La régulation émotionnelle en prévention de la rechute

Intervention assistée par le cheval, basée sur la pleine conscience

Leconstant Charlène et Spitz Elisabeth
Laboratoire APEMAC (EA 4360), Université de Lorraine

1 Addictions et troubles comorbides

L'Organisation Mondiale de la Santé (1995) définit la comorbidité ou le « diagnostic associé » comme la cooccurrence chez un même individu d'un trouble dû à la consommation de substances psychoactives et d'un autre trouble psychiatrique. Ces troubles peuvent apparaître en même temps ou encore l'un après l'autre. La comorbidité constitue un enjeu majeur de santé publique et un coût sociétal important (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017). Bien que les recherches ne puissent pas toujours prouver un lien de causalité, on sait aujourd'hui que certains troubles psychiatriques sont des facteurs de risque pour le développement de troubles addictifs et inversement.

L'association entre troubles psychiatriques et addiction touche un sujet addict sur deux et le tiers des patients psychiatriques ; à peine une moitié accède aux soins et seulement 1/10 bénéficie d'une double prise en charge (Benyamina, 2014). On observe également une vulnérabilité partagée et croisée ainsi que des comorbidités addictives multiples fréquentes (Pringuey *et al.*, 2014).

Les patients présentant une comorbidité développent généralement des symptômes plus sévères que ceux touchés par une seule pathologie (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001). A titre d'exemple : 72% des patients alcoolodépendants ont un trouble dépressif ; 61% présentent toujours des symptômes dépressifs un mois après le sevrage (Kessler *et al.*, 1996 ; Regier *et al.*, 1990). D'autres études (Di Florio, Craddock, &

Van den Bree, 2014) montrent que le trouble lié à l'usage d'alcool est présent chez 37% des sujets présentant des troubles psychiatriques et jusqu'au deux tiers dans les troubles bipolaires. On note également des antécédents de tentatives de suicide, un accès aux soins difficile, une plus grande difficulté pour le patient à demander puis à adhérer aux soins (Owen, 1996), ainsi qu'un risque de rechute accru.

La comorbidité serait responsable de l'apparition de nombreux processus synergiques entre les pathologies, qui amène à une modification des symptômes, à une diminution de l'efficience des prises en charge et à l'aggravation et la chronicisation de leur évolution (Benyamina, 2018). C'est pourquoi les lignes directrices actuelles recommandent de traiter simultanément les troubles comorbides.

Après cette introduction sur les troubles addictifs et les troubles comorbides associés, nous présenterons l'intérêt de l'approche transdiagnostique qui cible les processus psychologiques pour (re)penser les interventions en psychologie de la santé. Nous aborderons notamment le processus de régulation émotionnelle connu pour être impliqué dans une variété de troubles psychologiques. Nous verrons que la régulation émotionnelle est largement impliquée dans le risque de rechute des troubles addictifs. Nous vous présenterons alors, notre intervention assistée par le cheval pour cibler les difficultés de régulation émotionnelle de patients accueillis en centre de post-cure. L'intervention proposée a été réfléchie dans une perspective transdiagnostique, à partir des programmes de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Nous illustrerons son apport à partir de trois vignettes cliniques. La complexité de la réalité clinique nous impose d'être novateur et de renouveler sans cesse nos méthodes d'action dans les interventions en santé.

2 Penser les interventions en psychologie de la santé dans une approche transdiagnostique

L'approche transdiagnostique en psychopathologie défend l'idée qu'il existe des processus psychologiques communs à différents troubles qui sont responsables de leur apparition et de leur maintien. Elle apparaît en réaction à la grande prévalence des cas comorbides enregistrés avec l'approche diagnostique catégorielle (DSM, CIM) et constitue une réponse possible aux limites des prises en charge ciblant les diagnostics. En ce sens, elle contribue au débat qui sous-tend un éventuel changement de paradigme dans la conceptualisation de la psychopathologie.

Kindermann (2005, 2009) propose que les troubles psychopathologiques sont déterminés directement et uniquement par des processus psychologiques et que ces derniers sont influencés par des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels (liés au contexte de vie). Ainsi, l'influence de ces facteurs sur les troubles psychopathologiques sera nécessairement médiatisée par les processus psychologiques. Ces trois facteurs ont un rôle contributif dans l'apparition des troubles mais avec un statut de « causes distales », c'est pourquoi on les appelle les *facteurs de risques distaux*. Les processus psychologiques, quant à eux, agissent comme « causes proximales » et sont nommés les *facteurs de risques proximaux*.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Les facteurs de risque distaux et proximaux entraînent des troubles multiples qui sont comorbides et expliquent la « multifinalité ». Nolen-Hoeksema et Watkins (2011) ajoutent au modèle des *modérateurs* qui interagissent avec les facteurs de risque proximaux pour déterminer les trajectoires divergentes, c'est-à-dire comprendre quels troubles particuliers les personnes développeront à partir d'un même processus dysfonctionnel (voir schéma ci-dessous). Par exemple, le processus de dysrégulation émotionnelle peut mener à des troubles différents en fonction des modérateurs. Une personne confrontée à des deuils successifs sera plus à même de présenter un trouble dépressif, tandis que les situations d'instabilité financière sont plus à même d'entrainer un trouble anxieux. Enfin, la détresse émotionnelle chronique semble potentialiser le système de récompense du cerveau, augmentant ainsi les risques de développer un trouble addictif (Brady & Sinha, 2005).

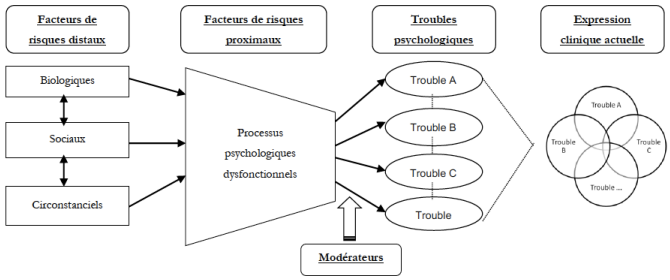


FIGURE 1 – Adaptation du *modèle transdiagnostique en psychopathologie (d'après Nolen-Hoeksema et Watkins, 2011)*

Une telle perspective a des implications majeures pour la prise en charge clinique des patients puisqu'elle promeut l'application d'une approche transdiagnostique au sein de l'intervention thérapeutique. L'idée est qu'en ciblant les processus psychologiques, on a une action sur plusieurs troubles à la fois et on peut réduire l'intensité de la symptomatologie globale de l'individu. En conséquence, l'intervention clinique devra cibler les processus responsables de l'apparition et du maintien du trouble psychopathologique. Dans cette approche, la validation des interventions psychothérapeutiques n'est donc plus pensée en termes de diagnostic mais bien en termes de processus (Monestès & Baeyens, 2016).

Plusieurs processus transdiagnostiques potentiels ont été proposés dans la littérature (Mansell, 2011) : les ruminations (pour une revue de la littérature, voir Ehring et Watkins, 2008), l'évitement expérientiel (Barlow, Allen, & Choate, 2004), les biais attentionnels (Mathews & MacLeod, 2005), le perfectionnisme (Egan, Wade, & Shafran, