »

Attitude et intonation de voix :

Cf. Scénario 1 du traitement du PGS, P3.

d) Quatrième personnage (P4), lequel s'adresse à P3

Discours :

« *Oh là là !!! Quel monstre terrifiant, j'ai peur !* (expression ironique)

Dis donc, poulet(te), si tu veux travailler aux Guignols, j'ai une place pour toi ! Ca va faire rire les enfants, c'est sûr ! Ah ! Ah ! Ah !

Ah ! Ah ! Ah ! Le monde m'appartient ! Je suis Dieu sur terre ! Ah ! Ah ! Ah ! Et les autres ne sont les appariteurs de ma mise en scène.

Ah ! Ah ! Moi, Moi, Moi, Moi ! »

Attitude et intonation de voix :

Cf. Scénario 1 du traitement du PGS, P4.

e) Cinquième personnage (P5)

Pour le discours, l'attitude et l'intonation de voix du scénario 2 du traitement de PGS, voir le Scénario 1 du traitement du PGS, P5.

Scénario basique du traitement du PGD

a) Premier personnage (P1)

Discours :

« Je suis un héros, je suis grand et beau comme le jour, je suis courageux et je vaincs tout ce qui surgit devant moi, je n'ai peur de rien, j'enfourche les nuages et défie les Dieux. »

Attitude et intonation de voix :

Le patient doit adopter, pour ce personnage, un ton wagnérien, une attitude digne du « grandiose », à savoir une posture droite accompagnée de gestes amples.

b) Deuxième personnage (P2), lequel s'adresse à P1

Discours :

« Mon Seigneur, vous êtes si grand… mais ne défiez pas les dieux, ils pourraient se fâcher. De jalousie sûrement, mais nous tenons tous tellement à vous. Vous êtes notre vie et notre protecteur. Préservez-vous, n'irritez pas les dieux ! ».

Attitude et intonation de voix :

Le personnage a une attitude exagérément déférente, inquiète et soumise par rapport au dominant auquel il s'adresse. Il a une posture recroquevillée ou courbée inspirant la vulnérabilité.

c) Troisième personnage (P3), lequel s'adresse à P1

Discours :

« Monseigneur, vous avez toujours raison en tout. Brisez le col de ceux qui vous regardent, ils ne le méritent pas. Ils doivent baisser les yeux et sinon le payer. Leur mort n'efface pas leur affront, que le diable les emporte ! Même les Dieux tremblent à croiser votre regard. »

Attitude et intonation de voix :

Ce personnage a également une attitude exagérément déférente vis-à-vis du dominant auquel il s'adresse, mais à la différence de P2, il fait montre de davantage de malice et de complicité vis-à-vis du

dominant en l'encourageant à avoir un comportement digne « d'Ivan le Terrible »[14].

d) Quatrième personnage (P4), lequel s'adresse à P3

Discours :

« Mais qui es-tu toi qui le pousses ainsi à l'imprudence ! Notre Seigneur, si bon et grand, ne mérite pas qu'on le pousse à la faute. Nous devons l'aider à rester parmi nous et ne pas écouter le seul élan de son courage !

Aide-moi, prie avec moi pour lui éviter d'enfreindre les lois de Dieu ! »

Attitude et intonation de voix :

Comme le texte l'indique, ce personnage montre de l'inquiétude pour P1 et fait un sermon à P3 qui pousse P1 « à la faute ». Cela doit se traduire dans l'intonation de voix du personnage. La posture reste globalement soumise, courbée.

e) Cinquième personnage (P5)

Pour le discours, l'attitude et l'intonation de voix du scénario 2 du traitement de PGS, voir le Scénario 1 du traitement du PGS, P5.

Remarques générales :

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que P1 doit être considéré et joué comme étant à l'image de la représentation que se fait un individu soumis d'un individu dominant (c'est-à-dire impitoyable mais fort, beau, juste et protecteur), et non de ce que la dominance peut réellement conférer comme attributs. Cette nuance est importante car d'après notre expérience, si P1 est joué de telle façon qu'il soit trop proche, dans les intentions, d'un véritable dominant (*i.e.* plutôt cruel et injuste), cela peut avoir l'effet inverse de celui escompté.

Scénario basique du traitement du PGM

a) Premier personnage (P1), lequel s'adresse (de façon imaginaire) à la (aux) personne(s) inspirant de la méfiance au patient

Discours :

« *Oui, vous voulez me rouler !*

X (la ou les personnes vis-à-vis desquelles le patient éprouve une méfiance), *tu veux dresser tout le monde contre moi !*

Tu es mauvais et tu ne songes qu'à faire le mal. Mais je t'ai à l'œil. Je te surveille !

Espèce de salopard ! »

Attitude et intonation de voix :

Le personnage doit avoir une attitude de méfiance, il peut être légèrement courbé, avoir une posture fermée sur lui-même et frôler les murs comme pour protéger ses arrières, montrer du doigt des ennemis imaginaires qu'il menace et met au défi de l'attaquer. L'intonation de voix traduit de l'agressivité (défensive), les phrases sont dites de façon saccadée et tonique.

b) Deuxième personnage (P2), lequel s'adresse à P1

Discours :

« *Cher(ère) Y* (indiquer son propre prénom), *X* (la personne inspirant méfiance) *est l'amour même. L'esprit du seigneur est en lui(elle). Il resplendit comme la rosée du matin. Et toi-même, laisse-toi habiter par l'amour universel, l'énergie cosmique, rejoins-nous. Aime chacun et tous, aime X, aime-toi, aime la nature, le ciel et le cosmos, et ils t'aimeront !* »

Attitude et intonation de voix :

Le personnage a ici une posture droite et ouverte : il peut par exemple ouvrir les bras comme s'il embrassait le monde. Sa voix est calme, la prosodie est lente, douce et paternaliste.

c) Troisième personnage (P3), lequel s'adresse à P1

Discours :

« *Ne l'écoute pas* (le personnage P2), *tu n'aimes personne, toi* (Y), *c'est pour cela que personne ne t'aime. Tu as un cœur sec et un esprit stérile qui n'ont jamais pu sécréter autre chose que de la méfiance. Alors tu récoltes la haine ! Tu seras banni car il nous faut nous protéger de toi !* »

Attitude et intonation de voix :

Le personnage peut par exemple avoir une posture droite, rigide et éventuellement montrer du doigt un P1 imaginaire, qui serait en face de lui. Son intonation est sèche et traduit des paroles sentencieuses et accusatrices.

d) Quatrième personnage (P4), lequel s'adresse à P3

Discours :

« Que dis-tu, comment peux-tu ainsi juger Y ? Tu ne connais pas son histoire et la souffrance de sa vie. Il(elle) a besoin d'amour et de réconfort, pas de leçon de morale. Aime-le (la) comme moi je l'aime, comme nous t'aimons toi, ouvre-lui tout grand ton cœur et la voie pour l'énergie du cosmos. Fais-le (la) accéder au ciel et à l'amour. Prions tous : Y, sois bienvenu(e) dans l'énergie céleste. »

Attitude et intonation de voix :

La posture de ce personnage est comparable à celle du P2 du traitement de PGM. L'intonation de sa voix, en revanche, manifeste plutôt de l'inquiétude. Ce personnage « prie » le P3 d'être tolérant à l'égard de P1.

e) Cinquième personnage (P5)

Pour le discours, l'attitude et l'intonation de voix du scénario 2 du traitement de PGS, voir le Scénario 1 du traitement du PGS, P5.

f) Remarques générales

Nous informons le lecteur que les exercices destinés à traiter le PGM n'ont été appliqués, jusque-là, que sur des patients présentant des symptômes paranoïaques sub-cliniques. S'ils pouvaient, en théorie, constituer un bénéfice pour des patients pleinement paranoïaques, il serait sans doute beaucoup plus difficile de faire en sorte qu'ils les réalisent, étant donné la méfiance que ces derniers pourraient manifester vis-à-vis des exercices eux-mêmes et du thérapeute. Selon l'expression, *« l'outil à décoller est ici pris dans la colle »*.

Scénario basique du traitement du PGI

a) Premier personnage (P1)

Discours :

« Je suis le canal de l'Énergie du ciel, je suis le passage du divin vers toi. Viens à moi, viens en moi, je suis toi, tu es moi, nous ne sommes qu'un ! »

Attitude et intonation de voix :

Le personnage a ici une posture droite et ouverte : il peut par exemple ouvrir les bras comme s'il embrassait le monde. Sa voix est calme, la prosodie est lente, douce et paternaliste.

b) Deuxième personnage (P2), lequel s'adresse à P1

Discours :

« Tu es vraiment tombé sur la tête, ta niaiserie est fort plaisante à regarder… et affligeante ! Je pense que quelque prédateur se chargera bientôt de te manger. Comment peux-tu être si bête ! On t'a frappé sur une joue ? Tends l'autre ! »

Attitude et intonation de voix :

Ce personnage a une attitude à la fois méprisante et teintée de méfiance en regard de la naïveté de P1. Sa posture est plutôt courbée.

c) Troisième personnage (P3), lequel s'adresse à P1

Discours :

« La menace des Forces du mal est partout. Appelle tes forces cosmiques à la protection, il te les faudra toutes. Ne te détourne pas, seule l'Énergie Universelle peut nous sauver, partage-la… »

Attitude et intonation de voix :

Bien que le discours soit orienté vers la gestion d'une « menace » imaginaire, l'attitude de ce personnage reste ouverte, droite, à l'image de P1.

d) Quatrième personnage (P4), lequel s'adresse à P3

Discours :

« Ah en voilà un duo (P1 et P3) *de choc : le problème est bien posé… mais pas la solution ! Surveille tes arrières, ne fais jamais confiance à personne, point d'autre salut que par toi-même ! »*

Attitude et intonation de voix :

Celles-ci sont comparables à celles du P2 du traitement de PGI.

e) Cinquième personnage (P5)

Pour le discours, l'attitude et l'intonation de voix du scénario 2 du traitement de PGS, voir le Scénario 1 du traitement du PGS, P5.

f) Remarques générales

De la même façon que pour le PGM, ces exercices n'ont été testés que sur des patients sub-cliniques. Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'expérimenter ceux-ci sur des patients présentant des délires mystiques, bien que cela fût à l'ordre du jour.

Des fiches synthétiques et pratiques du diagnostic et du traitement du PG sont présentées en annexe 9.

CHAPITRE 3

Stratégie thérapeutique globale

1. Modélisation globale et stratégique

1.1. Les basiques

Objectifs

La modélisation thérapeutique est nécessaire à la pratique de la TNC, ce pour plusieurs raisons :

1. Elle permet d'accroître l'efficacité de la thérapie, en optimisant l'action sur les articulations clés de la pathologie
2. Elle tend à réduire le risque d'incident thérapeutique
3. Elle confère à l'individu une certaine autonomie puisqu'elle vise à améliorer sa capacité à (re)construire sa vie personnelle ou professionnelle, son intégration sociale, ses capacités relationnelles au sortir de sa crise psychopathologique, etc.

Mise en œuvre

La mise en œuvre de la modélisation thérapeutique en TNC consiste à identifier les interactions entre Contenants et Contenus telles que :

- Les synergies :
  - dans l'objectif de réduire le temps et le(s) coût(s) de la thérapie,

- afin de réduire les risques de démotivation et d'arrêt de la thérapie,
- pour pérenniser les résultats et permettre au patient de les transférer dans la vraie vie.

— Les antagonismes :
  - pour limiter les efforts et souffrances inutiles,
  - pour limiter ou supprimer les risques d'incident thérapeutique,
  - dans le but de comprendre et traiter les conflits ou incohérences internes à l'origine des échecs, de la souffrance spontanée et de la pathologie du (de la) patient(e).

Cette identification permet plus globalement :

— de prioriser et hiérarchiser les actions,
— de déterminer les meilleurs outils et les bonnes cibles à traiter,
— de profiter des « vents favorables » des motivations du patient (P. Ires, Hypers en Phase 1 avec prudence, MMP) pour mener à bien la thérapie,
— sinon de recourir (le moins possible) à la méta-motivation, issue de la conscience des enjeux et du gain à attendre de l'action qui elle peut être « démotivante ».

1.2. Les grands enjeux classiques de la modélisation TNC

Les piliers de la modélisation TNC sont les suivants :

Le PG

Le PG représente des risques potentiels avant, pendant et après la thérapie. Au-delà de l'impact général de ce phénomène, une thérapie réussie va le plus souvent modifier la situation personnelle et sociale de l'individu. Or comme nous l'avons vu précédemment, les échecs ou succès importants ont souvent un impact notable, voire majeur, sur le PG de l'individu. Il s'agit là d'un des principaux risques de la TNC, qui est en quelque sorte la « rançon du succès », mais qui constitue un risque réel, parfois susceptible de conduire l'individu à la décompensation d'un trouble psychotique connu (si oui, prudence) ou inconnu (latent).

Les Hypers

La modélisation TNC passe par l'identification de tous les Hypers, et des RH présentes et passées (car ces dernières orientent le thérapeute de façon saillante vers le périmètre des Hypers). Une fois les Hypers et RH décelés, le thérapeute pourra améliorer l'efficacité des Hypers (si cela est envisageable et surtout « rentable ») ou identifier les Hypos qui les sous-tendent pour les traiter.

Les Personnalités Secondaires (P. IIres)

Les P. IIes (cf. Annexe 2) font notamment « le lit » de nombreux Hypos et sont couramment impliquées dans les sonnettes.

Les Personnalités Primaires (P. Ires)

Les P. Ires (cf. Annexe 2) représentent un potentiel le plus souvent sous-exploité de motivation « gratuite » c'est-à-dire spontanée.
Leur implication est plus particulièrement prégnante :

- Lorsqu'elle(s) est(sont) bien exprimée(s) et que par définition son(leur) identification est facile. Dans ce cas, l'objectif sera, pour le patient et pour le thérapeute, d'évaluer les ressources encore inexploitées que cette(ces) Personnalité(s) représente(nt), pour redonner du sens à la vie du patient. Cela est d'autant plus vrai que le patient traverse généralement une période difficile de sa vie qui l'amène à consulter.
- Lorsqu'elle(s) est(sont) mal exprimée(s) et que son(leur) identification constitue en soi une première difficulté. Dans ce cas, il se peut qu'aucune des P. Ires ne soit exprimée en raison de tabous sociaux, d'une éducation s'opposant aux personnalités concernées, ou autre). L'individu présente alors, selon nous, ce que nous avons appelé la « Dépression Molle ». Celle-ci correspond à une absence de motivation de fond et empêche l'individu de s'investir dans une prise en main de sa vie sur du moyen ou long terme. L'individu n'agit qu'en réaction face aux nécessités, contraintes ou pour éviter des conflits. Il ne fonctionne réellement que sous la pression de motivations négatives, à l'exception de certains « petits plaisirs » de la vie

quotidienne : manger, prendre le soleil, se promener, parler avec des amis, écouter de la musique. Ainsi, à la différence du *burn-out* ou d'autres formes de dépression, il n'est pas (du tout) déprimé quand la situation ou la vie se présente sans remous, qu'il n'y a rien de bien compliqué ou d'exigeant à faire. Cependant, survient un moment où « tout finit par aller mal », lorsque les difficultés et les exigences s'accumulent. L'individu procrastine plus particulièrement face à des tâches de fond qui ne sont pas obligatoires et qui peuvent être reportées. Ainsi, tout s'accumule : à la maison, les formalités administratives, le ménage, l'entretien ou le bricolage ; au travail, il se laisse déborder par les mises à jour de dossier, il laisse en fait tout ce qui peut attendre... parce qu'il n'a pas ou plus de motivation liée à ses P. Ires.

Encadré 3.1

Cette introduction au modèle des personnalités en TNC est proposée de manière à affiner le diagnostic différentiel entre les Contenants abordés dans cet ouvrage. Un livre similaire, en taille et en densité, au présent ouvrage sera prochainement consacré au modèle des personnalités primaires et secondaires.

2. Démotivation et refoulement des Personnalités Primaires

Une P. Ire, en TNC, peut être définie d'après les caractéristiques suivantes :

1. Elle confère à l'individu une motivation spontanée à expérimenter, vivre ou réaliser certaines activités
2. Cette motivation est indépendante de la reconnaissance et du résultat obtenus à l'aide de ladite expérimentation ou activité

D'après notre expérience, il semblerait que tout le monde dispose d'une ou plusieurs P. Ires d'intensité significative à la naissance, mais l'éducation et l'histoire de vie de chacun peut

valoriser et encourager le développement de ses vocations spontanées ou au contraire les dévaloriser voire les interdire. Certains individus ou patients semblent ne plus avoir conscience de ces motivations ou du moins s'être approprié cette dévalorisation de cette partie d'eux-mêmes. Ce serait là l'origine de la Dépression Molle qui, comme son nom l'indique, n'est pas une dépression classique, mais une démotivation. Face à des contraintes ou difficultés, le tableau clinique peut ressembler aux formes usuelles de dépression, mais en situation de détente, la personne n'est plus déprimée.

2.1. Arbre Diagnostic d'une démotivation

Lorsqu'il existe des plaisirs spontanés (motivations intrinsèques)…

- La personne en tire des bénéfices importants (la plupart du temps) en termes de plaisir et dans sa vie quotidienne :
  - il n'y a dans ce cas, pas lieu de chercher à optimiser cette motivation
  - le patient ou l'individu peut cependant demander à l'optimiser ou comment en tirer parti dans le cadre d'un objectif précis et délimité (développement personnel, coaching de projet, etc.)
- Les plaisirs intrinsèques de l'individu sont déficitaires. Il faut donc les optimiser en réalisant :
  - un bilan global des actions réelles que mène l'individu, ses plaisirs et ce dans quoi il s'investit (au sens large, voir Fiche « Économie psychologique » en annexe 10)
  - un recentrage cognitif et comportemental sur ses motivations intrinsèques (augmenter la valorisation subjective, ainsi que le temps, l'énergie, l'argent… que le patient/l'individu y consacre)

Lorsqu'il n'existe pas ou peu de motivations intrinsèques

a. Il existe des motivations extrinsèques, *i.e.* dépendantes des résultats et/ou de la reconnaissance :

- ces motivations sont fonctionnelles (elles consistent en des actions de court et long termes menées à bien) ;
- elles entraînent une satisfaction proportionnée (P. IIre) aux résultats ;
- elles n'entraînent pas une satisfaction proportionnée et/ou durable (Hyper) ;

b. Les motivations extrinsèques sont aussi déficitaires. Ceci gêne ou empêche les actions de long terme mais aussi de court terme, qui ne sont pas ou plus entamées et/ou menées à bien.

- Cette démotivation est un symptôme d'un autre Contenant ou Contenu générateur de démotivation :
  - Tel qu'une dépression classique ou « Dure » (aboulie, perte de poids, idées noires...), *i.e.* la démotivation existe en situation contraignante/négative mais persiste sinon :
    - RH
    - PGS
  - La tendance dépressive (plus que dépression classique) est surtout d'origine exogène mais les stresseurs sont inéchappables : ils correspondent à des situations confrontant massivement l'individu à des antivaleurs (en situation professionnelle, familiale, etc. difficile, *i.e.* P. IIre, Hypos) ou à des événements de vie intenses et relativement récents (deuil, perte, rupture, maladie grave, etc.).
- Cette démotivation est le symptôme d'un refoulement des P. Ires :
  - elle est plus ou moins intense en situation de confrontation à des contraintes et des objectifs à long terme, pour des charges psychologiques et réelles de plus en plus faibles ;
  - cependant elle disparaît totalement pendant les périodes d'inactivité ou lors de petits plaisirs immédiats et consommatoires tels que manger, se promener, parler de tout et de rien, voir ses amis, etc.

Ce type de démotivation évoque un déficit opérationnel plus ou moins total de motivation intrinsèque (soit de P. Ire(s)). Ce déficit peut être conscient, c'est-à-dire que le(la) patient(e) sait qu'il ne fait plus ce qu'il « aime vraiment » : les motivations liées à ses P. Ires lui

sont connues, elles sont libres, mais ne sont pas investies. Ce déficit peut également être inconscient, ce qui implique dans ce cas que le(la patient(e) ne sait pas (ou plus depuis longtemps) ce qu'il(elle) aime vraiment (ses P. Ires sont dites refoulées).

2.2. Diagnostic d'un déficit de motivation intrinsèque

Nous focalisons ici sur le dernier point évoqué dans le chapitre précédent, à savoir sur le diagnostic d'un refoulement de P. Ire(s).

1. Le(la) patient(e) a connu et assumé ses motivations intrinsèques jusqu'à un certain âge mais les a dévalorisées depuis :
   - En raison de l'influence sociale ;
   - En raison d'une attitude faussement raisonnable où ce que l'individu perçoit comme utile a (exagérément) chassé les « plaisirs futiles et gratuits ». Ces domaines investis au détriment d'une expression des P. Ires ont souvent trait aux responsabilités liées à la profession ou à son rôle parental.
2. Si le(la) patient(e) ne se rappelle pas avoir connu ses motivations intrinsèques, il se peut que durant l'enfance :
   - Il(elle) ait été précocement passif(ve) car il(elle) ne faisait que ce qu'on lui demandait pour plaire par crainte de la solitude.
   - Il(elle) fût normalement actif(ve), mais il(elle) a (sans doute) été « dressé(e) ou cassé(e) » :
     - car non conforme au schéma familial ou social ;
     - en raison de la possessivité, du narcissisme voire de la perversité de ses parents.

Dans le cas de motivations intrinsèques refoulées, le thérapeute peut demander au patient de décrire son comportement durant sa petite enfance, son enfance et son adolescence, afin de tenter d'en déduire une ou des P. Ires. Le thérapeute ou le(la) patient(e) peut si besoin et si possible solliciter l'aide et les souvenirs de son entourage à cette époque (parents, fratrie, grands-parents, etc.).

Le thérapeute peut également chercher à identifier de petits plaisirs qui ne soient ni passifs, ni consommatoires (i.e. différents

des aliments, discussions sans objet, distractions passives, etc.). Ces petits plaisirs sont par exemple le fait de ranger (FE ?), de résoudre un petit problème ou un rébus (AE ?), faire une activité un peu exotique et un peu imprévue (FR ?), contempler la nature avec bonheur et intensité (AR ?), s'occuper d'un animal (AR ?) ou d'un enfant (IR ?) ou d'un malade (IE ?), coacher quelqu'un dans son activité (LR ?), etc.

Après avoir identifié les P. Ires refoulées, le thérapeute doit tenter de déceler ce qui fait l'objet de la dévalorisation ou du blocage comportemental ou social. Les éléments pouvant conduire à ce refoulement sont :

- les antivaleurs (de P. IIre notamment), amenant l'individu à se faire des commentaires tels que : *« c'est égoïste, futile, puéril »* (P. Ire de type réussi refoulée par des P. IIres de type empêché) ou au contraire *« qu'est-ce que je manque d'entrain !, je suis "poussiéreux(se)", sans relief »* (P. Ire de type empêché refoulée par des P. IIres de type réussi) ;
- a honte, le mépris, qui seraient de l'ordre de l'Hypo ;
- la culpabilité liée à la soumission ;
- la perte de sensations pouvant être liée à une RH ancienne ou à du PGS ;
- l'amertume, issue d'une RH ancienne.

Par la suite, le thérapeute peut, sur la base des hypothèses diagnostiques précédentes, amener le patient à réfléchir, sentir et exprimer des sensations et des émotions vis-à-vis de personnages connus, communément admirés et relativement universels. Ces personnages peuvent être des héros, des génies, des sages, des aventuriers, des créateurs, des épicuriens, des altruistes, réels ou objets de fictions (acteurs, personnages de roman...). On demande alors au (à la) patient(e) :

- Quels sont les personnages les plus « fascinants », parlants, compréhensibles, humains... à la fois inaccessibles et touchants à ses yeux ?
- Quels sont les personnages qui pourraient représenter en quelque sorte la continuité exprimée et « affirmée » des petits plaisirs gratuits précédemment identifiés, ou de ceux de l'enfance reconstitués à partir des souvenirs et des narrations des proches du(de la) patient(e) ?

Enfin, le thérapeute conduit le(la) patient(e) à envisager de prendre cette(ces) même(s) directions(s) dans sa « vraie vie ». Cet accompagnement doit se faire de façon très progressive, et les directions ou comportements adoptés par les personnages admirés ne doivent pas constituer l'exact objectif à atteindre. Le but de la démarche est seulement de faire explorer mentalement et de façon plus positive les particularités qu'il(elle) peut admirer chez d'autres mais qu'il(elle) mépriserait chez lui(elle). Un peu comme l'étoile du Nord pour les bergers, qui n'est pas à atteindre, mais sert seulement à guider. Pour cela, il faut :

- travailler les obstacles cognitifs et par la même occasion confirmer ou infirmer les hypothèses. On doit alors :
  - augmenter ou réintroduire les petits plaisirs supposés jusqu'à inversion progressive du ratio contraintes/plaisirs ;
  - traiter cognitivement (éventuellement à l'aide de la Gestion des Modes Mentaux – GMM – ou autre technique apparentée) et/ou affronter comportementalement, au fur et à mesure, les Contenants qui font obstacle (P Ilres, Hypos, etc.) ;
- vérifier que la démotivation à l'effort (Dépression Molle) se résorbe en proportion de l'augmentation des plaisirs intrinsèques.

2.3. Bilan de l'Économie Psychologique (ratio plaisirs/déplaisirs)

Ce bilan apporte des informations et une orientation globales sur l'état du patient et sur son rapport à ses activités.

1. D'un point de vue quantitatif :
   - Si les plaisirs du (de la) patient(e) sont quantitativement supérieurs aux déplaisirs, alors celui(celle)-ci manifestera une motivation élevée face à l'action ou à l'activité.

     Soit : (Plaisirs > déplaisirs) = motivation élevée.
   - Si les plaisirs du (de la) patient(e) sont quantitativement inférieurs aux déplaisirs, alors celui(celle)-ci manifestera une certaine démotivation face à l'action ou à l'activité.

     Soit : (Plaisirs < déplaisirs) = démotivation.

2. D'un point de vue qualitatif :
   - Si les motivations intrinsèques (P. Ires) de l'individu sont exprimées, cela se traduit par le fait que celui-ci soit passionné, aime son activité et la situation en elle-même.
   - Les motivations extrinsèques (P. IIres), en revanche, sont détectables grâce au fait que l'individu soit majoritairement orienté sur les résultats de ses efforts et/ou sur la reconnaissance sociale.
   - Les méta-motivations de l'individu, souvent portées par une représentation complexe et « rationalisée » de la situation (CPF ?, cf. Annexe 1), lui confèrent des capacités d'anticipation, de compréhension et d'empathie. Celles-ci permettent entre autres un engagement plus durable et plus efficace dans le traitement.

2.4. Diagnostic de la Dépression Molle

Pour évoquer un diagnostic de Dépression Molle, le thérapeute doit observer chez l'individu :

1. Une démotivation de fond se traduisant par un déficit d'expression des motivations intrinsèques. Elle peut être constatée à l'occasion :
   - De l'absence de projet(s) à long terme,
   - De l'absence de passion(s) personnelle(s), professionnelle(s), de hobby(ies), etc.
2. D'autres motivations dites « normales » ou de base peuvent également être en déclin. Ce sont par exemple :
   - L'appétit, le désir sexuel, les plaisirs consommatoires.
   - La motivation à agir en réaction au stress et à la pression sociale, accompagnée d'un risque de décompensation en situation de forte pression et de contraintes élevées (professionnelles, familiales, liées à des engagements financiers tels que des emprunts, etc.)

3. La « Gouvernance Mentale »

3.1. Définition

D'un point de vue essentiellement diagnostique, ce chapitre n'introduit pas de pathologie ou de Contenants pathogènes particuliers. En revanche, il met en perspective, au travers de la notion de « Gouvernance Mentale » (GM), la dynamique et les synergies ou oppositions des Contenants et méta-Contenants. Nous ne souhaitons pas revivifier ici le modèle de MacLean dans son acception la plus basique[1] qui est bien sûr dépassée, mais mettre en évidence les congruences et discontinuités voire ruptures que les entités neuro-fonctionnelles considérées (reliées plus ou moins étroitement à des structures anatomiques et réseaux neuronaux sous-jacents) établissent entre elles. Ces interactions sont mises en œuvre de façon conjointe ou concurremment à celles des schémas cognitifs, individuels ou culturels (dénommés Contenus selon notre modèle) qui se sont structurés au fil du développement de la personne.

Nous définissons la Gouvernance Mentale comme la prépondérance que présente un Contenant ou une structure neurofonctionnelle dans l'orientation du comportement et de l'action de l'individu, ce en interaction avec d'autres territoires. La GM détermine à ce titre l'intention et l'objectif ultimes, généraux, de l'individu. Les moyens ou les comportements mis en place pour y parvenir sont soumis aux synergies et conflits entre structures neurofonctionnelles et comportent ainsi une certaine variabilité inter-individuelle.

Ainsi, si chaque territoire neuronal ou population de neurones est un instrument de musique, alors la GM représente la manière dont tous les instruments de l'orchestre vont jouer ensemble, que ce soit de façon harmonieuse (en réelle synergie) ou disharmonieuse (c'est-à-dire non sans conflit(s) interne(s) ou dilemme(s)).

Dans ce cadre, tout semble se dérouler comme s'il n'était pas tant question d'une activité alternée des territoires, mais d'une activité plus parallèle, où chaque territoire exerce une influence plus ou moins importante sur le comportement et les objectifs généraux de l'individu. Dans notre illustration musicale, nous pourrions considérer que la GM ne serait pas le fait d'instruments qui

exécuteraient tour à tour leur solo mais qu'elle serait un simple changement de chef d'orchestre voire de co-orchestration.

Un exemple concret peut être celui d'un individu présentant un PGS marqué, se manifestant notamment par beaucoup « d'auto-commentaires » négatifs sur chacune de ses actions et interactions avec autrui. Celui-ci peut ressentir, s'il a suffisamment de connaissance et de recul sur lui-même, qu'il subit ses propres commentaires car il a pu remarquer, à l'occasion de certains événements de vie, que ceux-ci étaient relativement indépendants de la réalité. Certains individus auront noté une légère fluctuation de leur humeur faisant suite aux événements marquants, en remarquant par exemple qu'un heureux événement est toujours succédé d'une tendance maussade, triste, une crainte de ne pas mériter le bonheur que l'on vient de consommer et de le « payer plus tard ». Ainsi, l'individu peut tenter de ne pas respecter les commentaires liés à son PGS en essayant de se hisser au-delà de ce que lui « autoriserait » ce système, ou en s'évertuant à profiter de ce dont il bénéficie dans sa vie. L'individu peut également, parallèlement, prendre garde à ne pas trop « provoquer » ce système outre mesure et nécessité. Dans ce cas, nous pouvons considérer que même si la tendance au PGS est présente, la GM ne se situe manifestement pas là (mais sans doute dans des structures supérieures permettant la prise de recul), mais tient compte assurément à ne pas trop mettre sous pression le PGS. Un système influence donc l'autre et réciproquement, même si l'un des deux seulement détient les objectifs globaux et la mise en œuvre des comportements.

Ainsi, la notion de GM insuffle quelque théorie unitariste dans le caractère quelque peu « localisationniste » et rigide de la classification « neuropsychologique » évoquée précédemment (Hypo, PG, etc., cf. Bownds, 2001)[2]. Elle conforte l'idée, de plus en plus répandue en neurosciences, qu'il existe des « populations de neurones » au sein d'un même cerveau, de vastes réseaux qui sont plus ou moins en synergie/compétition/antinomie bien plus ou du moins tout autant qu'en coordination bien structurée.

3.2. Éléments nécessaires à la distinction de Contenants

Pour identifier, aussi rapidement que possible, lequel (lesquels) des quatre principaux Méta-Contenants « gouverne(nt) » l'individu, i.e. exerce(nt) sur lui un rôle prépondérant dans le déterminisme de son fonctionnement mental, aussi bien dans la gouvernance quotidienne que dans les grandes décisions qu'il prend et qui l'engage(nt), il doit notamment répondre à ces deux questions :

- Qu'est-ce qui motive, de façon positive ou négative), ses actions à long terme : par exemple en ce qui concerne ses choix stratégiques professionnels ou personnels ?
- Qu'est-ce qui l'occupe ou le préoccupe le plus (en positif ou négatif) au quotidien, en termes de temps, d'énergie et d'intensité des sensations ?

À l'issue de ce questionnement, le thérapeute ou le patient lui-même devrait pouvoir formuler une hypothèse quant aux Contenants ou Méta-Contenants ayant, au final, le « pouvoir motivationnel/décisionnel » manifeste chez l'individu.

Avant de décrire plus précisément chaque gouvernance, il est utile d'expliciter pourquoi nous avons choisi une délimitation en ces quatre grands Méta-Contenants :

1. Ces quatre grands niveaux d'organisation sont issus de connaissances fondamentales sur l'organisation et le fonctionnement du cerveau. Ils ont été confortés par la pratique clinique de la TNC ainsi que par un certain nombre d'études scientifiques de validation menées à l'IME[3]. Ils n'en sont pas moins une simplification « pertinente jusqu'à preuve du contraire » et orientée sur le champ psychothérapeutique, plus précisément sur le champ décisionnel à l'œuvre dans la vie psychologique et relationnelle. Cette « classification » (nosologie) ne serait pas applicable pour un autre niveau de décision à l'échelle neuronale, tel qu'évoqué par Alain Berthoz (2013), et encore moins pour un autre angle de vue (que seraient par exemple les systèmes et circuits mis en jeu dans la mémoire ou la coordination motrice par exemple, etc.).
2. De surcroît, n'importe quel Contenant peut exercer une GM pour le moins sectorielle, voire globale. Cela peut être le cas d'une P.

Ire, dans le cadre d'une passion, mais aussi d'une P. IIre, lorsque ses intolérances deviennent totalement enfermantes, ou plus encore d'un Hypo[4]. Pour autant, il nous semble que les Gouvernances plus « locales » peuvent aussi n'être comprises que comme des sous-Gouvernances, i.e. sous la dépendance d'une Gouvernance de leur propre Méta-Contenant : ainsi, une P. Ire ne peut s'exprimer que dans le cadre d'une Gouvernance de type « Néolimbique » ou « Préfrontale », mais plus difficilement voire pas du tout dans celui d'une gouvernance « Paléolimbique » (PG). Il n'y a qu'à juger de l'effet totalement dévastateur d'un rapt de conscience (délire PG) sur tout le reste de la personnalité et de l'intelligence pour se rendre compte que les Métas-Contenant ont bien un rôle protecteur à l'égard de leurs sous-Contenants. Ce peut être, à titre illustratif, comme les processus semblant lier le Méta-Contenant Néolimbique à l'égard des sous-Contenants de P. Ires ou IIres, ou des Hypos/hypers, ou encore de façon plus éloignée, comme un État protège et intègre une Région ou un Département. Or nous observons bien, dans un délire, que rien ne persiste du niveau Néolimbique (ce qui est constatable au travers d'une perte des émotions) et l'expression du CPF se trouve fortement altérée (mais souvent moins totalement).

Dans la même veine, il semble qu'une activité majeure du CPF puisse pouvoir effacer ou pour le moins diminuer très fortement les autres Méta-Contenants et sous-Contenants (cf. Ekman *et al.*, 1985 ; Levenson *et al.*, 2012).

Si bien entendu une grande partie de ces hypothèses reste à vérifier dans le domaine de l'imagerie mentale, il se trouve que lors de notre pratique thérapeutique, nous avons pu observer que tout se passait comme si un changement massif de Méta-Contenant conditionnait l'expression des sous-Contenants.

Ces différents éléments nous amènent à comprendre que ce qui constitue une GM n'est pas principalement la « consistance » (Contenant) d'une pensée ou d'un comportement à un moment donné. La GM serait plutôt liée au caractère central d'un mode de fonctionnement (ou Contenant) dans le mécanisme de prise de décision de l'individu. Ce mode de fonctionnement central impacte plus largement la façon d'être de l'individu, définissant ses sujets de

préoccupation les plus spontanés et perçus comme les plus déterminants dans les choix réels de sa vie, surtout lorsqu'il existe un fort enjeu et notamment lorsqu'il s'agit dune orientation de vie (choix professionnel, de partenaire, d'avoir des enfants, de lieu d'installation...).

Par exemple, l'observation de patients présentant des lésions au niveau du CPF et, par contraste, les habiletés que présentent des individus sains, laisse penser que le CPF est impliqué dans de nombreuses circonstances, tout au long d'une journée[5]. Cependant, ce fonctionnement peut être plus ou moins au cœur du déterminisme profond de la motivation ou n'être qu'au service d'un autre Contenant ou Méta-Contenant. Un individu peut par exemple avoir conscience de l'irrationalité de ses Hypers, voire du caractère néfaste de ceux-ci (notamment en fonction de la situation), et malgré tout ne pas résister et se laisser guider par eux. L'individu peut également aller jusqu'à établir par exemple un certain degré de planification de l'action, gérer son attente, etc. (capacités propres à l'activité du CPF), pour pouvoir satisfaire ses Hypers.

Ainsi, tout être humain se sert en effet de toutes ses structures cérébrales mais pas forcément pour les mêmes motivations et sans doute pas de la même façon. Parler de Gouvernance, c'est donc se soucier de savoir à quelle fin l'individu agit plus que de savoir par quels moyens.

Un autre point essentiel est le fait que la seule présence et même la fréquence d'un Contenant ou Méta-Contenant ne suffisent pas à parler de GM. On ne parle de GM que si le Contenant identifié comme tel est au cœur des motivations réelles et profondes de l'individu, de ce qui fait ses choix de vie, sa spontanéité, et qui soit autrement dit indépendant des efforts qu'il peut accomplir pour faire ou ne pas faire quelque chose. En effet, sous l'influence de la désirabilité sociale, on peut être amené à corriger souvent et superficiellement les préférences spontanées de sa GM. Le thérapeute doit donc rester attentif, tout au long de la phase de diagnostic de GM, à trouver la part de spontanéité et celle des « correctifs cosmétiques » de surface. De la même façon, certains individus peuvent prôner activement, dans leur discours, certaines valeurs ou habiletés, mais il arrive que le discours ne soit pas pleinement cohérent avec leur réel mode de fonctionnement,

d'action ou de pensée. Un individu peut par exemple défendre activement le fait de vouloir être rationnel, de ne pas agir précipitamment, de réfléchir à la priorité de chaque chose, ce qui pourrait laisser penser qu'il gère sa vie selon une GM dite « préfrontale ». Cependant, ce qui peut retenir le thérapeute de conclure de la sorte, peut être le fait que l'individu applique ces « règles » de pensée de façon rigide et stricte, en étant intolérant aux modes de pensée et d'actions différents des siens. Cette façon d'être n'est pas compatible, selon nous, avec une GM préfrontale. Il est donc important de noter les diverses contradictions et incohérences présentes dans le discours et l'attitude du sujet afin de les corriger ou du moins de ne pas orienter la thérapie vers une mauvaise voie.

Après avoir présenté la GM, les éléments qui ont pu nous amener à délimiter les Méta-Contenants de la sorte, ainsi que certains avertissements quant au diagnostic de GM, nous allons exposer dans le chapitre qui suit la description des différentes GM considérées.

3.3. La Gouvernance « Préfrontale »

La GM dite « Préfrontale »[6] implique chez l'individu une tendance globale à fonctionner selon les six dimensions que nous décrivons ci-après (voir aussi annexe 1) :

1. Curiosité : se caractérise par une affinité pour l'exploration proactive de l'inconnu, une attraction pour la différence et l'inhabituel (cf. Han *et al.*, 2013).
2. Souplesse : se manifeste sous la forme d'une maturité spontanée, *i.e.* une prise en compte sans délai de la réalité comme elle est, sans pour autant se priver d'agir et de mettre en place des stratégies pour pouvoir y faire face.
3. Nuance : démontre une vraie quête de subtilité dans sa perception des situations et relations problématiques. La vie est alors considérée comme un rébus plutôt qu'un casse-tête.
4. Relativité : se traduit par un goût profond pour le fait de concevoir, modéliser, innover, confronter, enrichir, transformer

les représentations, anticiper et préparer le passage à l'action, etc.

5. Rationalité : rend compte d'un vif intérêt pour comprendre les causes et les effets, mettre à l'épreuve des faits les modèles conçus à l'étape précédente, les valider (« *si ce que je pense est vrai, alors, si je fais ceci, il doit se passer cela…* »), les expliquer, etc.
6. Individualisation : confère une capacité naturelle à se positionner, à négocier, à assumer ses prises de risque, à être éthique et empathique, à valoriser et respecter les autres, à partager et donner…

Nous observons qu'une telle GM induit une vie plutôt sereine, paisible, créative, agile, efficace et même efficiente (Fradin *et al.*, 2006 ; Fradin *et al.*, 2008, op. cit.), mais éventuellement un peu compliquée en termes relationnels et parfois professionnels. En effet, cette GM ne semble pas être la plus courante chez les individus (privilège du mode automatique), et de ce fait l'attitude et les raisonnements qui en découlent ne sont pas toujours aisément compréhensibles pour les interlocuteurs sans créer de gêne.

3.4. La Gouvernance « Néolimbique »

La GM Néolimbique répond aux critères suivants :

- Recherche individuelle des plaisirs (P. Ire) et/ou évitement des déplaisirs (P. IIre).

  Ceci induit :
  - une valorisation des émotions (désirs, appréhensions), qui amplifie la réactivité aux stimulations. Nous pourrions dire que c'est une dynamique « passionnelle » ;
  - une recherche de maîtrise (acquisition de compétences et recherche de résultats) et une stratégie de retrait/ échappement/évitement devant le risque d'échec, allant jusqu'à l'évitement automatique.
- Intégration et valorisation sociale :
  - selon des valeurs de méritocratie (compétition, élitisme) : valorise et récompense les « meilleurs » de chaque catégorie de personnalité. Ce sont par exemple les plus performants ou

courageux pour la personnalité dite « LE », les plus gentils pour la personnalité dite « IR », etc., cf. Annexe 2) ;
  - dans l'aide des faibles à mieux réussir (éducation, soutien...) surtout s'ils font des efforts et qu'ils sont ainsi considérés comme « méritants » ;
  - selon des codes, des normes, des modes, des conventions où l'excellence (selon ces critères) est récompensée et la « déviance » méprisée ou mise à l'écart ;
  - selon des valeurs morales, de justice et des règles du « jeu » (considération de ce qui est bien et mal, de ce qui doit être récompensé ou puni.
- Automatismes et rigidité :
  - préférence pour la routine, le plaisir du « travail bien fait ». Tendance parallèle à avoir peur du changement[7] ;
  - tendance à manifester des certitudes et une croyance en des dogmes, ce qui conduit notamment à la genèse des intolérances et des préjugés ;
  - ensemble de valeurs et antivaleurs auxquelles l'individu est particulièrement attaché.

Pour conclure, la GM Néolimbique permet souvent une simplification de la perception du monde extérieur et en cela une certaine efficacité dans la gestion du monde qui entoure l'individu. Cependant, cette GM implique également de la rigidité (et diminue ainsi son efficacité) et des exclusions. Elle est de surcroît pourvoyeuse de troubles psychologiques « réactionnels » (névrotiques, aurait dit Freud) face à un environnement qui « dérange » l'individu, puisque non conforme à ses attentes.

3.5. La Gouvernance « Paléo-Limbique » (PG)

La GM Paléolimbique répond aux critères suivants :
- Rapports de force :
  - s'imposer pour prendre sa place (« *si je ne le fais pas, c'est l'autre qui le fera !* ») ;
  - combats réels (par exemple, dans la cour d'école) ou fictifs (rituels de démonstration de force ou de soumission, etc., cf. le *Rough-and-Tumble Play*, chapitre 2.1.2.) ;

- absence de règles, c'est la « *loi du plus fort* » impliquant que « *tous les coups soient permis* » et que les plus retords puissent être éventuellement valorisés. Cette GM peut donner lieu à des discours tels que, par exemple : « *la triche est un sport national* » ou « *l'argent (sale) n'a pas d'odeur* » (l'argent étant notamment synonyme de pouvoir et de reconnaissance en mode Paléolimbique) ;
- angoisse ou appréhension relativement irrationnelles à l'égard de la violence « gratuite » (celle des dominants), de la part du PGM et PGS mais aussi, dans une moindre mesure, du PGD et même du PGI (qui a besoin de se « protéger » par des pratiques mystiques).

— Esthétique :
  - voyante, démonstrative, dite « bling-bling » pour le PGD ;
  - inquiétante, destinée à dissuader d'attaquer, pour le PGM ;
  - de type « gourou », avec des couleurs ou des teintes inspirant des notions de « pureté », pour le PGI ;
  - passe-muraille, discrète, pour le PGS.

L'esthétique est sans doute incluse dans le rituel PG, permettant éventuellement aux PGD et PGM d'intimider pour réduire les combats, au PGI d'inspirer confiance et transparence et au PGS de suggérer un « *circulez, il n'y a rien à voir* ».

— Insensibilité par rapport à soi ou par rapport aux autres :
  - le PGD prend des risques et brutalise les autres ;
  - le PGS se brutalise voire d'autodétruit ;
  - le PGM a une obsession du complot ;
  - le PGI croit être sensible aux autres, mais ses délires l'amènent à projeter sur son entourage un monde imaginaire induisant une perte de contact avec le réel. Cette projection enferme l'individu dans une perception stéréotypée et archaïque du monde, qui le met facilement en danger puisqu'il n'évalue pas les risques. La « douceur » apparente du PGI n'écarte donc pas son insensibilité réelle.

— Réactions paradoxales, induites par un mécanisme d'autorégulation :
  - une bonne nouvelle aggrave par exemple l'individu soumis (comme c'est le cas dans le baby-blues, le lauréat-blues…).

- une humiliation subie par l'individu dominant entraîne chez lui, plus tard, une crise de violence réactionnelle ;
- la mise en confiance, dans un premier temps, d'un individu marginal, est déjà difficile en soi, et entraîne souvent une crise réactionnelle de méfiance dans un second temps.
- l'abus de la confiance d'un individu intégré entraîne une crise de confiance irrationnelle « tous azimuts », éventuellement aggravée si l'on essaie de le convaincre de se méfier davantage.

Une telle GM induit un vécu quelque peu dramatique, au sens où tout y est coloré par le rapport de force, l'orgueil ou la culpabilité, ingrédients qui ont pu être constitutifs du théâtre antique... Elle implique un risque de pathologie psychiatrique (psychoses) important, impose des guerres (physiques et psychiques) et des phénomènes de prédation où les individus consacrent davantage de temps à détruire qu'à construire...

3.6. La Gouvernance « Instinctive »

À l'occasion de ce chapitre sur la GM Instinctive, nous allons présenter plus en détail le Méta-Contenant « Instinctif » (principalement Hypothalamique, mais pas seulement...), que nous abordons peu par ailleurs.

L'adjectif « Instinctif » caractérisant cette GM est réducteur. Cependant, il n'est pas aisé de le remplacer par un terme qui puisse à la fois :

- regrouper toutes les structures cérébrales impliquées dans la production de comportements instinctifs, i.e. totalement programmés par les gènes ;
- évoquer le fait que ces structures interviennent dans la traduction de nos besoins biologiques internes (alimentaires, sexuels, etc.) en « pulsions » et comportements, lesquels peuvent être en lien avec le maintien de l'organisme ou avec des réactions de survie (stress) élémentaires.

Comportements spécifiques dudit « Méta-Contenant Instinctif »

Le mode de fonctionnement issu du Méta-Contenant Instinctif regroupe les principaux comportements innés (qui sont génétiques, ou dont l'expression est modulée par l'interaction avec l'environnement, c'est-à-dire épigénétiques). Ces comportements se subdivisent en :

- Instincts de « vie » : ceux-ci donnent lieu à des comportements de consommation (alimentaires, sexuels) ou de régulation (sommeil, température...). Ils sont une association d'une composante « pulsionnelle », endogène (reflétant l'expression d'un besoin interne comme la faim), et d'une autre composante « réactionnelle », en réponse aux opportunités de l'environnement (aliments, partenaires sexuels, etc.).
- Instincts de « survie » : ce sont les comportements de Fuite, de Lutte et d'Inhibition (Laborit, 1986, op. cit.), lesquels sont regroupés sous le terme de stress. Ils ne sont que réactionnels à ce qui est perçu comme un danger externe ou interne (le stress signalant notamment une incohérence cognitive). Comme toutes les pulsions qui traduisent le besoin biologique de l'instant, le stress est un état qui est par essence éphémère, car ce niveau d'organisation cérébral n'est pas doué de mémoire. Il réagit au besoin ou danger de l'instant car si nous n'étions par exemple pas capables de faire la différence entre le souvenir d'un bon repas et le plaisir d'un bon repas, nous aurions sans doute des difficultés pour survivre.

Symptomatologie évoquant une GM Instinctive

- La GM Instinctive génère une réactivité immédiate et éphémère. Elle est en quelque sorte « épidermique », dans la mesure où sa persistance traduit le maintien de ses causes. À titre d'illustration, manger des aliments pauvres en calories ou en nutriments ne coupe pas (durablement) la faim. Il est donc normal de manger davantage si l'on trompe notre pondérostat, jusqu'à avoir atteint son « point de consigne » calorique. De même, le stress humain, avant tout issu de causes cognitives ou neurocognitives, ne cesse que si ces causes sont traitées. Le stress en soi n'est pas chronique, mais ses causes peuvent l'être.

- La GM Instinctive présente une très forte stéréotypie (plus encore que les niveaux Paléolimbique et le Néolimbique). L'anxiété, la colère ou la dépression, par exemple, ont des caractéristiques totalement standards, quels que soit la culture, le sexe, l'âge ou la personnalité (difficulté de concentration, susceptibilité ou aboulie...) (Ekman, 1993, op. cit.).

Impact de la GM Instinctive

La GM Instinctive ne semble (presque) plus exister par défaut chez l'être humain adulte :

- D'un point de vue des instincts de « vie », rares sont les gens (adultes) qui ne semblent pas capables de contrôler leurs pulsions « instinctives ». Ce sont plutôt d'autres Contenants, qui appartiennent aux Méta-Contenants Paléolimbiques ou Néolimbiques, qui semblent entraîner les dérégulations d'instincts (boulimie, anorexie, etc.), puisque leur traitement (de l'Hyper ou du PG) améliore et guérit souvent le patient. On mange parfois, par exemple, pour compenser le manque de plaisir ailleurs ou oublier le stress.
- Du point de vue des instincts de « survie » : la grande majorité des causes de stress chez l'être humain contemporain sont (neuro-)cognitives (cf. Annexe 1).

Autrement dit, la (pseudo-)Gouvernance Instinctive ne survient que sur le terreau d'une Dépression Molle. Le stress, selon les cas, peut être utilisé pour trouver l'énergie de faire (stress de Fuite ou Lutte) ou ne pas faire (Inhibition, pour accepter, faire profil bas), lorsque d'autres motivations ne sont pas ou plus disponibles. La Lutte (ou la colère) est également parfois mise en œuvre, notamment chez les individus timides, comme pour fournir de l'énergie pour « *dire ce qu'il y a à dire* »... enfin, à peu près.

Certaines personnes pratiquent donc de façon plus ou moins récurrente le fait :

- d'attendre le dernier moment pour se mettre « la pression » (Fuite ou Lutte) afin de pouvoir préparer ses examens ou dossiers ;
- d'avoir besoin de se disputer (Lutte) pour pouvoir se réconcilier (Inhibition).

Cette stratégie d'utilisation du stress peut s'avérer consciente et volontaire ou relever d'un mécanisme automatique.

Diagnostic d'une GM Instinctive

La GM Instinctive répond aux critères suivants :

1. Réactivité « épidermique » :
   - L'individu ne réagit qu'aux sollicitations de l'environnement.
   - L'individu a du mal à se contrôler.
   - Il n'a pas de volonté de projet, encore moins de passion ou de courage.
   - Il a besoin de s'auto-stimuler pour initier ou prolonger une action « de fond » de moyen ou long terme, et/ou pour surmonter un désagrément immédiat : il tend à se « récompenser » avant, pendant et après (au travers des aliments ou autre), ou se faire peur pour se mobiliser.
2. La GM Instinctive se constate surtout sur un terrain de Dépression Molle ou en tant que « levier » utilisé par un autre Contenant : Hyper IIre, PG (le stress de Lutte est par exemple utilisé pour justifier l'agressivité du PGD ou de la RH, ou pour apitoyer/culpabiliser un interlocuteur en PGS ou IE IIre...).

4. Pédagogie TNC

4.1. Pourquoi présente-t-on la TNC et les mécanismes psychophysiologiques qui sous-tendent son action ?

En TNC comme plus généralement en TCC, on incite et accompagne le patient dans la compréhension de ce que l'on fait, alors qu'une telle pratique est par ailleurs (notamment en approche psychanalytique ou humaniste) considérée comme inductive, voire stérilisatrice.

Les raisons de la pédagogie ou de l'explication du processus thérapeutique au patient sont concrètes :

1. Les approches TCC proposent un certain nombre de procédures thérapeutiques essentielles pour accroître l'efficacité du traitement et pour lesquelles la plupart des patients ne seraient absolument pas motivés s'ils ne comprenaient pas pourquoi ils les mettent en œuvre. La TNC rejoint plus particulièrement ce principe lors d'un travail sur « l'Hypo ». Ainsi, puisque certaines démarches, notamment comportementales, ne sont pas spontanément motivantes, il s'agit donc de remplacer une motivation défaillante par une méta-motivation d'ordre « raisonnable » (mieux comprendre le bénéfice de l'exercice proposé).
2. Il est souvent dit en TTC que la thérapie est une exploration, une recherche que l'on fait à deux. Un tel point de vue permet d'impliquer le patient dans l'acte thérapeutique, ce qui s'avère fondamental pour ce que l'on appelle la restructuration cognitive[8] du sujet. Pour cela, il est indispensable de lui fournir une compréhension et une compétence minimales, faute de quoi le thérapeute perd une puissance thérapeutique importante.
3. Enfin, il est possible de délivrer au patient (en interagissant à ce sujet avec lui) quelques explications, relativement simples ou tout du moins distillées avec justesse, sur quelques connaissances récentes sur les comportements ou le cerveau, lorsqu'elles peuvent se révéler utiles à la résolution, à la compréhension et à la prise de recul vis-à-vis de son problème.

Ainsi, en TNC, après avoir rapidement évoqué les fonctions de cette pédagogie, celle-ci sera développée de façon très interactive tout au long de la thérapie, à chaque fois que le besoin s'en fera sentir et que l'efficacité en aura été pressentie. Cette dimension pédagogique apporte une partie non négligeable de l'efficacité thérapeutique comme ceci a été démontré en TCC (Cottraux, 2005). On y apprend au patient ce que sont :

1. Les lois de « l'apprentissage conditionné » (par renforcement positif ou négatif).
2. Les lois du « désapprentissage » des pensées ou comportements dysfonctionnels (comme l'inhibition réciproque pour le traitement comportemental des phobies ou des Hypos).

Les pensées ou comportements dysfonctionnels sont détectés eux-mêmes à partir des troubles émotionnels que constituent les

états anxieux, agressifs ou dépressifs. On parle alors de la triangulaire émotion/pensée/comportement, essentielle dans la compréhension des troubles et leur résolution. Ces états considérés et décrits en psychophysiologie expérimentale (*flight, fight, freeze*, cf. Cannon, 1963 ; ou Fuite, Lutte, Inhibition, système FLI, cf. Laborit, 1986, op. cit.) permettent en TNC, comme nous allons le voir, un enrichissement important de la prise de conscience de l'individu. Ils conduisent à expliquer leur rôle biologique premier et leur apparente inadaptation dans la vie moderne, source de complexes ou de jugements moraux inadaptés. Ceux-ci tendent à détourner l'attention de la résolution des problèmes étiologiques sous-jacents, notamment lorsque le patient s'accuse (ou accuse un autre) de symptômes involontaires, connus aujourd'hui pour être automatiques, stéréotypés, peu contrôlables de façon directe et volontaire.

La même démarche explicative sera mise en œuvre si le patient s'identifie à un comportement plus ou moins problématique comme l'agressivité du PGD, une dépendance induite par un Hyper, etc. La théorie TNC permet ainsi de « déculpabiliser » en attribuant moins la raison de ces comportements à la première intention du patient mais plutôt aux substrats neuropsychologiques ou physiologiques qui les sous-tendent. La TNC s'attache également à ouvrir au patient des perspectives de changement qu'il n'avait pas pu jusque-là envisager. Il est donc inutile de se culpabiliser pour des symptômes qui ne cesseront qu'avec le Contenant correspondant, comme il est peu fructueux de laisser un patient se fatiguer en cherchant à contrôler certains troubles que l'on sait symptomatiques comme l'Hyper, la RH ou le stress (FLI).

En découle une prise de conscience, chez le patient, du caractère à la fois :

- stéréotypé et dépourvu de « volonté » des Contenants ;
- réversible de son état, selon des processus thérapeutiques précis et codifiés.

En faisant vérifier au patient concrètement l'efficacité rapide et ciblée de la démarche, cette conscientisation aura chez le patient un effet favorable sur la mise en confiance thérapeutique.

La pédagogie TNC va donc aider à centrer, aussi vite que possible, l'attention et l'action du sujet/patient et de son thérapeute

sur la recherche des causes et sur leur traitement. Plutôt que de se focaliser plus que nécessaire sur les effets, on gagnera à faire travailler le patient sur leur acceptation, ce qui est toujours plus aisé lorsque l'on comprend la nature des troubles et que l'on constate que le travail de fond nous fait progresser. Cette prise de recul sur la dimension neuropsychologique de la thérapie constitue ce que l'on appelle la « dé-psychologisation », qui aide le patient à ne plus s'identifier à ses Contenants et à mieux s'approprier ses leviers de (vrai) changement.

4.2. Quand présenter la TNC ?

En pratique, la présentation de la TNC débute souvent dès la première séance et se poursuit souvent activement pendant les suivantes. Ceci ne signifie pas pour autant que l'on doive abreuver le patient d'un discours-fleuve sans claire nécessité induite par le travail thérapeutique en cours. Il ne faut faire que ce qui est nécessaire au fur et à mesure de la progression thérapeutique, de la capacité d'intégration de l'individu et de sa demande à l'égard de cette dimension de la thérapie.

Dans la continuité de cette réserve, le thérapeute a tout intérêt à donner dès la première séance un minimum d'explications, une sorte de lexique qui s'avérera très utile par la suite. Il doit être attentif au fait que le patient vient le plus souvent avec un besoin personnel souvent très émotionnel, concret et immédiat concernant des problèmes aigus ou subaigus. Celui-ci s'attend donc à parler de lui, à entrer dans le vif de *son* sujet. Être nourri de trop longues explications préliminaires sur la méthode employée ou sur le fonctionnement « détaillé » de son système nerveux risque de laisser au patient le sentiment qu'il n'a pas été écouté.

4.3. Les enjeux et la mise en œuvre de la pédagogie

Les enjeux de la pédagogie en TNC consistent à faire découvrir et expliquer, en s'appuyant sur le vécu du patient et la théorie, la différence entre :

1. le Contenu psychologique, qui est :
   - Acquis, individuel ou culturel.
   - Effaçable, dans la mesure où il doit être utilisé pour être maintenu ou développé.
   - Modifiable, c'est-à-dire accessible à la résilience et à la thérapie.
2. Et le Contenant neuropsychologique, qui est :
   - Inné, structurel, universel.
   - Ineffaçable, c'est-à-dire non modifiable.
   - Potentiellement gérable en utilisant les leviers d'expression naturels que sont les stimulus, les P. Ires, les exercices et attitudes sollicitant les Modes Mentaux (cf. Annexe 1), les rituels de PG, etc.

Dans cette démarche, le thérapeute doit aussi permettre au patient d'apprendre à solliciter une attitude ou un état d'esprit dits « adaptatifs » (Mode Mental Adaptatif, cf. Annexe 1), à l'image du sport, où l'on s'entraîne à adopter une certaine posture pour mieux pouvoir faire le geste. On prépare le mental comme on prépare le corps. Le sentiment d'incapacité est comparable à une mauvaise posture, l'individu « s'y prend mal » plus qu'il ne manifeste une véritable incapacité. D'un point de vue psychologique, on peut indiquer au patient que l'incapacité est liée à une mauvaise attitude mentale conduisant à une forme d'insensibilité, d'absence de motivation et témoignant d'une inculture (on ne conçoit même pas le « problème » ou le manque).

La « dé-psychologisation des Contenants » figure également parmi les enjeux majeurs de la pédagogie. Elle permet au patient de comprendre qu'il est le lieu où s'activent ses Contenants plus qu'il n'en est réellement l'auteur. Ceci a pour effet :

1. une compréhension de l'origine de ses troubles par le patient, ce qui lui permet de sortir quelque peu de son désarroi, puisque donner du sens à ses perturbations diminue déjà le stress. L'origine des troubles est expliquée, en TNC, d'un point de vue :
   - de la relation de ceux-ci avec l'évolution des espèces ;
   - de la relation de ceux-ci avec les sciences du cerveau ;
2. une déculpabilisation, permettant au sujet de s'extraire du jugement (de soi et des autres) ;

3. de fournir des leviers d'action concrets, notamment contre le sentiment d'impuissance ;
4. une libération des capacités cachées (« *on débouche des tuyaux…* ») plutôt qu'une acquisition plus ou moins artificielle de certaines habiletés (« *… plutôt que de s'occuper des fluides qui passent dedans ?* ») ;
5. de sortir du carcan normalisateur des comportements-modèles quelque peu rigides et pouvant paraître parfois inaccessibles à l'individu (*modeling* et acquisition d'habiletés sociales). La finalité du neuro-comportementalisme TNC est de permettre la libération de postures mentales (changement de Contenants) et donc cérébrales (on sollicite d'autres territoires, d'autres circuits), qui donnent d'autres capacités. En d'autres termes, comme l'on considère que l'excès est souvent nécessaire pour libérer d'un blocage (tel qu'en ostéopathie) : la finalité de la TNC est la libération d'un mouvement bloqué et non une reproduction à l'identique, dans la vraie vie, d'un « geste-modèle » où persisterait le blocage en question ;
6. on considère que l'excès est souvent nécessaire pour libérer d'un blocage (comme en ostéopathie) : la finalité, c'est la libération d'un mouvement bloqué et non-reproduction à l'identique de la « manip » en question dans la vraie vie !

Par exemple, les scénarios à cinq personnages (façon *Commedia Dell'Arte*) destinés à traiter le PG sont censés dépasser les blocages et comportements « *interdits* » par le système, plus qu'ils n'apprennent aux patients à acquérir des habiletés particulières. Il en est de même concernant l'affrontement d'Hypo, qui peut lui aussi être enrichi par des techniques théâtrales (Art Dédramatique), et pour les exercices de GMM (cf. Annexe 1).

À ce titre, les personnages des exercices de PG s'appuient à la fois :

- sur des rituels sociaux animaux ou humains (cf. tableaux psychiatriques du DSM IV, 1996, op. cit.) ;
- sur le medium artistique, notamment théâtral, qui joue des Contenus pour travailler lui aussi les attitudes.

5. La stratégie thérapeutique

De façon générale, le thérapeute est amené, au cours d'une thérapie de type TNC, à traiter de préférence :

1. de la superficie vers la profondeur, soit de niveaux plutôt symptomatiques (stress, Hyper, RH) vers d'autres plus étiologiques (Modes Mentaux, refoulement de P. Ires et P. IIres, Hypo, PG...) ;
2. du Contenu vers le Contenant ;
3. de la Pédagogie vers l'action thérapeutique sur les Contenants ;
4. du cognitif vers le comportemental.

5.1. Cas d'un stress aigu survenant lors de la mise en œuvre d'une action thérapeutique

Si, lors d'une action thérapeutique (comportementale ou cognitive) :

- Le stress diminue lors de l'action : dans ce cas l'action peut être poursuivie.
- Le stress est stable : le stress peut diminuer plus ou moins rapidement, il n'y a donc pas de contre-indication à poursuivre l'action, mais il est nécessaire d'être vigilant et de revoir l'utilité de celle-ci.
- Le stress augmente alors que la personne refuse de faire l'action, et son stress semble augmenter de façon proportionnelle à sa résistance :
  - le stress est lié à la résistance ;
  - ceci ne remet donc pas en cause directement la stratégie thérapeutique et l'action prévue en soi ;
  - il est cependant nécessaire de revoir la progression pédagogique et/ou la préparation cognitive (identifier la nature des Contenus et Contenants en cause dans le refus) ;
- Le stress de la personne persiste ou augmente alors qu'elle adhère à l'action et la met attentivement en œuvre ou se prépare à le faire :
  - Le stress est induit par l'action thérapeutique !
  - Il faut donc remettre en cause l'action prévue...

5.2. Diagnostic des Contenants et Contenus impliqués dans la genèse du stress induit par une action thérapeutique

Si les raisons du stress sont relativement conscientes ou aisément accessibles par le patient, le thérapeute doit les identifier en termes de Contenus et Contenants. Aussi :

- Si la pleine prise de conscience et la compréhension des Contenus et Contenants en cause réduisent le stress : il peut s'agir d'une erreur de stratégie. Dans ce cas il faut bien entendu chercher à cerner l'erreur et la corriger. À cette occasion, le stress en situation d'action thérapeutique doit déjà disparaître. L'action thérapeutique doit être modifiée en fonction de la correction de l'erreur.
- Si la pleine prise de conscience et la compréhension des éléments en cause ne réduisent pas le stress : le thérapeute doit passer au cas de figure qui suit...

Si les raisons du stress du(de la) patient(e) ne sont pas ou peu conscientes, le thérapeute doit tenter d'identifier un Contenant précis, par exemple :

- Si le(la) patient(e) manifeste de l'anxiété et de la culpabilité sans objet précis ou « raisonnable », cela doit lui évoquer du PGS.
- Si le(la) patient(e) manifeste de la méfiance et une certaine forme de mutisme, cela doit lui évoquer du PGM.
- Il en va de même pour les autres types de PG.
- Si le thérapeute ne reconnaît aucun Contenant/Contenu associé précis si ce n'est un imbroglio, un stress aigu (symptomatique) et une perte de contrôle : cela doit lui évoquer une sonnette. Dans ce cas, il doit reprendre à froid la situation de l'action thérapeutique envisagée et l'analyser sur une ou plusieurs séances et/ou des séances longues. En effet, une telle démarche peut prendre quelques heures, et il n'est pas souhaitable, pour préserver l'état du patient, d'arrêter une séance avant la fin de la démarche. Il n'est pas pertinent d'interrompre la séance tant que le patient n'a pas trouvé un apaisement. Ceci signifie bien entendu que l'on ne reprend pas une nouvelle étape thérapeutique en fin de séance.

Pour ce cas de figure, la démarche sera plus exactement la suivante :

- Le thérapeute doit faire part au patient de la perspective de reprendre éventuellement l'action thérapeutique, un jour indéfini, quand le problème sera résolu...
- Une fois la décision prise d'aborder ce travail, il doit ensuite briefer le patient sur la fonction exploratoire des expositions imaginaires à la situation qui lui permettront d'identifier les Contenus et Contenants en cause dans la sonnette.
- Le thérapeute cherche à ce stade à identifier activement, avec le patient(e), les Contenus et Contenants qui se manifestent dans la sonnette (confrontation imaginaire).
- Après l'identification a lieu le traitement, l'un après l'autre, des Contenants en jeu dans la sonnette. Ce traitement passe, comme usuellement, par une étape pédagogique, une préparation cognitive et une action comportementale.
- Après chaque traitement, le thérapeute reprend la même procédure de mise en situation imaginaire, de façon à s'assurer de sa démarche.
- Le thérapeute met en œuvre les étapes précédentes jusqu'à ce que la mise en situation imaginaire ne produise plus de stress, ni à la fin de chaque étape, ni (en y pensant) entre les séances.
- Le thérapeute envisage alors à nouveau l'action initiale : soit le stress ne se produit plus et il peut ainsi poursuivre l'action thérapeutique, soit il se produit à nouveau, et dans ce cas il doit reprendre la démarche précédente.

Voir aussi Gestion et traitement d'une Sonnette infra.

5.3. Quelles sont les causes les plus fréquentes de stress aigu en relation avec une action thérapeutique ?

Les causes de stress aigu majoritairement rencontrées sont les suivantes :

1. Un effet rebond de PG.
2. Un Hyper-Méta, un PGS ou un PGM empêchant le patient de s'exprimer. Dans ce cas, ce peut être :

- l'action qui pose problème, et dans ce cas :
  - il faut aider le patient à s'exprimer jusqu'à ce qu'il retrouve son calme,
  - il est également nécessaire d'écouter tout ce qu'il a à dire, jusqu'à ce qu'il valide que l'on a bien compris, notamment après reformulation
- le thérapeute qui pose problème, et dans ce cas :
  - le lien de confiance est rompu ou insuffisant pour effectuer l'action envisagée,
  - le thérapeute n'a pas montré suffisamment d'empathie, de qualité d'écoute, d'accueil par rapport aux non-dits (sujets délicats, complexes, timidité),
  - il y a un déficit de réponse par rapport aux attentes du patient, un manque de rigueur dans la démarche, ou autre.

3. Une Sonnette non identifiée ou mal gérée.

5.4. Symptomatologie et gestion des Sonnettes

On peut établir le diagnostic d'une Sonnette grâce aux critères suivants :

1. manifestation d'un stress aigu, de type attaque de panique, c'est-à-dire avec auto-accrochage, selon une régulation dite « en tendance »[9] ;
2. ce stress aigu survient lors de l'interaction entre deux ou plusieurs Contenants sur un même objet mental.

Soit le traitement générique d'une Sonnette :

1. On identifie le Contenant le plus visible, puis on le traite

Et ainsi de suite...

2. On n'insiste pas si le patient s'aggrave à cause du travail (et non à cause de son « refus », de sa difficulté à entre dans un exercice) car cela indique souvent une sonnette cachée que l'on risque d'aggraver
3. On prend note de la succession des Contenants que l'on dévoile, de leurs Contenus associés et des stratégies thérapeutiques employées et efficaces
4. La stratégie est reproductible, on cherche à rendre le patient autonome

On traite d'abord le pôle faible de la Sonnette, que l'on identifie de deux façons :

1. Celui qui s'exprime le moins cliniquement (intensité relative de la symptomatologie des Contenants)
2. Celui qui peut être évalué comme le plus accessible à un processus thérapeutique (l'Hypo se traite plus vite que le PG et son résultat est beaucoup plus stable : pas d'effet rebond)

6. Cas cliniques

Les cas cliniques que nous évoquons dans ce chapitre sont des synthèses de cas réels. Les noms des patients ont bien évidemment été modifiés et certains éléments de leur vie n'ont pas été dévoilés de façon à préserver au mieux leur anonymat.

Le lecteur notera de nombreuses références au modèle de personnalité TNC. Celui-ci est explicité dans l'annexe 2. La description des personnalités qui nous intéressent figure dans les **tableaux II.1 et II.2** présentés dans l'annexe 2.

6.1. Clara : thérapie d'une Répression d'Hyper

Généralités

Clara a 45 ans au moment où elle débute sa thérapie TNC.

Clara vient consulter en raison d'une souffrance récurrente associée, entre autres, à l'échec de ses amours et à un bonheur dont elle estime être privée.

D'un point de vue de ces antécédents, elle présente une enfance particulièrement difficile. Elle semble avoir été victime d'attouchements, notamment par son père. Celui-ci s'est également montré violent verbalement, l'injuriant et la rabaissant régulièrement.

À l'âge adulte, Clara connaît quelques amours mais qui aboutissent facilement à l'échec. Elle présente un surpoids depuis la pré-adolescence, et se mésestime par rapport à cela.

Comportement apparent

Clara participe à certains stages de thérapie de groupe. Elle intervient alors régulièrement et longuement durant ceux-ci pour faire part de son indignation quant aux préoccupations des autres stagiaires. Elle leur fait remarquer que leurs problèmes n'en sont pas et qu'elle seule présente une vraie souffrance qui mérite une thérapie. De cette façon, la réaction des stagiaires à son égard devient moins amicale. Clara s'attire ainsi, de façon plus générale, les foudres de son entourage.

Il semble que ce type de comportement l'ait souvent amenée à voir ses relations amoureuses ou amicales s'étioler, ce qui attise sa souffrance. Cette tendance à la plainte, au fait de minimiser les peines d'autrui pour ne « valoriser » que les siennes, au fait de prendre beaucoup d'attention, et ce de façon « bruyante » durant les stages, etc., fait tout d'abord penser à une RH certes, mais également à de la dominance.

Diagnostic et vécu de la patiente

a) Le PGS

Au fur et à mesure des séances thérapeutiques individuelles, il s'avère que Clara n'est pas dominante mais soumise. En effet, suite à ses indignations récurrentes dont elle fait part sans demi-mesure à ses interlocuteurs, elle subit systématiquement des angoisses de culpabilisation extrêmes, accompagnées d'une volonté de suicide, d'un sentiment d'indignité, du souhait « *d'être brûlée vive* » car elle se considère comme « *un sac à ordure* ». Ainsi, l'intensité, la violence et le caractère auto-destructeur de ces symptômes n'évoquent pas seulement la RH par auto-culpabilisation, mais laissent davantage penser à un violent effet rebond en soumission apparaissant à la suite des reproches qu'elle peut adresser à ses interlocuteurs quand elle est en RH.

Parmi les autres arguments évoquant un PGS, figurent les angoisses paradoxales se manifestant à la suite de chaque régime l'amenant à aller mieux. Ces angoisses déclenchent chez elle un

abandon du régime, une ré-augmentation de son poids et une baisse de l'estime de soi.

b) Les Hypos

En séance, le thérapeute peut constater que Clara présente des Hypos sur :

- L'intelligence,
- L'immaturité,
- L'injustice,
- La violence physique, verbale et sexuelle,
- La manipulation,
- La futilité sociale (sophistication, inutilité de certains discours ou de certains gestes, etc.),
- La féminité,
- Les femmes qu'elle estime peu élégantes, trop fortes et qui portent des vêtements aguicheurs, sexy,
- Le fait d'assumer ce que l'on est en public, même si cela semble en décalage avec les valeurs apparentes du groupe, le fait de s'affirmer sans justification morale.

c) Les sonnettes

Les symptômes très intenses et l'alternance entre une jalousie extrême et une culpabilisation tout aussi ravageuse conduisent au diagnostic d'une sonnette entre les différents Contenants que voici :

- L'ensemble des Hypos (et leurs RH associées) exposés ci-dessus,
- Sa personnalité épicurienne (P. AR Ire, cf. tableaux II.1 et II.2)
- Sa personnalité justicière et conquérante (P. LE IIre)
- Son PGS

Le thérapeute observe principalement que les Hypos de Clara sur la féminité et sur le comportement aguicheur induisent un Hyper sur la vie sentimentale (la rassurant sur le fait de plaire sans avoir à en passer par la féminité) et une RH vis-à-vis des hommes, de ses partenaires. Parallèlement à cela elle se montre tantôt profondément agacée, tantôt admirative des femmes élégantes et séduisantes (Hypo). Son surpoids, maintenu entre autres par son PGS, participe

également à cette RH, laquelle génère en contrepartie des effets rebonds de PGS.

Son épicurisme spontané ne peut être assumé du fait de ses Hypos sur la futilité, ce qui l'empêche ainsi d'avoir accès à des plaisirs simples, ou à une meilleure estime d'elle-même (qui serait en lien avec l'acceptation de son côté insouciant et futile). Par ailleurs la personnalité que nous considérons comme épicurienne (P. AR) se montre assez opposée à la superficialité des artifices de séduction, ce qui alimente ses Hypos sur les comportements et atours aguicheurs.

Sa personnalité justicière attise le sentiment d'injustice généré par ses RH et la fait clamer haut et fort sa désapprobation vis-à-vis de comportements lui paraissant futiles ou vis-à-vis de souffrances qu'elle juge surestimées. Cet ensemble de comportements génère lui aussi des effets rebonds de PGS.

Stratégie thérapeutique

Du fait de ses Hypos sur l'intelligence (sans doute générés par les humiliations de son père), Clara présente à l'origine un blocage vis-à-vis de la thérapie, notamment sur ses aspects comportementaux (travail des Hypos) et sur les exercices de rationalisation qui pourraient lui être proposés (GMM, cf. Annexe 1). En effet, la thérapie TNC en passe par la compréhension et l'intégration que peut avoir le patient de l'acte thérapeutique et sa participation active, ce qui peut être entravé par un Hypo sur les manifestations de l'intelligence. Le diagnostic de la patiente s'avère donc, durant de nombreuses séances, relativement incertain, tandis que la thérapie ne peut consister qu'à un traitement cognitif passif sans grand succès.

Au terme de cette période peu fructueuse, il est décidé de consacrer une journée thérapeutique au diagnostic de la patiente. À cette occasion, les Contenants en jeu dans la sonnette peuvent enfin être clairement mis en évidence. Suite à un certain nombre de négociations, le travail d'Hypo peut également commencer.

Le travail d'Hypo concernant les comportements aguicheurs ou le fait d'être sexy consiste par exemple à porter des vêtements pouvant paraître quelque peu vulgaires. Le travail d'Hypo sur la

futilité demande quant à lui de faire un geste pouvant paraître étrange et inutile pour l'entourage. Dans ce dernier cas, le thérapeute demande tout simplement à la patiente de lever les bras bien en l'air, sans raison aucune. Nous noterons que comme pour beaucoup de traitements d'Hypos, le simple fait de lever les bras en l'air fait beaucoup rire la patiente. Ce qui est intéressant est de savoir que le thérapeute invite Clara à réaliser ce geste chaque fois (par exemple en stage) qu'elle manifeste une RH et un sentiment d'injustice vis-à-vis des « fausses souffrances » dont elle est témoin. Instantanément, au lieu de s'emporter, Clara se met à rire dès lors qu'elle réalise le geste, puis se trouve apaisée après ce fou rire.

Ses comportements de RH et d'Hypos s'amenuisent au fur et à mesure des exercices de confrontation d'Hypo. Parallèlement à cela, des exercices destinés à traiter la soumission sont effectués, notamment après chaque travail d'Hypo confrontant pour son PG et susceptible de générer des effets rebonds.

Un an après cette thérapie, Clara demande à travailler à temps partiel pour pouvoir se consacrer à quatre à cinq heures de peinture par jour, qu'elle exploite avec talent. Cette activité lui était inenvisageable auparavant, du fait de ses Hypos sur la futilité et l'insouciance liée à la vie d'artiste, sur le fait d'assumer les plaisirs qu'elle jugeait « inutiles » d'un point de vue moral et simplement liés à l'expression de sa personnalité. Cette amélioration et l'expression de sa personnalité ont été potentialisées par un travail en art-thérapie. Par ailleurs, d'un point de vue social et professionnel, Clara est aujourd'hui considérée comme très agréable, mobilisatrice, stimulante, à l'écoute et se trouve très appréciée de ses interlocuteurs, ce qui contribue à son apaisement général.

À retenir

Les points intéressants de ce cas sont tout d'abord le fait que certains comportements apparents ont pu dans un premier temps laisser croire à un PGD (P. LE, RH), tandis que la patiente présentait au contraire un PGS.

Par ailleurs, nous pouvons voir que le caractère quelque peu explosif du comportement de Clara, alternant avec des phases de culpabilisation aiguës, doit alerter sur la présence d'une sonnette

entre plusieurs Contenants. La mise en œuvre de la stratégie thérapeutique consistant à traiter un à un chaque Contenant a permis de valider en retour le diagnostic, car il a pu être observé, au fur et à mesure des exercices, un apaisement de certains Contenants (RH et Hypos). Par ailleurs, il est notable que la soumission de la patiente s'est avant tout avérée pathogène du fait de son interaction nuisible avec ses RH. Une fois les Hypos et la RH traités, les crises de soumission se sont atténuées.

6.2. ISABELLE : THÉRAPIE D'UNE DÉPRESSION DE TYPE MÉLANCOLIQUE

Généralités

Isabelle montre des troubles psychologiques depuis l'enfance, qui se sont tout d'abord traduits par une difficulté à se socialiser, à s'intégrer à l'école ou dans des groupes de pairs, et par des relations sentimentales quelque peu chaotiques.

À environ 50 ans, Isabelle présente des problèmes de santé l'obligeant à être immobilisée et à cesser son activité pendant un an. Suite à cela, la patiente manifeste une forme de dépression mélancolique, puis une dépendance aux psychotropes. Un diagnostic de soumission de niveau 4/5 (cf. **Figure 2.3**) est posé. La patiente effectue alors des exercices de PG destinés à traiter cette soumission. En conséquence, son thérapeute observe une amélioration de son état ainsi qu'une réduction des dosages de neuroleptiques anormalement rapides.

Suite à cet épisode, Isabelle montre une rechute environ dix ans plus tard, malgré ses exercices de PG quotidiens. Nous décrivons ci-dessous l'intervention thérapeutique centrée sur cette rechute.

Comportement apparent

En 2011, Isabelle a repris sa vie en main depuis un an, entre autres grâce à un coaching personnalisé améliorant son état de santé et lui laissant entrevoir la possibilité d'une reprise de ses activités notamment professionnelles.

Isabelle manifeste soudainement des symptômes laissant tout d'abord penser à un syndrome neurologique ou à une sclérose en plaques (effondrements brutaux, perturbation des mouvements volontaires à l'image d'une ataxie cérébelleuse, céphalées, sensation de viscosité mentale, etc.). Après vérification auprès de spécialistes, le problème est considéré d'origine psychologique. Le psychiatre hospitalier consulté diagnostique alors une dépression mélancolique sévère. Il prescrit à Isabelle de doubler la dose d'amisulpride (antidépresseur) soit 150 mg/j.

Il en résulte une amélioration nette pendant un an, qu'elle met à profit pour continuer la reprise en main de sa vie, physique par une activité physique régulière quoique très laborieuse et difficile, mentale par une mobilisation autour d'objectifs ambitieux, comme une reprise d'autonomie, capacité à rester seule, conduire, toutes « libertés » perdues après sa première crise patente de mélancolie en 2000, etc.

Puis, à l'automne 2012, alors même qu'elle envisage de reprendre doucement son activité professionnelle, elle commence une rechute sévère qui atteint le stade d'une grave crise en quelques semaines. Son traitement est alors augmenté par palier jusqu'au maximum pour un traitement ambulatoire (amisulpride à 800 mg et clomipramide à 200 mg). Devant l'échec patent de ce traitement (chaque amélioration induite par l'augmentation des doses est « gommée » en quelques jours), devant celui également du traitement PG (une à deux heures d'exercices par jour parviennent le plus souvent à faire baisser la crise mais de façon passagère) et son psychothérapeute ne parvient pas à la faire parler : elle ne répond plus à ses questions si ce n'est de temps en temps par oui ou non ou de courtes phrases, qui ne témoignent rien de son vécu. Une ré-hospitalisation est alors programmée. Juste avant, son psychothérapeute tente d'établir avec elle la liste des éléments à évoquer devant son psychiatre lors de son hospitalisation. À cette occasion un peu atypique (préparer l'entretien avec un inconnu), la patiente parvient enfin à mieux répondre aux questions et se confier, ce qui permet à son thérapeute d'esquisser un diagnostic des Contenants et Contenus de la crise.

Diagnostic et stratégie thérapeutique

Lors de la préparation de l'entrée d'Isabelle en service de soins psychiatriques, le thérapeute constate qu'elle présente une Sonnette entre des Hypos très imposants (sur la détermination, le courage, la capacité à dépasser ses doutes et ceux des autres, etc.), des antivaleurs concernant la faiblesse et le manque d'autonomie mentale et physique (P. LR IIre), des antivaleurs sur le manque de sécurité (P. FE IIre) et un PG soumis. Il est alors supposé que ses Hypos interfèrent avec l'amélioration de son état, avec le fait d'envisager de prendre sa vie en main, tandis que ses antivaleurs la poussent à vouloir être plus autonome et que sa soumission produit des effets rebonds chaque fois qu'elle s'améliore et qu'elle est amenée à s'autonomiser. En guise de vérification des Hypos, le thérapeute lui demande de jouer un personnage tenant à peu près ce discours, sur un ton enflammé : « *oui, si j'étais seule contre tous..., je suis déterminée à..., nul ne peut m'arrêter..., je n'ai pas peur des risques...* ». À l'évocation de ces mots, la patiente sourit (sourire d'Hypo). Le thérapeute invite alors la patiente à réaliser l'exercice, à jouer le rôle. Suite à cet exercice, la patiente et le thérapeute constatent que la céphalée et d'autres perturbations physiques de la patiente ont disparu. Elle est hospitalisée mais semble bien se porter, au point que les psychiatres tardent à lui rendre visite, de telle sorte qu'elle se trouve alors brutalement sans traitement pendant 24 h, sans que cela génère de symptômes particuliers. Puis les psychiatres lui prescrivent à nouveau la dose maximale de neuroleptiques et d'antidépresseur qu'elle prenait à son entrée, par précaution. Après cinq jours sans aucun signe de rechute mélancolique, Isabelle commence par contre à manifester des signes de surdosage, rapidement croissants (pouvant évoquer un début de syndrome malin des neuroleptiques, à même de mettre en jeu la vie de la patiente). Rassurée par son état de rémission « miraculeuse », suite aux exercices sur l'Hypo initiés juste avant son entrée et qu'elle continue seule (« dans sa tête ») pendant toute son hospitalisation, et inquiète de ne pas se sentir écoutée lorsqu'elle parle de ses symptômes, la patiente demande alors à sortir de la clinique contre avis médical, tout en précisant qu'elle sera bien entendu suivie. Une fois sortie de l'établissement et dans

l'attente du RV, deux jours plus tard, avec son psychiatre, la patiente interrompt pendant 24 h sa prise d'amisulpride et de clomipramide (neuroleptiques), de façon à enrayer son inquiétant tableau de surdosage, qui effectivement s'améliore. Mais surgissent alors à nouveau les symptômes mélancoliques qui avaient conduit à son hospitalisation. Son psychothérapeute fait alors l'hypothèse que cette rechute puisse avoir été déclenchée (avant tout) par le fait que la patiente se soit fortement confrontée (ce qui n'appartient nullement à son « naturel », cf. notamment son PGS, sa LR IIre, etc.) aux psychiatres de l'hôpital, « prenant ainsi sa vie en main » contre leur avis et leur (amicale mais ferme) pression. En effet, le déroulement de cette crise lui semble depuis le départ moins couplé aux doses de médicaments qu'à l'existence d'affrontements des « grands évitements de sa vie ». Aussi, le thérapeute invite à nouveau la patiente, juste avant son RV chez son psychiatre, à refaire, avec « engagement », un exercice comportemental d'Hypo sur le thème du courage et de la détermination. Au terme d'un petit quart d'heure d'exercice intense, la quasi-totalité des symptômes (céphalées, etc.) s'effondre. Suite à cela, la patiente reprend, sur le conseil de son thérapeute, par mesure de sécurité et dans l'attente du RV (le lendemain), son traitement médicamenteux, mais, impressionnée par ses récents symptômes, elle souhaite ré-essayer d'abord aux dosages d'avant la rechute (200 mg d'amisulpride et 150 mg de clomipramide).

Son psychiatre lui recommande pourtant 400 mg d'amisulpride, ce qu'elle essaie, sans amélioration significative mais avec davantage d'effets secondaires. Elle revient donc d'elle-même à 200 mg/j, rassurée par les effets spectaculaires et presque immédiats des exercices réalisés sur chaque début de crise. Et, en cas d'échec partiel (rémanence notamment d'une légère céphalée caractéristique de ses crises), une prise unique de 40 mg d'anxiolytique (clorazépate) en vient rapidement à bout sans rechute.

Les séances thérapeutiques ultérieures consistent donc essentiellement à poursuivre en profondeur le traitement de son Hypo sur la « détermination », identifié clairement comme la « clef de voûte » de sa Sonnette et donc, sans doute, de sa rechute de cet automne 2012 (sans doute en « miroir » d'un effet rebond de PGS,

même si l'efficacité très relative des exercices de traitement du PGS laisse à penser qu'il ne constituait pas le paramètre central ?). À chaque mini-rechute, au fil des jours et notamment plusieurs matins par semaine, au réveil (comme si les structures limbiques reprenaient bien souvent la Gouvernance au cours des fins de nuit), es exercices d'Hypo « étouffent » littéralement, à condition d'être mis en œuvre sans tarder, les symptômes qui disparaissent rapidement. Le travail sur le PGS, longtemps nécessaire et efficace, devient de moins en moins nécessaire jusqu'à un arrêt total du traitement de fond au cours de l'année 2013, sans rechute, alors qu'elle en effectuait, au cours des années 2011 et 2012, avant son hospitalisation, une, deux voire trois heures par jour pour venir à bout de ses tendances aux crises. Elle est ainsi passée en un an d'un niveau de PG soumis 4/5 à moins de 2 et même plutôt 1.

Un an et demi plus tard (début 2014), Isabelle a repris la conduite (elle ne sentait plus en état de conduire depuis sa rechute somatoforme de 2011), vit seule dans une maison très isolée, exécute toutes les activités domestiques qu'elle ne réalisait plus et s'est engagée dans l'éducation d'un jeune chien, elle fait plusieurs heures de sport par jour et progresse lentement mais sûrement, elle a repris à temps partiel mais croissant son métier d'artiste, toutes choses qu'elle ne parvenait plus à réaliser depuis bien longtemps (qu'elle avait perdue par étape depuis sa première crise de 2000).

À retenir

Tout comme pour le cas de Clara, il est intéressant de voir que la soumission d'Isabelle s'est montrée pathogène du fait d'une interaction avec des Hypos. Chaque fois que les événements de sa vie l'amenaient à améliorer sa situation, Isabelle se trouvait confrontée à ses Hypos sur la prise en main, confrontation qui attisait également sa soumission. Le travail d'Hypo a ainsi permis une diminution radicale de sa soumission et du traitement médicamenteux, mais également une vie plus active.

6.3. Tanguy : cas de bipolarité traité en TNC

Généralités

Tanguy est diagnostiqué comme présentant des troubles bipolaires. Il manifeste depuis son adolescence des crises régulières alternant entre une forte anxiété, une dépression, des tendances suicidaires et des comportements agressifs. Adulte, il fait montre d'une grande instabilité sociale et professionnelle. Le lithium n'a pas d'effet sur ses troubles.

Comportement apparent

Lorsque Tanguy s'engage dans une thérapie de type TNC, il a 57 ans. Il sort tout juste d'une hospitalisation psychiatrique. Cette hospitalisation a été la conséquence d'une crise importante d'angoisse impliquant un risque de suicide qui perdure au-delà de son séjour en centre de soins. Aucun traitement médicamenteux ne lui a été délivré pendant son hospitalisation, les médecins l'ayant pris en charge étant d'obédience psychanalytique et le lithium n'ayant pas montré d'effet auparavant. Tanguy n'a pas non plus pris de tel traitement lors de la thérapie TNC.

Lorsque l'on observe Tanguy en groupe, il présente une apparente timidité sociale, se montre très introverti et plutôt attentionné envers les autres. Ce comportement, associé à son angoisse, à ses envies suicidaires, au fait qu'il soit attiré par des personnes présentant un tempérament fort et plutôt dominant, et au fait que le patient n'évoque pas tout de suite ses antécédents psychiatriques, fait tout d'abord penser à un profil de soumission. Lorsque le thérapeute évoque les symptômes de soumission et de dominance, le patient dit se reconnaître dans les symptômes de soumission et exclut totalement la dominance chez lui. Le psychothérapeute lui propose alors la réalisation des exercices de traitement du PGS. Au terme de quinze jours d'exercices quotidiens, Tanguy se montre violent verbalement et ressent des impulsions de violence physique, ayant besoin de casser des objets pour se calmer. Cette montée inattendue de violence inquiète Tanguy, qui se confie alors davantage à son thérapeute. Un nouveau diagnostic est posé.

Diagnostic

Suite à cet accès d'agressivité, Tanguy parle de ses antécédents à son thérapeute. Il témoigne également du fait qu'adolescent, il pratiquait des activités plutôt violentes. Au fil de la discussion, le thérapeute met en évidence une sonnette comprenant les Contenants suivants :

- PG dominant,
- PG marginal,
- Hypo sur l'immoralité et la manipulation,
- Antivaleurs liées à l'injustice et à la malhonnêteté (P. LE IIre),
- Antivaleurs liées à l'insécurité (P. FE IIre),
- Antivaleurs liées à l'agressivité (P. FR IIre),
- Un Hyper Méta sur le fait d'être aimé,
- Un Hypo sur les symptômes manifestes de son anxiété

Le thérapeute peut constater les interactions suivantes :

- Le PG marginal de Tanguy, ses Hypos sur l'immoralité et la manipulation, ses antivaleurs liées à l'injustice et à la malhonnêteté lui rendent insupportables les impulsions liées à sa dominance. Sa dominance ne se traduit publiquement que par de petits gestes brusques et discrets, pouvant laisser croire à un léger agacement.
- La recherche de personnes à caractère fort le rassure quant à sa propre instabilité et insécurité.
- Son Hyper Méta sur le fait d'être aimé l'empêche encore davantage de révéler ses accès de dominance (à ce titre, il manifeste d'ailleurs une RH quant au fait de se sentir dominant). En outre, le fait de cacher ses impulsions de dominance est source de souffrance puisque considéré à ses yeux comme de la manipulation et de la malhonnêteté (Hypos et antivaleurs).

Les différents éléments de cette sonnette participent à une apparente bipolarité, qui se révèle être, globalement, une alternance entre ses accès de dominance, de marginalité et ses RH. L'absence d'effet du lithium pourrait être expliquée par le fait que le cas de Tanguy ne soit pas celui d'une réelle bipolarité.

Par ailleurs, les exercices destinés à traiter la soumission au début de la thérapie TNC ont fort probablement déclenché la crise de violence jusque-là contenue et maîtrisée par le patient. Ces

exercices n'expliquent cependant pas pourquoi le patient a eu une soudaine crise et des envies suicidaires l'ayant amené à être hospitalisé avant le commencement de la thérapie TNC. Le thérapeute a émis l'hypothèse, d'après les témoignages du patient, que celui-ci s'est trouvé dans une situation de conflit moral engageant sa situation financière. Il était alors partagé entre le fait de se comporter égoïstement, être en situation d'insécurité psychologique et financière, et se comporter de façon malhonnête. Ce contexte semble avoir attisé la sonnette et déclenché des symptômes importants.

Stratégie thérapeutique

Une fois la sonnette de Tanguy identifiée, la thérapie consiste à traiter ses Contenants un à un, en commençant par les éléments les plus faibles pour en venir à traiter les plus forts. Aussi, le thérapeute réalise tout d'abord un travail sur l'acceptation des symptômes d'anxiété, puis sur la prise de recul vis-à-vis des antivaleurs (GMM). À la suite de cela, un travail cognitif puis comportemental des Hypos de Tanguy est effectué. Le travail portant sur l'Hypo Méta de l'Hyper Méta est particulièrement bénéfique : il consiste à jouer le rôle d'un individu se montrant égoïste et disant des choses désagréables sans justification morale. Enfin, les exercices destinés à traiter la dominance sont abordés.

À chaque étape de cette stratégie, le thérapeute demande au patient de se remettre dans la situation l'ayant conduit à l'hospitalisation. Il peut alors vérifier si le travail effectué a été bénéfique et pertinent, et quels sont les Contenants restant à travailler. Cette stratégie est répétée de façon cyclique pendant deux à trois mois, jusqu'à ce que la tendance anxieuse de fond du patient s'estompe. Durant les quatrième à sixième mois de la thérapie, le patient n'exécute plus que des exercices de PG. Au terme de six mois, quand l'ensemble de ces Contenants a été traité et que le PG se trouve diminué, Tanguy se montre calme à la ré-évocation de la situation qui le faisait paniquer. Il parvient à résoudre sans perturbation le dilemme moral qui le préoccupait. Tanguy a aujourd'hui 63 ans, il n'a pas rechuté depuis sa thérapie TNC.

À retenir

Plusieurs points importants sont à relever dans ce cas atypique. Tout d'abord, nous avons pu voir ici que la dominance peut être camouflée par d'autres Contenants de telle façon que l'on puisse croire à de la soumission. En outre, nous pouvons constater que les exercices de PG ne produisent pas un effet placebo : dans un cas de contre-indication, ils aggravent l'état du patient, alors même que celui-ci se déclare et se voudrait soumis. Les cas que nous présentons ci-après confirment cette observation.

À l'issue de ce cas, nous nous sommes posé la question de savoir si les individus présentant un trouble bipolaire résistant au lithium ne souffraient pas en réalité d'une sonnette impliquant des comportements extrêmes et relativement opposés. Nous souhaitons élucider cette question lors de nos prochains travaux. En effet, la prise en charge brève d'un autre patient diagnostiqué bipolaire et présentant une réelle alternance de comportements de soumission et de dominance nous a confortés dans l'idée que différentes synergies de Contenants peuvent être interprétées comme de la bipolarité. Cet autre patient avait été diagnostiqué par les mêmes psychiatres (spécialistes reconnus du sujet) ayant observé cette même pathologie chez Tanguy.

Pour finir, nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le fait qu'un Hypo sur l'agressivité n'empêche pas l'apparition d'un comportement agressif. Au contraire, la tension qui peut être générée par une sonnette entre un tel Hypo et de la dominance peut rendre une agressivité latente plus difficile à canaliser pour le patient.

6.4. Simon et Nathalie, ou la difficulté de faire accepter à un patient sa dominance

Simon

a) Généralités

Simon a 33 ans au commencement de la thérapie. Il est encore fortement déprimé et sujet à panique, et présente des antécédents

dépressivo-suicidaires. Il regrette son échec universitaire et n'a jamais vraiment exercé de métier, car il se montre très velléitaire dans ce qu'il entreprend. Il est sous la dépendance de l'alcool et du tabac depuis de nombreuses années. Il est issu d'un milieu culturel assez raffiné, et de façon générale se montre plutôt agréable.

b) Diagnostic

Les symptômes cités ci-dessus et la tendance à l'autodestruction ont tout d'abord suggéré un profil de soumission. Rapidement, Simon est en réalité diagnostiqué comme dominant et marginal, mais lui-même exclut toute possibilité d'être dominant. Au fur et à mesure que Simon comprend ce qu'est la dominance, il finit malheureusement par se sentir indésirable et s'enferme dans un certain mutisme durant les séances de thérapie. En effet, la dominance s'avère relativement incompatible avec les valeurs qu'il présente (favorisant l'échange et le contact, P. IR Ire) et ses Hypos sur la violence. Il lui est ainsi difficile d'assumer les caractéristiques propres à la dominance, voire même celles de la marginalité, la marginalité elle-même rendant difficile l'acceptation de la dominance.

Son thérapeute constate par ailleurs un Hypo Méta sur la prise de décision, le courage et la capacité à affronter, entravant sans doute également les capacités d'acceptation de son profil et d'engagement vis-à-vis de la thérapie. Simon est ainsi particulièrement lent à demander de l'aide et se montre peu actif. D'un point de vue professionnel et relationnel, le thérapeute observe que Simon présente les Hypers Méta de son Hypo Méta, à savoir qu'il souhaiterait que soit reconnu et « porté à la gloire » le peu qu'il fait, alors même qu'il ne tient pas ses engagements. Simon éprouve alors un sentiment paradoxal de rancune vis-à-vis de ses partenaires professionnels et familiaux, tandis qu'il se déçoit lui-même en constatant son inactivité et le manquement à ses engagements.

Dans ce cas, le thérapeute n'a pu trouver de levier suffisant pour aider Simon à accepter sa dominance et à le sortir de son mutisme.

Nathalie

a) Diagnostic

Nathalie a 37 ans au commencement de la thérapie. Son thérapeute met en évidence, entre autres, un PG dominant, un PG marginal et des Hypos sur l'inauthenticité, la manipulation, le fait d'occuper l'espace pour ne rien dire et l'égocentrisme.

b) Stratégie thérapeutique

Au contraire de Simon et Tanguy, la dominance de Nathalie est assez visible : en groupe, elle passe difficilement inaperçue (voix dont on sent la puissance, tendance intrusive et imposante, elle laisse aisément à ses interlocuteurs le sentiment qu'on peut difficilement lui refuser quelque chose).

Malgré tout, le thérapeute de Nathalie se rend compte qu'en raison de sa marginalité et de ses Hypos sur la manipulation, l'inauthenticité, l'égocentrisme et l'occupation inutile de l'espace social, la patiente n'est pas prête à accepter le diagnostic de dominance. Plus encore, elle clame le fait d'être soumise et considère que la dominance lui est étrangère. Son thérapeute prend alors le parti délicat de « prouver » à la patiente sa dominance. Pour ce faire, il s'assure de la mise en place de séances longues et rapprochées pour pouvoir établir une surveillance précautionneuse de la patiente. Une fois ce créneau défini, il propose à Nathalie de faire des exercices destinés à traiter non pas la dominance, mais la soumission. Au terme de dix jours d'exercices, le thérapeute et la patiente constatent une nette aggravation des comportements intrusifs de Nathalie, avec par exemple des accès de séduction « musclée » de type « *je veux ce partenaire donc je le prends* ». L'élément le plus convaincant pour Nathalie a été le moment où, blême, elle se met à violenter une simple poignée de porte sans raison, et déclare « *je sens que je vais tout casser* ». Cet accès inhabituel et incontrôlé de violence physique a permis une démonstration à la patiente et une vérification du diagnostic. Suite à cela, Nathalie a pu effectuer des exercices destinés à traiter sa dominance et s'en est trouvée apaisée.

Nous souhaitons évoquer un autre événement intéressant de la thérapie de Nathalie. Cet épisode montre que l'on doit être prudent lorsque des symptômes de stress ou de tension apparaissent lors

d'un exercice où l'on devrait non pas constater une augmentation du stress, mais au contraire un apaisement. Nathalie travaillait depuis un certain temps ses Hypos sur l'égocentrisme et la prise de place, en tenant un discours essentiellement composé de « *moi, moi, moi...* » prononcé à voix haute et sur un ton prétentieux. Bien que connaissant parfaitement le principe de l'exercice et ayant déjà constaté ses bénéfices, Nathalie présenta une soudaine difficulté à le faire en groupe thérapeutique. Cette difficulté se traduisit par un vécu de ridicule et notamment d'humiliation. En réalité, nous pensons que l'exercice d'Hypo a déclenché un accès de dominance, laquelle est sensible à l'humiliation (le vécu d'Hypo pouvant générer un sentiment de ridicule). Le thérapeute a très rapidement détecté la tension musculaire de Nathalie au cours de l'exercice d'Hypo et lui a demandé d'arrêter tout de suite l'affrontement d'Hypo pour faire immédiatement un exercice de PG. Nathalie n'est pas tout de suite parvenue à suivre les conseils de son thérapeute, et a eu besoin de se défouler en criant et en tapant violemment sur le parquet. Son thérapeute a continué, malgré la crise de violence, à l'inviter à faire l'exercice, ce qu'elle a fini par entendre malgré son état. L'exercice de PG a duré environ trois minutes. Immédiatement après ces exercices, Nathalie a retrouvé son calme et a pu reprendre les exercices d'Hypos qui avaient été commencés, mais cette fois-ci sans difficulté.

À ce jour, la thérapie a pris fin depuis environ quatre ans, et la patiente semble bien se porter.

À retenir

Les cas de Simon et Nathalie sont un exemple de la difficulté à faire admettre à un individu sa dominance. L'annonce de ce diagnostic présente le risque de perdre le patient ou sa confiance. Il est très utile de rappeler au patient que l'on n'est pas responsable de ses Contenants, qu'un individu n'est sûrement pas « que » dominance, que bien d'autres facettes constituent sa personnalité et son intelligence, et que traiter sa dominance et l'acceptation de celle-ci le rendra plus à même de gérer cette dominance. Bien que paraissant plus acceptable socialement, la soumission est parfois également délicate à faire entendre aux patients, lorsque ceux-ci présentent par

exemple de fortes antivaleurs sur la faiblesse ou la naïveté. Le diagnostic doit être là aussi annoncé avec précaution.

La stratégie thérapeutique envisagée pour le cas de Nathalie est un exemple pour lequel nous ne saurions trop prévenir le thérapeute qu'il doit être absolument expérimenté, disposer d'un suivi rapproché du patient, et d'un lien thérapeutique fort pour pouvoir se permettre d'appliquer des exercices contre-indiqués dans le but de démontrer et faire accepter son diagnostic au patient. Le cas de Nathalie montre, tout comme le cas de Tanguy, la puissance des exercices de PG et le fait qu'ils ne provoquent pas un effet placebo. Il met également en lumière l'importance de la vigilance dont il faut faire preuve quant aux interactions possibles entre PG et Hypo ou exercice d'Hypo.

6.5. Arthur : soumission et pathologie de type Alzheimer

Généralités

Arthur présente une tendance anxio-dépressive depuis l'enfance. Sa mère était dominante et son père, apparemment charmant, mourut en 1945 en se suicidant en prison, du fait de ne plus pouvoir supporter les exactions qui lui étaient infligées. Arthur lui-même n'a pas été épargné par la Seconde Guerre mondiale, puisqu'il a été déporté et a dû s'évader des camps. Après son évasion, Arthur a fait de brillantes études.

De façon générale, Arthur est fort apprécié de son entourage et des gens qui le rencontrent, bien qu'il puisse se montrer parfois quelque peu « capricieux ».

Arthur a 75 ans au moment que nous relatons ci-dessous.

Diagnostic

Arthur présente assurément un PG soumis. Ses quelques caprices semblent relever d'une certaine rigidité, d'un côté quelque peu « diva » (P. LR IIre) et d'Hypers. À la retraite, Arthur tombe dans une profonde dépression. L'essentiel de sa thérapie porte sur le PG et la

GMM car le reste ne l'intéresse pas. Bien que la thérapie ait un effet bénéfique, Arthur manifeste régulièrement des accès de panique car son amélioration l'amène à se rebeller quelque peu contre son entourage, qui tend à se montrer dominant avec lui et lui reproche de ne plus être le soumis qu'il était.

Sa tendance anxio-dépressive finit cependant par disparaître, bien qu'il se plaigne toujours de son entourage.

Arthur et sa femme passent un séjour dans une maison de vacances isolée de tout. Cet isolement associé aux pressions qu'exerce son épouse sur lui finit par déclencher une crise de panique majeure. Au téléphone, le patient peine à terminer une phrase lorsqu'il appelle son thérapeute. Quelques jours plus tard, en séance thérapeutique, il semble que son état se soit encore aggravé : Arthur présente une amnésie totale, ne parvient pas à s'exprimer sans oublier le début de chaque phrase ou ce qu'il est venu faire. Le thérapeute apprend à cette occasion que son patient a arrêté les exercices de PG depuis six mois, alors qu'il les faisait jusque-là tous les matins.

Stratégie thérapeutique

Dans l'impossibilité de le traiter d'une autre façon, le thérapeute tente d'écrire un exercice de PG à cinq personnages très rudimentaires, comprenant une phrase simple par personnage. Le patient doit être guidé dans la lecture de ce texte, car il oublie à chaque fin de phrase ce qu'il est en train de dire et ne poursuit la lecture que si on lui rappelle de le faire. Le thérapeute stimule Arthur de cette façon pendant cinq heures, répétant de façon machinale l'exercice. Au fil de cette séance, la mémoire semble revenir au patient. En fin de journée, il paraît normal et peut maintenir une discussion. Arthur rentre chez lui. Le lendemain il rechute, mais retrouve ses facultés au bout de deux heures d'exercices de PG, et parvient à suivre la consigne de faire des exercices chez lui.

Dans les mois qui suivent, Arthur reprend une cadence plus raisonnable de quelques exercices de PG par jour. Son état est revenu à la normale. Il réussit à dire à son épouse qu'il ne souhaite plus aller dans leur maison de vacances. Une année pourtant, il finit par céder et y retourne. À nouveau, il rechute. Le même protocole

est alors mis en place. Cependant, cette fois-ci, cinq à dix heures d'exercices de PG par jour s'avèrent nécessaires pendant plusieurs semaines pour stabiliser son état. Au fur et à mesure des séances, il parvient à recouvrer un discours structuré et se souvient de ce qui a été fait durant la séance précédente. Au terme de trois ou quatre mois, il parvient à retrouver 70 % de sa mémoire, reprend ses loisirs et ses activités. Il est à noter que ces crises d'angoisse et d'amnésie ont amené Arthur à être diagnostiqué comme présentant un trouble de type Alzheimer, et semblait intraitable. Sept ans plus tard, Arthur a arrêté la thérapie, présente encore des difficultés par rapport à son épouse, mais semble stabilisé. Il continue ses exercices de PG.

À retenir

Le cas d'Arthur illustre la notion de gouvernance des territoires en mettant en évidence une alternance entre un rapt de conscience, une perte de nombreuses facultés cognitives et la récupération de ces mêmes capacités après exercices thérapeutiques.

Il serait bien sûr intéressant d'étudier l'occurrence des symptômes de PG sur une population d'individus présentant des troubles de type Alzheimer, de façon à savoir si le cas d'Arthur est isolé ou si les exercices de PG peuvent aider ces patients.

6.6. Édouard : importance de la pédagogie thérapeutique dans un cas de schizophrénie

Généralités

Édouard a 30 ans lorsqu'il consulte en TNC. Ses parents sont catholiques très pratiquants, plutôt intellectuels et ont une forte tendance moraliste relative aux notions de bien et de mal. Édouard est schizophrène, vit chez ses parents et n'a pas d'emploi. Il a été hospitalisé mais est adressé pour une thérapie de type TNC en désespoir de cause, les psychiatres ne sachant que faire. Édouard fait régulièrement des tentatives de suicide, se montre violent vis-à-vis des objets. Il prend un traitement neuroleptique à dose maximale.

Ses troubles se manifestent également par le fait de se croire « *habité par le diable* » et de penser que « *le diable est dans sa botte* ». Il exprime beaucoup d'émotion en chaque chose. Ses sentiments à l'égard de ses parents sont ambivalents, ils sont un mélange d'admiration, de haine et d'amour.

Diagnostic

La première séance d'Édouard avec son thérapeute TNC dure quatre à cinq heures, dans le but d'établir un diagnostic le plus abouti possible.

Les Contenants qui sont alors mis en évidence sont les suivants :

- Personnalité désireuse de comprendre des concepts complexes (P. AE Ire)
- Personnalité portée sur les aspects sécuritaires, sur le détail (P. FE Ire)
- Personnalité créative refoulée (P. FR Ire)
- Antivaleurs portant sur l'insécurité (P. FE IIre)
- Antivaleurs portant sur le manque d'intelligence, sur l'inefficacité, l'injustice, l'insouciance (P. LE IIre)
- PG marginal
- PG soumis en alternance possible avec du PG dominant
- Hypo sur l'immoralité
- Hypo Méta sur la futilité, l'affirmation de soi, l'amour de soi, sur l'instabilité (notamment en lien avec la P. FR Ire), les métiers considérés comme manquant de sérieux à ses yeux, le côté « diva » pouvant être associé au caractère des artistes.

Stratégie thérapeutique

Durant la première séance avec Édouard, le thérapeute aborde la pédagogie portant sur le PG soumis. Comme celle-ci semble faire écho chez le patient, le thérapeute invite Édouard à faire un exercice pour traiter sa soumission, profitant de l'intérêt momentané du patient pour le concept. À l'évocation de l'exercice, Édouard montre une légère panique alors qu'il s'était montré soulagé à l'évocation du diagnostic. Fort des enseignements qu'il a pu recevoir en TCC, le thérapeute décide de passer outre cet indicateur, puisqu'il est

considéré en TCC qu'il n'est jamais dangereux d'affronter une panique. Aussi, le thérapeute constate effectivement que l'exercice destiné à traiter la soumission du patient soulage celui-ci. Cependant, au sortir de la séance, le patient, qui habite en province, se perd dans Paris et passe la nuit dehors. Cet incident provoque un effet rebond de marginalité, induisant un accès de méfiance vis-à-vis du thérapeute.

Le patient finit par donner de ses nouvelles par courriel et revient en séance quinze jours plus tard, mais cette fois-ci accompagné. Le thérapeute se contente alors de faire une thérapie essentiellement cognitive, portée notamment sur la pédagogie (explication, description, déculpabilisation), l'acceptation et la prise de recul à avoir vis-à-vis de ses Contenants. Il travaille plus particulièrement au fait d'expliquer à Édouard ce que peuvent être les niveaux de gouvernance, en l'invitant à toujours se poser la question de savoir « qui lui parle » (son PG, ses antivaleurs, son intelligence et sa rationalité ?). Le thérapeute a également tenté de dé-refouler quelque peu la personnalité créative d'Édouard (P. FR Ire), en faisant un travail là aussi de pédagogie (explication de cette personnalité), de déculpabilisation, d'acceptation et de revalorisation de cette personnalité.

Le suivi d'Édouard en TNC a fait l'objet de cinq séances de quatre heures, à raison d'une séance par mois environ. Au terme de ces séances, l'amélioration d'Édouard fut spectaculaire : sa dépression a disparu, il n'a plus montré d'accès de violence, il a pu fortement réduire le dosage de ses médicaments et s'est installé à son compte professionnel dans l'année qui a suivi la thérapie. À ce jour, environ quatre ans après cette thérapie, Édouard s'est marié, il vit toujours de sa profession, il paie lui-même l'appartement qu'il partage avec son épouse, il est inscrit à des réseaux sociaux, côtoie des amis et compose de la musique. Il n'a plus fait de tentative de suicide. Édouard envoie régulièrement des courriels à son thérapeute en lui faisant part de sa progression, et indiquant par moments « *qu'il a toujours le diable dans le pied mais qu'il sait que ce n'est pas le diable* ».

À retenir

Le cas d'Édouard est intéressant pour plusieurs raisons : tout d'abord, les délires qu'il présente semblent de l'ordre du PG. Bien que cela n'ait pu être prouvé, le fait que la pédagogie du PG l'ait soulagé est selon nous signe de cohérence d'un point de vue diagnostic (cf. Modèle des modes mentaux, Annexe 1). Cette pédagogie montre d'ailleurs toute son importance et son utilité dans le cas d'Édouard, puisqu'elle a constitué l'essentiel de sa thérapie. En effet, il n'était pas envisageable que les exercices de PG, trop confrontants pour le patient, ne soient supervisés et suivis que de loin en loin (une fois par mois), en raison de la distance géographique.

6.7. Noémie : effet du traitement du PG et des Hypos sur un cas de schizophrénie

Généralités

Noémie, au moment de sa première consultation en TNC, a 30 ans. Elle est mariée et n'a pas d'enfants.

Lors de son enfance, elle a été confrontée à une mère soumise et à un père qu'elle percevait comme glacial. La mère de la patiente admirait la sœur (dominante) de Noémie, tandis qu'elle n'assumait pas Noémie et la dépréciait de façon ouverte. Un événement traumatisant pour la patiente a été une fois où elle a montré sa colère, aux alentours de 15 ans, à sa mère et à sa sœur. Colère qui a été très mal perçue par sa famille et dont Noémie a mal vécu les retombées. Depuis cet événement, la patiente présente des troubles de la cénesthésie, qui ne semblent pas avoir de support neurologique spécifique mais qui se traduisent par une sensation d'avoir le cerveau en carton-pâte et qui se rétracte, sans parvenir à penser à autre chose qu'à cette sensation. Ce trouble persiste depuis lors, fluctue et se manifeste notamment lorsque quelque chose la perturbe.

Noémie présente depuis l'enfance des problèmes d'intégration sociale. Elle semble avoir été souffre-douleur à l'école mais elle a malgré tout accédé à des études lui permettant de trouver un

emploi, cependant relativement peu valorisé. Au travail, ses relations professionnelles sont difficiles, elle souffre d'un rejet social profond.

Son mari se présente comme quelqu'un d'assez introverti, qui se plaint souvent et lui adresse régulièrement des reproches.

Au moment où elle débute sa thérapie TNC, Noémie a été diagnostiquée schizophrène depuis plusieurs années et prend des neuroleptiques à forte dose. Par ailleurs, elle montre une difficulté à lire et décrire les sentiments des autres et les siens (alexithymie). Elle présente également un blocage corporel très important (se traduisant par le fait de se mouvoir de façon peu naturelle, désincarnée) et un vocabulaire pauvre (problème de compréhension de mots simples) dont on suppose qu'il est moins lié à un manque de culture qu'il n'est une conséquence de ses troubles.

Diagnostic

D'après son thérapeute, Noémie présente les Contenants suivants :

- Personnalité affective refoulée (P. IR Ire et IIre)
- Personnalité portée sur la compréhension de concepts complexes (P. AE Ire et IIre)
- Personnalité portée sur la sécurité et le détail (P. FE Ire et IIre)
- PG soumis très important
- PG marginal léger
- Hypo Méta sur le fait d'exprimer son opinion et ses sentiments
- Hypo sur tout ce qui touche à l'expression corporelle

Stratégie thérapeutique

Une fois le diagnostic posé, le thérapeute de Noémie se trouve très rapidement confronté à son blocage corporel, qui entrave les différents exercices comportementaux possibles (PG, Hypos, etc.). Plus clairement, le thérapeute parvient à faire faire à la patiente des exercices traitant la soumission, mais ceux-ci sont sans effet. À ce stade de la thérapie, le thérapeute se demande alors si le manque d'effet des exercices est dû au fait que Noémie n'a pas de soumission ou au fait qu'elle habite si peu les rôles qu'on lui demande de jouer, tel un automate. En raison des difficultés de

compréhension majeures de la patiente, le travail cognitif est par ailleurs très limité.

Le maigre travail comportemental réalisé sur les Hypos parvient cependant à améliorer quelque peu la patiente qui décide alors, à l'insu de son psychiatre et de son psychothérapeute, d'arrêter son traitement neuroleptique dont on rappelle qu'il était à forte dose. Cet arrêt aboutit, comme on peut l'imaginer, à une crise l'amenant à être hospitalisée. Elle sort ensuite de l'hôpital à nouveau sous traitement, et reprend sa thérapie.

À cette époque, Noémie développe une phobie/(ou un Hypo massif ?) sur le fait d'uriner en public. Ce trouble se manifeste suite à une légère fuite urinaire apparaissant alors qu'elle n'est pas allée aux toilettes depuis un très long moment. Noémie considère cet incident comme totalement inassumable et témoignant de son côté asocial. À un certain stade, Noémie limite ses déplacements et ses sorties car elle souhaite ne jamais être éloignée de toilettes. Le travail corporel n'étant pas possible et le travail cognitif étant très limité, aucune progression n'est constatée pendant un an.

Ce manque de progression décide le thérapeute de prendre le parti délicat de faire affronter à la patiente sa phobie d'uriner en public. Malgré la consigne considérée usuellement en TCC, et invitant les thérapeutes à ne rien imposer « d'anormal » socialement parlant, le thérapeute tente de convaincre la patiente, pendant plusieurs séances, d'uriner en public. La patiente finit par accepter. Le thérapeute entame donc un traitement classique de désensibilisation progressive de la phobie. La progression est la suivante :

- 1ère séance : Noémie vient en séance individuelle, elle va aux toilettes durant la séance, urine dans ses sous-vêtements, et se change.
- 2e séance : Noémie vient en séance individuelle, va aux toilettes, urine à travers ses sous-vêtements et son survêtement, et se change.
- 3e séance : Noémie vient en séance individuelle, et a pour consigne d'uriner au-dessus d'un seau, dans ses vêtements, devant son thérapeute.
- 3e séance : Noémie, en séance de groupe (groupe de confiance), annonce au groupe ce qu'elle va faire et pourquoi elle doit le faire

(vaincre sa phobie) : elle urine donc devant tout le monde au travers de ses vêtements.

- 4e séance : Noémie, en séance de groupe, urine au travers de ses vêtements sans prévenir les membres du groupe du pourquoi de la démarche, en assumant son geste sans le justifier.

À l'issue de chaque étape, le thérapeute vérifie bien sûr que l'angoisse de la patiente tombe et qu'elle est apaisée (sans quoi il ne poursuit pas la démarche). Cette thérapie quelque peu osée permet alors de dégeler complètement le comportement de Noémie, qui se trouve plus à l'aise corporellement et semble avoir acquis de la confiance en elle : ce travail l'a menée à gagner de la détermination (grâce à un travail sur l'individualisation, cf. Annexe 1). Elle n'a plus peur d'uriner en public.

Suite à cette étape majeure, tout le travail comportemental peut réellement commencer : Noémie réalise des exercices pour traiter son PGS qui semble cette fois-ci avoir un effet, de même que son travail comportemental sur ses Hypos. Tout se passe comme si un trou avait été percé dans la carapace que constituait sa schizophrénie. Son manque d'expression émotionnelle n'apparaît plus, ses affrontements sont expressifs et très efficaces. Elle se métamorphose alors en six mois : elle se sociabilise, parvient à se faire des amis au travail, elle normalise ses relations avec ses supérieurs, ses relations avec son mari sont améliorées (elle lui tient davantage tête sur les reproches qu'il peut lui faire), elle renoue des relations avec sa mère, son père et sa sœur. Par ailleurs elle constate que sa cénesthésie a fortement diminué, presque disparu. Son thérapeute remarque également que son vocabulaire s'est amélioré, il semble normal.

Un événement majeur vient cependant perturber son amélioration : elle est licenciée alors que son thérapeute doit se défaire de sa patientèle. Son thérapeute craint qu'elle rechute, malgré ses exercices de PG quotidiens. Malgré cela, Noémie se prend en main, elle parvient à s'inscrire à Pôle Emploi, participe à des stages pour une remise à niveau, et finit par être recrutée dans une entreprise de grande dimension. Depuis, elle progresse au sein de l'entreprise et se trouve aujourd'hui missionnée pour aller chez des clients, choses qui paraissaient inimaginables autrefois.

Parallèlement à cela, sa cénesthésie se dégrade malheureusement fortement. Notre hypothèse est que Noémie s'est améliorée trop vite, trop rapidement et dans trop de domaines, ce qui a pu générer un effet rebond se manifestant par une aggravation de sa cénesthésie. Alors qu'elle n'était plus qu'à 200 mg d'amisulpride (dosage considéré comme placebo), le psychiatre de Noémie décide, en collaboration avec son psychothérapeute, de porter à une dose maximale son traitement. Les neuroleptiques n'ont pas d'effet sur sa cénesthésie. Noémie finit par suivre la méthode Quertant[10] : son trouble disparaît pendant quelques années, puis réapparaît.

Trois ans plus tard, Noémie donne régulièrement de ses nouvelles à son ancien thérapeute : elle continue les exercices de PG (deux à trois fois par jour) et semble aller bien en dehors de sa cénesthésie, partiellement revenue.

À retenir

Tout d'abord, le cas de Noémie montre le bénéfice du traitement d'un Hypo massif et du PG sur sa schizophrénie. À ce titre, il serait intéressant de voir dans quelle mesure un tel bénéfice peut se renouveler chez des patients présentant des troubles apparentés.

Par ailleurs, ce cas illustre la mesure que le thérapeute doit avoir du caractère hors norme de la stratégie qui peut être proposée au patient, de la possibilité qu'elle puisse paraître choquante aux yeux du patient mais également à ceux du groupe et en cela qu'il y ait un risque de perdre le patient. Malgré cela, le thérapeute doit considérer le bénéfice que cette stratégie peut apporter au patient. La pédagogie doit être dans de tels cas fortement renseignée, consolidée, et sa compréhension vérifiée auprès du patient, tout autant que la confiance thérapeutique. Ceci amène à réhabiliter, d'un certain point de vue, la question du « pourquoi ce trouble ? », qui n'est généralement pas souhaitée ou abordée en TCC. Or le pourquoi n'est ici pas tant « freudien » que cognitif. Comprendre, *a priori*, ce qu'il en est des causes et des effets, permet un accompagnement et une avancée du patient tout à fait primordiaux dans des cas comme celui de Noémie.

6.8. Olivia et Albert : effet du traitement du PG sur les TOC

Nous présentons ici une synthèse de deux cas de TOC (Troubles Obsessionnels et Compulsifs) traités à l'aide d'exercices de PG. Ces deux cas ont déjà fait l'objet d'une publication (Lefrançois *et al.*, 2013, op. cit.), c'est pourquoi nous n'en livrons qu'un bref aperçu dans cet ouvrage. En revanche, l'annexe 3 décrit de façon détaillée un troisième cas de TOC proposant le même type de protocole que celui suivi par Olivia et Albert.

Olivia

a) Généralités

Olivia a environ 60 ans. Elle présente des TOC de lavage depuis sa grossesse. Ses TOC durent une dizaine d'heures par jour à toute une journée selon les périodes. Au moment de commencer le protocole thérapeutique, Olivia a tenté plusieurs types de thérapies, a été hospitalisée plusieurs fois, a fait quelques tentatives de suicide et présenté des phases de dépression. Elle n'a jamais montré de diminution particulière de ses TOC, si ce n'est pendant ses phases de dépression sévère, notamment après son divorce. Elle prend un traitement médicamenteux pour ses TOC et par moments pour ses phases de dépression. Les spécialistes la considèrent incurable.

De prime abord, Olivia apparaît comme quelqu'un de très timide en société. Pourtant, elle est réputée pour être relativement difficile, plaintive et exigeante avec ses thérapeutes et parfois avec son entourage, ce qui pourrait suggérer un PG dominant.

b) Diagnostic et Stratégie thérapeutique

Les séances thérapeutiques dévoilent qu'Olivia a en réalité un PG soumis causant probablement ses TOC : elle présente une culpabilité irrationnelle et infondée à l'idée de se souiller potentiellement et de contaminer les gens. Pour éviter cela, Olivia peut se laver (les mains, le corps, ses vêtements) pendant plusieurs heures par jour. Pour pouvoir respecter ses rituels de TOC et espérer soulager sa culpabilité, Olivia exerce une forme de tyrannie

paradoxale à l'égard de quiconque souhaitant la dissuader ou l'empêchant malencontreusement de réaliser ses rituels.

Par ailleurs, Olivia présente un Hypo Méta sur la féminité et la séduction, ce qui engendre chez elle un Hyper Méta sur son trouble, lequel lui permet d'attirer l'attention et de susciter l'intérêt (à ses yeux) sans avoir à en passer par une forme quelconque de séduction.

La question s'est bien évidemment posée de savoir si la patiente pouvait et voulait bien être traitée ou pas. La réponse s'est avérée difficile au sens où bien sûr la patiente a déclaré vouloir être guérie – mais cela n'est pas qu'une simple requête et fait aussi partie de son trouble (attirer l'attention, faire en sorte que l'on s'occupe d'elle) – tandis qu'elle met beaucoup de volonté à ne pas suivre le traitement, ce qui fait également partie de son trouble (l'idée que son trouble disparaisse la fait se sentir moins intéressante). Le risque de suicide étant, la réponse s'est naturellement orientée vers le fait de tenter de la traiter.

c) Stratégie thérapeutique

Au terme de nombreuses négociations, le thérapeute parvient à convaincre Olivia de suivre un protocole thérapeutique rapproché, intense et de faire des exercices de PG destinés à traiter la soumission.

Il lui propose alors de faire des exercices de PG avant, pendant et après ses rituels de lavage. Pour ce faire, le thérapeute met en place l'organisation suivante chaque matin :

1. Le thérapeute renégocie avec la patiente la mise en œuvre du traitement,
2. Le thérapeute aide la patiente à faire ses exercices de PG avant qu'elle pratique ses ablutions, de façon à ce qu'elle trouve la volonté nécessaire de se confronter à l'arrêt de ses rituels
3. Le thérapeute guide la patiente à voix haute, à travers la porte des toilettes puis de la salle de bain, pour qu'elle continue à faire ses exercices pendant ses rituels.
4. La patiente réalise encore quelques cycles de PG (environ trois) juste après sa douche

5. La patiente réalise ses exercices encore deux à trois fois dans la journée

Cette organisation a été respectée quotidiennement pendant quinze jours. L'objectif de cette technique est de remplacer provisoirement l'obsession que peut avoir Olivia sur le fait de contaminer les gens par les exercices de PG. En d'autres termes, on occupe son « espace mental » avec des exercices de PG plutôt qu'avec ses obsessions. L'hypothèse est qu'en supprimant l'obsession, nous supprimons le fait de céder à la compulsion du rituel, ajouté au fait que les exercices de PG sont censés diminuer la culpabilité irrationnelle, ce qui augmente un peu plus les chances de succès thérapeutique.

Ces hypothèses s'avèrent être une bonne intuition, car très rapidement, de jour en jour, Olivia montre une amélioration assez fulgurante. Tandis qu'elle passait une heure aux toilettes et jusqu'à trois heures sous la douche chaque matin, la patiente finit par ne plus passer que 10 à 20 minutes aux latrines et 20 minutes pour faire sa toilette et se préparer (lavage des cheveux, séchage et habillage compris). Par ailleurs, si Olivia présentait des obsessions toute la journée, celles-ci disparaissent rapidement pendant le protocole thérapeutique. La cadence des exercices diminue en même temps que la longueur de ses rituels, mais Olivia doit maintenir des séances quotidiennes d'exercices (environ une heure par jour en tout) pour ne pas rechuter. Ces progrès, qui n'avaient jamais eu lieu auparavant et même en hospitalisation, sont constatés en l'espace de quinze jours. À la fin de cette période, Olivia se considère heureuse et dit n'avoir jamais été aussi bien.

Suite à cela, le thérapeute propose à la patiente une deuxième phase stratégique, visant l'autonomisation de la patiente. Cette étape apparaît comme la plus délicate. Sachant cette étape difficile, le thérapeute prend soin de ré-augmenter le nombre d'exercices. Il demande donc à la patiente de faire des exercices avant, pendant, après sa toilette, puis une fois dans la journée et une autre fois le soir avant de se coucher. Tous les exercices sont guidés grâce un suivi par téléphone avec le thérapeute, excepté, bien évidemment, les exercices effectués pendant la toilette, que la patiente réalise seule. Rapidement, le thérapeute constate malheureusement que la patiente négocie de plus en plus la réalisation de ses exercices,

demande de plus en plus de temps au téléphone, montre de plus en plus de reproches à son thérapeute au fur et à mesure que celui-ci essaie de la conduire vers l'autonomie. Environ trois semaines après le début de cette seconde étape, Olivia manque, déplace ou annule des rendez-vous téléphoniques et se plaint parallèlement que la thérapie ne l'améliore finalement pas. Le peu d'exercices qu'elle réalise sont mal faits, elle prononce un texte qui n'est pas du tout approprié et ne se laisse pas corriger par le thérapeute, alors qu'elle a déjà montré qu'elle savait les faire toute seule sans être guidée. Le thérapeute décide de la voir à nouveau pour tenter, cette fois-ci, de traiter l'Hypo de son Hyper, qui entrave manifestement le suivi d'un quelconque traitement. La patiente accepte, réalise vaguement les exercices d'Hypos qui lui sont demandés. Après cette séance, le thérapeute constate à nouveau une légère amélioration, du fait qu'Olivia reprend un peu ses exercices de PG. Malheureusement, certains événements dans la vie d'Olivia (décès familial, éloignement de certains proches) la poussent à refuser catégoriquement de continuer ses exercices, arguant qu'elle ne souhaite pas perdre du temps à faire ses exercices et en passer plus avec ses proches. Elle accepte cependant de continuer à suivre une évaluation de ses symptômes de TOC pendant quelques semaines, lesquels montrent une ré-acutisation importante dès l'arrêt complet des exercices de PG.

Depuis cette période, environ trois ans plus tard, Olivia ne semble pas avoir rechuté au point où elle en était avant cette phase thérapeutique. Elle dit avoir moins de TOC qu'avant et se porter mieux, même si elle déplore que ses obsessions et compulsions ne soient manifestement pas parties.

Albert

Albert a environ 35 ans au commencement de la thérapie TNC. Il suit une thérapie cognitive depuis 5 ans. Il présente des TOC de vérification depuis qu'il a dépassé un camion en voiture, et pensé après cela que cette manœuvre avait été dangereuse. Cet incident a eu lieu sept ans avant qu'il commence sa thérapie TNC.

Les TOC d'Albert se traduisent par le fait qu'il achète un certain nombre de journaux pour vérifier dans les faits divers s'il n'a pas

généré d'accident en parcourant la ville. De plus, il reste un long moment sur un trottoir avant de traverser une rue par crainte de provoquer un accident en traversant. Une fois qu'il est parvenu à traverser (généralement une heure après avoir attendu de traverser), Albert reste environ une heure de plus sur le trottoir d'en face, de façon à vérifier qu'il n'a pas généré d'accident en traversant. Les obsessions liées au fait d'avoir pu porter atteinte à autrui durent souvent une grande partie de la journée. En raison de ses TOC, Albert limite énormément ses déplacements (ne sort pas déjeuner avec ses collègues ou s'interdit certains loisirs, par exemple), alors qu'il est d'un naturel plutôt disposé à profiter de sorties entre amis ou collègues.

a) Diagnostic et Stratégie thérapeutique

De façon assez évidente, Albert présente de la soumission. Il apparaît comme un homme discret, réservé, mais fort aimable, et semble avoir une légère difficulté à dire non, bien qu'il puisse y parvenir lorsqu'il le décide fermement. Au fur et à mesure des séances, le thérapeute se rend compte que le patient a sans doute également un peu de marginalité.

Sans équivoque, l'inquiétude et la culpabilité irrationnelles qu'Albert éprouve vis-à-vis du fait de provoquer, potentiellement, un accident, participent à ses compulsions. Aussi, le thérapeute décide de proposer à Albert un protocole thérapeutique alternant des phases de traitement et des phases sans traitement, de façon à pouvoir s'assurer de l'impact bénéfique des exercices de PG sur les TOC. Concrètement, la première séance est dédiée au fait de montrer à Albert comment faire les exercices destinés à traiter la soumission. Par la suite, les exercices sont essentiellement vérifiés par téléphone, avec le thérapeute, une à deux fois par semaine, pendant les phases de traitement. En dehors des séances téléphoniques, Albert continue de faire des exercices environ deux à trois fois par jour de façon autonome. Lors des phases sans traitement, le thérapeute continue d'appeler le patient une à deux fois par semaine, de façon à maintenir le contact, mais aucun exercice n'est réalisé. Des mesures des TOC et du PG sont

régulièrement réalisées. Le thérapeute constate alors plusieurs choses :

- Les TOC tendent à disparaître tout au long d'une phase de traitement, et cet effet perdure jusqu'à une semaine après l'arrêt du traitement, après quoi les symptômes de TOC recommencent à augmenter.
- Globalement, les symptômes TOC reprennent durant les phases sans traitement, parfois plus fortement encore qu'avant le commencement de la thérapie, mais les symptômes diminuent à nouveau à la reprise des exercices.
- Les symptômes de soumission suivent à peu près les mêmes courbes d'évolution que les symptômes TOC.

Ce qui marque particulièrement le thérapeute est le fait qu'en trois semaines d'exercices, Albert déclare ne pas s'être senti comme cela depuis longtemps, et parvenir à résister à ses compulsions de façon étonnante. En effet, Albert a pu, petit à petit, traverser les rues sans attendre une heure, puis quitter le deuxième trottoir sans attendre et sans se retourner pour vérifier s'il n'avait pas créé d'accident. Ses obsessions ne durent plus toute la journée, il peut à nouveau sortir déjeuner avec ses collègues, etc. Il n'a pas vécu cela depuis plusieurs années. Le thérapeute constate cependant un léger effet rebond suite à l'acquisition de ces nouvelles libertés, sans doute parce qu'Albert aura trop vite profité de celles-ci. Par ailleurs, il se trouve que dès qu'Albert arrête les exercices pendant les phases sans traitement, les angoisses d'Albert réapparaissent et se montrent telles qu'il demande à ce que la phase sans traitement soit écourtée.

Trois ans après ce protocole, Albert n'a pas continué ses exercices, mais dit cependant n'avoir que peu ou pas de TOC.

À retenir

Les cas d'Albert, Olivia et Elsa (cf. Annexe 3), constituent un réel espoir quant à l'apport possible des exercices de PG à des patients souffrant de TOC, qu'ils soient considérés comme curables ou non. Nous prévoyons d'étudier cet effet sur une plus large population de patients.

Le cas d'Olivia va dans le sens de l'étude de Miller *et al.* (2013, op. cit.), et témoigne du fait que la période post-partum est une période à risque pour les femmes susceptibles de développer un TOC. Nous pensons que cela est dû à l'événement majeur que constitue l'arrivée d'un enfant dans une famille, lequel génère sans doute un effet rebond massif chez certaines patientes.

Par ailleurs, il est parfois indiqué que certains patients présentant des TOC peuvent se montrer relativement tyranniques envers les autres, laissant davantage penser à de la dominance. Nous faisons l'hypothèse que ces individus se montrent farouches du fait d'avoir peur qu'on les empêche d'effectuer leurs rituels et ainsi de sentir monter l'angoisse et la culpabilité. Il se peut également que certains symptômes puissent apparaître comme des TOC, mais qu'ils ne soient pas totalement assimilables à ceux-ci. En effet, rappelons que l'individu présentant des TOC cède à ses rituels pour pouvoir soulager ses angoisses. D'autres individus peuvent présenter des rituels, mais nous ne les rangeons pas dans la même catégorie (maniaquerie, plaisir du détail, Hyper ? P. FE IIre ?), car ces rituels ne sont pas effectués pour soulager la culpabilité de l'individu. Nous pensons donc que ceux-ci doivent être traités et envisagés différemment des TOC liés à la soumission.

Nous attirons également l'attention du lecteur sur le fait qu'il est toujours prudent d'indiquer à un patient soumis qu'il risque de « se sentir pousser des ailes » et oser des choses – *a priori* normales pour un quidam – qu'il ne se permettait pas ordinairement, après avoir effectué ses exercices. Dans ce cas, il vaut mieux inviter le patient à se limiter quelque peu dans l'appropriation de ces nouvelles libertés, car cela peut générer un effet rebond que le patient peut regretter par la suite, comme cela a pu être le cas pour Albert.

Par ailleurs, les cas d'Albert, Olivia et Arthur montrent à quel point il est nécessaire de faire en sorte que le traitement soit assuré pendant une période suffisamment longue (généralement au moins six mois sans événement majeur provoquant un effet rebond). En effet, un arrêt prématuré des exercices provoque généralement un effet rebond très important et tout à fait critique, même si cet effet rebond peut tarder à se manifester (cf. Arthur).

6.9. Yves : cas typique de traitement d'Hypo

Généralités

Yves a 40 ans au moment de sa thérapie, il est médecin.

Diagnostic

L'essentiel problème de ce patient est un Hypo fréquemment rencontré, qui est celui de demander le paiement de la consultation à ses propres patients. Cet Hypo porte précisément sur le fait de ne pas assumer la demande de rémunération directe que mérite son travail, ce qui est typique d'un certain nombre d'individus en profession libérale. Cet Hypo n'apparaîtrait donc pas dans le cas d'un employé (commercial ou autre) cherchant à saisir des contrats et gagner de l'argent pour son entreprise, et qui recevrait par ailleurs son salaire sans avoir (*a priori*) à le demander.

L'Hypo se manifeste ainsi : alors que certains de ses patients gardent l'argent dans leur main mais ne le lui tendent pas, que d'autres disent seulement « *je vais y aller* » alors qu'ils n'ont pas réglé la consultation, ou encore qu'ils attendent simplement qu'Yves leur indique le montant du paiement, ce dernier s'évertue à prolonger la consultation lorsqu'il n'a pas tout simplement un blanc mental et reste sans voix. Son raisonnement consiste à se dire que peut-être ces patients estiment « *qu'ils n'en ont pas eu assez pour leur argent* », ce qui le conduit à parler davantage avec eux. Ces patients comprennent alors manifestement qu'ils peuvent aisément en exiger plus au même prix. Ce faisant, Yves se dit épuisé par ce type de patient, sans trop avoir conscience de ce blocage chez lui.

Cet Hypo engendre chez Yves un Hyper sur la générosité et l'intelligence. Faute de ne pouvoir assumer lui-même la demande de ce qui devrait lui revenir, il se rend dépendant de la générosité ou de la bonne foi d'autrui pour obtenir son dû.

Cette problématique apparaît également vis-à-vis de son frère, qui profite de terres appartenant à Yves depuis plusieurs années. Ce frère n'a jamais loué ces terres à Yves tout en en tirant bénéfice, ce qui heurte profondément Yves. Celui-ci éprouve beaucoup de ressentiment en regard de son frère, mais n'a jamais osé évoquer le

sujet avec lui. Si ce frère manque effectivement, peut-on dire avec délicatesse, « d'élégance », le problème d'Yves pourrait être potentiellement résolu s'il ne présentait pas cet Hypo.

Le traitement d'Hypo d'Yves a alors simplement consisté à jouer le rôle d'un médecin demandant sans ménagement son dû à ses patients et à son frère.

6.10. Sophie : cas typique d'un traitement de PG soumis

Généralités

Sophie a 33 ans, est célibataire et a un enfant de 8 ans.

Sophie ne se plaint pas spécifiquement de sa vie et s'avère plutôt joviale. Sa fille ne semble pas être une enfant particulièrement difficile ou tyrannique, mais Sophie fait régulièrement des crises dont le principal sujet est la culpabilité et la crainte de ne pas être une bonne mère. Bien que beaucoup de mères puissent être empruntes de doutes quant à la qualité de l'éducation qu'elles donnent à leur enfant, Sophie s'avère particulièrement anxieuse et manifeste des crises assez intenses. Elle pleure régulièrement sans qu'aucun événement particulier ne puisse l'amener à penser qu'elle ait mal fait. Ces crises se manifestent d'autant plus que Sophie s'épanouit dans sa vie professionnelle et qu'elle s'intéresse de nouveau à sa vie sentimentale, sans pour autant délaisser concrètement sa fille.

Diagnostic et stratégie thérapeutique

Le diagnostic de PG soumis est suggéré. La réalisation des exercices de PG destinés à traiter la soumission améliore l'état de Sophie, ce qui confirme le diagnostic. Ainsi, les rôles proposés à la patiente ont les discours suivants :

- Premier personnage : la patiente doit évoquer sa panique autour du fait qu'elle puisse être la pire mère qui soit, une « Thénardier », un monstre, en caricaturant sa crainte.
- Deuxième personnage : la patiente joue le rôle d'une dominante se moquant des préoccupations du premier personnage, en

clamant « *qu'elle se fiche bien des bambins* », « *qu'ils n'ont qu'à apprendre à être autonomes* », etc.

- Troisième personnage : la patiente joue le rôle « de la petite sorcière », qui torture l'esprit du premier personnage, en disant « *qu'elle s'amuse à lui faire croire qu'elle est la pire des mères, et que le plus drôle soit qu'elle y croie si facilement…* »
- Quatrième personnage : la patiente interprète à nouveau un personnage dominant se moquant cette fois-ci de la petite sorcière, arguant qu'elle n'est pas bien terrifiante.
- Cinquième personnage : la patiente énonce à voix haute les éléments lui permettant de rationaliser davantage et mettant en défaut les critiques qu'elle peut se faire. Elle s'engage également à prendre du recul plus régulièrement et à faire ses exercices quand elle en ressent le besoin, plutôt que de se noyer dans ses angoisses.

La patiente a ressenti un bien-être immédiat à l'issue de chaque exercice. Elle les a donc pratiqués pendant plusieurs mois quotidiennement à raison de trois exercices par jour. Quelques années plus tard, elle n'en réalise que ponctuellement, lorsqu'elle en ressent le besoin.

7. Nosologie TNC

7.1. Psychologie et neuropsychologie

Réflexions méthodologiques

Nous avons vu plus haut que la TNC s'inscrit dans le mouvement des TCC, et plus particulièrement dans celui de la troisième vague, davantage centrée sur le changement d'attitude que sur la résolution de problème.

Les raisons de l'inclusion possible de la TNC dans le courant des TCC sont les suivantes :

1. L'affrontement d'Hypo est, d'un point de vue technique, directement dérivé de l'affrontement des phobies simples (donc issu de la première vague des TCC).
2. La GMM (cf. Annexe 1) est, à l'image de la deuxième vague cognitiviste des TCC de Beck, une technique de rationalisation des (modes de) pensées.
3. La GMM est également très proche de la *Mindfullness* (notamment en ce qui concerne le développement de la dimension *Curiosité* de la GMM) et de l'*ACT*. Ces caractéristiques font de la TNC une parente de la thérapie de la troisième vague, qui travaille sur l'attitude plus que sur la résolution de problèmes.
4. Le diagnostic de l'Hypo, la genèse même de son concept, l'identification de l'Hypo de l'Hyper, pourraient être considérés comme relevant de l'amorce d'une quatrième vague des TCC (?), qui tendrait à s'alimenter des apports en neuropsychologie,

donnant alors lieu au neurocognitivisme et au neurocomportementalisme.

5. Ces dernières remarques sont encore plus vraies en ce qui concerne le concept de PG et la thérapie qui en découle, lesquels s'appuient sur une interdisciplinarité très large.

Il est à noter que de façon plus générale et en dehors des applications directes de nos recherches, la TNC est aussi reliée à la neurologie et aux thérapies neurocognitives prenant en charge les conséquences des lésions cérébrales ou les déficits génétiques ou congénitaux. Ces disciplines ont inspiré notre démarche, tant en matière de méthodologie diagnostique que de processus thérapeutique. Ainsi :

- La neurologie et la neuropsychologie tendent à nourrir la psychologie, les TCC et, à l'évidence, la TNC en particulier (les exemples de ceci dans cet écrit et d'autres ne manquent pas).
- Le processus inverse est moins visible mais n'est potentiellement pas moins vrai : la TNC, comme nous allons le voir, nous a déjà servi à résoudre des problèmes lésionnels de façon inattendue et parfois spectaculaire. Nous en présentons des exemples dans les études de cas présentés dans le chapitre qui suit.

Apport de la TNC à des troubles divers et considérés comme neurologiques

Citons deux cas cliniques qui peuvent illustrer la richesse de cette dernière potentialité :

a) Cas d'une dysorthographie sévère

Description du cas

Quentin a 30 ans, est ingénieur et présente une dysorthographie sévère, se traduisant par une moyenne de deux cents fautes graves d'orthographe et de grammaire par page, un déficit massif de construction des mots, de leur césure et de la construction grammaticale des phrases. Celui-ci nous consulte dans un premier temps pour anxiété majeure dans son (jeune) exercice professionnel.

Éléments biographiques de Quentin

Après des études brillantes dans les disciplines scientifiques, Quentin est amené à diriger une petite équipe de techniciens supérieurs dans l'industrie. Tout se passe bien mais cette position de manager le met de plus en plus sous pression. En effet, il n'a jamais encore assumé de révéler son problème de dysorthographie majeure en dehors de contextes intimes, incluant quelques enseignants au cours de ses études et ses proches. Cette révélation s'est toujours faite, jusqu'à ce jour, dans un contexte de honte profonde, puisque pour lui, ne pas savoir écrire le présentait comme inculte et paria social.

Il a, bien entendu, tout essayé durant son enfance et même au-delà : consultations chez de nombreux orthophonistes, comportementalistes et psychologues divers.

Lorsque nous le recevons, il est totalement découragé quant à la possibilité de résoudre son problème et confie avoir opté pour une solution très lourde : tous les soirs et week-ends, il prépare avec l'aide de sa compagne tout ce qu'il peut avoir à rédiger au cours de la prochaine journée de travail. Ces tâches concernent donc des feuilles de *paper-board* préremplies pour animer ses réunions d'équipe, des notes et courriers divers, et bien sûr la confection de dossiers. Sa compagne adopte la fonction de secrétaire et tous deux passent leurs soirées et nuits à cela.

Il vient nous consulter de la part d'un de ses proches, mais sans y croire.

Principaux diagnostics réalisés sur le cas de Quentin

En l'écoutant, nous diagnostiquons rapidement trois types de problèmes :

1. Un Hypo sur le fait de ne pas savoir écrire, accompagné d'un Hyper basique sur son amie qui écrivait pour lui, et d'un Hyper-Méta sur le fait que cela ne se voit pas.
2. Une P. IIre en LR, soit une orientation très conventionnelle et une difficulté à assumer le fait d'être différent, éventuellement marginalisé par un handicap cérébral, ce qui est le plus difficile à assumer par une personnalité qui se construit d'abord sur le

contrôle de soi et de son image, qui doit être aussi aboutie que possible.

3. Une érythrophobie, *i.e.* une attaque de panique sur la gêne et le rougissement que son Hypo lui procure en situation d'affrontement social, aggravée devant une équipe de techniciens masculins et virils dans le domaine de l'industrie.

En quelques mois, la majeure partie du travail thérapeutique destiné à traiter les trois points évoqués précédemment est menée à bien (traitement des Hypos) et Quentin commence à pouvoir envisager de laisser voir son problème. Son appréhension du problème, son anxiété par anticipation et son attaque de panique ont presque disparu.

À titre exploratoire, nous le questionnons plus avant sur son trouble lui-même : en effet, nous avons remarqué depuis le début que son langage oral est parfaitement construit et maîtrisé, à la différence de son écriture. Nous lui posons alors la question : « *Vous a-t-on déjà fait travailler votre écriture à partir de votre expression orale ?* » Le patient répond que non. Par ailleurs, à la question « *Avez-vous le même problème dans d'autres langues que votre langue maternelle, le français ?* », Quentin nous répond qu'il n'a pas autant de difficultés d'écriture. Plus précisément, il indique qu'il a encore beaucoup de difficultés en anglais qu'il a appris jeune, moins en espagnol qu'il a appris beaucoup plus tard, et encore moins en russe auquel il s'est initié récemment.

Nos observations ajoutées à ses réponses nous laissent alors à penser que l'aire de Wernicke[11] du langage est déficitaire chez Quentin. Ceci a donc dû particulièrement impacter l'apprentissage de la (des) langue(s) maternelle(s). Au contraire, l'apprentissage scolaire de langues secondaires ou étrangères, si ordinairement décrié en France en raison de son caractère tardif, avait été pour lui une étonnante planche de salut. Cependant à aucun moment cette observation n'avait été transposée en français ou même en anglais.

Comment tirer alors parti de ces diagnostics ?

La prescription répondant à ces observations et diagnostics a été la suivante :

1. Nous avons suggéré au patient d'étudier les mots en s'appuyant sur les liens apparents entre les mots de même racine et qui font des variations autour d'un même sens, en réalisant une sorte d'étymologie « *de cuisine* ».
2. Nous lui avons également proposé de concevoir la grammaire comme une ingénierie de la communication : sujet, verbe, complément... comme on le fait à l'école, et plus encore à l'université, lorsque l'on apprend des langues tardivement.

Par ailleurs, nous avons essayé de faire travailler, d'un point de vue cognitif, des territoires alternatifs/connexes aux territoires que nous supposions déficitaires :

Première piste explorée :

Nous avons tenté de solliciter l'aire de Broca, centre du langage parlé, sain, et celui de Wernicke, du langage écrit, déficient.

Pour cela, nous lui avons proposé, en séance, de faire l'expérience suivante : « *Vous allez écrire un texte quelconque (par exemple ce que vous avez à dire en introduction à votre prochaine réunion professionnelle) mais en le prononçant à voix haute juste avant de l'écrire et en vous le répétant au fur et à mesure de l'écriture. Vous attacherez une particulière attention à la façon dont vous concevez la césure des mots, leur étymologie intuitive ou leur lien avec d'autres mots approchants (moteur, motivation, émotion...) en termes de sens et de construction du mot et la grammaire : quel est le sujet, le verbe, le complément, comment cela pourrait-il s'accorder... ?* »

Le résultat fut stupéfiant : au terme de quelques séances et des quelques dizaines d'heures de pratique à la maison, Quentin avait éliminé les fautes de construction de mots, de césure et de grammaire les plus grossières. Il ne faisait plus que vingt fautes par page alors qu'il en faisait jusqu'à deux cents avant le traitement.

Seconde piste explorée :

Nous lui avons aussi fait découvrir quelques notions de GMM, notamment les exercices orientés sur la créativité et sollicitant *a priori* les territoires préfrontaux (cf. Annexe 1 ; Fradin *et al.* 2008, op. cit.) : cette pratique a eu pour effet d'améliorer de façon significative la fluidité de son langage écrit.

Suite à cela nous l'avons rapidement perdu de vue, car son problème psychosocial a été réglé, selon lui, par les deux bouts :

- il n'a (presque) plus montré d'angoisse ni de honte sur le sujet ;
- son problème dysorthographique s'en est trouvé largement atténué ;
- ses relations avec son amie, qui vivait la situation avec difficulté, se sont améliorées.

b) Cas d'un Syndrome de Korsakoff

Description du cas

Augustine est une jeune psychologue en cours de thèse. Elle rencontre des difficultés apparemment insurmontables pour la terminer.

Nous la voyons en consultation dans le but de gérer son angoisse et étudier avec elle les difficultés qu'elle rencontre. À cette occasion, elle nous révèle, au terme de quelques séances, qu'elle est en réalité atteinte d'un Syndrome de Korsakoff[12] depuis la fin de son adolescence. Elle présente donc, entre autres, les symptômes suivants :

1. perte totale de sa capacité à mémoriser tout événement récent ;
2. affabulation compensatrice, qui a pu masquer un temps le symptôme et retarder le diagnostic.

Éléments biographiques d'Augustine

Le Syndrome de Korsakoff d'Augustine n'est pas la conséquence d'une tendance à l'alcoolisme, mais d'un incident lors d'une opération chirurgicale. Augustine présente, à l'origine, une hydrocéphalie. Cette pathologie est due à l'obstruction des territoires de résorption du liquide céphalo-rachidien (LCR), laquelle fait généralement suite à des hémorragies dans ces cavités internes du système nerveux, ici en raison d'un accouchement difficile. La fonction du LCR est de mettre littéralement en suspension notre système nerveux, mou et fragile, et lui épargner ainsi d'être soumis à la pesanteur, aux chocs et aux nombreuses vibrations de la vie, etc. Augustine a donc été opérée sept fois depuis son enfance jusqu'à l'adolescence, de façon à accompagner sa croissance et la nécessité de rallonger les drains de son LCR, depuis les cavités intracérébrales vers le système veineux. Malheureusement la

dernière de ces opérations (à 17 ans) fut un échec mais celui-ci ne fut diagnostiqué que l'année suivante lors d'un contrôle de routine, et en raison de l'installation progressive de troubles de la mémoire. L'opération fut reprise en urgence mais il était trop tard : un Syndrome de Korsakoff total et irréversible s'était constitué, impliquant la destruction des deux Hippocampes, au cœur des processus de mémorisation consciente des événements (mémoire épisodique).

Augustine, après une période de dépression qui suivit le diagnostic du Syndrome de Korsakoff, se mit au travail et entama les études de psychologie qu'elle rêvait de faire avant ce drame. Ce dont son entourage essaya de la dissuader. Mais à la surprise générale, elle réussit à passer les uns après les autres tous ses examens, grâce à un travail acharné et l'utilisation d'une autre forme de mémorisation heureusement préservée : sa mémoire procédurale. Autrement dit, celle du *par cœur,* de la pratique et de l'entraînement.

Cependant, lors de sa thèse, se posa de façon aiguë la question de l'esprit de synthèse, de l'esprit d'à-propos, ou comment faire face à un jury de thèse et à ses questions imprévues... Le problème parut insoluble, car elle avait déjà intuitivement utilisé et avec une extraordinaire constance et combativité un recours à panel très large de stratégies.

Piste explorée

Sans y croire, nous lui avons proposé une expérience donc l'objectif était de faire appel à sa mémoire sémantique et sa mémoire de travail[13]. Augustine n'avait pas beaucoup travaillé ces dimensions. Or, la mémoire de travail est en lien avec la capacité à sélectionner l'information pertinente en fonction de la situation en cours, en d'autres termes elle confère une capacité à répondre « *à-propos* ». La mémoire sémantique, quant à elle, est usuellement définie comme le système de stockage des connaissances générales. Le CPF semble à ce titre impliqué dans la mémoire de travail[14] et dans l'accès à la mémoire sémantique (la localisation à proprement parler ou le stockage de cette dernière étant considérée comme plus diffuse au niveau cérébral). Nous nous sommes alors demandé

dans quelle mesure l'acquisition de stratégies relevant du CPF pourrait pallier les difficultés d'Augustine.

Dans cette optique, nous avons proposé à la patiente une pédagogie et des exercices de GMM dont nous supposons qu'ils sollicitent le CPF. Pour ce faire, nous avons choisi un exercice nous paraissant particulièrement adapté à son cas, et consistant à s'écouter parler. Cet exercice demande à discourir en focalisant son attention sur le son des mots que l'on prononce quand ils sont perçus à l'oreille, comme si quelqu'un d'autre que soi avait parlé, et non en étant attentif, comme on le fait usuellement, à ce que l'on va dire. Selon nous, ce déplacement d'attention a pour objectif, en théorie, de priver l'individu du contrôle conscient qu'il souhaiterait exercer sur ce qui émane de son discours, en amont de l'expression de celui-ci. Le but de cette manœuvre est d'empêcher, autant que faire se peut, le recours aux automatismes de pensée ou à nos modes de réflexion routiniers et contrôlés (cf. mode mental automatique, Annexe 1, Houdé *et al.*, 2000).

En effet, certains travaux tendent à montrer que ce mode de fonctionnement est susceptible d'entraver l'émergence d'un mode de traitement de l'information plus adaptatif[15] (Lieberman, 2003 ; Dehais, 2004 ; Dijksterhuis *et al.*, 2006 ; Dijksterhuis & Nordgren, 2006 ; Bilalic *et al.*, 2008a, 2008b), lequel semble être essentiellement supporté par le CPF (cf. Annexe 1, Fradin *et al.*, 2008, op. cit. ; Houdé *et al.*, 2000). Nous avons donc supposé, à l'instar d'autres auteurs (voir études de Dijksterhuis), que si nous « occupions » ce mode de fonctionnement à une autre activité que celle de contrôler ce que l'on va dire, le mode adaptatif pourrait en être « libéré » dans son expression. Au-delà de cette « libération », le fait de s'écouter parler pourrait constituer une boucle rétroactive d'information disponible pour le mode adaptatif ou le CPF qui, si nos hypothèses sont vraies, pourrait alors ajuster l'information sortante en fonction de ce qui a déjà été énoncé, améliorant le discours au fur et à mesure de son énonciation.

Cette procédure nous est apparue d'autant plus nécessaire que le mode « procédural » ou routinier de la patiente devait être sur-sollicité pour compenser son déficit. Augustine a notamment témoigné du fait qu'elle apprenait ses cours par cœur un jour, en oubliait l'existence même le lendemain, mais les réapprenait grâce à

une notice informative qu'elle avait pu laisser la veille, lui indiquant qu'elle devait apprendre tel cours, situé à tel endroit et portant sur tel sujet. Cette méthode a porté ses fruits pour inscrire certaines informations en mémoire à long terme, renforçant ainsi certains automatismes et procédures.

Après quelques séances laborieuses, qui en auraient découragé plus d'un(e), elle se mit à pratiquer cet exercice pendant des heures et des heures, chez elle, pour dire tout et n'importe quoi, conformément à la prescription.

Puis nous l'avons perdu de vue.

Résultats et devenir d'Augustine

Suite à notre intervention, nous avons appris qu'elle travaillait en tant que psychologue dans un cabinet spécialisé dans le diagnostic et la passation de questionnaires.

Deux ans après sa consultation, nous la rencontrons dans un congrès professionnel. Nous lui posons la question de savoir ce qu'elle a pensé des interventions du matin. À notre immense surprise, elle en parle avec naturel, comme si son problème n'avait jamais existé. Elle qui ne pouvait parler précédemment qu'en présence de son ordinateur portable pour pouvoir lire sur son écran tout ce qu'elle avait noté au fur et à mesure des conversations, nous parlait alors avec facilité, justesse et précision des interventions, sans l'ombre d'une note. Nous lui avons alors fait part de notre étonnement et de notre ravissement quant à ses remarquables progrès. À cela, Augustine a répondu avec un sourire malicieux qu'elle avait appliqué à la lettre la prescription que nous lui avions indiquée. Elle passait des heures tous les jours à s'écouter parler. Elle confiait avoir remarqué que de cette façon son discours s'était tout d'abord avéré désordonné, mais qu'au fur et à mesure de la pratique les sujets évoqués étaient de plus en plus structurés, bien qu'ils soient relatifs à son quotidien, c'est-à-dire relativement changeants d'une fois sur l'autre. Selon ses dires, Augustine ne fonctionnait plus que comme cela, en ajoutant que si elle essayait de se souvenir consciemment et de façon contrôlée de ce qui avait été évoqué le matin, elle ne pourrait témoigner de rien.

Si les hypothèses que nous avons formulées plus haut concernant l'impact de l'exercice de *s'écouter parler* nous sont

apparues pour le moins incertaines et si elles restent bien entendu à vérifier, il n'en demeure pas moins que cet exercice a fourni les résultats attendus, et ce au-delà de nos espérances. Nous attendons donc avec impatience de pouvoir évaluer une telle pratique lors d'une étude plus approfondie, sur une population plus large de patients et à l'aide de techniques d'imagerie cérébrale.

Conclusion

Voilà, ce texte s'achève.

Il est à la fois complexe, détaillé et en même temps limité, inachevé (les études de validation clinique et fondamentale ne font que commencer), incomplet pour transcrire vingt-cinq ans de recherche et de pratique intensives d'un nombre croissant de praticiens, ses doutes, ses questions, ses hésitations... et ses étonnements.

Il n'a pour ambition que de vous aider de mettre le pied à l'étrier de cette nouvelle discipline qu'est la TNC, en la procédurant, non pour l'enfermer car rigueur ne rime par forcément avec rigidité, mais pour la tuteurer. Le temps de faire prendre la greffe.

Par ailleurs, ce manuel ne traite pas de toute la TNC. Il n'en constitue qu'une des facettes, celle du comportementalisme ou, pourrait-on dire, du neuro-comportementalisme. Il n'aborde pas directement la dimension neurocognitive de la TNC, notamment représentée par la GMM (cf. Fradin *et al.*, 2008, op. cit.), substrat de notre résilience, ou celle des Personnalités, bases de nos motivations spontanées et de nos valeurs mais aussi de nos rigidités et intolérances (Fradin & Fradin, 2006, op. cit.).

Cet ouvrage pourrait encore être complémenté et enrichi par une dimension art-thérapeutique :

- Notamment au travers de l'« art dédramatique », qui mêle techniques de théâtre et neurocomportementalisme sur l'Hypo et le PG, autour de techniques d'improvisation, de créativité ou d'assertivité...
- Mais aussi en lien et complémentarité avec les arts plastiques, la danse, le chant...

Peut-être ces dimensions seront-elles un jour l'objet d'un écrit très pratique complémentaire...

Ces apports art-thérapeutiques peuvent, à notre sens, grandement contribuer à transformer l'aversion naturelle que l'on a devant :

- un affrontement d'Hypo
- un exercice de modification de PG par exemple,
- ou devant la remise en cause de nos Personnalités Secondaires, source de nombre de nos rigidités...

... en plaisir et proactivité ! En transfert vers la vie réelle.

Et ceci est essentiel, car le vrai changement durable, en thérapie comme en développement personnel, naît de la banalisation des libertés conquises... ce qui passe d'abord par l'inversion des émotions : transformer la néophobie en curiosité, l'appréhension en désir, le déplaisir en plaisir, le vide mental en créativité... Bref, la mort (prématurée, mentale) en vie !

Ce traité de pratique neurocomportementale en TNC est donc destiné à outiller les thérapeutes, notamment comportementalistes et cognitivistes, qui souhaitent enrichir leur pratique de techniques innovantes.

Mais il s'adresse aussi aux chercheurs qui souhaitent contribuer à valider cette approche (nous sommes à leur disposition pour toute coopération) et contribuer ainsi au développement des applications de neurosciences dans le champ des TCC. Plus largement, cet ouvrage s'inscrit dans un souci de contribuer à l'interdisciplinarité et au transfert de compétences entre les domaines fondamentaux et applicatifs. Ce transfert est encore balbutiant en sciences humaines et l'évolution accélérée de nos modes de vie en augmente pourtant l'urgente nécessité : stress au travail, chocs des générations et interculturels, complexité et changements permanents, autonomisation des individus et pertes de repères sociétaux, changements climatiques et environnementaux, développement durable, etc.

Annexes

Annexe 1
Modèle de Gestion des Modes Mentaux (GMM)

Fiche synthétique

Le modèle de Gestion des Modes Mentaux (GMM) développé par l'IME (Fradin *et al.*, 2008, op. cit. ; Fradin *et al.*, 2006, op. cit. ; Lefrançois, 2009 ; Fornette *et al.*, 2012) repose sur l'étude d'un continuum entre deux modes de fonctionnement mentaux. L'un de ces modes est reconnu pour permettre le traitement des situations connues et routinières (mode automatique). L'autre mode est considéré en revanche comme permettant le traitement des situations complexes, inconnues et incertaines (mode adaptatif). De nombreux auteurs ont étudié l'opposition entre ces deux modes. La plupart d'entre eux s'accordent à dire que le mode que nous nommons automatique est rapide et fait appel à des représentations connues. Le second type de mode, en revanche, est lent et analytique.

Parallèlement à ces études, les neurosciences ont mis en évidence, en imagerie cérébrale, les substrats cérébraux sous-jacents aux deux types de modes. Il semblerait que le mode dit adaptatif ou analytique soit supporté par les aires préfrontales, qui constituent le territoire le plus évolué, d'un point de vue phylogénétique, de notre cerveau. Le mode automatique serait en revanche mis en œuvre par des zones plus postérieures et basses du cerveau, plus anciennes d'un point de vue de l'évolution des espèces. Dans ce cadre, nous rejoignons certains auteurs indiquant que le stress représente un signal d'alarme alertant du caractère inadapté de la stratégie ou du mode de fonctionnement en cours. En

d'autres termes, si la situation en cours est traitée par l'individu selon un mode de fonctionnement automatique, tandis qu'elle requiert la création et la mise en œuvre de nouvelles stratégies ou représentations, le stress intervient alors comme pour signaler l'inadéquation du mode de fonctionnement avec la situation. En revanche, si la situation nécessite des stratégies routinières et que l'individu fonctionne selon un mode mental automatique, le stress n'est pas déclenché. Si le stress est à l'origine un comportement stéréotypé permettant de faire face à un danger vital et immédiat, sa fonction est ici quelque peu détournée pour signaler le caractère inadapté de notre mode de fonctionnement. Les études tendent à montrer que le CPF est à l'origine du déclenchement du stress dans ces conditions, cette capacité étant sans doute associée au fait qu'il est un centre de détection des erreurs au sens large.

Si le CPF est usuellement considéré comme le siège de l'adaptation et le territoire le plus évolué de notre encéphale, il apparaît cependant que l'expression de ses stratégies n'est pas favorisée lorsque le mode mental automatique « a la main » sur l'action en cours. Notre hypothèse, qui rejoint celle de Damasio et certains résultats d'études, est que le CPF souffre d'une immaturité fonctionnelle liée à son apparition récente à l'échelle de l'évolution des espèces. Damasio déclare en effet que les territoires les plus au cœur des processus de conscience sont des territoires médians et relativement profonds de l'encéphale, plus « anciens » que le CPF. À ce titre, certaines autres zones du cerveau, supportant notamment le mode automatique, auraient un accès privilégié à la conscience que le CPF n'aurait pas. Aussi, lors de « conflits » de structure entre mode adaptatif et mode automatique, le CPF n'aurait d'autre voie de recours que de signaler l'inadéquation de la stratégie en cours via le stress. On peut imaginer que ceci est d'autant plus vrai que la routine ou la représentation a été renforcée et s'avère rigide. Malheureusement, le stress est un mode de réaction en soi relativement archaïque, stéréotypé, non ajusté à la situation en cours et tend, par un jeu de neuromédiateurs, à aggraver le verrouillage de l'accès du CPF aux processus de conscience.

Nous attirons l'attention du lecteur averti sur le fait que ce type de modèle est très discuté dans la littérature scientifique. Les études réalisées autour du thème de la conscience sont relativement

sujettes à équivoque, car le CPF se montre également activé lors de la réalisation d'une tâche consciente. Malheureusement ce type d'étude n'engage pas le fait que si le CPF montre une activité, celle-ci accède systématiquement à la conscience. Par ailleurs, des modèles comme celui de Schneider & Shiffrin (1977), en psychologie cognitive, indiquent que le mode de fonctionnement de type automatique met en œuvre des processus inconscients tandis que le mode de fonctionnement adaptatif ou analytique, au contraire, fait appel à des processus conscients. D'autres études plus isolées mettent cependant en évidence qu'il existe un mode de traitement de l'information qui soit analytique, inconscient et propice à la résolution de problèmes nouveaux et complexes. C'est le cas notamment des travaux de l'équipe de Dijksterhuis (Dijksterhuis *et al.*, 2006 ; Dijksterhuis & Nordgren, 2006), appuyant leur Théorie dite de la Réflexion Inconsciente. D'autres études portant sur « *l'insight* »[1] suggèrent également que certains processus élaborés et inconscients puissent permettre la mise en œuvre de stratégies ou de solutions à des problèmes nouveaux et complexes.

Notre modèle rejoint davantage, en apparence, les modèles tels que ceux de Dijksterhuis. Cependant, il ne s'oppose pas au modèle de Schneider & Shiffrin : il « l'englobe ». En effet, il est reconnu que les deux modes ne s'excluent pas strictement l'un de l'autre, mais constituent plutôt un continuum entre deux extrêmes. Les études effectuées en imagerie cérébrale tendent à confirmer cette interprétation (Posner & Raichle, 1998). Selon nous, les modèles apparentés à celui de Schneider & Shiffrin proposent une description de processus de traitement intermédiaires au dit continuum, ne représentant pas encore les extrêmes possibles. Celui de Dijksterhuis, en revanche, évoque un mode de traitement plus extrême, relativement difficile à susciter chez l'individu et à mettre en évidence de façon expérimentale, ce qui expliquerait le faible nombre d'études qui y sont consacrées. La **figure I.1** illustre notre propos, tandis que le détail théorique est proposé dans d'autres ouvrages, articles scientifiques ou de vulgarisation (cf. Fradin *et al.*, 2008, op. cit. ; Fradin *et al.*, 2006, op. cit. ; Fradin & Lefrançois, 2006 ; Jonville *et al.*, 2012 ; Lefrançois & Fradin, 2010 ; Lefrançois, 2009, op. cit. ; Fornette *et al.*, 2012, op. cit.).

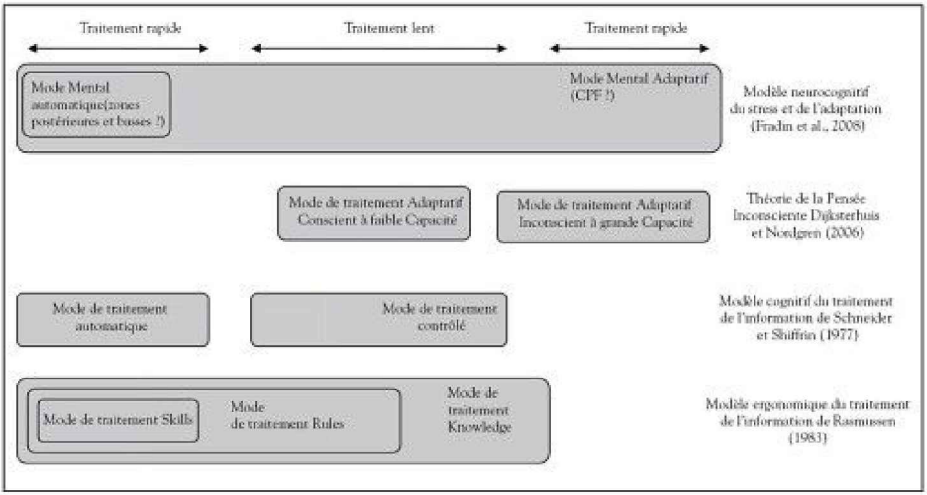


FIGURE I.1

Concordances entre le modèle des modes mentaux et les modèles de Dijksterhuis et Nordgren (2006), de Schneider et Shiffrin (1977) et de Rasmussen (1983)

D'un point de vue pratique, nous avons développé des exercices cognitifs et comportementaux stimulant et favorisant *a priori* le mode mental adaptatif en situation complexe et inconnue. Ces exercices, dits de Gestion des Modes Mentaux (GMM)[2], ont été construits d'après la connaissance de certaines capacités cognitives allouées au CPF (Cortex Préfrontal). En effet, les patients ayant des lésions au niveau de ces aires préfrontales présentent une perte de certaines facultés cognitives dont on suppose qu'elles sont supportées, par défaut, par ces mêmes aires préfrontales. Dans ce cadre, nous avons extrait six facultés cognitives « préfrontales » évoquées par la littérature scientifique. Celles-ci se montrent en opposition relative à six autres facultés participant selon nous au fonctionnement en mode automatique. Nous observons donc les six dimensions bipolaires présentées dans la **figure I.2** ci-après :

Mode Mental Automatique Continuum ***Mode Mental Adaptatif***

La routine C'est l'aisance et la facilité de l'***habitude***, le goût du familier, du connu, de la tradition, l'amour de la maîtrise, du travail bien fait, l'attrait pour l'expertise, les procédures…	***La curiosité*** C'est l'***exploration sensorielle***, la recherche active de la nouveauté, l'attrait pour la créativité, la curiosité pour les choses et les autres (même quand tout va bien), la vigilance, l'ouverture à l'imprévu
La persévérance C'est la recherche de ***contrôle***, de continuité malgré l'obstacle, l'insistance malgré l'échec apparent, la défense des principes et des règles…	***La souplesse*** C'est l'***acceptation***, la réceptivité, la prise en compte de toute la réalité « comme elle est », la flexibilité, la capacité à repartir, rebondir, reconstruire
La simplification C'est la ***vision tranchée*** pour faciliter le tri des informations et la classification des situations, voire la vision binaire (blanc / noir ; bien / mal ; vrai / faux)	***La nuance*** C'est la ***perception de la complexité*** et de la continuité des choses, une vision subtile concevant un gradient, des valeurs intermédiaires, un complément d'enquête pour approfondir
Les certitudes C'est la ***sensation de « vérité »***, la croyance que le monde est ce que nous en voyons, la conviction que nos perceptions sont « toute la réalité », que nous détenons la « vérité » sur ce sujet ou sur nous-mêmes	***La relativité*** C'est la ***prise de recul et de hauteur***, la conscience que la carte n'est pas le territoire et que chacun a son « regard » ; chaque vision est relative, superficielle et terriblement limitée par rapport au réel infini… On sort du sentiment de réalité pour formule des hypothèses, un modèle explicatif…
L'empirisme C'est la ***recherche des résultats***, le choix de la meilleure solution connue, des « recettes toutes prêtes qui marchent tout de suite », dans l'espoir d'une efficacité immédiate, sans réflexion « compliquée » et sans risque	***La réflexion logique*** C'est la ***rationalisation***, la mise à l'épreuve du modèle explicatif : si ce modèle est vrai, telle cause doit systématiquement produire tel effet. En pratique, c'est comprendre avant d'agir, savoir « perdre du temps (à réfléchir) pour en gagner »
L'image sociale C'est la ***priorité donnée au regard des autres*** et aux émotions qui accompagnent leurs jugements : recherche de reconnaissance et de validation génératrices de fierté, évitement des vécus de honte, ridicule, culpabilité, prétention… surtout face à un groupe	***L'opinion personnelle*** C'est la ***prise de risque assumée***, la capacité à s'individualiser et à individualiser les membres d'un groupe, à assumer un point du vue ou une décision personnels faits de raison, d'intuition et de prise de risque, ouverts à l'opinion et aux sentiments des autres (mais pas sensibles à leurs jugements)

FIGURE I.2

Description des extrémités des six dimensions définissant le mode automatique d'une part et le mode adaptatif d'autre part (Fradin et al., 2008, op. cit.)

Il est à noter que les outils thérapeutiques proposés dans les techniques de l'ACT et de la mindfulness tendent également à développer les six facultés cognitives adaptatives (ou « préfrontales ») susmentionnées. Il a été mis en évidence, en imagerie cérébrale, que ces techniques généraient une activité des aires préfrontales (cf. Levenson *et al.*, 2012, op. cit. ; Davidson *et al.*, 2003 ; Lutz *et al.*, 2004).

Par ailleurs, nous attirons également l'attention du lecteur sur le fait que la GMM, de même que les techniques TCC dites de 3e vague, permettent selon nous une meilleure gestion émotionnelle des troubles associés au PG et aux Hypos, mais ne permettent pas leur traitement.

Etats de stress	Manifestations Physiques	Manifestations Émotionnelles	Manifestations Cognitives
	— Rougissement, — Gorge serrée, — Agitation, — Insomnies — Regarde « sans voir » ou regarde dans tous les sens	— Trac ou peur, — Agitation intérieure, — Gêne, honte, — Anxiété, angoisse	— Difficultés à organiser ses pensées et actions, — Crainte de l'agression, — Peur de la contrainte
Lutte	— Tension du cou et des épaules, — Douleurs lombaires, — Regard fixe dans les yeux de son interlocuteur	— Énervement, — Tension intérieure, — Agressivité, — Colère	— Besoin d'avoir raison, — Sensation de supériorité, — Intolérance au reproche, à la contradiction, — Impatience, susceptibilité
Inhibition	— Faiblesse, — Fatigue non liée à un manque de sommeil, — Larmes aux yeux, — Regard baissé	— Découragement, — Tristesse, — Vision négative, — Impression d'un « poids sur les épaules »	— Sensation d'infériorité, — Auto-dévalorisation, — Diminution des désirs et des plaisirs

TABLEAU I.1

Manifestations plus ou moins intenses et associées aux différents états de stress (Laborit, 1986 ; Fradin et Fradin, 1992-2004 ; Fradin et al., 2008)

Annexe 2
Modèle des Personnalités en TNC

Fiche synthétique

Cette annexe n'est pas destinée à présenter de façon approfondie notre modèle des personnalités et la théorie qui le sous-tend. Elle a pour objectif de mieux apprécier les interactions possibles de ce modèle (ou des Contenants qui y sont associés) avec ceux qui sont proposés dans cet ouvrage (modèles du PG et de la cascade Hypo-Hyper-RH). Une présentation et une explication plus détaillées du modèle TNC des personnalités figurent dans d'autres écrits (Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit. ; Fradin, 2004, op. cit. ; Fradin & Fradin, 2006, op. cit.).

La personnalité peut se définir comme l'ensemble des comportements et attitudes qui caractérisent un individu. À ce titre, il existe, dans la littérature scientifique ou non scientifique, de nombreux modèles de personnalités, inspirant tour à tour des questionnaires et inventaires de personnalité divers (Big Five/NEO-PI-R, MBTI, etc.). Sachant cela, notre objectif n'a pas été d'ajouter un autre modèle de personnalité à ceux déjà existants, mais plutôt de tenter de comprendre et modéliser la genèse et le mécanisme de base de ces personnalités, de façon à pouvoir exploiter cette compréhension dans le domaine thérapeutique. Cette thématique s'est avérée fort complexe et l'expérimentation de notre modèle particulièrement délicate. Cependant, certains invariants sont apparus au cours de notre pratique thérapeutique. Ceux-ci nous ont permis, en confrontation avec certaines données scientifiques, d'esquisser le modèle explicatif et descriptif que nous présentons ici.

En effet nous avons pu observer, comme le tout un chacun, que les individus présentaient des ensembles homogènes et *a priori* cohérents de caractéristiques psychologiques. Cependant, l'observation clinique nous a permis de constater qu'il semblait exister deux types d'ensembles :

- Les ensembles générant chez l'individu une motivation spontanée et résistante à l'échec.
- Les ensembles associés à une motivation mue par le résultat (récompense/punition) et ainsi moins résistante à l'échec.

Nous avons également noté que les motivations et dynamiques spontanées liées au premier type d'ensemble, que nous avons appelées Personnalités Primaires (P. Ires), ne peuvent être réprimées par l'individu sans que cela en devienne pathogène (générant notamment des dépressions molles ou des Sonnettes). Au contraire, les motivations liées au second type d'ensemble, dites Personnalités Secondaires (P. IIres), semblent sensibles au renforcement, et peuvent ainsi disparaître ou s'atténuer sans générer de pathologie ou trouble particuliers.

Les caractéristiques de ces deux types de personnalité nous ont amenés à nous questionner sur leur genèse. Certaines données scientifiques nous ont alors conduits à nous focaliser sur le phénomène d'empreinte périnatale. Cette dernière correspond à une période, autour de la naissance, durant laquelle la plasticité neuronale est maximale et se façonne au travers des interactions avec l'environnement (Hubel & Wiesel, 1965 ; Valverde, 1967). Notre hypothèse très darwinienne est que cette empreinte est adaptative à l'environnement. Elle aurait ainsi pour rôle de nous faire « idéaliser notre environnement primitif » pour nous y intégrer et nous rendre proactifs vis-à-vis de lui. C'est ainsi que les jeunes oies cendrées « adoptées » par l'éthologiste Konrad Lorenz (Lorenz, 1970) se sont attachées à lui comme à une mère dès leur naissance.

Par ailleurs, Damasio (2002) montre que le jeune humain possède à la naissance un néocortex quasiment « a-fonctionnel », ce qui est observable en imagerie cérébrale. Du fait de sa relative « prématurité », comparativement aux mammifères primitifs (le jeune veau apprend par exemple à marcher dans les heures qui suivent sa naissance), le nouveau-né humain est sensoriellement presque

coupé du monde. Il engramme ses propres réponses comportementales et émotionnelles plus que les stimuli qui les déclenchent. Or dans la gamme de comportements pleinement « fonctionnels » de la période néonatale, figurent l'état de calme et les trois états de stress que sont l'anxiété, l'agressivité et la dépression sous-tendus par la Fuite, la Lutte et l'Inhibition (Laborit, 1986). Ces états interviennent comme une réponse et un mode d'interaction avec l'environnement. Ils semblent être ainsi de puissants régulateurs de l'humeur et des comportements du nouveau-né (agitation ou colère pour témoigner de la faim, inhibition, épuisement lorsque les pleurs n'ont pu être calmés, etc.). Nous pensons que leur influence sur la constitution de la personnalité est probablement déterminante au cours de l'empreinte. En d'autres termes, si le nouveau-né engramme en priorité ses réponses comportementales et les idéalise alors même que son néocortex est en voie de maturation, il se peut que ces réponses constituent à terme une forme de méta-système modulant le fonctionnement motivationnel de l'individu (Fradin 2004 op. cit. ; Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit.). Tout se passe comme si les caractéristiques que nous observons dans les P. Ires répondaient à cette hypothèse : ce type de personnalité est, comme nous l'avons vu plus haut, stable dans le temps, procure des motivations durables peu sensibles à l'échec, ainsi que l'empreinte pourrait le déterminer. À titre d'exemple, nous observons des individus enclins à une forme de calme apparent, à un certain optimisme et à l'épicurisme. Ce type de personnalité pourrait s'inscrire dans la continuité de l'état de calme du nourrisson alors qu'il contemple son environnement, sans être perturbé par ses besoins primaires puisque ceux-ci sont satisfaits avant même qu'il ne ressente la gêne du manque (biberon apporté avant la sensation de faim, etc.). La déclinaison des comportements que nous pensons engrammés comme des P. Ires apparaissent dans le **tableau II.1 (ci-dessous)**.

Les P. IIres (cf. **Tableau II.2**) seraient selon nous apportées par la culture, l'éducation, les valeurs inculquées, les expériences de vie influençant l'individu après la période d'empreinte périnatale, selon un modèle récompense/punition. Les P. IIres sont donc moins disposées à procurer une motivation spontanée et durable à l'individu car une expérience de vie peut en moduler une autre.

Ainsi, une P. Ire telle que la Lutte Réussie a pour valeur l'harmonie des relations, le fait d'aimer faire se rencontrer les gens qui peuvent s'entendre, de réparer les mésententes, etc.. Mettre de l'harmonie dans les ambiances dysharmonieuses constitue un plaisir. Une P. IIre en Lutte Réussie, en revanche, présente également la valeur de l'harmonie des relations, mais cela se traduit par le fait de mettre de l'harmonie pour éviter le déplaisir de la dysharmonie, et non pour le plaisir de rendre les choses harmonieuses.

De la même façon, une Fuite Empêchée Ire aime ranger un environnement en désordre pour le plaisir de catégoriser les choses, tandis qu'une Fuite Empêchée IIre range pour éviter le déplaisir d'un environnement chaotique. La P. Ire est dans le plaisir de l'action, la P. IIre dans la satisfaction du résultat.

Les 8 personnalités primaires	**Les origines** 4 états émotionnels réussis (R) ou empêchés (E)	**Caractéristiques typiques**	**Dynamiques comportementales** **Ce qui nous *plaît en soi,* nous *motive* et nous *fait agir*** (même sans résultats ni reconnaissance, même en cas d'échec)
Activation Réussie (P. AR Ire) **Épicurien**	**A** = État de curiosité « libre » idéalisé **R** = Attrait pour la contemplation, le laisser-vivre	Epicurien Positiviste Distancié	Faire à son rythme Prendre la vie du bon côté Etre spontané, authentique Positiver, être optimiste Valoriser la nature et le naturel
Activation Empêchée (P. AE Ire)	**A** = État de curiosité	Intellectuel Autonome Responsable	Expliquer, démontrer Innover inventer

Novateur	« orientée » idéalisé **E** = Attrait pour la réflexion, l'analyse		— Concevoir, abstraire — Nuancer, relativiser — Responsabiliser
Fuite Réussie (P. FR Ire) **Animateur**	**F** = Idéalisation du mouvement idéalisé **R** = Attrait pour le changement	Mobile Créatif Ludique	— Voyager, bouger, faire du sport — Aborder les inconnus — Vendre, animer — Créer, jouer, plaisanter — Prendre des risques
Fuite Empêchée (P. FE Ire) **Gestionnaire**	**F** = Idéalisation de l'échec du mouvement **E** = Attrait pour le fait de se cacher, pour le surplace et le stockage	Gestionnaire Anticipateur Collectionneur	— Gagner de l'argent, du temps — Gérer, organiser, classer, trier — Faire de ses mains, bricoler — Simplifier, faciliter l'ergonomie — Développer la sécurité, la qualité
Lutte Réussie (P. LR Ire) **Stratège**	**L** = Idéalisation de la lutte et de la conquête d'autrui **R** = Attrait pour le fait de fédérer, compter sur autrui	Stratège Fédérateur Éclectique	— Diriger, orchestrer, décider — Déléguer, accoucher les talents — Etre raffiné, élégant, bien éduqué — Avoir du tact, de la délicatesse — Faire ou recevoir des cadeaux

Lutte Empêchée (P. LE Ire) **Compétiteur**	**L** = Idéalisation de l'échec de la lutte et de la conquête d'autrui **E** = Attrait pour les challenges individuels, ne compter que sur soi	Indépendant Compétiteur Original	— Relever des défis — Etre bref, clair et précis, factuel — Se dépasser, dépasser les limites — Valoriser le mérite, l'effort — Avoir de l'esprit critique, être original
Inhibition Réussie (P. IR Ire) **Affectif**	**I** = Idéalisation de l'apitoiement **R** = Attrait pour les rapports doux respectant la fragilité et pour le fait de se faire protéger	Sociable Affectif	— Assister, seconder — Agir en équipe, partager — Séduire, plaire, se faire protéger — Créer le lien, accueillir — S'occuper des enfants, éduquer
Inhibition Empêchée (P. IE Ire) **Solidaire**	**I** = Idéalisation de l'échec de l'apitoiement **E** = Attrait pour le service rendu à ceux qui en ont vraiment besoin	Généreux Infatigable Disponible	— Donner, être généreux, serviable — Rester simple, modeste, discret — Etre disponible, scrupuleux — Aider les démunis, les exclus — Faire les tâches ingrates, pénibles

TABLEAU II.1

Les personnalités dites « primaires » du modèle TNC (motivations durables)

Les 8 personnalités	Les origines	Antivaleurs	Aversions comportementales

secondaires	4 états émotionnels réussis (R) ou empêchés (E)		**Ce qui nous *déplaît* le plus, que nous *évitons* autant que possible et même que nous *détestons***
Activation Réussie (P. AR Ire) **Épicurien**	**A** = État de curiosité « libre » idéalisé **R** = Attrait pour la contemplation, le laisser-vivre	Pessimisme Résignation Violence Exigences sociales Réflexion complexe	Dramatiser Compliquer, détailler Agresser, être violent Être excessif, extrémiste Mentir, être hypocrite
Activation Empêchée (P. AE Ire) **Novateur**	**A** = État de curiosité « orientée » idéalisé **E** = Attrait pour la réflexion, l'analyse	Irrationalité Irresponsabilité Compétition	Manquer de logique Exagérer, simplifier, déformer Affirmer sans preuve Critiquer, polémiquer Être irresponsable
Fuite Réussie (P. FR Ire) **Animateur**	**F** = Idéalisation du mouvement idéalisé **R** = Attrait pour le changement	Contrainte Rigueur Conflit Répétition	Répéter, réciter S'imposer, insister Être sérieux, expliquer, prouver Rester immobile, sédentaire Dire non, affronter
Fuite Empêchée (P. FE Ire) **Gestionnaire**	**F** = Idéalisation de l'échec du mouvement	Imprévu Insécurité Action sociale	Prendre des risques Perdre de l'argent

	E = Attrait pour le fait de se cacher, pour le surplace et le stockage		— Vivre le provisoire, le précaire — Vivre l'incertitude, l'imprévu — Vivre dans le désordre
Lutte Réussie (P. LR Ire) **Stratège**	**L** = Idéalisation de la lutte et de la conquête d'autrui **R** = Attrait pour le fait de fédérer, compter sur autrui	Dysharmonie Rupture de « contrat » ou d'engagement Laisser-aller Instabilité Marginalité	Trahir sa parole Etre petit, mesquin Détruire l'action commune Passer à l'action, produire S'emporter, manquer de retenue
Lutte Empêchée (P. LE Ire) **Compétiteur**	**L** = Idéalisation de l'échec de la lutte et de la conquête d'autrui **E** = Attrait pour les challenges individuels, ne compter que sur soi	Infériorité Médiocrité Inefficacité Naïveté Inefficacité Politesses « superflues »	Se résigner, abandonner Être banal, ordinaire Être faible, dépendant Manquer d'esprit critique Être lent, inefficace
Inhibition Réussie (P. IR Ire) **Affectif**	**I** = Idéalisation de l'apitoiement **R** = Attrait pour les rapports doux respectant la fragilité et pour le fait de se faire protéger	Rejet, exclusion Initiative Autonomie Technicité Méchanceté Ambition personnelle	Se mettre en avant, se valoriser Agir seul, devoir décider Gérer les machines, la technique Être persévérant Être abandonné, rejeté

Inhibition Empêchée (P. IE Ire) **Solidaire**	**I** = Idéalisation de l'échec de l'apitoiement **E** = Attrait pour le service rendu à ceux qui en ont vraiment besoin	Égoïsme Prétention Abus de pouvoir Méchanceté Inactivité, superflu	Gaspiller, se soucier de soi Être privilégié, égoïste Refuser une demande d'aide Être à charge, incapable d'aider Être inutile, improductif

TABLEAU II.2
Les personnalités secondaires (motivations fragiles, dépendantes du résultat et de la reconnaissance)

Le modèle que nous proposons présente une distinction entre les personnalités dites « réussies » et les personnalités dites « empêchées ». Cette appellation est issue du fait que le nourrisson puisse intégrer son état ainsi que le fait que cet état ait pu conduire à un succès ou à un échec. Imaginons un nouveau-né en état de Lutte, commençant à être crispé, en colère et criant parce qu'il a faim : si l'environnement répond à son besoin à cet instant, il peut engrammer le fait que son état à ce moment-là est source de bénéfice, il peut compter sur l'entourage, ce qui le prédispose à une structure de Lutte en état réussi. En revanche, si son état de Lutte perdure et que l'environnement ne répond que tardivement aux besoins de l'enfant (situation d'échec), celui-ci peut engrammer un état de Lutte quelque peu différent, teinté du fait de ne pas compter sur l'environnement mais plutôt sur soi, de manifester une certaine ténacité, etc. Dans ce cas, nous avons préféré parler d'état « empêché » plutôt qu'en échec car l'individu tend, par la suite, à « idéaliser » ce comportement et ressent un plaisir dans ce comportement au contraire d'un quelconque sentiment de défaite. En effet, d'un point de vue darwiniste, nous imaginons mal qu'un comportement, si tôt, puisse être annihilé par un jeu de récompense/punition, car le nourrisson a besoin d'être proactif pour faire entendre ses besoins, apprendre du monde et ainsi survivre. Ceci expliquerait l'idéalisation des comportements du nourrisson. Ce que nous appelons une P. Ire en Lutte Empêchée, par exemple,

éprouve du plaisir à faire une action seule, à relever des défis, à aller au bout d'elle-même.

Les aspects théoriques et pratiques de ce modèle sont développés dans d'autres ouvrages (Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit.).

Annexe 3
Elsa :
cas de TOC traité par thérapie du Positionnement Grégaire

Lefrançois & Fradin

1. Cadre théorique

1.1. Genèse des Troubles Obsessionnels Compulsifs : théories

Le DSM IV-TR (APA, 2004) décrit le trouble obsessionnel compulsif (TOC) comme un trouble anxieux caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions qui entraînent un sentiment de souffrance et/ou une perturbation et une perte de temps significatives (plus d'une heure par jour) dans la vie de l'individu. Ces comportements sont excessifs et ne sont pas reliés de façon rationnelle à l'événement qu'ils sont censés empêcher.

1.2. Liens entre assertivité et TOC

Les patients TOC présentent des troubles de comorbidité variés et fréquents (Welkowitz**, Struening, Pittman,** Guardino, & Welkowitz, 2000 ; Crino & Andrews, 1996). Dans ce cadre, nous avons pu noter, au travers de notre expérience clinique et de la littérature, que les patients TOC avaient des caractéristiques communes avec les

patients présentant des troubles de l'assertivité. Partant de notre expérience sur ce type de trouble (cf. Fradin & Fradin, 2006 ; Lefrançois, Van Dijk, Bardel, Fradin, & El Massioui, 2011a), nous avons souhaité explorer le lien entre assertivité et TOC, et tester l'impact de nouveaux exercices destinés à traiter un trouble dit de « soumission » sur des patients atteints de TOC.

Liens entre assertivité et phobie sociale

Nous avons exploré les troubles de l'assertivité qui semblaient liés au rapport de l'individu au groupe selon une dimension dominance-soumission (Fradin & Fradin, 2006). Le comportement assertif a été défini comme permettant à une personne « d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres » (Alberti & Emmons, 2008). Les troubles de l'assertivité se présentent comme un défaut (manque de confiance en soi, défaut d'affirmation de soi, inhibition, soumission, dépression) ou un excès (violence, manipulation, dominance) de ce type de comportement (Romano & Bellack, 1980 ; Ames, 2008). Certains auteurs ont présenté les troubles de soumission comme comparables à ceux observés chez les patients souffrant de phobie et d'anxiété sociales (Hofman, Heinrichs & Moscovitch, 2004). Selon certains auteurs, ces comportements de soumission auraient été destinés, d'un point de vue phylogénétique, à maintenir une hiérarchie sociale primitive, mais s'avéreraient pathologiques chez l'homme (Trower & Gilbert, 1989).

Nous avons classé – d'après nos observations cliniques et la littérature (Alberti & Emmons, 2008 ; Romano & Bellack, 1980 ; Ames, 2008 ; DSM-IV-TR, 2004) – l'ensemble des comportements et représentations cognitives caractéristiques de la dominance et de la soumission sur un axe (cf. **Figure 2.3**). La représentation sur cet axe suppose un continuum entre ces deux types de comportements, le comportement assertif (non pathologique) se situant au milieu. Nous avons appelé la position d'un individu sur cet axe le « Positionnement Grégaire ». Nous avons divisé l'axe de dominance/soumission en 11 niveaux d'intensité et de manifestation de ces comportements (cf. **Figure 2.3**).

L'observation clinique tend à montrer que le Positionnement Grégaire d'un individu se maintient à un niveau moyen comme s'il était sous l'influence d'un phénomène d'autorégulation intrinsèque (DSM-IV-TR, 2004). Un individu présentant par exemple un niveau moyen de soumission -2 d'après notre échelle d'évaluation (Lefrançois *et al.*, 2011a ; de Chalvron *et al.*, in revision), pourra manifester des fluctuations cycliques entre -3 et -1. Ceci implique que l'intensité de soumission d'un individu diminuera lors d'un événement heureux ou agréable, mais qu'il se produira ce qui pourrait être interprété comme un effet rebond quelques heures ou jours plus tard. Cet effet sera d'autant plus manifeste si l'écart est important ou prolongé ou si l'individu lutte au quotidien par la volonté pour limiter l'impact du PG dans sa vie sociale. À l'inverse, un événement négatif peut provoquer momentanément une augmentation de la soumission puis un retour au niveau initial, indépendamment de toute amélioration de la situation. Cet effet rebond semble destiné à faire revenir l'intensité de soumission à son niveau moyen initial, de façon à maintenir le positionnement G de l'individu et ainsi la stabilité sociale.

Traitement des troubles du positionnement grégaire et TOC

Les exercices dits de Positionnement Grégaire (PG) que nous proposons sont destinés à pallier les troubles de soumission et augmenter le PG progressivement et suffisamment pour qu'il n'y ait pas de retour au niveau moyen initial. Nous formulons l'hypothèse qu'un changement durable de PG sans effet rebond devrait permettre de modifier le PG de façon stable.

Notre expérience clinique nous a permis de constater que chez l'humain, soumis et dominants exécutent fréquemment des « rituels comportementaux et sociaux » comme s'excuser sans raison, être d'un perfectionnisme anxieux et scrupuleux, ou au contraire s'arroger des droits, déstabiliser autrui, etc. produisent des commentaires intérieurs propres à chaque niveau d'intensité. Nous avons fait l'hypothèse, d'après ces observations, que ces stéréotypes pouvaient non seulement être symptomatiques du positionnement grégaire (PG) mais avoir aussi un rôle actif dans son

maintien. Nous avons supposé qu'une inversion durable de ce positionnement pourrait permettre un traitement des troubles associés à la soumission. Nous avons donc élaboré des exercices comportementaux et cognitifs sous forme de jeux de rôles caricaturaux, constituant une forme « d'antidote » du comportement de soumission. Ces exercices ont déjà montré des effets bénéfiques sur une population de patients montrant des troubles de la soumission et de phobie sociale (cf. Lefrançois *et al.*, 2011a). Or comme évoqué précédemment, nous avons pu constater que les commentaires et pensées des patients TOC (Hout & Kindt, 2004) semblaient de même nature que ceux des patients présentant de la soumission (commentaires notamment liés à des sentiments de culpabilité, de responsabilité et d'infériorité irrationnels ; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds & Thorpe, 2000 ; Mancini & Gangemi, 2004 ; Shafran, Watkins & Charman, 1996 ; Yao, 1995 ; Weiner & Mohl, 1996). En effet, des commentaires tels que « *la douleur est due à un horrible sentiment de culpabilité : j'ai commis un acte inconcevable, criminel* »[1] (Rapoport, 2001) associés à aucun acte répréhensible, peuvent être constatés aussi bien chez des individus dits « soumis », que TOC. Au vu de ces observations, nous avons souhaité étudier l'impact des exercices de PG sur les symptômes TOC.

Dans ce cadre, une patiente présentant des TOC de vérification a accepté de participer à notre étude exploratoire. Nos hypothèses étaient que les exercices de PG peuvent diminuer l'anxiété et éventuellement les obsessions associées aux comportements TOC.

2. Étude de cas : Elsa

2.1. Description du cas clinique

Elsa est de sexe féminin et travaille en tant que consultante/formatrice. Elsa, au commencement de l'étude thérapeutique, avait 27 ans. Cette patiente a suivi, préalablement à notre étude, une thérapie cognitive classique pour traiter ses TOC.

Les compulsions d'Elsa consistaient essentiellement à vérifier la fermeture des portes (portes de voiture, d'appartement, de lieu de travail) ou du gaz. Chaque vérification durait un quart d'heure à une heure par jour. Ses obsessions, quant à elles, duraient toute la journée et portaient sur le fait de risquer d'être cambriolée ou de causer un cambriolage qui aurait pu porter préjudice à sa colocataire, ou à l'entreprise dans laquelle elle travaillait. Elle craignait également de créer un dommage irréparable comme la mort de ses voisins en laissant le four allumé, etc. Globalement ses obsessions et compulsions étaient axées sur la crainte de causer une perte matérielle (financière) ou un dommage physique la concernant, mais encore plus concernant autrui. Ces comportements ont débuté suite à quelques déconvenues financières et à l'interruption d'une relation amoureuse. Elsa a dit n'avoir jamais ressenti de tendance à l'anxiété ou au TOC avant ces événements. Ses TOC ont commencé environ 6 mois avant notre étude. Par ailleurs Elsa, avant de commencer l'étude, se plaignait des cauchemars et attaques de panique nocturnes quotidiens. Elle craignait également que son manque de sommeil impacte la qualité de son travail pendant la journée.

2.2. Protocole expérimental

Matériel

a) Questionnaires

Mesure des TOC : l'Inventaire de Padoue (Sanavio, 1988 ; Bouvard & Cottraux, 2005), est un questionnaire d'auto-évaluation comportant 60 items qui décrivent des pensées ou des comportements de type obsessionnel et compulsif. Cette échelle met en évidence un score total et les sous-scores de contrôle affaibli sur les conduites mentales, de contamination, de vérification et d'inquiétude concernant le contrôle moteur.

Mesure du Positionnement Grégaire : L'Inventaire de Positionnement Grégaire (IPG) est un questionnaire d'auto-évaluation comprenant 24 questions destinées à évaluer l'intensité

des comportements de soumission et 26 questions destinées à évaluer l'intensité des comportements de dominance. Deux scores globaux de soumission et de dominance sont recueillis, ainsi que cinq sous-scores correspondant aux différents niveaux de soumission et 5 sous-scores correspondant aux niveaux de dominance. La validation de ce questionnaire étant en cours (de Chalvron, in revision), il a été utilisé à titre indicatif.

b) Exercices de Positionnement Grégaire (PG)

Ces exercices consistent à jouer consécutivement cinq rôles. Chaque rôle dure environ une minute. Le sujet doit orienter son discours sur une situation ou un objet particulier qui lui pose problème (par exemple une personne ou un type de situation avec lesquels il peut être mal à l'aise, ou qui concernent ses obsessions et compulsions).

Le premier jeu de rôle consiste à caricaturer un personnage soumis en plein affolement, exprimant tout ce qu'il redoute, s'agitant dans tous les sens, mais peu crédible aux yeux du sujet lui-même (théâtralisation). Nous demandons à l'individu de jouer ce personnage comme s'il était un dominant qui imiterait et ridiculiserait de façon plus ou moins grossière un individu soumis dans un accès d'affolement. Cet exercice est souvent générateur de rire et permet d'induire, par son excès, une prise de recul.

Le deuxième jeu de rôle consiste à jouer un personnage dominant et caricatural (debout, torse bombé), moqueur, voire cruel à l'égard du personnage joué en premier. Nous avons pu observer que le jeu de ce personnage est facilité et amplifié dès lors qu'il est précédé du premier jeu de rôle : il semble que celui-ci permette une forme « d'effet balançoire » ou effet rebond facilitant la réalisation du second jeu de rôle. Ce deuxième rôle aurait comme une fonction « antidote » des comportements liés à la soumission.

Le troisième jeu de rôle consiste en une « petite sorcière » qui insuffle à l'individu tous les commentaires qu'il peut se faire et qui l'amènent à culpabiliser et donner raison à ses TOC. Ce personnage caricatural permet au patient de considérer les commentaires qu'il se fait comme issus d'un système autonome, faisant partie de lui mais qui ne correspondent pas à la réalité. La « petite sorcière »

serait en quelque sorte le dominant ou le bourreau « intérieur » de l'individu soumis, qui le dévalorise et le culpabilise, le poussant ainsi un peu plus à se soumettre. Ceci pourrait constituer la forme atténuée de la « voix intérieure » décrite dans les délires mélancoliques (DSM-IV-TR, 2004). Au même titre que le premier jeu de rôle, ce troisième jeu de rôle caricaturerait cette dimension « métacognitive » et « autopunitive » de la soumission, dans la finalité d'induire un effet rebond émotionnel et un recul cognitif.

Le quatrième jeu de rôle consiste à adopter de nouveau l'attitude d'un dominant, mais qui cette fois-ci se moquerait du troisième personnage, le transformant en personnage de bande dessinée qui ferait rire les enfants. Ce quatrième « personnage », qui est en fait le même que le deuxième mais se moquant du troisième, présenté comme la seconde partie du soumis (et constitue ainsi un « faux dominant »), se complaît à déclarer qu'il n'a peur de personne et prend plaisir à faire peur à tout le monde.

La cinquième étape de l'exercice n'est pas à proprement parler un « jeu de rôle » et ne demande pas d'adopter une attitude extrême. L'individu doit simplement recenser les engagements qu'il tente de tenir, se les approprier et prendre du recul par rapport aux commentaires qu'il peut se faire et qui lui causent du trouble.

Méthodologie

Nous avons souhaité réaliser un protocole de type ABA'B'[2] de quatre fois quatre semaines. Ce type de protocole propose de commencer par une phase sans traitement durant laquelle nous établissons des mesures à l'aide de questionnaires, de façon à réaliser une ligne de base des symptômes du patient. Malheureusement la patiente, en raison de sa détresse, a souhaité débuter la thérapie au plus tôt. Pour des raisons éthiques il nous a été difficile de refuser la thérapie à la patiente ne fut-ce que le temps de la réalisation de la ligne de base qui devait durer 4 semaines. Nous avons donc été contraints de réaliser une seule mesure pour la ligne de base. Pour les mêmes raisons, la phase À'intermédiaire sans traitement n'a duré que 3 semaines au lieu de 4. Les phases ABA'B'ont donc duré 11 semaines en tout. À la suite de l'étude, Elsa a proposé de continuer les exercices et les évaluations après la

dernière phase B'. Cette phase non prévue initialement a été nommée « phase B'' » et a duré 14 semaines. Trois ans après ces phases, nous avons réalisé 3 évaluations afin de voir l'impact à long terme des exercices. Nous appellerons cette dernière phase la phase C.

L'évaluation de la patiente a été réalisée une fois par semaine. Chaque évaluation a comporté la passation de l'Inventaire de Padoue et de l'Inventaire de Positionnement Grégaire, excepté lors de la phase C. Lors de cette dernière phase nous n'avons fait passer que l'Inventaire de Padoue, pour déranger la patiente de façon minimale.

a) Phases de traitement B, B'et B''

Lors des phases B et B', la patiente a réalisé les exercices en moyenne deux fois par jour. Le thérapeute a eu un contact téléphonique trois fois par semaine avec la patiente : la patiente effectuait les exercices, et au besoin le thérapeute ajustait le discours des exercices. Les événements, bons ou mauvais, qu'elle a vécus à ce moment de sa vie ont été notés dans un carnet de bord, afin de recueillir ce qui pouvait éventuellement moduler l'impact des exercices. Lors de la phase B'', nous avons continué à réaliser des évaluations périodiques, mais le suivi thérapeutique s'est espacé (une fois tous les 15 jours en moyenne).

b) Phase sans traitement A'

Lors de la phase A', un contact téléphonique a été réalisé trois fois par semaine, afin de recueillir les événements de vie de la patiente et de réaliser les évaluations.

Phases	Phase A	Phase B	Phase A	Phase B	Phase B	Phase C
Nombre de mesures	1 mesure	4 mesures	3 mesures	4 mesures	14 mesures	3 mesures
t	t0	t1 à t4	t5 à t7	t8 à t11	t12 à t25	t26 à t28
Traitement correspondant	Phase sans exercices, située juste avant les premiers exercices	4 semaines de traitement, un à deux exercices par jour, suivi 3 fois par semaine	3 semaines sans traitement, suivi 3 fois par semaine	4 semaines de traitement, un à deux exercices par jour, suivi 3 fois par semaine	14 semaines de traitement, un à deux exercices par jour, suivi 1 fois par semaine	3 semaines sans suivi d'exercices, 3 ans après la phase B''
Questionnaires	Padoue, IPG	Padoue, IPG	Padoue, IPG	Padoue, IPG	Padoue, IPG	Padoue

TABLEAU III.1

Récapitulation des mesures et phases correspondantes, durant l'étude de cas d'Elsa

2.3. RÉSULTATS

Nous avons réalisé une analyse descriptive des phases, comme il est de rigueur pour une étude de cas. Nous avons ajouté à cela une corrélation entre la variable temps T à 29 modalités et les variables dépendantes de mesure (toutes phases de traitement confondues), afin d'avoir un ordre d'idée quant à la tendance générale de l'évolution des symptômes. Les variables dépendantes qui ont été mises en corrélation avec la variable temps sont donc les suivantes :

- *Variable Padoue* (P), à 4 modalités : score total de Padoue (p_1), sous-score Mental activity control (p_2), sous-score Contamination

(p_3), sous-score Checking (p_4), sous-score Motor behavior control (p_5) ;

- *Variable Positionnement Grégaire Soumis* (G) à une modalité : score total de Positionnement grégaire soumis (g_1).

Nous avons également pris en compte, dans l'analyse des corrélations, la variable indépendante *période de traitement* (D) à 2 modalités (avec traitement d_1, sans traitement d_2).

Par ailleurs, nous noterons que certains événements « importants » pour la patiente, positifs ou négatifs, sont survenus lors de l'étude et ont pu influencer son évolution. Une liste des événements les plus importants est présentée ci-dessous :

T	Événements
Entre t0 et t1	Elsa a peur que des choses qu'elle a dites à propos d'une amie soient colportées ; problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir, cauchemars).
Entre t1 et t2	Elsa part en vacances et culpabilise de cela (elle s'inquiète de ne pouvoir voir tous ses amis durant ses vacances).
Entre t1 et t4	Commencement des exercices ; la vérification des serrures ne prend plus que 5 à 15 min par jour par serrure. Elsa ne songe plus à ses obsessions pendant la journée.
Entre t4 et t7	Période sans traitement, Elsa recommence à ne pas dormir et à faire des cauchemars ; elle doit prendre à nouveau 20 min pour fermer chaque porte, mais n'y pense toujours pas pendant le reste de la journée.
A t7	Ses TOC et son anxiété ont suffisamment repris pour qu'elle prenne de nouveau ponctuellement un anxiolytique. Elle demande à reprendre les exercices « parce qu'elle n'en peut plus », selon ses propos.
A t8	Son compagnon lui demande de vivre avec elle. Elle l'annonce à sa colocataire qui semble accueillir la chose sans trop d'enthousiasme. Elsa culpabilise de cela.
A t9	Elsa reprend ponctuellement des anxiolytiques, présente de la culpabilité vis-à-vis du fait d'habiter chez son compagnon, elle a l'impression de s'imposer chez lui ; elle culpabilise aussi vis-à-vis du fait de chercher un nouveau travail car elle souhaite

	désormais s'affirmer en choisissant une profession plus conforme à ses aspirations, elle se culpabilise donc « d'abandonner » ses collègues ; tout va « trop bien » selon elle et cela l'angoisse (superstition).
Entre t12 et t13	Période d'installation chez son compagnon ; elle a mis une heure pour fermer la maison, parce qu'elle partait en vacances ; mais par ailleurs elle dit se sentir bien, estimer que tout va bien dans sa vie, être heureuse dans son travail et dans sa vie sentimentale.
Entre t13 et t14	Elle réduit de nouveau sa durée de fermeture des portes à 5 à 10 min.
A t17	Son compagnon lui fait part de la difficulté qu'il a à gérer au quotidien ses TOC. Elsa culpabilise donc et recommence à manifester des attaques de panique.
Entre t22 et t25	Son compagnon lui reproche à nouveau ses TOC ; elle appréhende la rentrée et son nouveau travail ; à t24 elle est sollicitée pour être témoin à un mariage bientôt ; elle dit accumuler par ailleurs le stress de ses proches (son frère passe un examen bientôt, et son ami prépare un gros événement).
Entre t26 et t28	Phase C, mesures effectuées trois ans après l'étude : la patiente déclare n'avoir plus de problèmes de TOC. Elle dit faire des exercices de PG de temps en temps quand elle en ressent le besoin. Ils présentent chaque fois bénéfice immédiat.

TABLEAU III.2

Synthèse des évènements survenus dans la vie d'Elsa durant la thérapie

Évolution des scores du Padua Inventory (TOC)

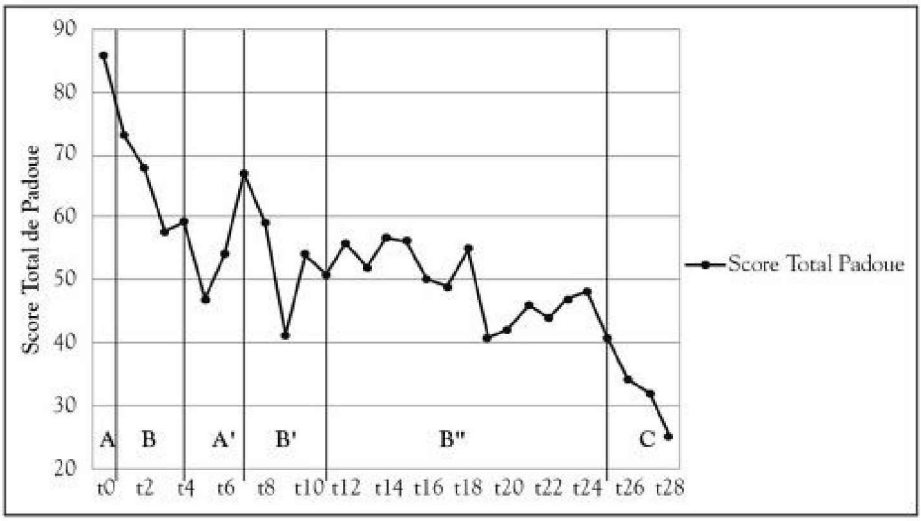


FIGURE III.1
Évolution de l'intensité du Score Total Padoue (TOC) d'Elsa durant l'étude

D'un point de vue descriptif, nous pouvons observer que la courbe de la figure III.1 montre une inflexion au fur et à mesure du temps, ce qui correspond à une diminution globale des symptômes de TOC. Cette inflexion se manifeste dès le commencement des exercices (t1), pour ne jamais atteindre à nouveau une valeur aussi haute qu'à t0. Lors de la phase A'(sans exercices), la courbe continue de diminuer après une première semaine sans exercices (t5) pour ensuite remonter et créer un pic juste avant la reprise des exercices. La courbe s'infléchit à nouveau dès la reprise des exercices (t8) et continue de diminuer très progressivement en comportant quelques oscillations entre la phase B'et B''. La diminution des symptômes s'est accentuée lors de la phase C, c'est-à-dire 3 ans après l'étude, alors même que la pratique des exercices s'est largement espacée.

La moyenne du score total de Padoue (p_1) lors des phases avec exercices (phases B, B', B'' et C) est de m_{p1d1} = 49,52 (sd_{p1d1} = 10,8), et de m_{p2d2} = 63,5 (sd_{p2d2} = 17, 14) lors des phases sans exercices. Le score total Padoue le plus élevé est à t0 (s_{p1+} = 86). Sur l'ensemble des mesures, le score le plus faible de 25 apparaît à t28.

Nous observons une corrélation négative entre la variable temps (T) et la variable Score total Padoue ($r_{t.p1}$ = −0,74 ; *p < 0.000*), toutes phases confondues. Ce résultat indique que ce score diminue au fur et à mesure que le temps avance.

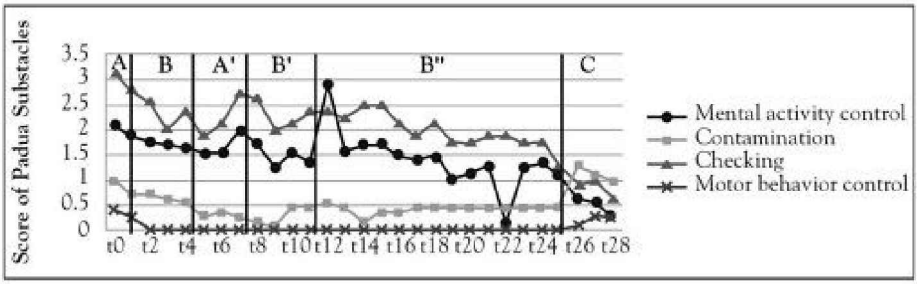


FIGURE III.2
Évolution des sous-scores d'Elsa à l'Inventaire de Padoue (TOC) lors de l'étude

D'un point de vue descriptif, nous remarquons que la courbe de scores p_2 (figure III.2, *Mental activity control*) montre globalement une diminution au fur et à mesure du temps, correspondant à une diminution des symptômes de TOC. Nous notons cependant deux pics sortant de l'allure générale de la courbe : à t7 (dernière mesure effectuée lors de la phase A') et à t12 (avant de partir en vacances). Un creux est observé également à t22 (période d'événements à la fois positifs et négatifs, cf. **Tableau III.2**). La moyenne des scores p_2 lors des phases avec exercices (B, B', B'' et C) est de m_{p2d1} = 1,4 (sd_{p2d1} = 0,58), tandis qu'elle est de m_{p2d2} = 1,8 (sd_{p2d2} = 0,29) lors des phases sans exercices (A et A'). Nous observons une corrélation négative entre la variable temps (T) et la variable p_2 ($r_{t.p2}$ = −0,54 ; *p<0.004*), toutes phases confondues (A, A', B, B'et C). Ce résultat indique que le score manque de contrôle sur l'activité mentale diminue au fur et à mesure que le temps avance.

La courbe de scores p_4 (figure III.2, *Checking*) montre également une diminution globale au fur et à mesure du temps, correspondant à une diminution des symptômes de TOC. Nous notons, comme pour la courbe p_2, deux augmentations des scores aux alentours des

moments t7 et t12. La moyenne des scores p_4 lors des phases avec exercices (B, B', B'' et C) est de m_{p4d1} = 1,96 (sd_{p4d1} = 0,55), tandis qu'elle est de m_{p4d2} = 2,5 (sd_{p4d2} = 0,57) lors des phases sans exercices (A et A'). Nous observons une corrélation négative entre la variable temps (T) et la variable p_4 ($r_{t.p4}$ = −0,73 ; *p<0.000*), toutes phases confondues (A, A', B, B', B'' et C). Ce résultat indique que le score de vérification de Padoue diminue au fur et à mesure que le temps avance.

Les deux autres courbes de sous-scores (p_3, *Contamination* ; p_5, *Motor Behavior Control*) de l'Inventaire de Padoue montrent globalement des scores plutôt bas, une légère inflexion suite à t0, puis une relative stabilité jusqu'à t26 où les scores augmentent (phase C). Nous noterons que ces deux sous-scores ne présentent aucune corrélation avec la variable Temps (T).

Evolution du score de Positionnement Grégaire (IPG)

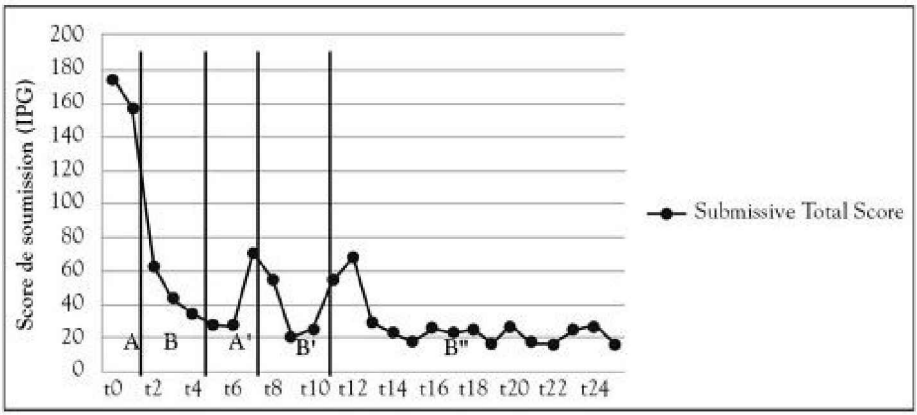


FIGURE III.3
Évolution du score total de soumission (IPG) d'Elsa durant l'étude

Nous observons que la courbe du score total de soumission d'Elsa (g_1, cf. Figure III.3) montre une inflexion très importante entre t0 (point le plus haut de la courbe, s_{g1+} = 175) et t6. Par la suite,

nous remarquons que la courbe présente une relative stabilité jusqu'à t25, excepté aux alentours de t7 (dernière mesure réalisée en phase A') et t11 (période d'installation chez son compagnon), où nous remarquons à nouveau deux pics. Le score de soumission le plus bas s'observe à t19 et à t25 ($s_{g1_}$ = 16). La moyenne du score total de soumission lors des phases avec exercices (phases B, B', B'') est de m_{g1d1} = 36,6 (sd_{g1d1} = 31,1), et de m_{g1d2} = 75 (sd_{g1d2} = 69,6) lors des phases sans exercices. Nous observons une corrélation négative entre la variable temps (T) et la variable score total de soumission ($r_{t.\ g1}$ = - 0,62 ; *p<0.001*), toutes phases confondues (A, A', B, B', B''). Ce résultat indique que le score total de soumission diminue au fur et à mesure que le temps augmente.

Corrélations entre questionnaires

Il est à noter que les sous-scores de Padoue corrèlent avec les différents sous-scores de soumission de l'IPG (corrélations de l'ordre de 0,75 < r < 0,92 ; *p< 0.00001*). Par ailleurs, la corrélation entre les deux scores totaux de Padoue et de l'IPG est de : $r_{p1.g1}$ = 0,86 (*p< 0,00001*).

3. Discussion

3.1. Tendances observées

La présente étude de cas visait à évaluer l'effet de nouveaux exercices cognitifs et comportementaux sur les troubles obsessionnels et compulsifs. Les résultats montrent que ces nouveaux exercices dits de Positionnement Grégaire, destinés initialement à traiter les troubles de soumission, semblent avoir permis la diminution des symptômes TOC chez Elsa (cf. scores de Padoue). À l'inverse, nous avons pu remarquer une augmentation importante des symptômes TOC lors de la phase sans exercices (phase A'). Quelques autres ré-acutisations des symptômes apparaissent lors des phases avec exercices, mais celles-ci sont de moindre importance et ne perturbent pas l'allure globale de la

courbe (cf. **Figures III.1 et III.2**). Ces augmentations correspondent dans le calendrier de la patiente à l'occurrence d'événements importants à ses yeux, qu'ils soient de valence positive ou négative. Cette observation est conforme au modèle de la soumission qui dramatise aussi bien les échecs que les succès, en raison de la superstition. D'un point de vue statistique, la corrélation entre la variable temps et l'évaluation des symptômes TOC confirme la tendance générale de la diminution des symptômes TOC au fur et à mesure de la thérapie. Par ailleurs, les résultats obtenus à l'aide de l'échelle de soumission IPG présentent une évolution comparable à celle des scores TOC (cf. Figure III.3). Nous avons pu également observer que les scores de soumission montraient des corrélations significatives très importantes avec les différents scores de l'inventaire de Padoue, ce qui laisse supposer que les deux types de comportements évalués pourraient être liés.

3.2. Liens entre le concept de PG et les TOC

Il serait possible d'attribuer la diminution des symptômes observée dans cette étude à la passation répétitive des questionnaires. Cependant, le fait que les symptômes varient nettement en fonction des phases de traitement exclut cette hypothèse. Notons également que la tendance des résultats présentés ici n'est pas isolée. En effet, les résultats de deux autres études de cas nous ont permis d'observer les mêmes tendances (Lefrançois *et al.*, 2011b)[3].

D'après certains auteurs (Zermatten, Van Der Linden & Ceschi, 2008 ; Carr, 1974), les cognitions ou métacognitions[4] à connotation de dévalorisation déclencheraient les obsessions des TOC, elles-mêmes conditionnant l'apparition des compulsions. Les exercices de PG semblant permettre de diminuer ces cognitions, nous avons supposé qu'ils pouvaient bénéficier à des patients présentant des TOC. Pour Elsa, la culpabilité et la crainte de causer un cambriolage, de causer la mort de ses voisins, etc., a manifestement diminué voire disparu en faisant ses exercices, et nous avons également pu constater une diminution de ses compulsions.

Si l'hypothèse de l'implication de la soumission dans les symptômes TOC se vérifiait, elle poserait la question de savoir si la

soumission peut être la cause totale ou partielle des symptômes TOC et pas seulement une comorbidité. Nous pourrions également nous interroger sur la spécificité du TOC : pourquoi la soumission se manifesterait-elle parfois sous la forme d'un TOC ? Ou encore pourquoi le TOC est-il davantage focalisé sur certaines craintes et compulsions, souvent assez stables chez chaque patient, plutôt que sur d'autres ?

4. Conclusion

Les résultats que nous avons obtenus avec Elsa ainsi qu'avec d'autres patients (cf. Lefrançois *et al.*, 2011b) nous laissent penser que les exercices de Positionnement Grégaire peuvent avoir un effet bénéfique sur les TOC. Cette hypothèse est actuellement étudiée sur de plus amples groupes de patients et en comparaison à l'effet d'autres techniques de thérapie comportementale et cognitive (ERP, techniques d'affirmation de soi de la 3e vague de TCC). Les exercices de Positionnement Grégaire sont, d'un certain point de vue, assimilables aux techniques d'affirmation de soi. Cependant, une différence notable existerait dans le fait que les personnages à caractère « dominant » des exercices de PG sont plus moqueurs, acerbes et peu soucieux de l'issue positive des événements (eu égard aux caractéristiques du dominant, qui tend à s'en prendre aux plus faibles et à croire que rien ne peut lui arriver), qu'ils ne sont plus particulièrement imposants et orgueilleux dans les personnages de thérapie classique. En effet, la dominance est sommairement assimilable aux tendances perverses et narcissiques : elle conduit l'individu à prendre plaisir à déstabiliser les plus faibles et à croire que rien ne peut lui arriver. L'étude sur des groupes d'individus devrait permettre de confirmer ou non ces hypothèses, et si oui d'approfondir les raisons de l'impact des exercices de PG sur les TOC. Cette étude pourrait aussi nous renseigner sur la capacité ou non de ces exercices à créer une synergie avec d'autres types de thérapies. Il serait par ailleurs intéressant d'étudier l'effet des exercices de PG sur les troubles comorbides associés aux TOC.

5. Bibliographie

ALBERTI, R. & EMMONS, M. (2008). *Your perfect right.* San Luis Obispo : Impact Press.

AMES, D. (2008). In search of the right touch : interpersonal assertiveness in organization life. *Current Directions in Psychological Science,* 17(6) : 381-5.

BOUVARD, M. & COTTRAUX, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.

CARR, A.T. (1974). Compulsive neurosis : a review of the literature. *Psychological bulletin*, 81, 311-318.

CRINO, R. & ANDREWS, G. (1996). Obsessive compulsive disorder and axis I co-morbidity. *Journal of Anxiety Disorders,* 10:37-46.

de CHALVRON, S., LAFAYE, A., VAN DIJK, A., LEFRANÇOIS, C., MONFARDINI, E., EL MASSIOUI, F., FRADIN, J. (In revision). Effects of submissive and assertive behaviors on depression and anxiety : Psychometric properties of the Submissive Behavior Scale and of the Assertive Behavior Scale. *Psychological Assessment*.

DSM-IV-TR (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.

DSM-IV (1996) *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Washington, DC : American Psychiatric Association.

FRADIN, J. & FRADIN, F. (2003-2006). *Personnalités et Psychophysiopathologie*. Paris : Publibook Université.

HOFMAN, S., HEINRICHS, N. & MOSCOVITCH, D. (2004). The nature and expression of social phobia : toward a new classification. *Clinical Psychology Review,* 24(7):769-97.

HOUT, M. & KINDT, M. (2004). Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effect of perseverative behavior on experienced uncertainty. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiartry,* 35, 165-181.

LEFRANÇOIS, C., VAN DIJK, A., BARDEL, M-H., FRADIN, J. & EL MASSIOUI, F. (2011a). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 17-23.

LEFRANÇOIS, C., GALMICHE, Z., VAN DIJK, A., EL MASSIOUI, F. & FRADIN, J. (2011b). *A new assertiveness based therapy applied to*

OCD. Poster presented at the 41st Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapy (EABCT), Reykjavik, Iceland.

MANCINI, F., & GANGEMI, A., (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*, 109-120.

Rapoport, J. (2001). *The Boy Who Couldn't Stop Washing : The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder.* New York : New American Library.

ROMANO, J. & BELLACK, A. (1980). Social validation of a component model of assertive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 48 : 478-90.

SALKOSKIS, P.M., WROE, A.L., GLEDHILL, A., MORRISON, N., FORRESTER, E., RICHARDS, C., REYNOLDS M. & THORPE, S. (2000) Responsability attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38, 347-372.

SANAVIO, E. (1988). Obsessions and compulsions : the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy,* 26, 169-177.

SHAFRAN, R., WATKINS, E. & CHARMAN, T. (1996). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 509-516.

TROWER, P. & GILBERT, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9:19—35.

WEINER, M.F. & MOHL, P.C. (1996). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI* – Sixth edition. Williams & Wilkins.

WELKOWITZ, L. A., STRUENING, E. L., PITTMAN, J., GUARDINO, M. & WELKOWITZ, J. (2000). Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 471-482.

YAO, S-N., (1995). *Étude comparative de l'interprétation sur les pensées intrusives chez des sujets obsessionnels-compulsifs et chez des sujets normaux*. Mémoire du DEA de psychologie, Université 2 de Lyon-Lumière, France.

ZERMATTEN, A., VAN DER LINDEN, M. & CESCHI, G. (2008). Une approche cognitive du trouble obsessionnel-compulsif. In M. Van Der Linden & G. Ceschi (Eds.), *Traité de psychopathologie*

cognitive. Etats psychopathologiques, Tome II. Marseille : Solal, p 109-168.

Annexe 4
Hypofonctionnement ou « Hypo » ou CAES

Fiche synthétique

1. Définition

Le comportement Hypo est un comportement automatique d'évitement. Cet « interdit » est d'origine grégaire (Néolimbique), ce qui le différencie de la phobie (comportement automatique d'origine Paléolimbique/Instinctive). Ceci signifie que l'Hypo se constitue dans le cadre de rejets sociaux (ridiculisation, rejet, dévalorisation de la part de proches perçus comme dominateurs mais non menaçants), c'est pourquoi on le nomme aussi, de façon plus descriptive, Comportement Automatique d'Évitement Social (CAES). La phobie, en revanche, se constitue plutôt au contact de menaces physiques (par exemple lors d'un enfermement...) ou d'animaux considérés comme potentiellement prédateurs ou dangereux en termes de survie/intégrité corporelle.

L'Hypo dit « **basique** » porte sur des contenus de type objet ou comportement.

L'Hypo dit « **méta** » porte sur une façon d'agir (par exemple une façon de danser spécifique, une façon de chanter, etc.).

2. Critères de contenant d'Hypo

A. La Résonance = sans implication de l'individu

Vécus : ils ont en commun une aversion avec adhésion cognitive. Du plus adhérent au moins adhérent :

1. agacement, mépris, sensation d'être face à de la bêtise, sentiment grégaire de supériorité (résonance en Lutte)
2. gêne, malaise, fou-rire, sensation d'être face au ridicule (résonance en Fuite)
3. admiration avec émotion, envie de pleurer avec sensation de beauté, de sublime (résonance en Inhibition)

B. L'Affrontement = avec implication de l'individu

1. Apaisement immédiat après évitement
2. Vécus et comportements d'affrontement : ils ont en commun une aversion avec adhésion cognitive. Du plus adhérent au moins adhérent :
   a. l'agacement, le mépris, le dégoût
   b. la gêne, le malaise, le ridicule, la honte
   c. l'émotion avec sensation de sublime

   Peuvent s'y ajouter à des degrés divers :

   d. *l'ennui mortel, la sensation de glauque,*
   e. *le sentiment d'absurde, le sentiment d'inutilité,*
   f. *le blanc mental, l'absence de créativité*

C. Les Critères (limbiques) généraux : fixité/reproductibilité, spécificité

3. Diagnostic d'Hypo

Hypo = soit A(1 ou 2 ou 3) + C
soit B(1 + (2a ou 2b ou 2c)) + C

4. Diagnostics différentiels de l'Hypo

4.1. Hypo, Hyper et RH

Évitement et apaisement immédiat

En Hypo, l'évitement est automatique avec apaisement immédiat. En RH, l'évitement est volontaire et non suivi d'apaisement immédiat.

Réversibilité

En Hypo, il y a réversibilité au sens où la résonnance d'hypo se manifeste indépendamment de l'individu (soi ou autrui) qui réalise l'action. Cette réversibilité existe toujours sur le paramètre actif, même en Hypo-méta, mais dans ce dernier cas elle est un critère difficile : le comportement Hypo concerne une certaine façon de faire, par exemple maladroite, et non le fait que ce soit moi ou l'autre.

En Hyper et en RH, il n'y a pas réversibilité, en ce sens que ces comportements se manifestent essentiellement si c'est soi *ou* autrui qui adopte un comportement nourrissant ou déclenchant l'Hyper ou la RH. Il y a donc dissymétrie (ce qui est valable pour soi ne l'est pas forcément pour l'autre) et personnification du problème (la RH est interprétée comme étant causée par un individu et non comme un mécanisme interne).

4.2. Hypo et phobie

Hypo et phobie sont des évitements automatiques avec apaisement immédiat. La particularité de l'Hypo est qu'il s'inscrit dans la dimension grégaire NL(les vécus associés sont la crainte du ridicule, le sentiment de honte), tandis que la phobie s'inscrit dans celle de la survie (les vécus sont la peur, l'angoisse de mort ou pour l'intégrité physique).

4.3. Évitement

L'évitement lié à l'Hypo est fixe et spécifique, ce qui le différencie de :

- l'évitement de la Fuite, qui est global et fluctuant (Instinctif)

- l'évitement du PGS et du PGM qui sont plus globaux et fluctuants (Paléolimbique)
- l'évitement intelligent : pour lequel il n'y a pas de Stress et l'individu est en « Mode Mental Préfrontal ou Adaptatif » (voir fiche Gestion des Modes Mentaux).

5. Contenu de l'Hypo : recherche des paramètres actifs

5.1. Recherche des paramètres actifs comportementaux et cognitifs

Les tests qui suivent sont plus faciles, plus productifs, plus fiables et plus confortables lorsqu'ils sont testés avec des Résonances (et non avec des vécus ou comportements d'affrontement où l'individu a beaucoup de malaise et un vide mental...).

Deux méthodes :

- À l'aide de questions ouvertes :
  - descriptives : quoi, quand, comment, où, avec qui (questions permettant de préciser le stimulus)
  - explicatives : pourquoi (questions permettant de préciser les motivations conscientes du comportement)
- À l'aide de questions fermées et analytiques :
  - on teste un à un tous les « paramètres actifs d'hypo » imaginables (descriptifs puis explicatifs). Nous appelons « paramètres actifs d'Hypo » (ou Hypo) tous les paramètres qui déclenchent des symptômes de Résonance.

5.2. Identification de sous-paramètres à partir de plusieurs Résonances (phase analytique de la modélisation)

- Questions ouvertes : on demande directement au patient s'il identifie un ou des paramètres communs entre les divers

contenants d'Hypos identifiés, ré-énoncés l'un après l'autre ou deux à deux (répétés plusieurs fois et lentement)

- Questions fermées analytiques : on teste chaque paramètre en tant que sous-paramètre possible d'un autre paramètre.
  Outre leur caractère ouvert ou fermé sur l'Objet (*i. e.* sur le fond, le Contenu), les questions doivent être fermées sur le Contenant (*i. e.* sur la forme). Ainsi :
- elles doivent systématiquement contenir l'incise suivante et s'adresser précisément à la réponse faite à la question précédente : « *Qu'est-ce qui vous agace (ou vous gêne ou vous émeut, suivant les cas) dans cette situation ou attitude ?* »
- « *Pourquoi cela vous agace-t-il (ou vous gêne ou vous émeut, suivant les cas) dans cette situation ou attitude ?* »
- « *Ce que vous venez de décrire, pourquoi cela vous agace-t-il (ou vous gêne ou vous émeut, suivant les cas)* ? »
- Etc.

On s'assure ainsi de bien rester toujours sur le Contenant d'Hypo, sans glisser vers d'autres contenants !

Résultat

Pour définir un seul et même Hypo à partir de plusieurs Résonances, il faut parvenir à identifier un paramètre actif commun et fixe quel que soit le type de Résonance (en Fuite, en Lutte ou en Inhibition).

Cas particulier

Notons le cas particulier où des **paramètres dits « modulateurs »** modifient l'intensité ou le type de la Résonance ou du vécu d'affrontement du paramètre actif. Ces paramètres modulateurs provoquent ainsi la bascule d'un type de résonance vers l'autre.

- Exemple : les meilleures interprétations de la Callas émeuvent un patient mais ses échecs le gênent ou l'agacent. On parlera de sous-paramètre commun si l'on met par exemple en évidence que ce sont « ses audaces » qui déclenchent les diverses Résonances précédemment décrites. En revanche, si la beauté l'émouvait et la dysharmonie l'agaçait, on décrirait deux

paramètres actifs distincts : la beauté et la dysharmonie. Il y aurait ainsi deux Hypos différents.

Autrement dit, **l'ajout ou non d'un paramètre modulateur** ne modifie pas la présence d'une Résonance ou le vécu d'affrontement mais **en modifie simplement l'intensité ou le type**.

À l'inverse, **l'ajout ou la suppression d'un paramètre actif fait apparaître ou disparaître la Résonance ou le vécu d'affrontement**[1].

Par contre, **une seule Résonance peut contenir plusieurs paramètres actifs** (donc la technique de recherche de paramètre actif par élimination de paramètres ne peut suffire) : il faut tester isolément chaque paramètre évoqué par une recherche de Résonance. L'apaisement immédiat après l'évitement dans l'Hypo rend cette méthode pertinente (et permet de faire un diagnostic différentiel vis-à-vis d'un « évitement » de RH).

6. Test diagnostic de l'Hypo

Toute identification de paramètre ou de sous-paramètre supposé actif doit, là encore, être validée par un test de Résonance :

- sur le concept considéré (exemple : « Que ressentez-vous devant l'effronterie en général ? »)
- sur des situations particulières totalement extrapolées : on « ré-injecte » du paramètre actif dans une autre situation totalement décalée par rapport à celle qui a déclenché la Résonance décrite ou observée (exemple : « Que pensez-vous des skieurs de "l'impossible" ? »).

7. Conclusion

L'identification des paramètres actifs d'Hypo est déterminante pour la Phase Thérapeutique parce que :

- l'Hypo est au centre de la thérapie NC,

- le travail d'affrontement cognitif et comportemental est considérablement approfondi et renforcé par cette identification,
- la Phase de Stratégie Thérapeutique, qui peut éviter un enlisement du travail et même quelques faux pas (aggravation de sonnettes notamment) dépend essentiellement de la qualité de l'identification des paramètres et sous-paramètres actifs. Celle-ci permet la lisibilité des forces en présence (Hypos) et de leurs interactions (entre elles et avec les Hypers et la RH),
- l'exploration des Résonances est facile, indolore et de surcroît les symptômes sont immédiatement réversibles (à la différence de la RH).

Annexe 5
Paramètres modulateurs de l'affrontement de l'Hypo

Fiche synthétique

1. Définition

On appelle paramètre modulateur d'affrontement le (ou les) facteur(s) qui active(nt) ou modère(nt) la réaction de contenant induite par l'affrontement du paramètre actif telle qu'elle est définie en TNC. Cette réaction peut être un des trois États de Stress (Fuite, Lutte, Inhibition) ou un Hypo, un Hyper et une Répression d'Hyper (RH). Connaître et gérer ces paramètres modulateurs est important en TNC en général (à l'égard de tout contenant) mais particulièrement en ce qui concerne les Hypos, notamment dans le but d'accentuer ou de limiter le vécu d'affrontement au cours de la phase thérapeutique comportementale.

2. Identification des paramètres modulateurs

2.1. Paramètres modulateurs activateurs

Ils augmentent l'intensité de l'affrontement au paramètre actif précédemment identifié : ils sont tout ce qui expose la « voilure au vent de l'affrontement ».

En ce qui concerne l'Hypo :

- un **ralentissement, un arrêt sur image** de l'exercice
- la **durée** de l'exercice (plusieurs minutes sans défausse jusqu'à l'apaisement complet ou pour le moins une diminution significative de l'intensité du malaise d'affrontement)
- l'**absence de défausse** ou d'évitement (rire, clins d'œil, rupture d'exercice, commentaires ludiques, blasés, voire désobligeants, vis-à-vis de l'exercice ou du thérapeute) devant un personnage imaginaire, le thérapeute, une seule personne réelle, un groupe, l'interlocuteur réel
- le **regard** baissé, latéral, qui regarde la bouche de l'interlocuteur, puis ses yeux
- le **bruit** (voix de plus en plus forte jusqu'au cri)
- la **diversité** des sons (grave/aigu, modulations, accents, chant, sons divers)
- le volume, les **mouvements** de plus en plus amples, diversifiés, complexes,
- l'**expressivité**, l'émotion visible, les gémissements et râles
- la **vraisemblance**, la crédibilité du personnage joué, improvisation progressive (du langage imaginaire à l'invention),
- les attitudes et les positions **bizarres**, ridicules
- l'atypie, l'originalité, le caractère « **déclassé** » socialement
- l'**excès**, l'outrance du personnage ou de l'attitude joués (sans défausse)
- le **dérangement** occasionné aux autres par l'exercice

2.2. Paramètres modulateurs freinateurs

- Ils réduisent l'intensité de l'affrontement au paramètre actif précédemment identifié : ils sont tout ce qui réduit la « voilure au vent de l'affrontement » :
- permettre un peu de **défausse** voire d'évitement (rire, clins d'œil, rupture d'exercice, commentaires), tout en cherchant progressivement à permettre un affrontement continu, même très atténué, le **bruit** (voix de moins en moins forte jusqu'au murmure presque inaudible)

- la **diversité** des sons (aplatissement de l'amplitude grave/aiguë, des modulations, voix parlée sans accent)
- immobilité ou volume des **mouvements** de faible amplitude, peu diversifiés, symétriques,
- peu ou pas d'**expressivité**, d'émotion visible,
- peu ou pas de **vraisemblance**, de crédibilité du personnage joué (texte « plat et mort », dicté par le thérapeute, attitude figée)
- peu ou pas d'attitudes et positions **bizarres**, ridicules
- peu ou pas d'atypie, d'originalité, de caractère « **déclassé** » socialement ou sous forme excessive et ludique (genre guignol = défausse)
- éviter l'**excès**, l'outrance du personnage ou de l'attitude joués (en permettant un peu de défausse)
- éviter tout **dérangement** occasionné aux autres par l'exercice, même imaginaire (déranger les voisins, etc.)

Seule exception à la règle de la réduction des paramètres modulateurs, on a intérêt à ne pas trop abréger la durée de l'exercice (plusieurs minutes jusqu'à une réduction légère, voire minime, de l'intensité du malaise d'affrontement) en jouant plutôt sur les autres paramètres modulateurs.

Annexe 6
Hyperfonctionnement ou « Hyper »

Fiche synthétique

1. Définition

L'Hyper est un comportement de substitution d'un comportement A interdit, ce dernier étant appelé Hypo. L'Hyper constitue un mécanisme automatique soumis aux lois de la cybernétique des systèmes autorégulés. Dans ce cadre, l'objectif du comportement A (Hypo) est inconscient, peu apparent, inassumable. À l'inverse l'objectif du comportement B (Hyper) constitue l'objectif manifeste, apparent et permettant à l'individu d'accéder indirectement à l'objectif « caché » du comportement A.

Les aberrations apparentes du comportement Hyper sont liées au fait que le comportement B (conscient ou apparent) subit en fait un paramètre directeur invisible (l'objectif inconscient de A) qui explique les ambivalences visibles de B. On observe alors, parmi les caractéristiques du comportement B :

- un désir intense initial (par carence chronique de satisfaction de A) ;
- puis une insatisfaction malgré un « bon résultat apparent » (puisque le comportement B ne peut remplacer et combler idéalement le comportement et l'objectif de A) ;
- et enfin une anxiété par anticipation liée aux échecs antérieurs (privation de l'objectif) et éventuellement à la perception latente

des inadaptations et approximations engendrées par le caractère automatique, impérieux et incontrôlable de l'Hyper.

2. Critères de contenant d'Hyper

A. Les Ambivalences

Ces ambivalences se traduisent notamment par des tensions internes, une incohérence et/ou instabilité dans le temps, un désir intense et un enthousiasme initiaux, jusqu'à fébrilité, exaltation, impatience et :

1. anxiété par anticipation par peur de l'échec (après expérience(s) malheureuse(s)), allant jusqu'à abandon de l'objectif B par auto-Répression d'Hyper ;
2. puis, si succès (insatisfaction malgré un bon résultat apparent, allant jusqu'à l'ennui, le désintérêt, le mépris... puis changement accéléré d'objet, papillonnage
3. ou, si manque (désir exacerbé, incontrôlable malgré le caractère douloureux (avec toutefois risque de RH)
4. ou alternance avec Répression d'Hyper

B. L'Intrusivité de la cognition *ET* du comportement

C. Les Vécus et comportements

1. tendance « obsessionnelle » et « compulsive »
2. impétuosité des désirs, permanente inflation/exagération, esprit de compétition, jalousie,
3. non-réversibilité, « égoïsme », mauvaise foi, esprit « mauvais joueur »

D. Les Critères limbiques généraux : fixité/reproductibilité, spécificité

3. Diagnostic d'Hyper

Hyper = soit A (1 ou 2 ou 3 ou 4) + D
soit B + C (1 ou 2 ou 3) + D

4. Diagnostics différentiels de l'Hyper

L'Hyper, qui est une fixation sur la possession d'un objet, est à distinguer de :

1. l'Hypo, qui est une fixation sur un principe ;
2. un vécu de stress associé à « l'état d'esprit » d'une relation, perçue comme amicale ou hostile
3. la dominance, qui est un comportement associé à une posture vis-à-vis d'autrui (en termes de rapport de force), et de ce fait non associé à un objet spécifique.

5. Contenu de l'Hyper : recherche des paramètres actifs

5.1. Recherche des paramètres actifs comportementaux et cognitifs

Tous les tests suivants sont plus faciles, plus productifs, plus fiables et plus confortables lorsqu'ils sont testés avec la recherche d'ambivalence : Désir + Anxiété d'Anticipation

Deux méthodes :

1. Questions ouvertes :

- descriptives : quoi, quand, comment, où, avec qui (ces questions précisent le stimulus)
- explicatives : pourquoi (ces questions précisent les motivations conscientes du cpt)

2. Questions fermées analytiques :

- on teste un à un tous les paramètres actifs d'Hyper (ou « Hypers ») imaginables (descriptifs puis explicatifs), c'est-à-dire tous ceux qui déclenchent un contenant d'Hyper.

5.2. Identification de sous-paramètres à partir de plusieurs contenants d'Hyper (phase analytique de la modélisation)

1. Questions ouvertes :

- on demande directement au patient s'il identifie un ou des paramètres communs entre les divers contenants d'Hyper identifiés, ré-énoncés l'un après l'autre ou deux à deux (répétés plusieurs fois et lentement)

2. Questions fermées analytiques :

- on teste chaque paramètre en tant que sous-paramètre possible d'un autre paramètre.

Résultat

Pour définir un seul et même Hyper à partir de plusieurs contenants, il faut parvenir à identifier un paramètre actif commun et fixe quel que soit le type de contenant d'Hyper observé (exaltation, insatisfaction, désir douloureux, etc.).

À l'inverse, un seul contenant d'Hyper peut contenir plusieurs paramètres actifs (donc la technique de recherche de paramètre actif par élimination de paramètre ne peut suffire) : il faut tester isolément chaque paramètre évoqué par une recherche de contenant.

6. Test diagnostic de l'Hyper

Toute identification de paramètre ou de sous-paramètre supposé actif doit être validée par un test de contenant sur :

- le concept considéré (exemple : « *Aimez-vous rendre service en général ?* »)
- des situations particulières totalement extrapolées : on ré-injecte du paramètre actif dans une autre situation totalement décalée par rapport à celle qui a déclenché la Résonance décrite ou observée (exemple : « *Aimeriez-vous travailler aux "Restos du cœur" ?* »).

7. Conclusion

- L'identification des paramètres actifs des Hypers est moins « vitale » que celle des Hypos, puisqu'il n'en découle pas de conséquences thérapeutiques aussi majeures.
- Le principal intérêt est la clarification des modélisations et donc une meilleure stratégie.

Annexe 7
Répression d'Hyperfonctionnement ou RH

Fiche synthétique

1. Définition

La Répression d'Hyper (RH) appartient au « syndrome Hyper », dont elle constitue un stade évolutif (cf. l'anxiété par anticipation, l'intolérance à l'échec, l'ambivalence, etc.). En pratique, soit des phases de RH alternent avec des phases d'Hyper au gré des événements, soit la RH peut finir par devenir l'aboutissement naturel de l'Hyper « vieillissant », problématique et/ou « maltraité ».

La RH est une répression consciente et plus ou moins volontaire de comportements Hypers perçus comme douloureux, préjudiciables ou dangereux. Il existe donc différentes catégories de RH qui dépendent de l'origine de celle-ci : échec, culpabilisation (par les autres ou par une prise de conscience personnelle du caractère intrusif de l'état), « raisons raisonnables » plus ou moins tolérées. La RH peut finir de bloquer une bonne partie de ce qui ne l'était pas par les Hypos, à savoir les Hypers. Elle peut survenir à tous les âges, à la différence de l'Hypo qui se constitue dans l'enfance.

2. Critères de contenant de la RH

A. Les Ambivalences

Elles correspondent à une douleur morale par « auto-interdit » avec :

1. tentative d'évitement volontaire sans apaisement immédiat ;
2. antécédent de désir intense et d'enthousiasme initiaux (Hyper)
3. alternance avec phases Hyper

B. L'Intrusivité de la cognition *ET* du comportement

C. Les Vécus et comportements

1. amertume, aigreur, rancune, traumatisme moral, pseudo-phobie de l'agressivité (« RH d'échec »)
2. vécu de culpabilité (« RH morale »)
3. résignation « pseudo-raisonnable » et douloureuse (« RH raisonnable »)

D. Les Critères limbiques généraux : fixité/reproductibilité, spécificité

3. Diagnostic de RH

Répression d'Hyper = soit 1 (a ou b ou c) + 4
soit 2 + 3 (a ou b ou c) + 4

4. Diagnostics différentiels de RH

1. Diagnostic différentiel entre **RH** et **Hypo :**

La RH produit un évitement « actif » au sens où il doit être volontaire. L'évitement qui apparaît dans l'Hypo est plus automatique et n'est pas une décision active de la part du patient. Par ailleurs, l'évitement de l'Hypo donne lieu à un apaisement immédiat, ce qui n'est pas le cas de la RH, pour laquelle il y a une rémanence des symptômes même après évitement.

2. Diagnostic différentiel entre **RH** et personnalité dite de « **Lutte Empêchée** » (LE) ou compétitrice (cf. fiche personnalités) :

La RH se distingue de la LE du fait qu'elle confère à l'individu une tendance à l'intrusivité et porte sur un objet fixe et spécifique.

5. Contenu de la RH : recherche des paramètres actifs

5.1. Recherche des paramètres actifs comportementaux et cognitifs :

Tous les tests suivants sont plus faciles, plus productifs, plus fiables et plus confortables lorsqu'ils sont testés avec la recherche de douleur morale non apaisée par l'évitement

Deux méthodes :

a. Questions ouvertes :

- descriptives : quoi, quand, comment, où, avec qui (ces questions précisent le stimulus)
- explicatives : pourquoi (ces questions précisent les motivations conscientes du comportement)

b. Questions fermées analytiques :

- on teste un à un tous les paramètres imaginables (descriptifs puis explicatifs), et l'on considère comme paramètres actifs de RH tous ceux qui déclenchent un Contenant de RH.

5.2. Identification de sous-paramètres à partir de plusieurs contenants de RH (phase analytique de la modélisation)

c. Questions ouvertes :

- on demande directement au patient s'il identifie un ou des paramètres communs entre les divers contenants d'Hyper identifiés, ré-énoncés l'un après l'autre ou deux à deux (répétés plusieurs fois et lentement)

d. Questions fermées analytiques :

- on teste chaque paramètre en tant que sous-paramètre possible d'un autre paramètre.

Résultat

Pour définir une seule et même RH à partir de plusieurs contenants, il faut parvenir à identifier un paramètre actif commun et fixe quel

que soit le type de contenant de RH observé.

À l'inverse, un seul contenant de RH peut contenir plusieurs paramètres actifs (donc la technique de recherche de paramètre actif par élimination de paramètre ne peut suffire) : il faut tester isolément chaque paramètre évoqué par une recherche de contenant. Dans le cas particulier de la RH, cette méthode s'avère le plus souvent difficile en raison du caractère rémanent de la RH lorsqu'elle est déclenchée.

Test diagnostic de la RH

Toute identification de paramètre ou de sous-paramètre supposé actif doit être validée par un test de contenant sur :

- le concept considéré
- des situations particulières totalement extrapolées : on ré-injecte du paramètre actif dans une autre situation totalement décalée par rapport à celle qui a déclenché la Résonance décrite ou observée.

6. Conclusion

- L'identification des paramètres actifs de la RH est à utiliser avec parcimonie, et non seulement « pour voir », car elle est douloureuse et déclenche des crises parfois graves, lesquelles ne cèdent pas à l'évitement (elles durent parfois des jours, des semaines en raison d'un simple faux-pas thérapeutique).
- Elle se pratique essentiellement en cours de phase thérapeutique cognitive sur la RH, de telle sorte que l'on puisse avoir le temps et les moyens d'apaiser les douleurs que l'on déclenche.
- L'intérêt de cette identification est important (bien plus que pour les paramètres de l'Hyper) car elle permet l'affinement du difficile travail cognitif sur la douleur de la RH et la clarification des modélisations. Ainsi donc une meilleure stratégie.

Annexe 8
Relations à considérer entre les Hypers et Hypos

Fiche synthétique

1. Généralités

Devant tout Hyper, on est en droit de se demander quel est son rôle, puisque l'objectif apparent et/ou conscient ne constitue pas pleinement l'objectif réel. Quel est donc l'Hypo qui le sous-tend ? Cela est essentiel en TNC si l'on souhaite par exemple désamorcer un Hyper ou une RH.

Rappel sur les relations fonctionnelles entre Hypo et Hyper :

L'Hyper est un comportement automatique de substitution B d'un comportement interdit A : l'Hypo. En d'autres termes, c'est une façon indirecte d'obtenir A totalement ou partiellement, ou pour le moins des avantages indirects qui découlent de A.

Mathématiquement parlant :

- B contient A ($B \subset A$)
- si l'on provoque plusieurs substitutions de A (par technique de blocages successifs des différentes valeurs de B, soit B1 puis B2 puis B3… Bx), A appartient à l'intersection de B1, B2, B3… Bx
- A est le paramètre directeur de B, en termes de système autorégulé, qui est à l'origine du caractère Hyper de B. Donc supprimer A, c'est supprimer le caractère Hyper de B.

2. Trouver l'Hypo de l'Hyper

A. Identification de l'objectif inconscient de l'Hyper à partir des Hypos connus

Si l'on a déjà identifié chez un patient quelques Hypos et que l'on souhaite savoir s'ils peuvent être reliés à un Hyper ou une RH gênants, on peut se demander quel est le (ou les) objectif(s) Hypo (A) qui peut(vent) être obtenu(s) par cet Hyper (B). On peut ensuite confirmer les hypothèses par les méthodes 3, 4 ou 5.

B. Technique de recherche de l'actif du passif

Puisque l'Hypo est un comportement interdit, et ainsi une action bloquée, l'Hypo est souvent le « versant actif » d'un comportement passif, notamment lorsque l'Hyper est un comportement de demande ou d'attente. On peut donc tester un exercice d'affrontement du ou des comportements actifs miroirs du comportement Hyper passif (B) : si l'hypothèse est exacte, on observe un vécu d'affrontement d'Hypo.

C. Technique de blocage imaginaire de l'Hyper (de l'objet conscient ou apparent B)

Si l'on bloque imaginairement un Hyper B1, le patient propose ordinairement un deuxième Hyper B2. Si on le bloque aussi, on obtient peut-être un troisième Hyper B3, etc. Lorsque le patient a tari ses capacités de substitution, il éprouve alors un vécu d'affrontement d'Hypo avec blanc mental.

Après un moment de silence, il est toutefois souvent possible d'obtenir quelques bribes de contenu cognitif ou comportemental de l'Hypo, lorsque celui-ci n'est pas trop puissant. Cela est ordinairement suffisant pour que l'enquête puisse se poursuivre par la recherche de résonances d'Hypo.

On peut faciliter la conscientisation de l'Hypo par des questions supposant sa suppression, soit : « qu'est-ce que cela changerait dans la vie du patient, dans sa capacité d'action ? ». Rappelons-nous qu'un Hypo est le blocage d'un comportement autrement dit

d'une action. On n'est pas en Hypo « de manque d'affection par exemple », on est en Hypo de ne pas pouvoir demander, proposer, savoir accepter, penser, agir, décider... Par exemple :

« Que se passerait-il si vous ne pouviez plus obtenir de reconnaissance affective (suppression de B) ?

— La vie n'aurait plus de sens pour moi (vécu d'affrontement d'Hypo).

Je crois que je me laisserais dépérir. »

On voit que l'Hyper B permet ici la survie : le sujet ne peut rien faire pour lui-même, il doit impérativement obtenir l'affection d'autrui pour que son action soit possible ou tout du moins ne soit pas associée à un violent vécu d'Hypo (sentiment d'absurde, de non-sens, d'ennui mortel...).

L'Hypo peut être confirmé par un test de Résonance :

Que ressentez-vous devant un navigateur solitaire ou un ermite ?

— De l'admiration sans bornes. Je suis en Inhibition.
— Et devant un vieil "ours" misanthrope ?
— Du mépris. »

Attention : le blocage d'Hyper doit être imaginaire et évoquer des situations où la satisfaction de l'Hyper est impossible et non le résultat d'un échec ou d'un rejet, sinon on provoque une RH et non un affrontement d'Hypo.

D. Technique du recoupement des Hypers (complémentaire de la technique précédente)

Dans l'hypothèse où l'Hypo n'a pu être identifié par cette technique de blocage imaginaire de l'Hyper, on peut tenter de « localiser » l'Hypo selon le principe du recoupement.

En effet, $B1 \subset A$, $B2 \subset A$, $B3 \subset A$, etc. Donc A appartient à l'intersection de B1, B2, B3... Bx.

La question à se poser est donc de savoir quel est l'invariant, le point commun, plus précisément l'objectif **non explicite** commun, le bénéfice secondaire commun entre B1, B2, B3... Bx, qui pourrait constituer ou contenir A ?

E. Technique de suppression de l'objectif inconscient (A)

On peut supprimer l'objet inconscient A de l'Hyper B (B – A) si l'on suspecte un Hypo connu d'être l'Hypo de l'Hyper : on obtient alors un désamorçage du caractère Hyper (le Contenant) sans pour autant faire de « barrage d'Hyper » visible. Le sujet manifeste alors le sentiment curieux d'un « manque » indéfini, d'une sorte de « manque de calories mentales » qui fait décrocher l'attraction liée à l'Hyper.

Hypofonctionnement	Hyperfonctionnement	Répression d'Hyper (RH)
A. Sans implication = la résonance Vécus : point commun = **aversion avec adhésion cognitive**. Du + au – adhérent : **(1) agacement**, mépris, sensation d'être face à de la bêtise, sentiment grégaire de supériorité (résonance en Lutte) **(2) gêne**, malaise, fou-rire, sensation d'être face au ridicule (résonance en Fuite) **(3) admiration** avec émotion, envie de pleurer avec sensation de beauté, de sublime (résonance en Inhibition) **B. Avec implication = affrontement** **(1)** apaisement immédiat après évitement **(2)** vécus et comportements d'affrontement. Point commun = **aversion**	**A. Ambivalences (« poulie des Hypers » = tensions internes, incohérence et/ou instabilité dans le temps) : désir intense et enthousiasme initiaux**, jusqu'à fébrilité, exaltation, impatience **et** : **(1) anxiété d'anticipation** par peur de l'échec (après expérience(s) malheureuse(s)), allant jusqu'à abandon par auto-Répression d'Hyper (voir fiche RH) **(2)** puis **si succès** è **insatisfaction malgré un bon résultat apparent**, allant jusqu'à l'ennui, le désintérêt, le mépris, puis changement accéléré d'objet, papillonnage **(3)** ***ou*** puis **si manque** è **désir exacerbé,** incontrôlable malgré	**A. Ambivalences : douleur morale (voir 3) par auto-interdit avec :** **(1)** tentative d'évitement volontaire sans apaisement immédiat **(2)** antécédent de désir intense et d'enthousiasme initiaux (Hr) **(3)** alternance avec phases Hr **B. Intrusivité de la cognition et/ou du comportement** **C. Vécus et comportements :** **(1) amertume**, aigreur, rancune, traumatisme moral, pseudo-phobie de l'agressivité (« RH d'échec ») **(2)** vécu de **culpabilité** (« RH morale ») **(3) résignation** « pseudo-raisonnable » et douloureuse (« RH raisonnable ») **D. Critères limbiques généraux : fixité/reproductibilité, spécificité**

avec adhésion cognitive. Du + au – adhérent : **(a)** l'agacement, le mépris, le dégoût **(b)** la gêne, le malaise, le ridicule, la honte **(c)** l'émotion avec sensation de sublime **(d)** le sentiment d'absurde, le sentiment d'inutilité, l'ennui mortel **(e)** le blanc mental, l'absence de créativité **C. Critères limbiques généraux : fixité/reproductibilité, spécificité**	le caractère douloureux (avec toutefois risque de RH) **(4)** ***ou*** alternance avec **Répression d'Hyper** (voir fiche RH) **B. Intrusivité de la cognition et du comportement** **C. Vécus et comportements :** **(1)** tendance « **obsessive** » et « **compulsive** » (de la forme banale jusqu'au TOC) **(2) impétuosité** des désirs, permanente inflation/exagération, esprit de compétition, jalousie **(3) non-réversibilité**, « égoïsme », mauvaise foi, esprit « mauvais joueur » **D. Critères limbiques généraux : fixité/reproductibilité, spécificité**	
soit A (1 ou 2 ou 3) + C **soit B (1 + 2 (a ou b ou c ou d ou e)) + C**	**soit A (1 ou 2 ou 3 ou 4) + D** **soit B + C (1 ou 2 ou 3) + D**	**soit A (1 ou 2 ou 3) + D** **soit B + C (1 ou 2 ou 3) + D**

TABLEAU VIII.1

Tableau de synthèse des diagnostics et traitements d'Hypo, d'Hyper et RH

Cette technique permet :

- de vérifier, en dimension réelle, la relation exacte entre l'Hyper B et l'Hypo A

- de désamorcer un Hyper potentiel sur le thérapeute ou la thérapie (comparable au transfert freudien) sans aborder le sujet et sans risquer de mettre le patient en RH
- de se protéger, plus généralement, préventivement et curativement, des Hypers intrusifs (d'où l'intérêt, en communication neuro-cognitive et comportementale, de gérer la « suppression d'objet occulte »)

Annexe 9
Positionnement Grégaire (PG)

Fiche synthétique

1. Définition

Le Positionnement Grégaire (PG) peut être défini comme l'ensemble des comportements relatifs à la confiance irrationnelle et spontanée en soi ou en l'autre, et au rapport de force. Il comprend quatre polarités ou profils répartis sur deux dimensions : la dimension Dominance/Soumission (PGD/PGS) et la dimension Marginalité/Intégration (PGM/PGI). Ces comportements engagent des instincts de survie, au travers par exemple de la peur de mourir et la peur de la violence, sans qu'il y ait obligatoirement de raison. Ces comportements sont supposés être mis en œuvre par des territoires cérébraux anciens d'un point de vue phylogénétique (notamment la zone amygdalienne, « paléolimbique »).

2. Critères de contenant de PG

1. Le PG détermine la confiance spontanée et irrationnelle en soi et/ou en les autres
2. Le PG focalise les préoccupations (fascination et crainte) sur :
   a. Le rapport de force (pratiqué et/ou redouté) avec confrontation (« gagnant/perdant »)
   b. Le pouvoir et ses attributs (argent, autorité...), même « mal acquis » (par exemple selon un mode social clanique ou tribal)
   c. La violence « gratuite », la perversion, l'arbitraire, l'injustice
3. Le PG présente une stéréotypie majeure (cognitive/émotionnelle/comportementale/sociale) :
   a. Croyances de type « magique » (Ex. : toute puissance du PGD ou PGI, superstition du PGS...) ;
   b. Rituels sociaux à la fois symptômes et causes du PG (Ex. : « bagout » du PGD, culpabilité du TOC *du PGS... Esthétique voyante « bling-bling » du PGD, « gourou » du PGI, inquiétante du PGM... ou absente du PGS...*
   c. Tendance autocentrée :
      i. perception très dégradée/biaisée
      ii. insensibilité *(PGD/à la souffrance des autres ; PGS/à sa propre souffrance ; PGM/aux autres en général ; PGI :*

dans le sens où il croit en une pseudo-perception des autres, qui est en réalité projective…)

4. Fonctionnement :
   a. Global, fluctuant (excepté le PG « disloqué »), non spécifique (par opposition au NL dont les Contenus sont spécifiques et fixes).
   b. Présente des symptômes paradoxaux (par rapport à l'apprentissage classique), soit des effets rebonds :
      i. temporels (heures/jours/semaines)
      ii. spatiaux
   c. Système présentant une forte inertie : le déplacement (effectif dans la durée) du « point de consigne » prend des semestres ou des années
5. Le PG est un système prégnant et candidat pour exercer une « gouvernance » :
   a. Naturellement, au début de la vie, renforcée à la puberté, éventuellement réduite/contrôlée par l'éducation.
   b. Le PG peut induire :
      i. une forte impulsivité et un faible niveau d'autocontrôle ;
      ii. des troubles psychosomatiques sévères : spasmes, douleurs, dysfonctionnements divers ;
      iii. des délires (grades 5)

3. Diagnostic de PG

1. **Axe vertical Dominance/Soumission :**
   a. Degré de confiance en soi (spontané, irrationnel, (quasi)permanent…)
   b. Degré d'occupation de l'espace social :
      i. voix,
      ii. bruits,
      iii. gestuelle,
      iv. posture, attitudes,
      v. prérogatives en termes de tour de rôle, priorités…
2. **Axe Horizontal (Marginalité/Intégration) :**

a. Degré de confiance en les autres (spontané, irrationnel, (quasi)permanent…)
b. Degré d'intégration sociale :
   i. Distance interpersonnelle
   ii. Type de « ressourcement » : au contact des autres ou loin d'eux.

Cf. Ci-après tableaux IX.1 et IX.2.

- **Niveau 1 :**
  - Alibis et actes socialement acceptables (mais sous-tendus par une impulsion irrationnelle invisible et socialement non assumée)
- **Niveau 2 :**
  - Alibis et actes irrationnels (sous-tendus par une impulsion irrationnelle visible mais non assumée)
- **Niveau 3 :**
  - Affichage social, dans le discours, des « intentions » de l'état
- **Niveau 4 :**
  - Actes impulsifs et peu contrôlables, dont les mobiles sont conscients mais non encore « assumés » socialement
- **Niveau 5 :**
  - Affichage social, dans les comportements, des intentions de l'état, allant jusqu'au prédélire et délire (= rapt de la conscience), stéréotypie génétique révélant la nature du trouble

	PGS	**PGD**	**PGM**	**PGI**
Niveau 0	Etat émotionnel normal. Pas de tendance à l'anxiété non motivée ni à la culpabilité irrationnelle	Etat émotionnel normal. Pas d'intérêt pour rapport de force	Etat émotionnel normal. Equilibre spontané entre confiance et méfiance vis-à-vis des autres	Etat émotionnel normal. Equilibre spontané entre confiance et méfiance vis-à-vis des autres
Niveau 1	Culpabilité « raisonnable » mais scrupuleuse,	Séduction (emprise), manipulation des	Malaise informel et léger à rester parmi les	Aisance informelle, liberté de mouvement

	anxieuse et perfectionniste, besoin de vérification par crainte de la faute, plus que de la sanction	sentiments, chaud/froid pour s'amuser	autres, tendance à se tenir légèrement à l'écart et en retrait par introversion. Difficulté à comprendre ce qui rapproche les autres	et d'expression encore adaptées. Sentiment de comprendre autrui à demi-mots
Niveau 2	Culpabilité plus irrationnelle, peur de provoquer des dommages improbables chez les autres. Angoisse et volonté de « réparation » de la faute supposée (peut se traduire sous forme de symptômes de type TOC). Servilité/dominant	Se présenter en (fausse) victime, théâtralisation, culpabilisation, chantage, scandale publique, alternance plaintes/menaces et railleries	Sentiment d'une coupure irrationnelle, comme si une vitre le séparait des autres, qu'il voit sans les comprendre. Tendance à se tenir nettement à distance, évite de sortir pour des raisons futiles, purement relationnelles	Sentiment de « percevoir le sens profond » des choses, des êtres, des événements. Prise de parole aisée sur ces sujets
Niveau 3	Superstition, le bonheur « porte malheur », à lui et ses proches, il se « paie »	Perversion verbale affichée, déstabilisation et ridiculisation de la victime, alternance moqueries et	L'autre n'est plus perçu, face auquel l'individu se sent riche d'opinions, de sentiments (douloureux,	Sentiment que son intuition devient « connaissance », de l'ordre de « l'indicible ». Tendance à penser

		comportements « protecteurs »	déçus), de vrai courage (face aux dominants). Mais cette mégalomanie est dépitée, misanthrope	disposer de moyens de communication invisibles pour lire les pensées profondes des autres
Niveau 4	Peur de devenir fou, angoisses incontrôlables, idées de suicide impulsives, impulsions d'automutilation irrépressibles	Menaces suggérées, intimidation, actes violents imprévisibles sur objets	Méfiance *a priori*, tendance à penser que le « silence » des autres et ces règles qu'il suppose invisibles lui cachent intentionnellement quelque chose. Bouffées d'agressivité contre ce supposé complot	Sentiment de communication immanente avec la nature, en harmonie avec les éléments perçus comme protecteurs
Niveau 5	Mélancolie, sentiment de culpabilité global, voix intérieure accusatrice et torturante moralement. Impulsions suicidaires quasi irrépressibles	Perversion totale, plaisir de faire souffrir physiquement et mentalement, intimidation, rires sardoniques, torture	Suspicion de complots de dimension internationale. Tendance à voir partout des symboles, des suspects, des ennemis pour l'anéantir. Possibilité de violence	Illuminations, mysticisme, délires mystiques, sensation de transmettre « l'Energie de l'univers ». Tendance à rassembler autour de lui, se dit porter la bonne parole et apporter le « Bien » face

				aux « forces du Mal »

TABLEAU IX.1

Synthèse des caractéristiques comportementales et cognitives associées aux différents niveaux de PG

	PGS	**PGD**	**PGM**	**PGI**
PGD			Sujet à violence et à méfiance (**offensif**/*défensif*)	Tendance à se positionner au centre du groupe (**en tant que « chef »**/*pour rassembler et être en « communion » avec les gens*)
Hypo	Limitation de l'action, blanc mental (**comportement précis**/*global*)			
Hypo-méta	Difficulté à émettre une opinion (**sujet précis**/*global*)			
Hyper		Tendance à l'intrusion (**sujet précis**/*global*)		
Hyper-méta		Tendance à se mettre en avant		
Rh	Souffrance, auto-	Hétéro-agressivité,		

	agressivité (**par rapport à un sujet précis**/*pas d'objet*)	reproches aux autres (**par rapport à un sujet précis**/*pas d'objet ou évitement d'une accusation*)		
AR				Positivisme, forme de naïveté (**dirigé vers la nature, la nature humaine, la philosophie**/*global*
LR	Se mettre au service de certains (**des futurs talents**/*des dominants*)		Tendance à diriger les autres (**pour faire régner une certaine harmonie**/*pour asseoir son pouvoir*)	Tendance à rapprocher les individus et à vouloir régler les différends (**pour des raisons d'image sociale, d'engagement, d'harmonie**/*par sentiment de connaître les pensées et la souffrance des gens*)
LE		Sujet à critique, agressivité et méfiance (**valeurs méritocratiques**/*sans valeurs*)	Agressivité et méfiance (**valeurs**/*sans valeurs*)	
IR	Comportement inhibé, individu			

	d'aspect fragile (**centré sur soi et sur les individus fragiles**/*craintif et au service des dominants*)			
IE	Se mettre au service de certains (**des démunis**/*des dominants*)			

TABLEAU IX.2

Synthèse des points communs entre contenants et des diagnostics différentiels à prendre en compte

En noir : les éléments communs aux contenants présentés à la fois en colonne et en ligne ; en gras les caractéristiques n'appartenant qu'aux Contenants présentés en ligne ; en italiques : les caractéristiques des Contenants présentés en colonne

Cas particuliers

PG dit « secondaire » : cette forme de PG semble assez rare et ne peut être considérée comme du PG en soi. Elle semble être une valorisation des comportements de PG (par ex. valorisation de la servilité ou au contraire du fait de voler, humilier) qui ne subit pas l'auto-régulation observée dans le PG ordinaire. Le PG secondaire traduit un ensemble de valeurs/antivaleurs fonctionnant à l'image des contenants NéoLimbiques. Ce type de PG ne se traite pas comme du PG ordinaire, mais de façon pédagogique (avec prise de recul et rationalisation).

PG bipolaires ou multipolaires : ce type de PG correspond au fait qu'un seul individu peut présenter des formes extrêmes et antinomiques de PG. Il n'est pas souhaitable, dans ces cas d'utiliser les exercices de PG mentionnés ci-dessous, car ils peuvent produire un effet rebond amenant l'individu sur l'autre extrême de son PG. Pour leur traitement, se référer à l'ouvrage (en cours de rédaction)

intitulé provisoirement *Thérapie NeuroComportementale des Troubles Psychologiques et Psychiatriques*.

4. Traitement

	PGS	PGD	PGM	PGI
1er personnage	Caricature de personnage soumis et affolé, comme s'il était joué par un dominant qui se moquait des soumis	Caricature de personnage dominant, défiant tout pour éprouver sa puissance (y compris « Dieu »)	Caricature de personnage paranoïaque, se méfiant de tout et défiant quiconque de l'attaquer	Caricature de personnage intégré, déclarant faire « fusion » avec les autres et avec le monde
2e personnage	Personnage grossièrement dominant qui ridiculise le soumis joué en premier personnage	Caricature de personnage soumis et veule, flattant le dominant joué en premier personnage et le prévenant de moins défier le monde pour qu'il se préserve	Caricature de personnage intégré, invitant le marginal joué en premier personnage à aimer et avoir confiance en l'autre qui est bon par nature	Personnage marginal se moquant avec mépris de la naïveté du premier personnage
3e personnage	Personnification de la voix ou des commentaires intérieurs, sous forme d'une petite	Personnification des commentaires intérieurs, incitant le dominant joué en premier	Personnage intégré mais sentencieux, critiquant la haine du marginal joué en	Personnification des commentaires intérieurs, incitant l'intégré à défier les « forces

	sorcière torturant moralement le soumis joué en premier personnage	personnage à toujours plus de domination et de défi	premier personnage et accusant cette haine d'être responsable de son propre isolement	du mal » en répandant « toujours plus d'amour »
4e personnage	Personnage grossièrement dominant se moquant des tentatives de déstabilisation du 3e personnage	Caricature de personnage soumis rappelant le 3e personnage à l'ordre, affolé de voir le discours tenu par celui-ci, et tentant de rétablir la raison du dominant joué en premier personnage	Personnage intégré affolé des commentaires dépréciatifs du 3e personnage. Il appelle à pardonner le premier personnage et à le prendre en pitié	Personnage marginal se moquant de l'inefficacité et de la naïveté du 3e personnage face aux « forces du mal »
5e posture ou « conclusion » de l'exercice	Pas de personnage. Enumération et verbalisation des engagements permettant de contrecarrer son PG et rationnaliser les impulsions et cognitions qu'il déclenche (GMM).	Pas de personnage. Enumération et verbalisation des engagements permettant de contrecarrer son PG et rationnaliser les impulsions et émotions qu'il déclenche (GMM).	Pas de personnage. Enumération et verbalisation des engagements permettant de contrecarrer son PG et rationnaliser les impulsions et émotions qu'il déclenche (GMM).	Pas de personnage. Enumération et verbalisation des engagements permettant de contrecarrer son PG et rationnaliser les impulsions et émotions qu'il déclenche (GMM).

TABLEAU IX.3

Synthèse des exercices à 5 personnages alloués à chaque traitement de PG

Annexe 10
Économie psychologique

Étude de la cohérence entre investissements/contraintes et plaisirs (Fiche simplifiée)

	Différents thèmes
100 % Investissements globaux estimés en temps + argent + énergie 0 %	

	Différents thèmes
100 % Plaisirs réellement éprouvés 0 %	

Étude de la cohérence entre investissements/contraintes et plaisirs (Fiche détaillée)

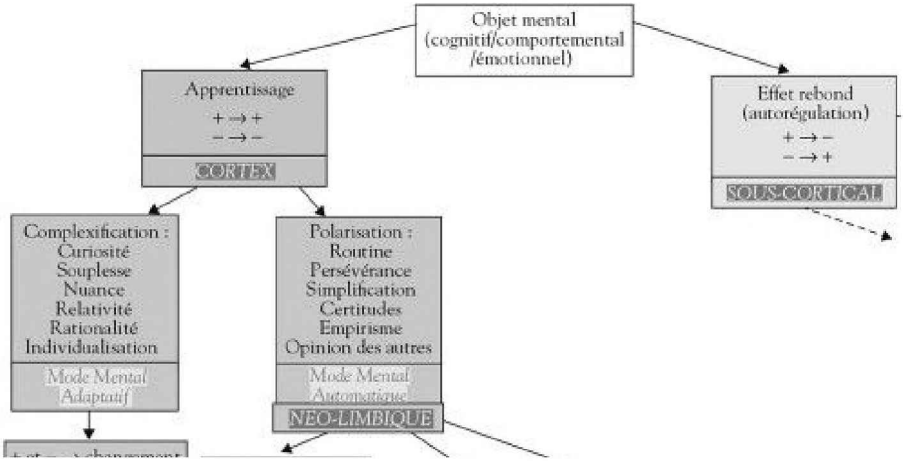
	Différents thèmes
100 % Investissements en – temps (en rouge), – argent (en bleu), – énergie (en vert), – somme (en noir) 0 %	

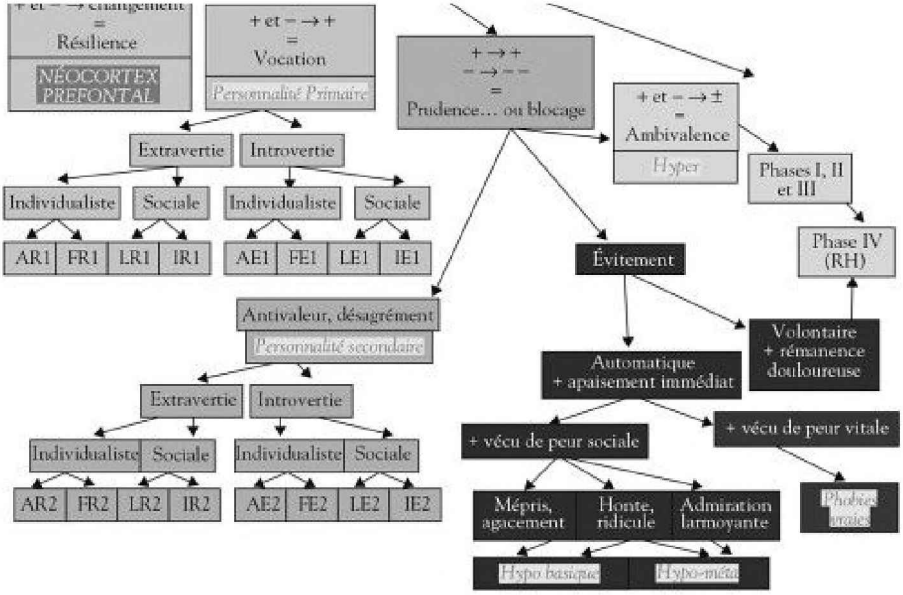
	Différents thèmes
100 % Plaisirs réellement éprouvés 0 %	

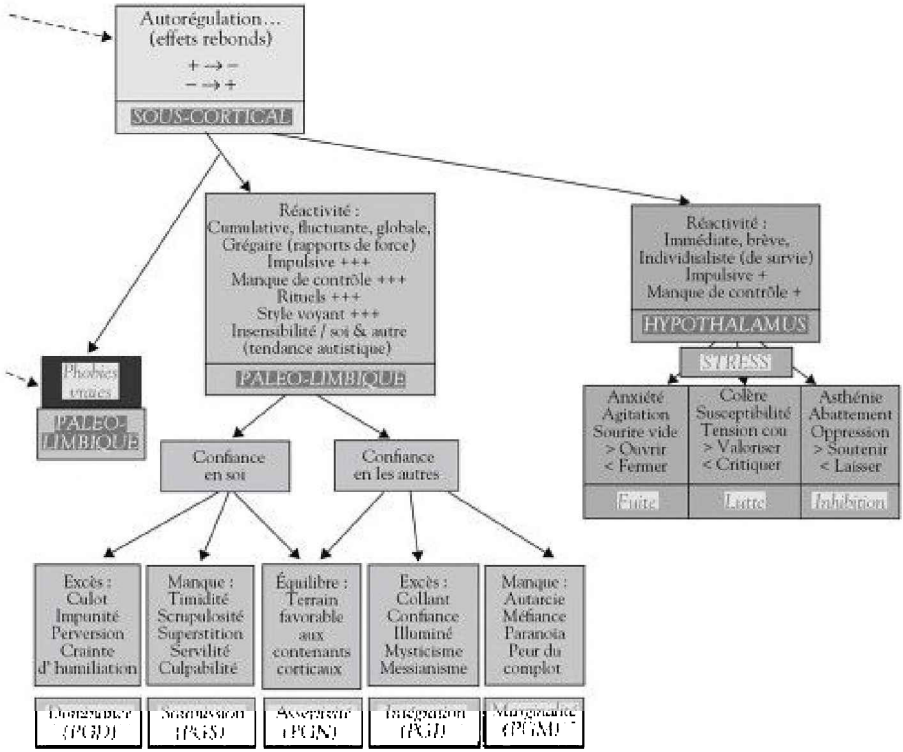
	Différents thèmes
100 % Attentes spontanées de plaisir 0 %	

	Différents thèmes
100 % Attentes de plaisir à long terme après réflexion 0 %	

Annexe 11
Arbre diagnostique synthétique des contenants TNC




+ et – → changement
=
Résilience
NÉOCORTEX PREFONTAL
+ et – → +
=
Vocation
Personnalité Primaire
Extravertie
Introvertie
Individualiste
Sociale
Individualiste
Sociale
AR1
FR1
LR1
IR1
AE1
FE1
LE1
IE1
+ → +
– → – –
=
Prudence… ou blocage
+ et – → ±
=
Ambivalence
Hyper
Phases I, II et III
Phase IV (RH)
Évitement
Antivaleur, désagrément
Personnalité secondaire
Extravertie
Introvertie
Individualiste
Sociale
Individualiste
Sociale
AR2
FR2
LR2
IR2
AE2
FE2
LE2
IE2
Volontaire
+ rémanence douloureuse
Automatique
+ apaisement immédiat
+ vécu de peur sociale
+ vécu de peur vitale
Mépris, agacement
Honte, ridicule
Admiration larmoyante
Phobies vraies
Hypo-basique
Hypo-méta


Autorégulation…
(effets rebonds)
+ → –
– → +
SOUS-CORTICAL
Réactivité :
Cumulative, fluctuante, globale,
Grégaire (rapports de force)
Impulsive +++
Manque de contrôle +++
Rituels +++
Style voyant +++
Insensibilité / soi & autre
(tendance autistique)
PALEO-LIMBIQUE
Réactivité :
Immédiate, brève,
Individualiste (de survie)
Impulsive +
Manque de contrôle +
HYPOTHALAMUS
STRESS
Phobies vraies
PALEO-LIMBIQUE
Confiance en soi
Confiance en les autres
Anxiété
Agitation
Sourire vide
> Ouvrir
< Fermer
Colère
Susceptibilité
Tension cou
> Valoriser
< Critiquer
Asthénie
Abattement
Oppression
> Soutenir
< Laisser
Fuite
Lutte
Inhibition
Excès :
Culot
Impunité
Perversion
Crainte d' humiliation
Manque :
Timidité
Scrupulosité
Superstition
Servilité
Culpabilité
Équilibre :
Terrain favorable aux contenants corticaux
Excès :
Collant
Confiance
Illuminé
Mysticisme
Messianisme
Manque :
Autarcie
Méfiance
Paranoïa
Peur du complot
Dominateur (PGD)
Soumission (PGS)
Assertif (PGN)
Intégration (PGI)
Marginalité (PGM)

Glossaire

Actif du passif : une des méthodes de recherche des Hypos de l'Hyper (applicable pour les hypers-métas/hypo-métas).

Activation de l'action (AA) : en TNC, c'est l'un des quatre méta-instincts hypothalamiques (avec la Fuite, la Lutte et l'Inhibition), i.e. qui modulent/régulent tous les autres instincts. Il sous-tend l'état de calme et de « vie » (par opposition à la « survie » gérée par les trois autres), allant de la neutralité émotionnelle jusqu'au bonheur. Il se manifeste naturellement en situation de non danger.

Affrontement d'hypo : voir affrontement de comportement hypo-fonctionnel.

Aisance sociale irrationnelle : fait de se sentir irrationnellement en confiance en situation sociale, même devant des inconnus. Sous-tendu par le positionnement social primitif (paléolimbique) tendant à cette fin (Positionnement Grégaire Intégré ou PGI).

Amygdales limbiques : partie ancienne des territoires limbiques, située dans la profondeur du cerveau (régions sous-corticales), impliquée dans la gestion des relations sociales hiérarchiques primitives (ou rapports de force, voir positionnement grégaire).

Antivaleur : à l'inverse de la valeur, terme générique désignant les intolérances d'un sujet : ce qu'il déteste et veut éviter à tout prix.

Apprentissage « adulte » : terme très imparfait qui désigne l'apprentissage qui suit... celui des empreintes (de trois mois jusqu'à 11 voire 25 ans, selon les territoires cérébraux considérés). Les mécanismes neuronaux qui sous-tendent l'apprentissage adulte sont les mêmes tout au long de la vie « post-empreinte » et sont très différents de ceux de l'empreinte.

Art Dédramatique (AD) : Travail d'affrontement comportemental de troubles tels que les comportements hypo-fonctionnels, les troubles du positionnement grégaire ou de l'assertivité (voir aussi affrontement comportemental d'Hypo ou de PG). Ainsi nommé car il intègre aux TCC et à la TNC des techniques ludiques dérivées du théâtre ou de l'expression corporelle (art-thérapie).

Assertivité, affirmation de soi : fait de se sentir spontanément équilibré entre confiance et prudence, envers soi comme envers les autres. Sous-tendu par le positionnement social primitif ou Positionnement Grégaire (paléolimbique) tendant à cette fin (PG neutre).

Aversion : synonyme de « mauvaise case » i.e. de confrontation à ce que l'on cherche d'ordinaire à éviter, que l'on trouve désagréable, répulsif.

Blanc mental : voir *vide mental*.

Bonne case (BC) : facette positive du dipôle émotionnel (positif/négatif) associé à tout « Contenant ». Tout comportement comporte une « bonne case », synonyme de plaisir/succès, et une « mauvaise.

Caractère : voir personnalité secondaire.

Cascade hypo/hyper/répression d'hyper : cascade symptomatique induite par la présence d'un comportement automatique d'évitement social (ou CAES ou Hypo-fonction ou Hypo) compensé par un comportement de substitution (ou Hyperfonction ou Hyper). Cliniquement, le comportement Hypo-fonctionnel engendre un comportement Hyperfonctionnel (désir intense, à tendance obsessive mais ambivalent, car associé à une appréhension) avec intolérance à l'échec et au manque (reproches, amertume, dépression réactionnelle par autocensure) qui constitue la Répression d'Hyper (RH).

Cognitif : qui se rapporte à la faculté de connaître et de penser. Les approches cognitives s'intéressent à l'individu en tant qu'être qui pense et sont ainsi dénommées par opposition aux approches comportementales qui ne s'occupent que du comportement observable.

Cohérence : liaison, rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles ; absence de contradiction (Robert). Existence d'une logique interne au système considéré, même affectif, qui permet d'aboutir à

des conclusions semblables, quel que soit le point de départ de l'observation ou du raisonnement.

Comportement antisocial : en situation de relation, comportement d'emblée irrespectueux, menaçant ou violent. Appartient au Positionnement Grégaire Dominant.

Comportement automatique d'évitement social (CAES) : autre dénomination, clinique, du comportement hypo-fonctionnel ou Hypo.

Comportement automatique d'évitement social (CAES) : autre dénomination, clinique, du comportement hypo-fonctionnel ou Hypo.

Comportement de substitution (de l'Hypo par l'Hyper) : il s'agit du comportement caché (Hypo) que le comportement apparent de l'Hyper permet d'obtenir de façon socialement acceptable (ou perçue comme telle par le sujet).

Comportement hyperfonctionnel (hyper) : comportement de substitution, à tendance obsessive, d'un comportement socialement interdit, dit Hypo (A). L'Hyper (B) constitue un mécanisme automatique, soumis aux lois des systèmes autorégulés (cybernétique), dont l'objectif inconscient et socialement « tabou » (celui de A) est détourné au profit d'un autre objectif, conscient et socialement permis (celui de B). Ce dernier devient l'objectif apparent de l'hyper, par nature insatisfaisant car compensatoire de l'objectif réel (inconscient, refoulé, caché sous « l'alibi » de l'objet apparent qui est perçu comme socialement permis et atteint, selon les cas, de façon plus ou moins efficace). L'hyper génère des comportements inadaptés, basés sur l'action impulsive et/ou l'attente anxieuse, qui fragilisent le sujet qui en est atteint vis à vis de l'échec ou du manque de reconnaissance. L'hyper comporte quatre phases chronologiques puis qui alternent : 1/désir fébrile et obsessif 2/saturation avec désir et dégoût mêlés (ambivalence) 3/intolérance à l'échec avec douleur morale 4/état agressivo-dépressif avec repli sur soi. L'Hyper est apparenté, en TNC, au mode de fonctionnement limbique (plus précisément néolimbiques).

Comportement hypo-fonctionnel : comportement d'évitement automatique dans l'affrontement suivi d'un apaisement immédiat dans l'évitement (comme la phobie simple) mais caractérisé par un

vécu de gêne, de ridicule, de honte ou une réaction d'agacement, de mépris.

Comportement hypo-fonctionnel basique (hypo-basique) : comportement hypo-fonctionnel induisant un interdit massif du comportement considéré (sur le fond), par opposition à l'Hypo-Méta (voir ce terme) qui porte davantage sur la façon de faire (notamment « mal faire », de façon inélégante...).

Comportement méta-hyperfonctionnel (hyper-méta) : comportement hyperfonctionnel portant sur la manière de faire, pas sur l'objet du comportement. Classiquement, l'Hyper-méta est une recherche de reconnaissance ou de validation externe, compensant un déficit interne de même nature (capacité à se reconnaître et valider).

Comportement méta-hypo-fonctionnel (hypo-méta) : forme atténuée du comportement automatique d'évitement social. Interdit individuel, conditionné durant l'enfance ou l'adolescence (Hypo), qui déclenche, dans le cas particulier (Hypo-Méta = qui porte en fait sur la manière de faire), une admiration larmoyante (avec sensation de sublime) lorsque d'autres s'affranchissent avec « élégance » de l'interdit.

Contenant : au sens mathématique du terme, c'est une fonction traitant une variable. C'est l'état d'esprit ou l'attitude que l'on adopte (ou subit) pour traiter une information ou une situation particulière (le Contenu), en relation directe avec les réseaux/structures cérébraux mis en œuvre pour assurer ce traitement, de manière spécifique et singulière. La façon de sentir, de penser ou d'agir décrite est directement représentative de ces structures. On parle aussi de mode mental.

Contenu : au sens mathématique, c'est toute situation (ou variable) traitée par une fonction, un Contenant (voir ce terme). Il représente une information ou un vécu particulier, issus de notre expérience individuelle ou de nos influences culturelles. Chaque Contenu peut être traité par n'importe quel Contenant, ce qui en change la « texture » émotionnelle, relationnelle, motivationnelle etc.

Coping : stratégie utilisée pour faire face à une situation difficile.

Cortex Néo-limbique (NL) : structure cérébrale qui sous-tend un « état d'esprit » relativement fermé à ce qui est nouveau, qui craint l'imprévu, a généralement une vision dualiste, tranchée (bien/mal,

vrai/faux), qui a le sentiment que nos perceptions sensorielles sont « toute la réalité », est attiré par les seuls résultats, prête une grande importance à la position hiérarchique dans la société. C'est la partie la plus récente des territoires limbiques, située juste au dessus du corps calleux, dans la fente inter-hémisphérique.

Cortex Préfrontal (CPF) : partie la plus antérieure et récente en termes d'évolution des espèces (phylogenèse) du cortex, qui ne sert qu'à relier, coordonner des territoires. Sa destruction ou sa déconnection (lobotomie) n'altère aucune fonction particulière mais dégrade définitivement les capacités d'innovation, initiative, anticipation et prise de recul, de gestion des émotions...

Cortex Sensori-moteur : surface du cortex cérébrale regroupant les aires corticales sensitives qui traitent des informations sensorielles (aire visuelle, auditive...) et celles motrices essentielles dans la réalisation de mouvements. Le cortex sensori-moteur comprend le lobe occipital, le lobe pariétal, le lobe temporal et les aires motrices du lobe frontal.

Croyance : adhésion d'une personne à l'égard d'une idée, d'une interprétation personnelle, qu'elle tient pour objectivement fondée, vraie.

Cybernétique : science des communications et des régulations de tout système organisé et autorégulé (machine ou être vivant).

Défausse : fait de se décharger d'une responsabilité. Par extension, en TNC, tout mécanisme automatique et/ou conscients d'évitement (tels que clins d'œil, moquerie, autodérision), montrant que l'on n'adhère pas à ce que fait ou dit, par exemple, lors d'un affrontement d'hypo. La défausse diminue le vécu d'affrontement et peut donc être utilisé comme paramètre modulateur (voir ce terme) lors de l'affrontement d'hypo ou de PG par le thérapeute. A l'inverse, au-delà de ce stade, elle peut atténuer voire empêcher la progression thérapeutique.

Dépression : état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution des désirs (aboulie), du tonus et de l'énergie. Il peut entraîner une perte de poids, faciliter des pathologies immunitaires, induire des comportements d'autodestruction allant jusqu'au suicide.

Dépression « dure » : c'est le tableau dépressif classique, tel que décrit dans le DSM (voir aussi le terme dépression).

Dépression mélancolique : c'est la forme de dépression la plus intense, que le modèle TNC attribue à la soumission (positionnement grégaire soumis ou PGS, voir ces termes).

Dépression molle : état d'un individu souffrant du refoulement de ses personnalités primaires et du manque de motivation de fond qui en découle. Ceci peut induire un état quasi-dépressif face à la contrainte ou la compétition, mais qui cesse dès que la personne est au repos ou en vacances (on peut alors penser à une mystification).

Dé-psychologisation (des Contenants) : c'est la pédagogie qui consiste à expliquer que nous ne contrôlons pas nos Contenants, qui sont en fait des modes réactionnels de notre cerveau. Nous apprenons tout au plus à les gérer... Nous ne pouvons donc raisonnablement nous en sentir responsable ou plus encore coupable. Ainsi, le sentiment de culpabilité ou celui de honte sont respectivement propres à la soumission ou à l'Hypo. S'en débarrasser suppose de se délivrer de ces contenants mais, à défaut ou dans l'attente, on peut prendre du recul sur eux et en limiter l'impact éventuellement pathogène.

Diagnostic différentiel : démarche diagnostique réalisée pour différencier plusieurs tableaux pathologiques, ici plusieurs Contenants.

Distorsion cognitive : processus de déformation de la pensée (cognitions) sous l'influence d'un comportement ou d'une émotion et destiné à réduire la tension entre eux lorsqu'elle existe, par exemple, lors d'un conflit entre l'opinion personnelle et la pression sociale. En pratique, ce processus explique une grande part des biais cognitifs décrits en psychologie ou sociologie.

Dominance : fait de se sentir spontanément supérieur, en excès irrationnel de confiance en soi, générant un désir d'exercer un pouvoir arbitraire voire une perversion envers les plus faibles. Sous-tendu par le positionnement social primitif ou positionnement grégaire tendant à cette fin (PG dominant, voir ce terme).

Effet rebond : aggravation de symptômes d'un système autorégulé à l'arrêt d'une action antagoniste, par exemple d'un traitement médical. En TNC, citons par exemple la régulation interne du positionnement grégaire d'un individu qui, suite à un événement émotionnellement intense et socialement signifiant, subit un effet rebond dans un sens opposé afin de retrouver le point d'équilibre

initial du système (en termes de rapports de force et de hiérarchie sociale primitive).

Efficacité de l'Hyper : en TNC, nous disons qu'un Hyper est efficace lorsque le sujet qui est atteint de ce trouble est tout de même capable d'atteindre avec une certaine efficacité et autonomie l'objet caché (interdit, inconscient, « tabou », dit Hypo). Ne pas confondre Hyper efficace et Hyper satisfait, car un Hyper peut très bien être satisfait par l'environnement (les autres, l'argent d'un héritage...) sans pour autant supposer que le sujet ait la maîtrise de la situation. Dans le modèle TNC, l'intensité de l'anxiété d'anticipation ou, plus généralement, l'ensemble du tableau pathologique de l'Hyper, est largement dépendant du caractère plus ou moins inefficace de l'Hyper considéré plutôt que de son degré d'insatisfaction du moment.

Empreinte : période périnatale, commençant un peu avant la naissance et surtout se poursuivant massivement jusqu'à trois mois où a lieu une mémorisation des états hypothalamique s qui semblent avoir amené à une réponse positive de l'environnement. Il s'agit donc d'un apprentissage indélébile, comme taillé dans le marbre. C'est la période ou les personnalités primaires se forment.

Épigenèse : théorie selon laquelle un embryon se développe par différenciation successive de parties nouvelles (Robert). L'épigenèse sous-tend notamment les mécanismes neuronaux de l'empreinte, qui déterminent partiellement la structure même du système nerveux central et de ses voies de connexion, en fonction des événements vécus dans la période néonatale.

État d'activation de l'action : en TNC, méta-instinct hypothalamique, ie qui régule tous les autres instincts, sous-tendant l'état de calme, allant de la neutralité émotionnelle jusqu'au bonheur, et qui se manifeste naturellement en situation de non danger.

État de Fuite : état de stress caractérisé par un état d'alerte biologique (vécu de peur), visant à échapper par la fuite à ce qui est perçu comme une contrainte, un danger ou une agression.

État de Lutte : état de stress, succédant à l'état de Fuite dans le cadre d'une stratégie instinctive de défense contre le danger et caractérisée par le besoin de dominer l'autre (perçu comme agresseur). Cette agressivité est dite défensive, par opposition à

celle du Positionnement grégaire Dominant (voir ce terme), dite offensive.

État d'inhibition de l'action : troisième et dernière étape de la cascade du stress, induite par l'échec (ou l'apprentissage antérieur de l'échec) et produisant un sentiment d'incapacité et d'infériorité (allant du découragement à la dépression). Accessoirement, l'état d'Inhibition sert à se faire oublier voire protéger.

État empêché : correspond à l'état émotionnel, comportemental et cognitif induit par l'échec ou la perspective d'un échec d'un comportement associé à un Contenant. Par exemple, échouer à fuir pour échapper à un danger génère un sentiment d'angoisse et de recherche de cachette. A l'inverse, on parle d'état réussi (voir ce terme) si ce même comportement est couronné de succès.

État réussi : correspond à l'état émotionnel, comportemental et cognitif induit par la réussite d'un comportement associé à un Contenant. Par exemple, réussir à fuir pour échapper à un danger génère un sentiment de soulagement et de liberté. A l'inverse, on parle d'état empêché si ce même comportement échoue. Dans le cas de la Fuite, l'état empêché (voir ce terme) oriente le comportement vers la recherche de cachette.

États d'Urgence de l'Instinct (EUI) : comportements instinctifs de survie correspondant aux trois réponses du stress (fuite, lutte, inhibition).

Évitement automatique : comportement (quasi)irrépressible (car renforcé et automatisé) d'évitement d'une situation antérieurement perçue comme douloureuse et/ou dangereuse.

Fight : terme anglais pour l'état de Lutte (stress), source de combativité et d'agressivité défensives/de colère.

Fuite, Lutte, Inhibition (FLI) : terminologie issue de la psychophysiologie, qui regroupe, dans le concept général de stress ou d'états d'urgence de l'instinct, la Fuite, la Lutte et l'Inhibition. Ces trois états s'opposent, dans le modèle TNC, à l'état d'Activation de l'Action, qui représente l'état de calme.

Flight : terme anglais pour l'état de Fuite (stress), source d'anxiété et d'agitation.

Freeze : terme anglais pour l'état d'Inhibition (stress), source de découragement, perte de plaisirs/désirs et d'immobilisme.

Fuite : état de stress caractérisé par un état d'alerte biologique (vécu de peur), visant à échapper par la fuite à ce qui est perçu comme une contrainte, un danger ou une agression.

Fuite : terminologie issue de la psychophysiologie, qui regroupe dans le concept général de stress ou d'états d'urgence de l'instinct, la Fuite, la Lutte et l'Inhibition. Ces trois états s'opposent, en TNC, à l'état d'Activation de l'Action.

Fuite empêchée : situation où la stratégie de Fuite (stress) est mise en échec (impossibilité d'échapper au stresseur), ce qui engendre un changement de comportement de Fuite, qui passe de la recherche de « fuite dans les grands espaces » à une recherche de cachette. On utilise également ce terme pour le modèle de personnalités décrites en TNC, où les états de stress constitueraient une des sources de la constitution des personnalités primaires et secondaires (voir ces termes).

Fuite Réussie ou Personnalité Animatrice (FR) : voir Personnalité (modèle de) en TNC

Gestion des modes mentaux (GMM) : ensemble de techniques mises en œuvre pour changer de mode mental ou de contenant.

Gestion des modes mentaux supérieurs (GMMs) : ensemble de techniques mises en œuvre pour faciliter la mobilisation du mode mental adaptatif, sous-tendu par les ressources des territoires préfrontaux.

Gouvernance Adaptative ou Préfrontale : il s'agit d'une Gouvernance mentale (voir ce terme) centrée sur le mode mental adaptatif.

Gouvernance Émotionnelle ou Néolimbique : il s'agit d'une Gouvernance mentale (voir ce terme) centrée sur notre vécu émotionnel, au sens de la dualité plaisir/déplaisir, désir/appréhension.

Gouvernance Hiérarchique ou Paléolimbique : il s'agit d'une Gouvernance mentale (voir ce terme) centrée sur le rapport de force hiérarchique.

Gouvernance Impulsive ou Hypothalamique : lorsque nous agissons par impulsions ou réactions « épidermiques », à la recherche de satisfactions ou soulagements immédiats ou lorsque nous avons besoin de stress pour nous mobiliser.

Gouvernance Mentale : on entend par Gouvernance mentale le « leadership » que semble prendre un réseau ou un territoire dans notre processus décisionnel global, notamment face à des enjeux importants, engageant notre mode de vie, notre avenir.

Gouvernance Routinière ou Automatique : il s'agit d'une Gouvernance mentale (voir ce terme) centrée sur l'habitude, la maîtrise et l'image sociale.

Grégaire : qui provoque le groupement d'êtres vivants, ou qui en résulte. Se dit des espèces dont les individus vivent en troupes.

Grégarisme : instinct grégaire.

Grégarité : néologisme employé en TNC pour limiter l'aspect péjoratif du mot grégarisme.

Gyrus cingulaire : circonvolutions de la face interne des hémisphères cérébraux, là où ils sont en regard, appartenant au système limbique (et constituant plus précisément, en TNC, les territoires néolimbiques).

Hyper (Comportement hyperfonctionnel) : comportement de substitution, à tendance obsessive, d'un comportement socialement interdit, dit Hypo (A). L'Hyper (B) constitue un mécanisme automatique, soumis aux lois des systèmes autorégulés (cybernétique), dont l'objectif inconscient et socialement « tabou » (celui de A) est détourné au profit d'un autre objectif, conscient et socialement permis (celui de B).

Hyper efficace (Efficacité du comportement Hyperfonctionnel) : on dit qu'un Hyper est efficace lorsque le sujet qui est atteint de ce trouble est tout de même capable d'atteindre avec une certaine efficacité et autonomie l'objet caché (interdit, inconscient, « tabou », dit Hypo). Ne pas confondre Hyper efficace et Hyper satisfait, car un Hyper peut très bien être satisfait par l'environnement (les autres, l'argent d'un héritage...) sans pour autant supposer que le sujet ait la maîtrise de la situation. Dans le modèle TNC, l'intensité de l'anxiété d'anticipation ou, plus généralement, l'ensemble du tableau pathologique de l'Hyper, est largement dépendant du caractère plus ou moins inefficace de l'Hyper considéré plutôt que de son degré d'insatisfaction du moment.

Hyper-Méta (Comportement méta-hyper-fonctionnel) : comportement hyperfonctionnel portant sur la manière de faire, pas

sur l'objet du comportement. Classiquement, l'Hyper-méta est une recherche de reconnaissance ou de validation externe, compensant un déficit interne de même nature (capacité à se reconnaître et valider).

Hypo (Comportement hypo-fonctionnel) : comportement d'évitement automatique dans l'affrontement suivi d'un apaisement immédiat dans l'évitement (comme la phobie simple) mais caractérisé par un vécu de gêne, de ridicule, de honte ou une réaction d'agacement, de mépris.

Hypo-basique (Comportement hypo-fonctionnel basique) : comportement hypo-fonctionnel induisant un interdit massif du comportement considéré (sur le fond), par opposition à l'Hypo-Méta (voir ce terme) qui porte davantage sur la façon de faire (notamment « mal faire », de façon inélégante...).

Hypofonctionnement : idem Comportement Hypo-fonctionnel (voir ce terme) ou Hypo.

Hypo-Méta (Comportement méta-hypo-fonctionnel) : forme atténuée du comportement automatique d'évitement social. Interdit individuel, conditionné durant l'enfance ou l'adolescence (Hypo), qui déclenche, dans le cas particulier (Hypo-Méta = qui porte en fait sur la manière de faire), une admiration larmoyante (avec sensation de sublime) lorsque d'autres s'affranchissent avec « élégance » de l'interdit.

Hypothalamus : territoire situé à la base et dans la profondeur du cerveau, juste au-dessus de l'hypophyse. Représentant moins de 1 % du volume cérébral, il assure un rôle de contrôle des sécrétions hormonales de l'hypophyse, considérée comme le chef d'orchestre des autres glandes de l'organisme, et participe aux grands équilibres homéostatiques de l'organisme. Il est le principal interprète des besoins biologiques de l'espèce : instincts de vie (alimentaire, sexuel, régulation thermique, etc.) et méta-instincts de survie (système FLI du stress, voir ce terme).

Imagerie cérébrale fonctionnelle : permet d'observer le cerveau qui « pense » en demandant au sujet d'effectuer une tâche, notamment cognitive, tout en mesurant les variations de flux vasculaires entre les régions cérébrales.

Inhibition (de l'Action) : terminologie issue de la psychophysiologie, qui regroupe, dans le concept général de stress

ou d'états d'urgence de l'instinct, la Fuite, la Lutte et l'Inhibition. Ces trois états s'opposent, dans le modèle TNC, à l'état d'Activation de l'Action, qui représente l'état de calme.

Inhibition de l'Action (IA) : troisième et dernière étape de la cascade du stress, induite par l'échec (ou l'apprentissage antérieur de l'échec) et produisant un sentiment d'incapacité et d'infériorité (allant du découragement à la dépression). Accessoirement, l'état d'Inhibition sert à se faire oublier voire protéger.

Intégration, PG Intégré : voir *aisance sociale irrationnelle*

Intelligence adaptative : forme d'intelligence permettant de faire face aux contraintes complexes de l'environnement physique et social, tout en maintenant l'équilibre du milieu intérieur. Ce sont notamment les ressources des territoires préfrontaux qui sous-tendent son action à son degré le plus élevé.

IRM*f* : voir *imagerie cérébrale fonctionnelle*.

Limbique : partie du cerveau située autour de la partie médiane (au dessus et en dessous du corps calleux, ce faisceau de fibres nerveuses qui relie les deux hémisphères). Elle mémorise les expériences sensibles (plaisirs/déplaisirs) et les « stocke » sous forme d'émotions (désirs/appréhensions) puis de motivations plus stables (personnalités). Voir aussi : néo-limbique et paléo-limbique.

Lutte : terminologie issue de la psychophysiologie, qui regroupe dans le concept général de stress ou d'états d'urgence de l'instinct, la Fuite, la Lutte et l'Inhibition. Ces trois états s'opposent, en TNC, à l'état d'Activation de l'Action.

Lutte Empêchée ou Personnalité Compétitrice (LE) : voir Personnalité (modèle de) en TNC

Marginalité, PG Marginal : fait de se sentir irrationnellement mal à l'aise en société, comme oppressé, même en contexte perçu comme amical et plaisant, ou de s'y sentir en danger (sans raison). Sous-tendu par le Positionnement Grégaire (paléolimbique) tendant à cette fin (PGM).

Mauvaise case (MC) : facette négative du dipôle émotionnel (positif/négatif) associé à tout « Contenant ». Tout comportement comporte une « bonne case », synonyme de plaisir/succès, et une « mauvaise », synonyme de déplaisir/échec.

Mauvaise case de personnalité secondaire (MC P. II.) : désagrément d'être confronté à ce que l'on n'aime pas, notamment

à ses antivaleurs.

Méta- : préfixe exprimant, dans les sciences humaines, « ce qui dépasse, englobe », constitue une position d'observateur. Par exemple, le Mode NéoLimbique englobe les Hypos, Hypers et Personnalités. De même et de façon plus surprenante, le MMP (Mode Mental Préfrontal) est en fait moins opposé au MMA (Mode Mental Automatique) que Méta en ce sens qu'il l'englobe (sur-mode versus mode économique).

Métacognitif : concerne les cognitions portant sur des cognitions, des idées. Commentaires que l'on (se) fait.

Méta-compétence : compétence qui permet à d'autres compétences de mieux s'exprimer (mieux se connaître, par exemple).

Méta-contenant : c'est un Contenant intégrant plusieurs autres Contenants, sans qu'il puisse pour autant se résumer à la somme de ceux-ci : par exemple, le Méta-Contenant Émotionnel ou Néo-Limbique inclut plusieurs autres Contenants comme les Hypos, les Hypers, les Personnalités primaires et secondaires... sans pour autant pouvoir se résumer à la somme de ceux-ci. De même, le Mode Mental Automatique inclut le Mode Mental Émotionnel ou Néo-Limbique, celui des rapports de force dit Paléo-Limbique, celui Impulsif dit Hypothalamique sans qu'il puisse se résumer à ceux-ci.

Méta-culture : connaissance collective permettant de valoriser et d'enseigner la gestion de soi, de ses émotions, comportements et apprentissages.

Méta-instinct : instincts qui modulent tous les autres. Synonyme d'États Fonctionnels de l'Instinct. Voir ce terme.

Méta-motivation : c'est une méta-compétence apprise permettant de réaliser une action sans le soutien de la motivation naturelle. On peut parler suivant les cas de mise en œuvre de la « volonté » et/ou de la « raison ».

Méta-paramètre : c'est un paramètre actif (voir ce terme) qui intègre et relie de façon indirecte, englobant plusieurs autres paramètres, sans qu'il puisse pour autant se résumer à la somme de ceux-ci : par exemple, une personnalité secondaire peut expliquer (partiellement voire totalement) certains Hypos mais la réciproque est bien moins vraie : les Hypos n'expliquent pas ou peu la personnalité.

Métapsychologie : dimension méta de la psychologie : prise de distance, analyse des mécanismes psychologiques.

Micro comportement : comportement automatique (voir ce terme), réalisé fréquemment et machinalement.

Mindfullness : état dit de pleine conscience. Terme issu de la méditation tibétaine.

Mode mental (MM) : mode de fonctionnement particulier du cerveau, sous-tendu par la mise en œuvre caractéristique de structures cérébrales identifiables. Synonyme : contenant cérébral.

Mode Mental Adaptatif ou Préfrontal (MMAd ou MMP) : ce mode mental est pertinent pour gérer le nouveau et/ou le complexe. En TNC, nous lui définissons six dimensions : la curiosité sensorielle, l'acceptation, la nuance, la relativité, la réflexion logique et l'opinion personnelle.

Mode Mental Automatique (MMAu ou MMA) : mode mental « économique » mobilisé lorsqu'un événement est perçu comme simple et/ou connu.

Mode Mental Préfrontal (MMP) : voir *Mode Mental Adaptatif*.

Motivation extrinsèque ou externe ou exogène : motivation induite par des stimulations issues du milieu, satisfaisant un besoin biologique ou social (succès, reconnaissance...). En TNC, cette motivation est notamment associée aux Personnalités Secondaires... Elle s'oppose à la motivation intrinsèque (voir ce terme) ou interne ou endogène.

Motivation intrinsèque : c'est une motivation d'origine endogène, issue des gènes ou de la période d'empreinte post-natale. Elle a pour caractéristique de ne pas dépendre du résultat de notre action. Elle associée à la Personnalité dite Primaire (voir ce terme) et s'oppose à la motivation Extrinsèque (voir ce terme), Externe ou Exogène.

Motivation intrinsèque refoulée : motivation intrinsèque (voir ce terme) non exprimée en raison d'une dévalorisation d'origine culturelle ou à une expérience personnelle négative à cet égard. Les formes les plus pathogènes sont le fait d'un Hypo ou comportement Hypo-fonctionnel (voir ce terme).

Motivation négative : type de motivation associée à des vécus d'échec et colorée par la volonté d'éviter de les revivre. Synonyme : mauvaises cases (voir aussi ce terme).

Motivation positive : type de motivation proactive, découlant des personnalités primaires, si inconditionnelle, ou des personnalités secondaires, si conditionnelle.

Motivation profonde : type de motivation inconditionnelle, basée sur le plaisir de faire « en soi », pour le plaisir (comme un hobby), découlant des personnalités primaires ou tempéraments (voir aussi ces termes).

Néo-limbique (cortex) : structure cérébrale qui sous-tend un « état d'esprit » relativement fermé à ce qui est nouveau, qui craint l'imprévu, a généralement une vision dualiste, tranchée (bien/mal, vrai/faux), qui a le sentiment que nos perceptions sensorielles sont « toute la réalité », est attiré par les seuls résultats, prête une grande importance à la position hiérarchique dans la société. C'est la partie la plus récente des territoires limbiques, située juste au dessus du corps calleux, dans la fente inter-hémisphérique.

Neurocognitif : relatif au lien existant entre manière de penser (mode mental) et structures cérébrales prioritairement sous-jacentes.

Neuropsychologie : étude des fonctions mentales en liaison avec les structures cérébrales, basée généralement sur l'observation de patients cérébrolésés.

Neurosciences cognitives : sous-discipline des neurosciences ou sciences du cerveau étudiant l'émergence des cognitions à partir des structures cérébrales (notamment à partir de l'Imagerie Cérébrale fonctionnelle).

Ontogenèse : développement de l'individu, depuis la fécondation de l'œuf jusqu'à l'état adulte

Paléo-limbique (PL) : partie la plus ancienne du « cerveau limbique » située juste au dessous du corps calleux (l'ensemble des « deux limbiques », ancien et nouveau, constituant autour de lui un anneau. Il comprend notamment les amygdales limbiques, situées dans la profondeur du cerveau (à ne pas confondre avec les amygdales situées dans la gorge), auxquelles nous attribuons les relations sociales hiérarchiques (voir aussi positionnement grégaire).

Paramètre actif : élément précis d'un Contenu cognitif produisant, de façon nette et reproductible, la survenue d'un Contenant précis associé. C'est par exemple un comportement

observé (« couper la parole ») qui déclenche un agacement, même en situation de non implication (Résonance d'Hypo).

Paramètre modulateur : paramètre modifiant la texture ou l'intensité d'une résonance émotionnelle hypo-fonctionnelle (pour en confirmer le diagnostic) ou d'un comportement d'affrontement d'Hypo (ou de PG), permettant d'en adapter, rendre progressif et accessible l'affrontement.

Pédagogie TNC : explication donnée à un patient afin de lui faire mieux comprendre les troubles dont il se plaint ou qu'il subit, permettant à la fois de lui permettre de s'en détacher davantage (se déculpabiliser, en avoir moins peur...) et de mieux se mobiliser pour les affronter ou traiter (méta-motivation, voir ce terme).

Période de l'apprentissage post empreinte : Période de formation des personnalités secondaires, sous-tendue par un mécanisme neuronal d'apprentissage émotionnel allant de la période post-empreinte (3 mois) jusqu'à l'adolescence et persistant (de façon lentement décroissante) tout au long de la vie, jusqu'à la mort. Voir aussi « apprentissage adulte ».

Période de l'empreinte émotionnelle (voir aussi empreinte) : période périnatale, débutant un peu avant la naissance et se terminant à 3 à 6 mois, durant laquelle, selon le modèle TNC, se fixent la part épi génétique des personnalités primaires (ou tempéraments) à travers une mémorisation indélébile des états émotionnels vécus au long de cette période, notamment des méta-instinctifs hypothalamiques (vécus les plus puissants et matures à la naissance). Comme cette mémorisation est définitive, elle est insensible à l'apprentissage, notamment de l'échec, et reste irrémédiablement positive. Précieux à investir et cultiver pour construire nos motivations durables (projets professionnels, vie sentimentale, hobbies...)

Personnalité (modèle de) en TNC : on y focalise sur la composante endogène dans l'origine des personnalités, notamment sur le rôle du stress (et de ses sous-dimensions que constituent la Fuite, la Lutte et l'Inhibition, voir ces termes) ou de l'état de calme (Activation, voir ce terme). On parle alors de personnalité en Activation et/ou en Fuite et/ou en Lutte et/ou en Inhibition. Et selon que ces divers états ont été vécus principalement dans leurs variantes réussies ou empêchées (voir ces termes), on parle alors

de Personnalités réussies ou Empêchées. En croisant l'axe AFLI (Activation, Fuite, Lutte et Inhibition) et celui RE (Réussi, Empêché), obtient un modèle à huit personnalités. Et à 16 si l'on distingue les Personnalités Primaires (PI) et les Secondaires (PS), voir ces termes.

Personnalité Animatrice (FR) : voir Personnalité (modèle de) en TNC

Personnalité archaïque : personnalité paléolimbique, incluant le Positionnement Grégaire et construite sur les rapports de force. Elle se définit dès la phase prénatale (on le constate chez les jumeaux vrais issus d'un seul placenta car on y voit déjà apparaître un comportement de dominant chez l'un et de soumission chez l'autre) mais qui reste évolutive tout au long de la vie, notamment jusqu'à la puberté. Elle définit le positionnement (« irrationnel », issu d'un rapport de force primitif) de l'individu par rapport à son groupe, selon les deux axes du positionnement grégaire : l'un définit le degré de confiance irrationnelle en soi (dominance/soumission) et l'autre celui de confiance irrationnelle en l'autre (aisance irrationnelle/marginalité).

Personnalité Compétitrice (LE) : voir Personnalité (modèle de) en TNC

Personnalité difficile : en TNC, ce concept inclurait 1/l'exagération d'une Personnalité Secondaire ou 2/la dérégulation (par son intensité ou son instabilité comme lors des troubles bipolaires) d'une personnalité archaïque (PG).

Personnalité en Activation Empêchée (AE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Activation Empêchée ou Novatrice (AE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Activation Réussie (AR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Activation Réussie ou épicurienne ou Philosophe (AR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Fuite Empêchée (FE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Fuite Empêchée ou Sécuritaire (FE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Fuite Réussie (FR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Inhibition Empêchée (IE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Inhibition Empêchée ou Altruiste ou Solidaire (IE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Inhibition Réussie (IR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Inhibition Réussie ou affective ou participative (IR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Lutte Empêchée (LE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Lutte Réussie (LR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité en Lutte réussie ou Stratège (LR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Épicurienne ou Philosophe (AR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Novatrice (AE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Participative ou Affective (IR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Sécuritaire (FE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Solidaire ou Altruiste (IE) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité Stratège (LR) : voir *Personnalité (modèle de) en TNC*

Personnalité tertiaire : synonyme de « personnalité velléitaire », voir ce terme.

Personnalité velléitaire : synonyme de personnalité tertiaire (voir ce terme) induite par la culture (la mode, les standards sociaux, l'envie de ressembler à une « idole », etc.) qui génère, chez le sujet, un idéal à la fois émotionnellement inaccessible et surtout dépourvu de motivation véritable, primaire comme secondaire. En fait, on ne désire que les bénéfices collatéraux (la reconnaissance, l'argent, l'affection...), pas l'action ni même son résultat direct. Il en découle complexes, velléités voire mythomanies.

Personnalités extraverties : personnalités issues de l'ancrage des méta-instincts (calme + 3 états de stress) en situation de bonne case (états dits réussis) par l'empreinte (P primaires ou tempéraments) ou la récompense (P secondaires ou caractères). Ces états pulsionnels réussis correspondent à des expériences positives. Dans le cadre des personnalités primaires, ces états sont définitivement idéalisés et recolorés positivement sur le plan motivationnel (générateurs de plaisirs inconditionnels).

Personnalités introverties : personnalités issues de l'ancrage des méta-instincts (calme + 3 états de stress) en situation de mauvaise case (états dits empêchés) par l'empreinte (P primaires ou tempéraments) ou la récompense (P secondaires ou caractères). Ces états pulsionnels empêchés correspondent à des expériences négatives. Dans le cadre des personnalités primaires, ces états sont définitivement idéalisés sur le plan motivationnel (générateurs de plaisirs inconditionnels).

Personnalités primaires (P.I.) : personnalités définitives, issues de la génétique et/ou de la période de l'empreinte, alimentant des motivations positives, peu dépendantes du résultat, donc peu sensibles à l'échec. Voir aussi : tempéraments ou mobiles.

Personnalités secondaires (P. II.) : personnalités qui se construisent tout au long de la vie dès la fin de l'empreinte (voir ce terme). Elles se caractérisent par le fait que leur motivation positive dépend avant tout du résultat, donc de la continuité des succès. Ceci explique qu'avec le temps, les motivations négatives de ces personnalités secondaires finissent par l'emporter. Ce terme est synonyme de celui de caractère.

Phylogenèse : histoire évolutive des espèces.

Positionnement grégaire (PG) : Positionnement social primitif, induit par les structures paléolimbiques (notamment amygdaliennes), décrivant la place stable et intrinsèque (irrationnelle, hors de toute justification compétence, reconnaissance...) occupée sur les axes gradués de la confiance/manque de confiance en soi (place hiérarchique dans le groupe ie dominance/soumission) et du degré de confiance/méfiance vis à vis du groupe (intégration/marginalité). Au cœur des mécanismes irrationnels de la confiance en soi et en les

autres, des rapports de force et des structurations sociales primitives de type « tribal ».

Positionnement grégaire dominant ou dominance (PGD) : voir *Positionnement Grégaire*.

Positionnement grégaire intégré ou intégration (PGI) : voir *Positionnement Grégaire*.

Positionnement grégaire marginal ou marginalité (PGM) : voir *Positionnement Grégaire*.

Positionnement grégaire soumis ou soumission (PGS) : voir *Positionnement Grégaire*.

Positionnement social primitif : voir *Positionnement Grégaire*.

Poulie des Hypers : emboîtement comportemental induit chez deux partenaires ayant des relations régulières (en famille, au travail...) lorsqu'ils sont tous deux atteints d'Hypers impliquant leur relation. Ce modèle suppose que lorsque l'un des sujets est saturé plus vite que l'autre, il déclenche un état de manque chez l'autre qui déséquilibre durablement la relation. L'inversion accidentelle (ou thérapeutique) des rôles peut inverser le processus selon l'adage « je te suis tu me fuis. Je te fuis, tu me suis » !

Préfrontal : partie la plus récente et intelligente du cerveau, située juste derrière le front. De par son importance (près de 20 % de la masse cérébrale qui ne sert qu'à penser et anticiper) et l'étendue de ses interconnexions, elle réalise la synthèse entre les besoins biologiques immédiats, les expériences émotionnelles et l'adaptation « en temps réel » à l'environnement. Elle permet de gérer le nouveau, l'inconnu, de prendre en compte la complexité de notre environnement et d'introduire de nouveaux apprentissages. Son caractère inconscient peut surprendre (on a cru longtemps qu'elle était au cœur de la conscience). Il explique sans doute le caractère encore largement imprévisible de l'intelligence humaine.

Préfrontaliser : mobiliser l'état mental sous-tendu par l'activité de la structure préfrontale, caractérisé par la curiosité sensorielle, l'acceptation, la nuance, la relativisation, la réflexion et l'opinion personnelle et associé à la sérénité (capacité à garder son calme même en situation difficile). Voir Intelligence du Stress.

Préfrontalité : état mental issu de la structure préfrontale, caractérisé par la curiosité sensorielle, l'acceptation, la nuance, la

relativisation, la réflexion et l'opinion personnelle et générateur de sérénité. Voir préfrontaliser et Intelligence du stress.

Pseudo-vérification : « vérification émotionnelle » (au sens d'une punition/déception) qu'un comportement est néfaste, induisant ou renforçant un comportement d'évitement, une antivaleur (voir ce terme). Ce terme s'oppose à « vérification rationnelle » qui consiste en une compréhension plus fine des causes d'un échec ou d'un succès : par exemple, que l'on peut apprendre de l'échec alors que l'évitement « congèle » souvent notre expérience dans le manque qui en découle. Lors d'un processus thérapeutique (en simulation comportementale ou en réel), une telle expérience amène à penser (émotionnellement) que l'on aurait dû s'abstenir. La pseudo-vérification n'est pas une preuve rationnelle, elle ne prend pas en compte les autres facteurs d'échec, les progrès réalisés... ou même la nécessaire acceptation de l'apprentissage du réel pour résoudre une difficulté. Les contenants limbiques (notamment paléolimbique ou Hyper/RH) sont prompts à provoquer des pseudo-vérifications, sources de démotivation.

Psychologie cognitive : discipline qui a pour objet les mécanismes de la pensée grâce auxquels s'élabore la connaissance (5 phases : perception, mémorisation, apprentissage, conceptualisation, raisonnement logique).

Recherche de l'actif du passif (méthode de) : voir « Actif du passif ».

Régulation « en tendance » : terminologie issue de la cybernétique traduisant un comportement accentué par son propre résultat, ce qui donne un emballement (« effet larsen ») par opposition à un « système autorégulé », freiné par son produit final et qui fluctue ainsi autour d'un point de consigne.

Répression d'Hyper : voir répression de comportement Hyperfonctionnel.

Répression d'hyper (RH) : répression consciente et plus ou moins volontaire d'un comportement hyperfonctionnel perçu comme douloureux, préjudiciable ou dangereux. Appartient au « syndrome Hyper » dont elle constitue un stade évolutif (phase 4). C'est une des causes majeures de dépression, dite réactionnelle. Symptomatologie dépressivo-agressive très rémanente, donnant un sentiment de traumatisme moral, où l'on se sent initialement victime,

abandonné, incompris. Puis, après la phase de reproches, on se sent progressivement incapable, méprisable, sans intérêt. Récidives fréquentes, hypersensibilité et susceptibilité. Le syndrome Hyper n'est qu'une symptomatologie de l'Hypo, qui se traite avec lui.

Résonance (d'hypo) : Critère diagnostic caractéristique de l'hypo par confrontation indirecte. La résonance est involontaire, peu contrôlable. Elle se traite en profondeur par affrontement comportemental de l'Hypo (en proportion exacte de la résolution du trouble). Voir aussi résonance émotionnelle.

Résonance émotionnelle : réaction émotionnelle particulière (gêne, agacement ou admiration avec émotion) face à un individu/un comportement par lequel nous ne sommes nullement impliqué/menacé. Classiquement, cela se produit ou persiste même devant une fiction, par exemple au cinéma, même si cela n'évoque rien de notre vie personnelle. C'est le comportement « en soi » qui produit en nous cette réaction. Ce symptôme est caractéristique de l'Hypo et constitue un précieux signe diagnostic, facile et fiable, alors que l'Hypo lui-même est invisible (tabou) du fait de l'évitement automatique avec « vide mental » secondaire (hors résonance). On dit en TNC de celui qui provoque la résonance qu'il a une liberté que l'on n'a pas (même s'il nous paraît méprisable !). S'il abuse de sa liberté, il faut toujours prendre au sérieux ce qu'il nous révèle sur nous. Une fois l'affrontement fait et le problème traité, on voit mieux la liberté qui nous manquait.

Saturation de l'Hyper : méthode de recherche du ou des Hypos d'un Hyper, par exagération imaginaire (totale et durable) du succès d'un Hyper, pour identifier ce qu'il apporterait de plus que son objet apparent i.e. son objet caché (voir ces termes).

Schémas de pensée : trames de pensées stables (modèle TCC) voire rigidifiées, souvent sous-tendues par les personnalités (modèle TNC) ou associées à elles, définissant et alimentant largement les pensées conscientes d'un individu (les cognitions).

Servomécanisme : système asservi à une information extérieure, permettant de maintenir l'équilibre de la réponse et de la commande quelles que soient les variations de celle-ci et les perturbations (Robert).

Sevrage de l'Hyper : méthode de recherche du ou des Hypos d'un Hyper, par sevrage imaginaire (total et durable) d'un Hyper,

pour identifier ce que cela enlèverait de plus que son objet apparent i.e. son objet caché (voir ces termes).

Sonnette : en TNC, on appelle « sonnette » un emboîtement entre plusieurs Contenants associés à un même Contenu, par exemple, entre deux intolérances contradictoires voire incompatibles (de personnalités Secondaires), déclenchées par une même situation.

Soumission : fait de se sentir irrationnellement inférieur ou indigne, de se soumettre spontanément et aveuglément à toute autorité. Par extension, positionnement social primitif (paléolimbique) tendant à cette fin (PGS).

Sous-paramètre actif : c'est un paramètre actif (voir ce terme), extrait d'un paramètre actif précédemment défini et qui en explique toute la réactivité : par exemple, on dira que le paramètre actif « a une attitude injuste » d'un Contenant d'Hypo est un sous-paramètre d'un ou plusieurs autres paramètres actifs d'Hypo (« être désagréable sans raison » et « montrer ostensiblement son argent ») si, en le retirant de ceux-ci, il en annule toute capacité à déclencher une Résonance d'Hypo.

Stockholm (Syndrome de) : attitude d'aliénation d'un individu soumis envers un plus dominant, comme prendre sa défense même si l'on en est objectivement victime.

Stress : réaction instinctive de défense face à un danger, une menace immédiate pour la survie, déclenchée par la structure hypothalamique, selon trois programmes totalement stéréotypés mais déployés de façon progressive (en cascade, suite à l'échec du précédent état) : la fuite, la lutte et l'inhibition de l'action.

Stress aigu : stress, de type « attaque de panique » ou équivalent (voir « régulation en tendance »). Une telle survenue lors d'un exercice comportemental et induite par lui doit faire arrêter immédiatement l'exercice et chercher puis traiter les causes de cette flambée de stress. Il s'agit ordinairement d'une Sonnette (voir ce terme) entre deux Contenants (ou davantage) que l'exercice met involontairement à jour.

Stressabilité : tendance à se stresser en situation négative, réelle ou simplement évoquée, sur un sujet donné. Très corrélée à la persistance anormale du mode mental automatique en situation de non contrôle. Ce qui nous fait parler « d'Intelligence du Stress »,

puisque l'intelligence adaptative ou préfrontale se révèle capable de nous avertir de son désaccord via le stress, lorsque nos comportements conscients lui paraissent irrationnels, incohérents, dangereux. Il est à noter que spontanément, le stress nous fait chercher le danger à l'extérieur, alors que, le plus souvent, il est dedans : le modèle TNC en attribue l'origine à un conflit entre les deux grands modes mentaux.

Syndrome de Stockholm : voir *Stockholm*.

Système autorégulé : régulation d'une fonction, d'un processus, d'une machine ou d'un organisme, constituant un ensemble fonctionnant de façon autonome même en milieu instable, Terminologie issue de la cybernétique traduisant un comportement freiné par son produit final et qui fluctue ainsi autour d'un point de consigne, par opposition à un « système en tendance » (voir ce terme), accentué par son propre résultat, ce qui donne par contre un emballement (« effet larsen »).

Tabou : terminologie courante ou psychanalytique évoquant le comportement hypo-fonctionnel (voir ce terme).

TCC : Acronyme de Thérapies Cognitives et Comportementales. Une des sources de la TNC, qui lui doit le triangle pensées/ émotions/comportements et la mise en évidence des causes irrationnelles du stress ou encore le modèle de la phobie/phobie sociale.

Tempérament : synonyme de Personnalité primaire. Voir ce terme.

Territoires limbiques : situés autour de la partie médiane (au-dessus et en dessous du corps calleux reliant les deux hémisphères). Siège de la mémorisation des sensations (plaisir/déplaisir) sous la forme d'émotions (désir/appréhension) puis de motivations stables/traits de personnalité (personnalités primaires ou secondaires).

Territoires néolimbiques (ou cortex limbique) :partie la plus récente des territoires limbiques, située au-dessus du corps calleux, dans la zone inter hémisphérique. Structure génératrice d'un état d'esprit routinier, prompt à construire des certitudes, croyances et sensations de vérité.

Territoires paléolimbiques : les plus anciens territoires limbiques, situés en dessous du corps calleux, comprenant les

amygdales limbiques. Ils sous-tendent notamment les relations sociales hiérarchiques (Positionnement Grégaire).

Territoires préfrontaux (cortex préfrontal) : situés derrière le front. Siège largement inconscient de l'intelligence humaine supérieure. Réalise la synthèse entre les besoins biologiques immédiats, les expériences émotionnelles et l'adaptation « en temps réel » à l'environnement. Siège de l'anticipation du futur, de la stratégie et de la représentation de l'autre comme autres soi-même (empathie).

Théorie de Hebb (Hebbian theory) : modèle de la potentialisation synaptique, qui décrit les mécanismes d'apprentissage décrits par Pavlov ou Skinner. Voir aussi « apprentissage adulte », par opposition à « empreinte ».

Théorie du point de consigne (*set-point theory*) : élément central de l'autorégulation (voir ce terme).

Thérapie Neurocognitive et Comportementale (TNC) : nouvelle vague des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) issue du rapprochement avec les neurosciences.

Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) : thérapies centrées sur la modification des comportements, pensées et même émotions associées aux troubles psychologiques ou psychiatriques. Thérapies de l'ici et maintenant, elles partent du principe qu'il est souvent plus efficace « de trouver et d'enlever le clou dans la chaussure » que de « savoir qui l'a mis et pourquoi ».

Valeur (ou principe) : ce qui nous paraît vrai, beau, bien, constituant un jugement personnel (rigide) plus ou moins en accord (ou en conflit) avec celui de la société (d'un milieu, d'un groupe...) de l'époque.

Velléitaire : qui n'a que des intentions faibles, ne se décide pas à agir. Par extension, motivation faible issue notamment des Personnalités Tertiaires (voir ce terme).

Vide mental : fait de ne plus disposer, momentanément, de sa capacité à générer des pensées, avoir un esprit critique, accéder à ses connaissances acquises et souvenirs. Ce vide ou blanc mental est notamment rencontré dans le cas d'un affrontement de comportement hypo-fonctionnel. Il est destiné à empêcher l'affrontement. On peut le dépasser en préparant l'exercice à partir

des résonances d'Hypos. Le vide mental peut aussi résulter du Positionnement Grégaire Soumis (PGS).

Bibliographie

ACEVEDO, B. P., ARON, A., FISHER, H. E., & BROWN, L. L. (2012). Neural correlates of long-term intense romantic love. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 7*(2), 145-159.

ADAMS, K. M., & ROBINSON, D. W. (2001). Shame reduction, affect regulation and sexual boundary development: Essential building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity, 8*(1), 23-44.

ADOLPHS, R., GOSSELIN, F., BUCHANAN, T. W., TRANEL, D., SCHYNS, P., & DAMASIO, A. R. (2005). A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature, 433*(7021), 68-72.

ADOLPHS, R., & TRANEL, D. (2004). Impaired judgments of sadness but not happiness following bilateral amygdala damage. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*(3), 453-462.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS, 2006). *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte*. Rapport, Saint denis, France.

AGGLETON, J. P. (2000). *The amygdala a functional analysis* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

ÅHS, F., PALMQUIST, Å. M., PISSIOTA, A., APPEL, L., FRANS, Ö., LIBERZON, I., et al. (2011). Arousal modulation of memory and amygdala-parahippocampal connectivity: A PET-psychophysiology study in specific phobia. *Psychophysiology, 48*(11), 1463-1469.

ÅHS, F., SOLLERS III, J. J., FURMARK, T., FREDRIKSON, M., & THAYER, J. F. (2009). High-frequency heart rate variability and cortico-striatal activity in men and women with social phobia. *NeuroImage, 47*(3), 815-820.

ALBERTI, R., & EMMONS, M. (2008). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships (9th ed.)*. Atascadero, CA US: Impact Publishers.

ALLAN, S., & GILBERT, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 36*(4), 467-488.

AMARAL, D. G. (2003). The amygdala, social behavior, and danger detection. *Annals Of The New York Academy Of Sciences, 1000*, 337-347.

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux version internationale avec les codes CIM-10* (4e éd.). Paris Milan Barcelone : Masson.

American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition, texte révisé). Issy-les-Moulineaux : Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.

AMIR, N., KLUMPP, H., ELIAS, J., BEDWELL, J. S., YANASAK, N., & MILLER, L. S. (2005). Increased activation of the anterior cingulate cortex during processing of disgust faces in individuals with social phobia. *Biological Psychiatry, 57*(9), 975-981.

ANDRÉ, C. (2011). *Méditer jour après jour 25 leçons pour vivre en pleine conscience*. Paris : L'iconoclaste.

ANTONIADIS, E. A., WINSLOW, J. T., DAVIS, M., & AMARAL, D. G. (2009). The nonhuman primate amygdala is necessary for the acquisition but not the retention of fear-potentiated startle. *Biological Psychiatry, 65*(3), 241-248.

ARON, A., FISHER, H., MASHEK, D. J., STRONG, G., LI, H., & BROWN, L. L. (2005). Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology, 94*(1), 327-337.

ASCH, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership and men ; research in human relations.* (pp. 177-190). Oxford England: Carnegie Press.

AURELI, F., VAN SCHAIK, C. P., & VAN HOOFF, J. A. (1989). Functional aspects of reconciliation among captive long-tailed macaques (Macaca fascicularis). *American Journal of Primatology, 19*(1), 39-51.

AZIZ, S., & ZICKAR, M. J. (2006). A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *Journal of Occupational Health Psychology, 11*(1), 52-62.

BACHEVALIER, J., & MÁLKOVÁ, L. (2006). The amygdala and development of social cognition: Theoretical comment on Bauman, Toscano, Mason, Lavenex, and Amaral (2006). *Behavioral Neuroscience, 120*(4), 989-991.

BADDELEY, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annual review of psychology, 63*, 1-29.

BANDLER, R., KEAY, K. A., FLOYD, N., & PRICE, J. (2000). Central circuits mediating patterned autonomic activity during active vs. passive emotional coping. *Brain Research Bulletin, 53*(1), 95-104.

BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs (N. J.): Prentice-Hall.

BATESON, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Edission du Seuil.

BAUDELAIRE, C. (1855). L'Heautontimonroumenos. In C. Baudelaire (Ed.), *Les fleurs du mal*. Paris : Revue des Deux Mondes.

BAUMAN, M. D., TOSCANO, J. E., MASON, W. A., LAVENEX, P., & AMARAL, D. G. (2006). The expression of social dominance following neonatal lesions of the amygdala or hippocampus in rhesus monkeys (Macaca mulatta). *Behavioral Neuroscience, 120*(4), 749-760.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.

BECKER, B., MIHOV, Y., SCHEELE, D., KENDRICK, K. M., FEINSTEIN, J. S., MATUSCH, A., et al. (2012). Fear processing and social networking in the absence of a functional amygdala. *Biological Psychiatry, 72*(1), 70-77.

BECKERS, D. G. J., VAN DER LINDEN, D., SMULDERS, P. G. W., KOMPIER, M. A. J., VAN VELDHOVEN, M. J. P. M., & VAN YPEREN, N. W. (2004). Working overtime hours: Relations with fatigue,

work motivation, and the quality of work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*(12), 1282-1289.

BERNARD, J. F., & BANDLER, R. (1998). Parallel circuits for emotional coping behaviour: New pieces in the puzzle – Commentary. *Journal of Comparative Neurology, 401*(4), 429-436.

BERTHOZ, A. (2013). *La décision*. Paris : O. Jacob.

BIDDULPH, S. (2013). *Raising girls.* New York: Harper Collins.

BILALIC, M., MCLEOD, P. & GOBET, F. (2008a). Inflexibility of experts – Reality or myth ? Quantifying the Einstellung effect in chess masters. *Cognitive Psychology, 56*, 73-102.

BILALIC, M., MCLEOD, P. & GOBET, F. (2008b). Why good thought block better ones: The mechanism of the pernicious Einstellung (set) effect. *Cognition, 108 (3)*, 652-661.

BIRCHWOOD, M., MEADEN, A., TROWER, P., & GILBERT, P. (2002). Shame, humiliation, and entrapment in psychosis: A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis.* (pp. 108-131). New York, NY US: Brunner-Routledge.

BISHOP, S. J., DUNCAN, J., & LAWRENCE, A. D. (2004). State anxiety modulation of the amygdala response to unattended threat-related stimuli. *Journal of Neuroscience, 24*(46), 10364-10368.

BISWAS-DIENER, R., VITTERSØ, J., & DIENER, E. (2005). Most people are pretty happy, but there is cultural variation: The inughuit, the amish, and the maasai. *Journal of Happiness Studies, 6*(3), 205-226.

BLACKSHAW, A. J., KINDERMAN, P., HARE, D. J., & HATTON, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism, 5*(2), 147-163.

BLÉANDONU, G. (1990). *Wilfred R. Bion la vie et l'oeuvre, 1897-1979.* Paris : Dunod.

BOESCH, C. (2012). *Wild cultures a comparison between chimpanzee and human cultures*. Cambridge New York: Cambridge University Press.

BOESCH, C., & BOESCH-ACHERMANN, H. (2000). *The chimpanzees of the Taï Forest behavioural ecology and evolution*. Oxford New York: Oxford University Press.

BOWNDS, M. D. (2001). *La biologie de l'esprit origines et structures de l'esprit, du cerveau et de la conscience*. Paris : Dunod.

BRAGGIO, J. T., NADLER, R. D., LANCE, J., AND MISEYKO, D. (1978). Sex differences in apes and children. *Recent Advances in Primatology,* 1, 529-532.

BROCKMAN, R. (2011). Aspects of psychodynamic neuropsychiatry IV: Love, ripe fruit, and other addictions. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 39*(4), 737-747.

BROWN, L. H. (2011). *A continuum of suspiciousness and its relation to schizotypy and social anxiety.* ProQuest Information & Learning, US.

BURKE, R. J., & MATTHIESEN, S. (2004). Short communication: Workaholism among Norwegian journalists: Antecedents and consequences. *Stress and Health, 20*(5), 301-308.

BURKETT, J. P., & YOUNG, L. J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology, 224*(1), 1-26.

BUTOVSKAYA, M. A. (1999). Aggression, friendship, and reconciliation in Russian primary schoolchildren. *Aggressive Behavior, 25*(2), 125-139.

Caisse nationale du Régime social des indépendants & Institut national de la santé et de la recherche médicale Centre d'expertise collective (2007). *Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie bilan des données scientifiques*. Paris : INSERM.

CALE, J., & LUSSIER, P. (2011). Toward a developmental taxonomy of adult sexual aggressors of women: Antisocial trajectories in youth, mating effort, and sexual criminal activity in adulthood. *Violence and Victims, 26*(1), 16-32.

CANCEIL, O., COTTRAUX, J., FALISSARD, B., FLAMENT, M., MIERMONT, J., SWENDSEN, J., et al. (2004). *Psychothérapie trois approches évaluées*. Paris : INSERM.

CANNON, W. B. (1963). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage (2nd ed.)*. Oxford England: Harper & Row.

CARNES, P. J. (1991). *Don't call it love: recovery from sexual addiction*. New York: Bantam.

CHENG, Y., CHEN, C., LIN, C. P., CHOU, K. H., & DECETY, J. (2010). Love hurts: An fMRI study. *NeuroImage, 51*(2), 923-929.

CHICHINADZE, K., LAZARASHVILI, A., CHICHINADZE, N., & GACHECHILADZE, L. (2012). Testosterone dynamics during encounter: Role of emotional factors. *Journal of Comparative Physiology A: Neuroethology, Sensory, Neural, and Behavioral Physiology, 198*(7), 485-494.

COMBS, D. R., FINN, J. A., WOHLFAHRT, W., PENN, D. L., & BASSO, M. R. (2013). Social cognition and social functioning in nonclinical paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(6):531-48

COTTRAUX, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4e édition revue et augmentée). Paris : Masson.

DAMASIO, A. R. (2002). *Le sentiment même de soi corps, émotions, conscience*. Paris : O. Jacob.

DANCHIN, E., CHARMANTIER, A., CHAMPAGNE, F. A., MESOUDI, A., PUJOL, B., & BLANCHET, S. (2011). Beyond DNA: Integrating inclusive inheritance into an extended theory of evolution. *Nature Reviews Genetics, 12*(7), 475-486.

DAVIDSON, R., KABAT-ZIN, J., SCHUMACHER, J., ROSENKRANZ, M., MULLER, D., SANTORELLI, S., URBANOVSKI, F., HARRINGTON, A., BONUS, A. & SHERIDAN, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, (65), 564-570.

DAVIDSON, R. J., PUTNAM, K. M., & LARSON, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – A possible prelude to violence. *Science, 289*(5479), 591-594.

DE CHALVRON, S., LAFAYE, A., VAN DIJK, A., LEFRANÇOIS, C., MONFARDINI, E., EL MASSIOUI, F., FRADIN, J. (In revision). Effects of submissive and assertive behaviors on depression and anxiety: Psychometric properties of the Submissive Behavior Scale and of the Assertive Behavior Scale. *Psychological Assessment*.

DE NOTARIIS, M., MACRI, E., IDELETTE THÉBAUD, N., & VEILLEUX, A. (2008). *Regarde-moi : le développement neuromoteur de 0 à 15 mois* (Nouv. éd.). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

DE WAAL, F. (1989). *Peacemaking among primates*. Cambridge, MA US: Harvard University Press.

DE WAAL, F. B. M. (1993). Reconciliation among primates: A review of empirical evidence and unresolved issues. In W. A. Mason & S. P. Mendoza (Eds.), *Primate social conflict.* (pp. 111-144). Albany, NY US: State University of New York Press.

DEARING, R. L., STUEWIG, J., & TANGNEY, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors, 30*(7), 1392-1404.

DECETY, J., SKELLY, L. R., & KIEHL, K. A. (2013). Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy. *JAMA Psychiatry, 70*(6), 638-645.

DEHAIS, F. (2004). *Modélisation de l'erreur humaine dans l'activité de pilotage*. Thèse ISAE.

DEL CASALE, A., FERRACUTI, S., RAPINESI, C., SERATA, D., PICCIRILLI, M., SAVOJA, V., et al. (2012). Functional neuroimaging in specific phobia. *Psychiatry Research – Neuroimaging, 202*(3), 181-197.

DIAMOND, A., & DOAR, B. (1989). The performance of human infants on a measure of frontal cortex function, the delayed response task. *Developmental Psychobiology, 22*(3), 271-294.

DIENER, E., & DIENER, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science, 7*(3), 181-185.

DIJKSTERHUIS, A., BOS, M., NORDGREN, L. & VAN BAAREN, R. (2006). On making the right choice: the Deliberation-Without-Attention effect. *Science, 311*, 1005-1007.

DIJKSTERHUIS, A. & NORDGREN, L. (2006). A Theory of Unconscious Thought. *Perspectives on Psychological Science,* 1(2), 95-109.

DILGER, S., STRAUBE, T., MENTZEL, H. J., FITZEK, C., REICHENBACH, J. R., HECHT, H., et al. (2003). Brain activation to phobia-related pictures in spider phobic humans: An event-related functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Letters, 348*(1), 29-32.

EKMAN, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist, 48*(4), 384-392.

EKMAN, P. (2003). Darwin, deception, and facial expression. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson & F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of*

the emotions in man and animals. (vol. 1000, pp. 205-221). New York, NY US: New York Academy of Sciences.

EKMAN, P. (2009). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. New York, NY US: W W Norton & Co.

EKMAN, P., FRIESEN, W. V., & SIMONS, R. C. (1985). Is the Startle Reaction an Emotion? *Journal of Personality and Social Psychology, 49*(5), 1416-1426.

EKMAN, P., O'SULLIVAN, M., FRIESEN, W. V., & SCHERER, K. R. (1991). Face, voice, and body in detecting deceit. *Journal of Nonverbal Behavior, 15*(2), 125-135.

EKMAN, P., ROPER, G., & HAGER, J. C. (1980). Deliberate Facial Movement. *Child Development, 51*(3), 886-891.

EMERY, N. J., CAPITANIO, J. P., MASON, W. A., MACHADO, C. J., MENDOZA, S. P., & AMARAL, D. G. (2001). The effects of bilateral lesions of the amygdala on dyadic social interactions in rhesus monkeys (Macaca mulatta). *Behavioral Neuroscience, 115*(3), 515-544.

ETKIN, A., KLEMENHAGEN, K. C., DUDMAN, J. T., ROGAN, M. T., HEN, R., KANDEL, E. R., et al. (2004). Individual differences in trait anxiety predict the response of the basolateral amygdala to unconsciously processed fearful faces. *Neuron, 44*(6), 1043-1055.

ETKIN, W. (1964). *Social behavior and organization among vertebrates*. Oxford England: U. Chicago Press.

FANGET, F., & ROUCHOUSE, B. (2007). *L'affirmation de soi une méthode de thérapie*. Paris : O. Jacob.

Fédération française de neurologie, F. (2001). *La sclérose en plaques, Conférence de consensus, 7-8 juin 2001 (French), Revue neurologique, Masson, Paris.*

FEDOROFF, J. P. (2008). Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(10), 637-646.

FEINGOLD, J., & MARTINEZ, M. (1998). Hérédité monogénique. In J. Feingold, M. Fellous & M. Solignac (Eds.), *Principes de génétique humaine*. Paris : Hermann.

FEINSTEIN, J. S., ADOLPHS, R., DAMASIO, A., & TRANEL, D. (2011). The human amygdala and the induction and experience of fear. *Current Biology, 21*(1), 34-38.

FEINSTEIN, J. S., BUZZA, C., HURLEMANN, R., FOLLMER, R. L., DAHDALEH, N. S., CORYELL, W. H., et al. (2013). Fear and panic in humans with bilateral amygdala damage. *Nature neuroscience, 16*(3), 270-272.

FERNANDEZ-DUQUE, D., & POSNER, M. I. (2001). Brain imaging of attentional networks in normal and pathological states. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 23*(1), 74-93.

FIELD, T. (2011). Romantic breakups, heartbreak and bereavement. *Psychology, 2*(4), 382-387.

FISHER, H. E., BROWN, L. L., ARON, A., STRONG, G., & MASHEK, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology, 104*(1), 51-60.

FORNETTE, M.-P., BARDEL, M.-H., LEFRANÇOIS, C., FRADIN, J., EL MASSIOUI, F., & AMALBERTI, R. (2012). Cognitive-adaptation training for improving performance and stress management of Air Force pilots. *The International Journal of Aviation Psychology, 22*(3), 203-223.

FOSSUM, M. A., & MASON, M. J. (1986). *Facing shame: families in recovery*. New York: Norton W. W. & Company, Inc.

FRADIN, J. (2004). Prescription nutritionnelle selon la personnalité. *Médecine et Nutrition, 40*(2), 94-102.

FRADIN, J. (2005). De l'évitement social aux troubles du comportement alimentaire: quelles clefs pour un meilleur suivi à long terme ? *Mécedine et Nutrition, 41*(3), 146-154.

FRADIN, J. (2008). *L'intelligence du stress*. Paris : Eyrolles.

FRADIN, J., & FRADIN, F. (2004). *La thérapie neurocognitive et comportementale (TNCC, ex-psychophysio-analyse) une nouvelle vision du psychisme issue des sciences du système nerveux et du comportement* (Nouvelle édition). Paris : Publibook.

FRADIN, J., & FRADIN, F. (2006). *Personnalités et psychophysiopathologie nouvelles hypothèses en thérapie neurocognitive et comportementale (TNCC)*. Paris : Publibook.

FRADIN, J., & LEFRANÇOIS, C. (2006). Mieux comprendre le stress pour le vaincre. *Cerveau & Psycho, 18*, 18-21.

FRADIN, J., & LE MOULLEC, F. (2006). *Manager selon les personnalités les neurosciences au secours de la motivation*. Paris : Editions d'Organisation.

FRADIN, J., LEFRANCOIS, C., & EL MASSIOUI, F. (2006). Des neurosciences à la gestion du stress devant l'assiette. *Médecine et nutrition, 42*(2), 75-81.

FREUD, S. (1924). *Totem et tabou : Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*. Paris : Payot.

FUSTER, J. M. (2001). The prefrontal cortex – An update: Time is of the essence. *Neuron, 30*(2), 319-333.

FUSTER, J. M. (2003). Prefrontal cortex and memory in primates. In J. H. Byrne (Ed.), *Learning & Memory* (2nd ed., pp. 535-538). New York: Macmillan.

FUSTER, J. M. (2008). *The prefrontal cortex* (4rd ed.). Amsterdam: Elsevier.

GARCIA-PALACIOS, A., HOFFMAN, H., CARLIN, A., FURNESS III, T. A., & BOTELLA, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 40*(9), 983-993.

GARCIA, F. D., & THIBAUT, F. (2010). Sexual addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*(5), 254-260.

GIEDD, J. N., RAZNAHAN, A., LEE, N. R., WEDDLE, C., LIVERPOOL, M., STOCKMAN, M., et al. (2011). Structural brain magnetic resonance imaging of typically developing children and adolescents. In E. Amsel & J. G. Smetana (Eds.), *Adolescent vulnerabilities and opportunities: Developmental and constructivist perspectives.* (pp. 23-40). New York, NY US: Cambridge University Press.

GILBERT, P., ALLAN, S., & TRENT, D. R. (1995). Involuntary subordination or dependency as key dimensions of depressive vulnerability? *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 740-752.

GILBERT, P., MCEWAN, K., IRONS, C., BHUNDIA, R., CHRISTIE, R., BROOMHEAD, C., et al. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 563-576.

GILLILAND, R., SOUTH, M., CARPENTER, B. N., & HARDY, S. A. (2011). The roles of shame and guilt in hypersexual behavior. *Sexual*

Addiction and Compulsivity, 18(1), 12-29.

GOLWYN, D. H., & SEVLIE, C. P. (1992). Paraphilias, nonparaphilic sexual addictions, and social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*(9), 330.

GROOS, K., & BALDWIN, E. L. (1901). *The play of man*. New York, NY US: D Appleton & Company.

GROOS, K., BALDWIN, E. L., & BALDWIN, J. M. (1898). *The play of animals*. New York, NY US: D Appleton & Company.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., BUNTING, K., TWOHIG, M., & WILSON, K. G. (2005). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy.* (pp. 3-29). New York, NY US: Springer Science.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY US: Guilford Press.

HEADEY, B. (2010). The set point theory of well-being has serious flaws: On the eve of a scientific revolution? *Social Indicators Research, 97*(1), 7-21.

HEADEY, B., & WEARING, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being* Melbourne. Australia: Longman Cheshire.

HEBB, D. O. (1949). *The organization of behavior ; a neuropsychological theory*. Oxford England: Wiley.

HEIMBERG, R. G., STEIN, M. B., HIRIPI, E., & KESSLER, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry, 15*(1), 29-37.

HEIMBURGER, R. F., WHITLOCK, C. C., & KALSBECK, J. E. (1966). Stereotaxic amygdalotomy for epilepsy with aggressive behavior. *Journal of the American Medical Association, 198*(7), 741-745.

HERIOT-MAITLAND, C. P. (2008). Mysticism and madness: Different aspects of the same human experience? *Mental Health, Religion and Culture, 11*(3), 301-325.

HERTENSTEIN, M.J., VERKAMP, J.-M., KERESTES, A.M., & HOLMES, R.M. (2006). The communicative functions of touch in humans, nonhuman primates, and rats: A review and synthesis of the

empirical research. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 132*, 5–94.

HOFMANN, S. G., HEINRICHS, N., & MOSCOVITCH, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 769-797.

HOFMANN, S. G., NEWMAN, M. G., BECKER, E., TAYLOR, C. B., & ROTH, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(5), 427-438.

HOOKER, C. I., TULLY, L. M., VEROSKY, S. C., FISHER, M., HOLLAND, C., & VINOGRADOV, S. (2011). Can i trust you? Negative affective priming influences social judgments in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 98-107.

HOUDÉ, O., ZAGO, L., MELLET, E., MOUTIER, S., PINEAU, A., MAZOYER, B., et al. (2000). Shifting from the perceptual brain to the logical brain: The neural impact of cognitive inhibition training. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12*(5), 721-728.

HOYER, J., KUNST, H., & SCHMIDT, A. (2001). Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(7), 463-470.

HUBEL D. H & WIESEL T. N (1963). Receptive fields of cells in striate cortex of very young, visually inexperienced kittens. *Journal of Neurophysioly, 26,* 994–1002.

HUPPERT, J. D., STRUNK, D. R., LEDLEY, D. R., DAVIDSON, J. R. T., & FOA, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety, 25*(5), 441-448.

ISENBERG, N., SILBERSWEIG, D., ENGELIEN, A., EMMERICH, S., MALAVADE, K., BEATTIE, B., et al. (1999). Linguistic threat activates the human amygdala. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 96*(18), 10456-10459.

JARVIS, P. (2006). 'Rough and tumble'play: Lessons in life. *Evolutionary Psychology, 4*, 330-346.

JOANNIDES, P. (2012). The challenging landscape of problematic sexual behaviors, including'sexual addiction'and'hypersexuality'. In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy:*

Innovations and alternatives, 2nd ed. (pp. 69-83). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.

JOHNSON-LAIRD, P. N. (1983). *Mental models towards a cognitive science of language, inference, and consciousness*. Cambridge New York Port chester: Cambridge university press.

JOLLY, A. (1972). *The evolution of primate behavior*. Oxford England: Mcmillan.

JONVILLE, E., LEFRANÇOIS, C., & FRADIN, J. (2012). Bien utiliser son cerveau pour vivre sans stress. *L'Essentiel Cerveau & Psycho, 10,* 84-89.

KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47.

KABAT-ZINN, J. (2013). *Méditations guidées : Programme MBSR – La réduction du stress basée sur la pleine conscience.* Bruxelles : De Boeck.

KAFKA, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 377-400.

KAZMA, R. (2010). *Les interactions gène-environnement dans les études génétiques des maladies complexes.* Thèse, Paris-Sud, Paris XI.

KELLY, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs: Vol. 1: A theory of personality.* Florence, KY US: Taylor & Frances/Routledge.

KELLY, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs: Vol. 2: Clinical diagnosis and psychotherapy*. Florence, KY US: Taylor & Frances/Routledge.

KHOURY, M. J., BEATY, T. H., & COHEN, B. H. (1993). *Fundamentals of genetic epidemiology*. New York: Oxford university press.

KING, F. A. (1958). Effects of septal and amygdaloid lesions on emotional behavior and conditioned avoidance responses in the rat. *The Journal of nervous and mental disease, 126*(1), 57-63.

KOESTNER, R., & LOSIER, G. F. (2002). Distinguishing three ways of being highly motivated: A closer look at introjection, identification, and intrinsic motivation. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.),

Handbook of self-determination research. (pp. 101-121). Rochester, NY US: University of Rochester Press.

KOLB, B., & WHISHAW, I. Q. (2008). *Cerveau et comportement* (2nd ed.). Bruxelles : De Boeck.

KOSKI, S. E., DE VRIES, H., VAN DEN TWEEL, S. W., & STERCK, E. H. M. (2007). What to do after a fight? The determinants and interdependency of post-conflict interactions in chimpanzees. *Behaviour, 144*(5), 529-555.

KRUEGER, F., BARBEY, A. K., MCCABE, K., STRENZIOK, M., ZAMBONI, G., SOLOMON, J., et al. (2009). The neural bases of key competencies of emotional intelligence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106*(52), 22486-22491.

KUMARAN, D., MELO, H., & DUZEL, E. (2012). The Emergence and Representation of Knowledge about Social and Nonsocial Hierarchies. *Neuron, 76*(3), 653-666.

LABORIT, H. (1961). *Physiologie humaine cellulaire et organique*. Paris : Masson et Cie.

LABORIT, H. (1986). *L'inhibition de l'action biologie comportementale et physio-pathologie* (2e édition revue et augmentée). Paris Montréal : Masson Presses de l'Université de Montréal.

LECHEVALIER, B., EUSTACHE, F., & VIADER, F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles : De Boeck INSERM.

LEE, K., & ASHTON, M. C. (2012). *The H factor of personality: Why some people are manipulative, self-entitled, materialistic, and exploitive – and why it matters for everyone*. Waterloo, ON Canada: Wilfrid Laurier University Press.

LEFRANÇOIS, C. (2009, mars). *Vers un nouveau modèle du stress et de l'adaptation : étude sur les élèves-pilotes de l'Armée de l'Air.* Thèse de Doctorat de Psychologie Cognitive, Bourse CIFRE, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, Saint-Denis.

LEFRANÇOIS, C., & FRADIN, J. (2010). Gestion du stress et neuroplasticité. *Culture Psy Neurosciences, 16,* 14-15.

LEFRANCOIS, C., GALMICHE, Z., VAN DIJK, A., EL MASSIOUI, F., & FRADIN, J. (2011). *A new assertiveness based therapy applied to OCD*. Paper presented at the 41st Congress of the European

Association of Behavioral and Cognitive Therapy (EABCT), Reykjavik, Iceland.

LEFRANÇOIS, C., GALMICHE, Z., VAN DIJK, A., EL MASSIOUI, F., & FRADIN, J. (2011). *Trois cas de TOC traités par thérapie comportementale du Positionnement Grégaire : de l'affirmation de soi à une thérapie de la soumission ?* Paper presented at the Journées Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive (JSTCC), Paris, France.

LEFRANÇOIS, C., VAN DIJK, A., BARDEL, M. H., FRADIN, J., & EL MASSIOUI, F. (2011). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive,* 21(1), 17-23.

LEFRANÇOIS, C., VAN DIJK, A., EL MASSIOUI, F., GALMICHE, Z., & FRADIN, J. (2013). Deux cas de TOC traités par thérapie comportementale du Positionnement Grégaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive,* 23(3), 113-123.

LEVENSON, R. W., EKMAN, P., & RICARD, M. (2012). Meditation and the startle response : A case study. *Emotion, 12*(3), 650-658.

LEVINE, S. B. (2010). What is sexual addiction? *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(3), 261-275.

LI, H., HAN, C., LI, P., WARREN, C., FENG, T., & LITMAN, J. (2013). Electrophysiological evidence for the importance of interpersonal curiosity. *Brain Research, 1500*, 45-54.

LIEBERMAN, M. (2003). Reflective and reflexive judgement processes: A social neuroscience approach. In J. Forgas, K. Williams & W. Hippel (Eds), *Social judgements: Implicit and explicit processes* (pp. 44-67). New York: Cambridge University Press.

LINDEN, M. (2011). Posttraumatic embitterment disorder, PTED. In M. Linden & A. Maercker (Eds.), *Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives.* (pp. 255-273). New York, NY US: Springer-Verlag Publishing.

LINDEN, M., BAUMANN, K., ROTTER, M., & SCHIPPAN, B. (2008). Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 12*(2), 93-96.

LJUNGBERG, T., HOROWITZ, L., JANSSON, L., WESTLUND, K., & CLARKE, C. (2005). Communicative factors, conflict progression, and use

of reconciliatory strategies in pre-school boys-A series of random events or a sequential process? *Aggressive Behavior, 31*(4), 303-323.

LUTZ, A., GREISCHAR, L. RAWLINGS, N., RICARD, M. & DAVIDSON, R. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *The Proceedings of the National Academy of Sciences* USA, 101 (46), 16369-16373.

MACLEAN, P. D. (1990). *Les Trois cerveaux de l'homme*. Paris : R. Laffont.

MARSH, A. A., & CARDINALE, E. M. (2014). When psychopathy impairs moral judgments: neural responses during judgments about causing fear. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(1),3-11.

MASLACH, C., JACKSON, S. E., & LEITER, M. P. (1993). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

MASLACH, C., & LEITER, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*(3), 498-512.

MAZUR, A. (2005). *Biosociology of dominance and deference*. Lanham, MD US: Rowman & Littlefield.

MCCOOL, B. A. (2002). Scientists Uncover Much of Enigma Surrounding the Brain's Amygdala, Meeting report from "The Amygdala in Brain Function: Basic and Clinical Approaches". *Sponsored by the New York Academy of Sciences. Published in Update: New York Academy of Sciences Magazine*, 10-11.

MCGREW, W. C. (1972). *An ethological study of children's behavior*. Oxford England: Academic Press.

MEHTA, P. H., & JOSEPHS, R. A. (2010). Testosterone and cortisol jointly regulate dominance: Evidence for a dual-hormone hypothesis. *Hormones and Behavior, 58*(5), 898-906.

MEHU, M., MORTILLARO, M., BÄNZIGER, T., & SCHERER, K. R. (2012). Reliable facial muscle activation enhances recognizability and credibility of emotional expression. *Emotion, 12*(4), 701-715.

MILGRAM, S. (1990). *Soumission à l'autorité un point de vue expérimental*. Paris : Calmann-Lévy.

MILGRAM, S. (2013). *Expérience sur l'obéissance et la désobéissance à l'autorité*. Paris : Zones La découverte.

MILLER, E. S., CHU, C., GOLLAN, J., & GOSSETT, D. R. (2013). Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period: A prospective cohort. *Journal of Reproductive Medicine, 58*(3-4), 115-122.

MONESTÈS, J.-L., & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

MONFARDINI, E., GAVEAU, V., BOUSSAOUD, D., HADJ-BOUZIANE, F., & MEUNIER, M. (2012). Social learning as a way to overcome choice-induced preferences? Insights from humans and rhesus macaques. *Frontiers in Neuroscience, 6*, 127.

MOUILSO, E. R., & CALHOUN, K. S. (2012). A mediation model of the role of sociosexuality in the associations between narcissism, psychopathy, and sexual aggression. *Psychology of Violence, 2*(1), 16-27.

MUELLER, S., WANG, D., FOX, M. D., YEO, B. T. T., SEPULCRE, J., SABUNCU, M. R., et al. (2013). Individual Variability in Functional Connectivity Architecture of the Human Brain. *Neuron, 77*(3), 586-595.

NICOLAS, S., GUILLERY-GIRARD, B., & EUSTACHE, F. (2007). *Les maladies de la mémoire*. Paris : In press.

O'CONNOR, L. E., BERRY, J. W., INABA, D., WEISS, J., & MORRISON, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*(6), 503-510.

O'SULLIVAN, G., & MARKS, I. (1990). Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment: a review. In R. Noyes, M. Roth & G. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety: The treatment of anxiety* (Vol. 4). Amsterdam: Elsevier.

OLSON, D. H. (1986). Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Family process, 25*(3), 337-351.

ORTIGUE, S., BIANCHI-DEMICHELI, F., PATEL, N., FRUM, C., & LEWIS, J. W. (2010). Neuroimaging of love: fMRI meta-analysis evidence toward new perspectives in sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine, 7*(11), 3541-3552.

ÖST, L. G., ALM, T., BRANDBERG, M., & BREITHOLTZ, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy

in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 39*(2), 167-183.

PAQUETTE, V., LÉVESQUE, J., MENSOUR, B., LEROUX, J. M., BEAUDOIN, G., BOURGOUIN, P., et al. (2003). «Change the mind and you change the brain »: Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage, 18*(2), 401-409.

PAVLOV, I. P. (2009). Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex (1927). In B. F. Gentile & B. O. Miller (Eds.) F*oundations of psychological thought: A history of psychology* (pp. 441-453). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.

PELLEGRINI, A. D. (2001). The roles of dominance and bullying in the development of early heterosexual relationships. *Journal of Emotional Abuse, 2*(2-3), 63-73.

PELLEGRINI, A. D. (2008). The roles of aggressive and affiliative behaviors in resource control: A behavioral ecological perspective. *Developmental Review, 28*(4), 461-487.

PELLEGRINI, A. D., & BARTINI, M. (2001). Dominance in early adolescent boys: Affiliative and aggressive dimensions and possible functions. *Merrill-Palmer Quarterly, 47*(1), 142-163.

PELLEGRINI, A. D., BARTINI, M., & BROOKS, F. (1999). School bullies, victims, and aggressive victims: Factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *Journal of Educational Psychology, 91*(2), 216-224.

PELLEGRINI, A. D., & LONG, J. D. (2002). A longitudinal study of bullying, dominance, and victimization during the transition from primary school through secondary school. *British Journal of Developmental Psychology, 20*(2), 259-280.

PELLEGRINI, A. D., & LONG, J. D. (2003). A sexual selection theory longitudinal analysis of sexual segregation and integration in early adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology, 85*(3), 257-278.

PELLEGRINI, A. D., ROSETH, C. J., MLINER, S., BOHN, C. M., VAN RYZIN, M., VANCE, N., et al. (2007). Social dominance in preschool classrooms. *Journal of Comparative Psychology, 121*(1), 54-64.

PELLEGRINI, A. D., VAN RYZIN, M. J., ROSETH, C., BOHN-GETTLER, C., DUPUIS, D., HICKEY, M., et al. (2011). Behavioral and social cognitive processes in preschool children's social dominance. *Aggressive Behavior, 37*(3), 248-257.

PETERS, E. (2001). Are delusions on a continuum? The case of religious and delusional beliefs. In I. Clarke (Ed.), *Psychosis and spirituality: Exploring the new frontier.* (pp. 191-207). Philadelphia, PA US: Whurr Publishers.

PHELPS, E. A. (2004). Human emotion and memory: Interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current Opinion in Neurobiology, 14*(2), 198-202.

PHELPS, E. A., & LEDOUX, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron, 48*(2), 175-187.

PIAGET, J. (2000). *Le jugement moral chez l'enfant* (9e édition ed.). Paris : Presses universitaires de France.

POSNER, M. & RAICHLE, M. (1998). The neuroimaging of human brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 95(3), 763-764.

POSNER, M. I., & ROTHBART, M. K. (2004). Hebb's neural networks support the integration of psychological science. *Canadian Psychology, 45*(4), 265-278.

PRICE, J., SLOMAN, L., GARDNER, R., & GILBERT, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *British Journal of Psychiatry, 164*, 309-315

PRÜSS-ÜSTÜN, A., & CORVALÁN, C. (2006). *Preventing Desease Through Healthy Environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*: World Health Organization.

PULKKINEN, L. (1987). Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behavior, 13*(4), 197-212.

RANDOLPH, T. G. (1987). *Environmental Medicine: Beginnings and Bibliographies of Clinical Ecology.* Fort Collins, CO: Clinical Ecology Publications.

RAPOPORT, J. L. (2001). *Le garçon qui n'arrêtait pas de se laver.* Paris : O. Jacob.

REID, R. C. (2010). Differentiating emotions in a sample of men in treatment for hypersexual behavior. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 10*(2), 197-213.

REID, R. C., CARPENTER, B. N., SPACKMAN, M., & WILLES, D. L. (2008). Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34*(2), 133-149.

REYNAUD, M., KARILA, L., BLECHA, L., & BENYAMINA, A. (2010). Is love passion an addictive disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*(5), 261-267.

ROSVOLD, H. E., MIRSKY, A. F., & PRIBRAM, K. H. (1954). Influence of amygdalectomy on social behavior in monkeys. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 47*(3), 173-178.

ROTHBAUM, B. O., HODGES, L. F., KOOPER, R., OPDYKE, D., WILLIFORD, J. S., & NORTH, M. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry, 152*(4), 626-628.

RULE, N. O., ADAMS JR, R. B., AMBADY, N., & FREEMAN, J. B. (2012). Perceptions of dominance following glimpses of faces and bodies. *Perception, 41*(6), 687-706.

RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.

RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research.* (pp. 3-33). Rochester, NY US: University of Rochester Press.

SCHAUFELI, W. B., & SALANOVA, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S. W. Gilliland, D. D. Steiner & D. P. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management* (Vol. 5: Managing social and ethical issues in organizations, pp. 135-177). Greenwich, CT: Information Age Publishers.

SCHAUFELI, W. B., TARIS, T. W., & VAN RHENEN, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology, 57*(2), 173-203.

SCHMID MAST, M. (2001). Gender differences and similarities in dominance hierarchies in same-gender groups based on speaking time. *Sex Roles, 44*(9-10), 537-556.

SCHMOLCK, H., & SQUIRE, L. R. (2001). Impaired perception of facial emotions following bilateral damage to the anterior temporal lobe. *Neuropsychology, 15*(1), 30-38.

SCHNEIDER, W. & SHIFFRIN, R. (1977). Controlled and automatic human information processing. Detection, search and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

SCHREINER, L. & KLING, A. (1953). Behavioral changes following rhinencephalic injury in cat. J*ournal of Neurophysiology.* 16, 543-659.

SCHWARTZ, M. F. (1996). Reenactments related to bonding and hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity, 3*(3), 195-212.

SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression une nouvelle approche pour prévenir la rechute.* Bruxelles : De Boeck.

SERBER, M. (1972). Teaching the nonverbal components of assertive training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3*(3), 179-183.

SHERWOOD, C. C., HOLLOWAY, R. L., GANNON, P. J., SEMENDEFERI, K., ERWIN, J. M., ZILLES, K., et al. (2003). Neuro anatomical basis of facial expression in monkeys, apes, and humans. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson & F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of the emotions in man and animals.* (Vol. 1000, pp. 99-103). New York, NY US: New York Academy of Sciences.

SHIROM, A., MELAMED, S., TOKER, S., BERLINER, S., & SHAPIRA, I. (2005). Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organizational Psychology, 20*, 269-309.

SKINNER, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity.* New York, NY US: Knopf/Random House.

SMOLLER, J. W., CRADDOCK, N., KENDLER, K., LEE, P. H., NEALE, B. M., NURNBERGER, J. I., et al. (2013). Identification of risk loci

with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet, 381*(9875), 1371-1379.

SQUIRE, L. R. (2004). Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. *Neurobiology of Learning and Memory, 82*(3), 171-177.

STRAYER, F. F., & STRAYER, J. (1976). An ethological analysis of social agonism and dominance relations among preschool children. *Child Development, 47*(4), 980-989.

SUSSMAN, S. (2010). Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity, 17*(1), 31-45.

TARIS, T. W., SCHAUFELI, W. B., & VERHOEVEN, L. C. (2005). Workaholism in the Netherlands: Measurement and implications for job strain and work-nonwork conflict. *Applied Psychology, 54*(1), 37-60.

TERBURG, D., AARTS, H., & VAN HONK, J. (2012). Memory and attention for social threat: Anxious hypercoding-avoidance and submissive gaze aversion. *Emotion, 12*(4), 666-672.

THOMPSON-SCHILL, S. L., RAMSCAR, M., & CHRYSIKOU, E. G. (2009). Cognition without control: When a little frontal lobe goes a long way. *Current Directions in Psychological Science, 18*(5), 259-263.

THOMPSON, E. R. (2008). Development and validation of an international english Big-Five mini-markers. *Personality and Individual Differences, 45*(6), 542-548.

TROWER, P., & GILBERT, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*(1), 19-35.

VALVERDE, F. (1967). Apical dendritic spines of the visual cortex and light deprivation in the mouse. *Experimental Brain Research, 3*, 337-352.

VAN BEEK, I., HU, Q., SCHAUFELI, W. B., TARIS, T. W., & SCHREURS, B. H. (2012). For Fun, Love, or Money: What Drives Workaholic, Engaged, and Burned-Out Employees at Work? *Applied Psychology, 61*(1), 30-55.

VAN BEEK, I., TARIS, T. W., & SCHAUFELI, W. B. (2011). Workaholic and work engaged employees: Dead ringers or worlds apart? *Journal of Occupational Health Psychology, 16*(4), 468-482.

VAN DEN BROECK, A., SCHREURS, B., DE WITTE, H., VANSTEENKISTE, M., GERMEYS, F., & SCHAUFELI, W. (2011). Understanding workaholics'motivations: A self-determination perspective. *Applied Psychology, 60*(4), 600-621.

VAN DER LINDEN, M., & CESCHI, G. (2008). *Traité de psychopathologie cognitive. Tome II : États psychopathologiques*. Marseille : Solal.

VAN DIJK, A. (En cours). *Les déterminants cognitifs de l'assertivité et de ses troubles.* Thèse, Paris 8, Vincennes-Saint-Denis.

VARESCON, I. (2009). *Les Addictions comportementales aspects cliniques et psychopathologiques*. Wavre, Belgique : Mardaga.

VIEIRA, A. B. (1991). *Pour un modèle éthologique des psychoses endogènes. Acta Psychiatrica Belgica, 91*(4-5), 232-242.

VINCENT, L. (2005). *Comment devient-on amoureux ?* Paris : O. Jacob.

VINCENT, L. (2012). *L'amour de A à XY*. Paris : O. Jacob.

VRIENDS, N., BECKER, E. S., MEYER, A., MICHAEL, T., & MARGRAF, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 59-75.

WALSH, D. (2004). *Why do they act that way? A survival guide to the adolescent brain for you and your teen*. New York, NY US: Free Press.

WARLOW, C. (2010). Why I have not stopped examining patients. *Practical Neurology, 10*(3), 126-128.

WHATSON, T., & STIRLING, V. (1998). *Development and flexibility*. Berlin New York: Springer in association with the Open University.

WIECHELT, S. A. (2007). The specter of shame in substance misuse. *Substance Use and Misuse, 42*(2-3), 399-409.

WIGGINS, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. New York: Guilford Press.

WILSON, M. (2012). Art therapy in addictions treatment: Creativity and shame reduction. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy (2nd ed,* pp. 302-319). New York, NY US: Guilford Press.

WOLPE, J. (1990). *The practice of behavior therapy (4th ed.)*. Elmsford, NY US: Pergamon Press.

XU, X., BROWN, L., ARON, A., CAO, G., FENG, T., ACEVEDO, B., et al. (2012). Regional brain activity during early-stage intense

romantic love predicted relationship outcomes after 40 months: An fMRI assessment. *Neuroscience Letters, 526*(1), 33-38.

XU, X., WANG, J., ARON, A., LEI, W., WESTMAAS, J. L., & WENG, X. (2012). Intense passionate love attenuates cigarette cue-reactivity in nicotine-deprived smokers: An fMRI study. *PLoS ONE, 7*(7), 1.

YANG, J., BELLGOWAN, P. S. F., & MARTIN, A. (2012). Threat, domain-specificity and the human amygdala. *Neuropsychologia, 50*(11), 2566-2572.

YOUNG, M. B. (1991). Attending to the shame: Working with addicted populations. *Contemporary Family Therapy, 13*(5), 497-505.

ZIEGLER, D. K. (1985). Is the neurologic examination becoming obsolete? *Neurology, 35(4), 559*.

Index des notions

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) 1, 2

Acevedo 1

ACT 1, 2

Actif du passif 1

Activation Réussie 1, 2, 3

Addiction 1, 2, 3

- comportementale 1, 2, 3, 4
- sexuelle 1, 2

Admiration larmoyante 1

Affirmation de soi 1

Affrontement 1

- affrontement-test 1
- thérapeutique 1

Agacement 1, 2

Aire tegmentale ventrale 1

Aire visuelle associative 1

Alzheimer 1

Ambivalence 1

Amertume 1

Ames 1

Amour passionnel 1, 2

Amygdale 1

- noyaux amygdaliens notamment basolatéraux. 1

Anxiété chronique 1

Anxiété sociale 1

APA 1

Art Dédramatique 1, 2, 3
Assertivité 1, 2
Attaque de panique 1, 2
Autorégulation 1
double 1
simple 1
Big Six 1
Bipolarité 1
Burn-out 1, 2, 3
CAES 1, 2, 3
Comportement
de substitution 1
automatique d'évitement social 1, 2, 3
d'hypofonctionnement 1
hyperfonctionnel 1, 2
micro-comportements 1, 2, 3, 4, 5
sadomasochiste 1
Conditionnement opérant 1
Contenant 1, 2
Méta-contenant 1, 2
Contenu 1, 2
Conversion
hystérique 1
Coping 1
Cortex Préfrontal (CPF) 1, 2
CPF 1, 2, 3
CPF dorso-latéral droit 1
Croyance 1
populaire 1
Cybernétique 1, 2, 3
Cyclothymique. 1
Défausse 1
Dépressif pré-mélancolique 1
Dépression 1, 2

à tendance mélancolique 1
dure 1
majeure 1
mélancolique 1
molle 1, 2
Dépsychologisation 1
des Contenants 1
Diagnostic différentiel 1
Dominance 1, 2, 3, 4
Dominant 1
Dysorthographie 1
Économie psychologique 1
Effet rebond 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Épidémiologie
génétique 1
Érythrophobie 1
État d'Inhibition Instinctive 1
État de Fuite Instinctive 1
État de Lutte Instinctive 1
Évitement
social – CAES 1
automatique 1, 2, 3, 4, 5, 6
Expression
micro-expressions 1
Fuite 1
Fuite instinctive ou flight 1
Gêne 1
Gestion des Modes Mentaux (GMM) 1, 2, 3, 4, 5
GMM 1, 2, 3
Gouvernance 1
instinctive 1
mentale 1
néolimbique 1, 2
paléo-limbique 1

paléolombique 1
préfrontale 1, 2
Gyrus cingulaire 1, 2
Gyrus para-hippocampique 1
Haute Autorité de la Santé (HAS) 1
Honte 1, 2
Hyper 1, 2, 3, 4, 5
efficacité de l'Hyper 1
hyper-méta 1, 2, 3, 4
hyper actif 1, 2
hyper passif 1, 2
hypers d'attente 1, 2
hypers secondaires 1
hypo de l'Hyper 1
poulie des Hypers 1
répression d'Hyper 1, 2, 3
répression d'Hyper morale 1
Hyper efficace 1
Hypersexualité 1, 2
Hypo 1, 2, 3, 4
à bascule 1
à quota 1
affrontement d'Hypo 1, 2, 3
basique 1, 2, 3
hypo-méta 1, 2, 3, 4
hypo basique 1
hypofonctionnement 1
hypos-métas 1
résonances d'Hypo 1, 2
Hypo de l'Hyper. 1
Hypofonctionnement 1, 2
Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) 1, 2
Injonction paradoxale 1
Instinct
de survie 1

de vie 1
Le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention 1
Lutte
instinctive 1, 2
Magique 1, 2
Maladie d'Urbach-Wiethe 1
Maniaco-dépressif 1
Médecine
dite curative 1
environnementale 1
génétique 1
Mémoire
de travail 1
dite émotionnelle 1
épisodique 1
Méta
méta-motivation 1
RH-Méta 1
Méthode
de recherche de l'actif du passif 1
de saturation 1, 2
de sevrage 1, 2, 3
Mindfulness 1, 2, 3
Mode Mental Adaptatif 1
Mode réactionnel 1
Modèle Circumplex de Oslon 1
Modèle
cybernétique 1
Modes Mentaux 1
Monestés 1, 2
Morale 1
Motivations extrinséques 1
Motivations intrinsèques refoulées 1
Mysticisme 1

Mystique 1
Néolimbique 1, 2
Neuroleptique 1, 2
Neuroticisme 1
Névrotique 1
Névrotisme 1
Nosologie TNC 1
Noyaux amygdaliens 1
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 1
Ortigue 1
Padoue 1
Paléolimbique 1
Paquette 1
Paramètre 1, 2, 3, 4, 5, 6
    méta-paramètres 1, 2
    paramètres modulateurs 1, 2
    sous-paramètres 1, 2, 3, 4, 5
Paranoïa 1
Paranoïaque 1
Peacemaking 1
Pédagogie TNC 1
Personnalité 1, 2, 3
    affective 1
    antisociale 1
    compétitrice 1
    fuite 1
    inhibition 1
    leader 1
    lutte 1
    lutte Empêchée 1, 2
    lutte Réussie 1
    obsessionnelle 1
    primaire 1, 2, 3, 4
    refoulement de personnalités primaires 1

secondaire 1, 2, 3, 4, 5
Peur sociale 1
PG 1
PGD 1
PGI 1
PGM 1
PGS 1, 2
Phobie 1, 2, 3, 4, 5
simple 1, 2, 3, 4
sociale 1, 2, 3
Positionnement grégaire 1, 2, 3, 4
dominant 1
intégré 1
marginal 1
soumis 1
Potentialisation des synapses 1
Prévention
primaire 1
secondaire 1
tertiaire 1
Prüss-Üstün 1
Psychanalyse 1, 2, 3, 4, 5, 6
Réflexe conditionné 1
Région amygdalienne 1
Région hippocampo-amygdalienne 1
Règle de Hebb 1
Régulation en tendance 1
Religions 1
Résonance 1, 2, 3, 4
en fuite 1, 2
en inhibition 1, 2, 3
en lutte 1, 2, 3
RH 1, 2, 3
RH Raisonnable 1, 2

Rough-and-Tumble Play 1
Schizophrénie 1, 2, 3, 4, 5, 6
Sciences
dures 1
molles 1
Sclérose En Plaques (SEP) 1
Self-Determination Theory, SDT 1
Set-Point Theory 1
Sexual addict 1
Signes micro-comportementaux 1
Simple 1
Sonnette 1, 2, 3, 4, 5, 6
Soumission 1, 2, 3, 4, 5
Squire 1, 2
Statistiques 1, 2
Stress aigu 1
Striatum 1
Substance blanche (SB) 1
Syndrome de Korsakoff 1
Syndrome de Stockholm 1
Syndrome du cœur brisé (Broken Heart Syndrome) 1
Syndrome du survivant 1
Système nerveux central 1
Système
autorégulé 1, 2
FLI 1
Tabou 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
sexuel 1
TCC 1
TEP 1
Théorie de l'auto-détermination 1
Théorie du Point de Consigne 1
Théorie
associationnistes 1

Thérapie
cognitive 1
cognitive et comportementale 1
neurocognitive et comportementale 1, 2
Tomographie par Émission de Positrons (TEP) 1
Transfert 1
Travaillomanes 1
Trouble bipolaire 1, 2
Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Trouble
de l'Adaptation Post-traumatique avec Amertume (ou Post-traumatic Embitterment Disorder, PTED, 1
Troubles psychotiques 1
Valeur
antivaleurs 1, 2, 3, 4, 5
Vide mental 1
Work engagement 1, 2
Workaholics 1
Workaholism 1

Index des auteurs

Adams 1, 2, 3
Adolphs 1, 2, 3
Afssaps 1
Aggleton 1
Ahs 1, 2
Alberti 1, 2, 3, 4
Allan 1, 2, 3, 4, 5
Amara 1
Amaral 1
Amir 1
André 1
Antoniadis 1
Aron 1, 2
Asch 1, 2
Ashton 1
Aureli 1
Aziz 1
Bachevalier 1
Bandler 1, 2
Bandura 1
Bateson 1
Bauman 1
Beauregard 1, 2
Beck 1, 2
Becker 1, 2
Bernard 1

Biddulph 1
Birchwood 1, 2, 3
Bishop 1
Biwas-Diener 1
Blackshaw 1
Boesch 1
Boesch-Achermann 1
Bouvard 1
Braggio 1
Brockman 1
Burke 1
Burkett 1
Butovskaya 1
Cale 1
Calhoun 1
Canceil 1
Cannon 1
Cardinale 1
Carnes 1
Cheng 1
Chichinadze 1
Combs 1
Corvalán 1
Cottraux 1, 2
Crino 1
Damasio 1, 2, 3, 4, 5, 6
Danchin 1
Davidson 1, 2, 3
de Chalvron 1, 2, 3
de Waal 1, 2
Dearing 1
Deary 1
Deci 1, 2, 3, 4

Del Casale 1

Diamond 1

Diener 1

Dijksterhuis 1

Dilger 1

Doar 1

Ekman 1, 2, 3

Emery 1

Emmons 1, 2

Etkin 1

Fanget 1

Fedoroff 1

Feingold 1

Feinstein 1

Fernandez-Duque 1

Field 1

Fisher 1, 2

Fornette 1

Fossum 1

Fradin 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Freud 1

Frost 1

Fuster 1, 2

Garcia 1

Giedd 1

Gilbert 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Gilliland 1, 2

Golwinn 1

Gosselin 1

Gourou 1

Hayes 1, 2, 3

Headey 1, 2

Heimberg 1
Heimburger 1
Heriot-Maitland 1, 2
Hertenstein 1
Hill 1
Hinde 1
Hofman 1
Hofmann 1, 2
Hooker 1
Houdé 1
Hout 1
Hoyer 1
Hubel 1
Huppert 1
Isenberg 1
Jarvis 1
Joannides 1
Jolly 1, 2, 3
Josephs 1
Kabat-Zinn 1
Kafka 1
Karl Groos 1
Kazma 1
Khoury 1
King 1, 2
Kling 1
Koestner 1
Kolb 1
Koski 1
Kozintsev 1
Krueger 1
Kumaran 1, 2
Laborit 1, 2, 3, 4, 5, 6

Le Moullec 1, 2
Ledoux 1
Lee 1
Lefrançois 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Leiter 1
Lemoullec 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Levenson 1
Levine 1
Linden 1
Ljungberg 1
Lorenz 1
Losier 1
Lussier 1
Lutz 1
Málková 1
Marsh 1
Martinez 1
Maslach 1, 2
Mason 1
Mattews 1
Matthies 1
Mazur 1, 2
McCool 1
McGrew 1
Mehta 1
Mehu 1, 2
Milgram 1, 2
Miller 1
Monfardini 1
Mouilso 1
Mueller 1
Notariis 1
O'Connor 1

O'Leary 1
P. Ilres 1
P. Ires 1
Pavlov 1
Pellegrini 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Persinger 1
Peters 1
Phelps 1, 2
Piaget 1
Posner 1, 2, 3
Price 1
Pulkkinen 1
Raichle 1
Rapoport 1
Rasmussen 1
Reid 1
Reynaud 1
Robinson 1, 2, 3
Romano 1, 2
Rosvold 1
Rothbart 1, 2
Rouchouse 1
Rule 1, 2
Ryan 1, 2, 3, 4
Salanova 1
Salkovskis 1
Sanavio 1
Schaufel 1, 2
Schaufeli 1, 2
Schimd Mast 1
Schmolck 1
Schneider 1
Schreiner 1

Schwartz 1
Segal 1
Serber 1
Sevlie 1
Shafran 1
Sherwood 1
Shiffrin 1
Shirom 1
Skinner 1, 2
Smoller 1
Strayer 1, 2, 3
Sugiura 1
Sussman 1
Taris 1
Terburg 1
Thibaut 1
Thompson 1
Thompson-Schill 1
Tranel 1
Trower 1, 2, 3
van Beek 1, 2, 3, 4
van den Broeck 1, 2
Van der Linden 1
Van Dijk 1
VanBeek 1
Vieira 1
Villatte 1, 2
Vincent 1
Vriends 1
Walsh 1
Warlow 1
Watson 1
Wearing 1

Weiner 1
Welkowitz 1
Whishaw 1
Wiechelt 1
Wiesel 1
Wiggings 1
Wilson 1, 2
Wolpe 1
Xu 1, 2
Yang 1
Yao 1
Young 1, 2, 3
Zermatten 1
Zickar 1
Ziegler 1

Cette version numérique de l'ouvrage a été réalisée pour le Groupe De Boeck.
Nous vous remercions de respecter la propriété littéraire et artistique.

Le « photoco-pillage » menace l'avenir du livre.

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboeck.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2014
Fond Jean Pâques, 4 - 1348 Louvain-la-Neuve

EAN 978-2-807-30961-6

Cette version numérique de l'ouvrage a été réalisée par Nord Compo pour De Boeck Supérieur. Nous vous remercions de respecter la propriété littéraire et artistique. Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur et strictement réservée à l'usage privé du client. Toute reproduction ou diffusion au profit de tiers, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie de cette œuvre, est strictement interdite et constitue une contrefaçon prévue par les articles L.335-2 et suivants du Code de la Propriété Intellectuelle. L'éditeur se réserve le droit de poursuivre toute atteinte à ses droits de propriété intellectuelle devant les juridictions civiles ou pénales.

Cet ouvrage fait le point sur les débats actuels à propos de la pertinence d'une collaboration entre les neurosciences cognitives et les sciences de l'éducation, notamment en ce qui concerne le langage, la mémoire, l'attention, le raisonnement, l'apprentissage et les troubles qui lui sont liés. Les auteurs donnent un aperçu général des résultats de recherches récentes et font le point sur de nouvelles avancées en neurosciences cognitives en lien avec les sciences de l'éducation. Bien que prometteuse, cette collaboration entre neurosciences, sciences cognitives et sciences de l'éducation comporte plusieurs obstacles : attentes irréalistes ; interprétations abusives de résultats de recherche ; fausses croyances qui ont profondément pénétré le milieu des enseignants et des formateurs d'enseignants dans différents pays. L'ouvrage rend attentif à de telles dérives. La diversité des sujets traités rencontrera l'intérêt tant des psychologues que des étudiants à l'enseignement, des enseignants, des formateurs d'enseignants et des chercheurs en éducation et en psychologie de l'éducation.

Neurosciences et cognition

Perspectives pour les sciences de l'éducation

Éric Tardif
Docteur en neuropsychologie, il est actuellement professeur à la Haute école pédagogique Vaud (Lausanne, Suisse) et s'intéresse notamment aux liens entre les neurosciences cognitives et les sciences de l'éducation dans le cadre de la formation des enseignants.

Pierre-André Doudin
Docteur en psychologie, il est professeur à l'Université de Lausanne et chargé de cours à l'Université de Fribourg. Ses travaux portent sur le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent et la promotion de la santé à l'école.

Notes

1. Institut de Médecine Environnementale (IME, Paris), site : www.ime.fr

2. Les lecteurs n'ayant pas d'appétence particuliére pour ce type de thématique peuvent directement se référer aux chapitres abordant la pratique.

3. La médecine génétique étudie le diagnostic et le traitement des maladies d'origine génétique et héréditaire.

4. Nous noterons que l'épidémiologie génétique, qui fait partie de la branche de la médecine environnementale, se situe en réalité au carrefour de cette dernière et de la médecine génétique : l'épidémiologie génétique vise plus exactement « *à étudier le rôle des facteurs génétiques et de leurs interactions avec des facteurs de l'environnement dans le déterminisme de la santé et des maladies dans les familles et dans les populations humaines* » (cf. Khoury *et al.*, 1993).

5. Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, Prüss-Üstün & Corvalán,2006) indique que les facteurs de risques environnementaux seraient impliqués dans plus de 80 % des maladies régulièrement recensées par l'OMS. Par ailleurs, 24 % de la charge mondiale de morbidité et 23 % de tous les décès semblent imputables á des facteurs environnementaux. Concernant les enfants, ces chiffres sont évalués à plus d'un tiers de la charge de morbidité.

6. Nous définissons ici un mode réactionnel comme un mode de fonctionnement plus ou moins apparent, mis en œuvre et déclenché par des structures de l'organisme (structures neuronale, immunitaire, métabolique, etc.) et en réponse á une situation donnée.

7. Nous rappelons que l'empirisme peut être défini comme une méthode ou théorie selon laquelle la connaissance vient de l'expérimentation, de l'observable.

8. La maladie de Lyme est une maladie bactérienne transmissible á l'être humain par morsure de tique. Elle peut atteindre à la fois plusieurs organes et systèmes, et mener á des handicaps physiques et mentaux.

9. La Sclérose En Plaques (SEP) est une maladie inflammatoire chronique touchant le système nerveux central. Elle implique une destruction de la myéline (gaine protectrice du nerf), un dépôt et un durcissement anormaux de tissu conjonctif. Cette maladie entrave la transmission nerveuse et provoque des troubles de la vision, moteurs et autres.

10. Rapport agréé par la Haute Autorité de la Santé (HAS), Fédération française de neurologie, avec la participation et selon la méthodologie de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La sclérose en plaques. Conférence de consensus - 7 et 8 juin 2001. Rev Neurol 2001 ; 157 (8-9 cahier 2) : 902-1192.

11. L'IRMf et la TEP sont des techniques d'imagerie cérébrale.

Notes

1. Le psychologue behavioriste John B. Watson (1878-1858) a dramatiquement étudié la genèse d'une phobie par conditionnement chez l'être humain : il a souhaité apprendre à un enfant à avoir peur d'un rat blanc. Pour cela, Watson a expérimenté le fait de produire un son violent et fort á chaque fois que l'enfant venait à toucher l'animal. L'enfant finit par avoir peur á la simple vue de l'animal, et cette peur s'étendit à la vue de tout ce qui pouvait ressembler à l'animal (fourrure blanche, animaux blancs, etc.). Malgré ce malheureux constat, il serait imprudent d'en conclure que toutes les phobies naissent de tels traumatismes.

2. Nous rappelons ici que la mémoire dite déclarative ou explicite rend compte de souvenirs conscients et comprend les sous-systèmes que sont la mémoire épisodique et la mémoire sémantique, d'après la classification de Squire (2004). La mémoire épisodique intègre les événements de vie du sujet, tandis que la mémoire sémantique correspond au stockage de ses connaissances générales. La mémoire non déclarative reléve davantage d'habiletés ou de routines de comportements dont le sujet n'a pas forcément conscience.

3. Le modèle de Baddeley (2012), dans sa version revisitée, comprend aujourd'hui quatre sous-systémes sous-tendant la mémoire de travail : l'administrateur central, représentant le lieu essentiel de manipulation de l'information ; le buffer épisodique, assurant les interactions de la mémoire de travail avec la mémoire à long terme ; puis les deux sous-systèmes que sont la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial, destinés respectivement á recueillir l'information auditive et verbale d'une part, et visuelle et spatiale d'autre part.

4. Le concept de potentialisation des synapses ou potentialisation à long terme est issu de « la régle de Hebb » (*Hebbian Theory*, en anglais, cf. Hebb, 1949), qui considère que plus les neurones d'un réseau sont activés en même temps, plus les connexions entre ceux-ci sont renforcées et disposent d'un poids important. Cette régle sous-entend que ce réseau de neurones sera á terme activé en priorité face au stimulus qui aura déclenché l'activité dudit réseau.

5. Nous employons volontairement le terme de victime pour illustrer voire paraphraser ce que le patient pense de lui-même face à son objet phobique. En psychopathologie, nous considérons bien sûr que c'est le comportement phobique qui représente le probléme et non l'objet de celui-ci. Nous voyons ici qu'il y a matière à pédagogie sur ces mécanismes (simplifiés) à partager avec le patient, ce avant d'entamer une telle thérapie comportementale d'affrontement de la phobie.

6. À noter qu'il suffit, en moyenne, de quinze à vingt séances de désensibilisation systématique suivie d'apaisement pour surmonter, le plus souvent définitivement, une phobie.

7. Il est entendu que ces mécanismes ne sont pas sans rappeler les phénoménes entourant le tabou sexuel évoqué en Psychanalyse par Freud (1924). Cependant, á la différence de ce modèle qui se focalise sur le tabou sexuel et « sa » conversion hystérique, notre modéle suppose que tous les objets peuvent être tabous (Hypos) et (presque) toutes les compensations (Hypers) semblent possibles.

8. Il semblerait que le CPF n'acquiert sa maturation qu'aux environs de 25 ans (cf. Walsh, 2004).

9. Le lecteur notera que même si sa genèse comporte des caractéristiques grégaires, l'Hypo se construit de façon différente du Positionnement Grégaire (cf. Chapitre 2).

10. Cf. Laborit, 1986, op. cit. ; Fradin & Fradin, 2006, op. cit. ; Fradin *et al.*, 2008, op. cit. ; Fradin & Lemoullec, 2006, op. cit. ; annexe 1.

11. Le système nerveux autonome est constitué en outre de neurones non myélinisés á conduction lente.

12. L'Hypo est une nouvelle illustration de la différence entre le Contenant, qui structurerait « *ce que je peux ou ne peux pas faire* », et le contenu, qui correspond ici à « *ce que je pense et fais dans ma vie* ».

13. Une relativisation des antivaleurs, amenant à une moindre rigidité, à une meilleure adaptation de l'individu et à un mieux-être (pour lui et souvent en conséquence pour son entourage), peut être réalisée grâce á des techniques de Gestion des Modes Mentaux (cf. Fradin *et al.*, 2008, op. cit., annexe).

14. Cf. chapitres 1.2.1 La Résonance d'Hypo et 1.2.2.2 Les vécus d'affrontement d'Hypo.

15. La répression d'Hyper, qui est décrite dans le chapitre 4 Diagnostic clinique de la RH et 4.1 Les vécus de RH, correspond á l'échec de l'Hyper, c'est-à-dire á l'état dans lequel est l'individu lorsqu'il est privé de l'objet souhaité.

16. D'autres éléments permettant de faire des diagnostics différentiels entre plusieurs types de Contenants sont présentés dans l'arbre diagnostique synthétique des contenants TNC, en annexe 11.

17. Une addiction comportementale peut se définir « comme le résultat d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe, banal, à disposition de tous. Ce processus conduit à une dépendance principalement psychologique, en raison des effets qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit. Cette dépendance peut entraîner des conséquences négatives pour le sujet et son entourage » (cf. Varescon, 2009)

18. Cf. chapitres 2. 3. 1. Diagnostics différentiels du PG et principales interactions, et 2.3.2. Sonnettes et attaques de panique.

19. Notons que les techniques dites de Gestion des Modes Mentaux (GMM, annexe 1, Fradin *et al.*, 2008, op. cit.), qui sont un exercice de la raison et de la rationalisation des événements et dont nous supposons qu'ils stimulent l'activité cérébrale préfrontale, n'ont que peu d'effet (ou peu durable) sur les symptômes de Répression d'Hyper.

20. La résignation de la RH n'est pas de même nature que le phénomène d'acceptation de la situation qui ne s'accompagne ni d'aigreur ni d'amertume (cf. Fradin *et al.*, 2008, op. cit. ; Hayes *et al.*, 2004,. op. cit. ; Monestés & Villatte, 2011, op. cit.).

21. Cf. chapitre 2. 4. Thérapie neurocomportementale du PG

22. Cf. chapitre 2. 1. 3. Une mobilité autour d'un point de consigne : l'effet rebond

23. Baudelaire, C. (1855). *Les Fleurs du Mal.* L'Heautontimonroumenos. Revue des Deux Mondes, Paris.

24. Selon nous, les convictions sont notamment supportées par ce que nous avons appelé les Personnalités ou Motivations Secondaires (cf. Fradin et Lemoullec, 2006, op. cit. ; annexe 2).

25. Un Hypo situé dans un Hyper est un Hypo qui va entraver l'efficacité de l'Hyper. Ce peut être par exemple avoir un Hypo sur le fait d'exprimer ses sentiments, qui engendre ainsi un Hyper d'attente des sentiments.

26. De tels calme et prise de recul face aux situations complexes serait liés, d'après nos recherches et observations, à un mode de fonctionnement mental de type adaptatif, *i.e.* un mode de fonctionnement permettant à l'individu d'avoir un raisonnement intègre, logico-rationnel et ajusté à la situation. Ce mode de fonctionnement serait semble-t-il permis par l'activation du cortex préfrontal (cf. Fradin*et al.*, 2008 ; Fradin *et al.*, 2006).

27. Le Positionnement Grégaire dit « Intégré » correspond à une tendance à manifester une confiance excessive et irrationnelle en autrui.

28. Les régions cérébrales impliquées dans l'étude de Fisher *et al.* (2010) sont : l'aire tegmentale ventrale, le striatum, certaines régions du CPF et le gyrus cingulaire. Le CPF est soupçonné d'être engagé dans une tentative de régulation de l'émotion (cf. Fisher *et al.*, 2010).

29. L'addiction sexuelle a en fin de compte été rejetée par les experts ayant rédigé le DSM-V. Ils ont considéré que trop peu d'éléments pouvaient permettre de considérer avec affirmation que les comportements sous-jacents á ce qui est usuellement considéré comme une « addiction sexuelle » sont effectivement de l'ordre de l'addiction.

30. Cf. chapitre 2. 2. 3. Description clinique des quatre personnalités difficiles ou paléo-personnalités selon la TNC.

31. Nous attirons l'attention du lecteur quant au fait de ne pas considérer que la honte associée aux différents comportements cités engendre systématiquement une addiction sexuelle. La même remarque peut être faite concernant la phobie sociale.

32. Cf. Chapitre 2. 2. 3. Description clinique des quatre personnalités difficiles ou paléo-personnalités selon la TNC.

33. Nous rappelons que les Hypos se construisent selon nous durant les périodes d'enfance et d'adolescence mais guère au-delá.

34. Si ce déficit est interprété par les auteurs comme le fruit d'une perturbation des rapports avec les premiéres figures d'attachement, nous

élargissons cette possibilité á tout individu susceptible de provoquer un attachement ou de représenter un partenaire sexuel.

35. À l'origine, le *burn-out* concernait essentiellement les individus dont le métier consiste à apporter du soin et appelle à avoir de l'empathie ou de la compassion (médecins, infirmiéres, urgentistes, oncologues, etc.). Le *burn-out* tend en effet à priver l'individu de son empathie et de son écoute d'autrui, ce qui est particulièrement handicapant dans l'exercice de tels métiers, au-delà du mal-être que cela génère, de surcroît, chez l'individu qui en souffre.

36. Ces différentes caractéristiques sont respectivement dénommées, en anglais, « *Vigor* », « *Dedication* » et « *Absorption* », dans le modèle d'origine (Schaufeli *et al.*, 2008, op. cit.).

37. Cf. chapitre 2.2.3. Description clinique des quatre personnalités difficiles ou paléo-personnalités selon la TNC.

38. Les méta-paramètres sont des ensembles cohérents reliant de simples paramètres entre eux. Ces méta-paramètres sont souvent le fruit de la personnalité de l'individu (cf. chapitre 1.6.1.3. La recherche des méta-paramètres).

39. Nous noterons que ces questions portent davantage sur ce que suggère et signifie l'objet potentiellement Hypo pour le patient, que sur la genèse historique de cet Hypo (comme ce serait le cas si l'individu était amené à répondre ainsi : « *c'est quand mon papa me disputait que…* »).

40. Les ensembles cohérents de valeurs et d'intérêts peuvent être considérés, selon nous, comme participant à la dynamique de profils de personnalité (cf. Fradin et Lemoullec, 2006, op. cit. ; annexe 2).

41. Cf. chapitre 1. 6. 2. Comment trouver les Hypos des Hypers ?

42. L'acceptation dans le sens de la prise en compte du réel en vue d'une action et non de la résignation peut être induite par des techniques telles que la GMM (cf. Fradin *et al.*, 2008, op cit.) et l'Acceptance *and Commitment Therapy* (ACT, cf. Hayes *et al.*, 2003).

43. Nous parlons ici « d'obsessivité » plutôt que d'obsession car ce que peut déceler le thérapeute n'est qu'une tendance potentielle du patient á être obsédé par quelque chose, que celui-ci ne fera peut-être pas apparaître clairement (notamment pour des raisons d'image sociale ou autre).

44. Pour une illustration des processus engageant un traitement émotionnel ou rationnel des événements et de l'information, voir Fradin *et al.* (2008, op. cit.), et Fernandez-Duque & Posner (2001).

45. Les Hypos-Métas font que l'individu tolère une certaine façon de réaliser le comportement tabou, mais pas une autre. Les Hypos Basiques, en revanche, sont un tabou sur le comportement quelle que soit la façon dont il est mis en œuvre. Ceci explique sans doute que l'adhésion au tabou soit plus difficile à remettre en cause dans le second cas que dans le premier.

46. On notera que l'Hypo Méta considéré dans l'exemple concerne bien le fait de ne pouvoir *assumer* la prise de décision, ou ce que l'on pense en termes d'image sociale et de tabou. Ceci n'est pas en rapport avec le fait de

ne pouvoir prendre une décision en raison de contraintes associées à une position hiérarchique par exemple, ou à un statut particulier.

Notes

1. Cette hiérarchie peut cependant être régulièrement perturbée par l'arrivée de nouveaux-nés mâles, représentant ainsi de possibles dominants en devenir. Chez certaines espéces, les mâles dominants tuent notamment la progéniture d'autres mâles pour laisser l'exclusivité á leur propre descendance et pérenniser leur statut (cf. Boesch & Boesch-Achermann, 2000 ; Boesch, 2012).

2. Cf. chapitre 1.1.2.2 Le comportement d'Hypofonctionnement.

3. Les neuroleptiques sont notamment actifs sur les récepteurs dopaminergiques du systéme mésolimbique auxquels sont attribués les effets antipsychotiques, concurremment á ceux du système striatal auxquels sont attribués les effets secondaires extrapyramidaux (cf. Afssaps, 2006).

4. Notons que la honte associée à la soumission diffère du sentiment de honte que l'on attribue au concept d'Hypo. En effet, l'hypo est construit en regard d'une « norme sociale », de valeurs plus ou moins justifiées, vis-á-vis desquelles il convient de ne pas s'écarter. La honte associée á la soumission est quant á elle noyée dans un bain de culpabilité irrationnelle, où l'individu ne saurait, très souvent, expliciter sa honte. Elle s'apparente davantage á un sentiment de ne pas mériter « d'exister », « d'être », « d'avoir voix au chapitre » ou « d'avoir accés à des droits légitimes », *i.e.* à des symptômes de soumission.

5. Voir également le chapitre 2. 2. Diagnostic des axes de PG

6. Nous excluons ici les événements dépassant un certain seuil de gravité ou d'implication émotionnelle, dans la mesure où ils seraient susceptibles de modifier durablement le niveau de PG.

7. Le Haka est une danse rituelle Maori associée à des chants ou á des cris (pouvant être des déclarations de menaces ou des propos humiliants à l'endroit de l'ennemi). Il constitue aujourd'hui le rituel d'avant-match de l'équipe néo-zélandaise de rugby. Sa danse se veut particulièrement expressive, impressionnante et destinée à intimider l'adversaire. Le Haka est á l'origine exécuté á l'occasion d'événements sociaux (rencontre de tribus, préparation á la guerre, etc.) et constitue la fierté sociale de la tribu. En cela, ce rituel détient une forte connotation symbolique de PG.

8. Notons que les dimensions proposées dans notre modèle ne sont pas sans rappeler le fameux modéle Circumplex de Oslon (1986 ; voir aussi Wiggings, 2003). Ce modèle évoque les dimensions d'amour/haine (ou encore communion/adversité) et de soumission/dominance. Le modèle du PG s'en distingue en décrivant la dynamique animant ces processus, leur origine possible, ainsi qu'en proposant une thérapie en regard de cette dynamique. Par ailleurs, une dimension équivalente à celle décrite par la soumission et la dominance a également été récemment mise en évidence et ajoutée au fameux questionnaire de personnalité le « Big Five », devenu ainsi le « Big Six » (cf. Lee & Ashton, 2012). Cette dimension a été nommée Honnêteté-Humilité ou facteur H (*Honesty-Humility, H factor,* en anglais) par

les auteurs. Un score élevé á cette dimension traduirait une personnalité sincére et sans prétention, tandis qu'un score faible rendrait compte d'une personnalité trompeuse, manipulatrice et prétentieuse.

9. Les expériences de Salomon Asch (1951) ont permis de mettre en évidence l'importance de l'influence sociale sur un jugement, serait-il perceptif. En effet, l'auteur a proposé á des sujets « naïfs » (naïf par rapport á l'expérience) de comparer la longueur de différentes lignes présentées sur un dessin. Le sujet naïf devait alors en présence d'un groupe d'individus, lesquels étaient tous complices avec l'expérimentateur et connaissaient parfaitement la réponse. Malgré la différence de taille évidente (plusieurs centimètres) que présentaient les lignes, les sujets complices étaient chargés de soutenir á l'unanimité que les lignes étaient de même taille. Ainsi, l'auteur a pu constater qu'un peu moins de 40 % des sujets naïfs se conformaient à l'unanimité plutôt qu'à leur jugement perceptif.

Dans la même optique, la « dramatique » expérience de Milgram, davantage médiatisée, a pu montrer qu'un pourcentage non négligeable d'individus « naïfs » pouvait céder à la pression d'un tiers (expérimentateur) et infliger des décharges électriques á un autre individu (complice de l'expérimentateur et mimant la souffrance), alors même que cet individu naïf n'est menacé et contraint en rien.

10. Un événement social déclencheur d'effet rebond est par définition un événement amenant à une position sociale incompatible avec le PG.

11. Rappelons que l'amygdale semble nettement impliquée dans la régulation de l'axe vertical, ce qui ferait de cette petite structure le centre peut-être prédominant des fonctionnements que nous avons nommés paléolimbiques. Une récente étude (Smoller *et al.*, 2013) a par ailleurs mis en évidence une origine génétique commune á différentes pathologies qui n'étaient jusque-là aucunement apparentées. Ces pathologies sont la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure et le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Si ces résultats sont à interpréter avec précaution et n'excluent pas l'implication d'autres génes que ceux dévoilés dans chacune de ces pathologies, il n'en demeure pas moins que nous avons pu nous-mêmes supposer l'implication du PG dans ces différents troubles. Ces résultats posent donc question et sont convergents avec nos hypothèses.

12. Pour plus de détails sur la notion de Gouvernance, cf. chapitre 3.3. La « Gouvernance mentale ».

13. La voix de Mme Mim, personnage de sorciére présent dans le dessin animé « Merlin l'Enchanteur » de Walt Dysney (1963), illustre relativement bien le rôle P3 destiné à traiter la soumission.

14. Ivan le Terrible ou Ivan IV de Russie a été un tsar ayant régné au XVIe siècle, reconnu pour avoir exterminé ses ennemis et les individus témoignant de leur mécontentement á l'égard des abus qu'il leur faisait subir.

Notes

1. L'hypothèse du cerveau triunique de MacLean consiste á dire que le cerveau s'est développé au travers de l'apparition successive, au cours de l'évolution des espéces, de trois régions cérébrales. Ce modèle a été fortement critiqué en raison de la vision réductrice qu'il laisse supposer des relations complexes apparaissant entre les différents territoires cérébraux.

2. Rappelons le débat entre les théories localisationnistes et unitaristes animant la considération de l'activité neuronale : tandis que les premières considèrent qu'à chaque territoire délimité, circonscrit et exclusif correspond une fonction neuropsychologique précise, les secondes considérent que ces territoires fonctionnent en interaction et en coopération permanente et non isolément. Ainsi, si une région corticale est allouée à une activité particulière, elle ne sera sans doute pas la seule. La spécialisation d'une région corticale ne signifie pas que cette derniére est la seule á intervenir dans cette activité (cf. Bownds, 2001).

3. Pour une liste des publications de l'IME cf. : http://www.ime.fr/pages/recherche/recherche.html

4. Ces derniers Contenants sont d'ailleurs sans doute largement contributifs á ce que l'on définit comme une personnalité évitante en psychiatrie. Les troubles de la personnalité évitante sont décrits comme une inhibition sociale rendant difficiles les relations interpersonnelles (timidité, faible estime de soi, peur du ridicule, etc.) amenant l'individu á éviter globalement toute interaction sociale.

5. Pour une revue des fonctions du cortex préfrontal, voir Fuster (2008).

6. Notons que la mise en évidence de ces dimensions est extraite de l'analyse de la littérature concernant les fonctionnalités qui seraient permises par le CPF (cf. annexe 1). Si l'adjectif apparaissant dans l'expression « Gouvernance Préfrontale » apparaît comme quelque peu abusif, du fait que celle-ci n'ait pas été étudiée en tant que telle en imagerie cérébrale, elle prend néanmoins acte d'une certaine réalité clinique, observable chez les patients et individus tout venant. Par ailleurs, cette terminologie facilite particuliérement le discours et la représentation du concept sous-jacent. Cette remarque reste vraie pour l'ensemble des Métas-Contenants considérés.

7. Attention, nous considérons ici ce qui est un changement de routine « aux yeux de l'individu ». Par exemple, un changement de routine, pour un individu qui voyage de façon permanente, pourra être le fait d'avoir une activité lui demandant de rester dans un bureau, par exemple. Ce peut être également, pour quelqu'un qui préfère ne pas avoir de situation durable (professionnelle, amoureuse, relationnelle), de s'engager dans une relation à long terme.

8. La restructuration cognitive désigne, en TCC, le fait de mettre en évidence les erreurs de logique, de jugement ou liées à des croyances erronées pour

que le patient puisse en prendre conscience et les changer avec l'aide du thérapeute.

9. Une régulation en tendance désigne, en cybernétique et physiologie, un processus qui s'auto-renforce via un feed-back positif.

10. Méthode reposant sur le principe d'une forme de rééducation neurophysiologique de la perception visuelle, et qui aurait des effets sur certains troubles psychologiques et psychosomatiques.

11. L'aire de Wernicke est une zone cérébrale située au niveau du lobe temporal gauche. Elle serait impliquée dans le traitement du langage oral et écrit. Pour une revue des troubles du langage, voir le rapport Inserm (2007).

12. Le Syndrome de Korsakoff est causé par une atteinte des régions hippocampo-mamillo-thalamiques du cerveau. Ce syndrome fait suite, la plupart du temps, à de l'alcoolisme, mais peut également être la conséquence d'un traumatisme ou autre. Les symptômes les plus manifestes sont l'amnésie des événements récents (notamment liés à la mémoire épisodique), la fabulation et la désorientation temporo-spatiale.

13. Pour une revue sur la mémoire, voir Squire & Kandel (2005), Nicolas *et al.* (2007), Lechevalier *et al.* (2008).

14. Nous rappelons que la mémoire de travail peut être définie comme un système maintenant et manipulant l'information de façon temporaire, lors de tâches de compréhension, d'apprentissage ou de raisonnement (cf. Baddeley, 2012, op. cit.)

15. Par mode de fonctionnement « adaptatif », nous entendons un mode de fonctionnement sélectionnant et traitant les informations internes et externes pertinentes pour répondre à la situation en cours, et ce à l'aide de feed-back avec l'environnement. Ce mode de fonctionnement implique des processus de logique (quelles causes produisent quels effets) et de rationalisation (évaluation des coûts – émotionnels, matériels ou autres – et des bénéfices durables de chaque risque ou action) voués à l'ajustement du comportement de l'individu à la situation.

Notes

1. *L'insight* peut être défini en psychologie cognitive comme le processus amenant l'individu à trouver, de façon spontanée et sans mécanisme de réflexion apparent, une solution à un problème.

2. Le détail théorique et pratique des exercices de GMM est proposé dans l'ouvrage de Fradin *et al.* (2008, op. cit.).

Notes

1. Commentaire rapporté d'un patient TOC par le Pr Rapoport.

2. Un protocole de type ABAB propose d'alterner des phases sans traitement avec des phases de traitement, en commençant par une mesure des symptômes de l'individu sans traitement.

3. Les deux études de cas présentées dans Lefrançois *et al.* (2011b) sont des cas de TOC de vérification et de lavage trés sévéres.

4. Notion de métacognition chez les patients TOC (Zermatten et al., 2008 p. 119) : « la métacognition est définie comme toute connaissance ou processus cognitif qui est impliqué dans l'évaluation, la surveillance ou le contrôle de la cognition [...] ».

Notes

1. Les paramétres modulateurs ont une grande importance pendant la Phase Thérapeutique pour rendre le travail progressif et « assumable » par le patient.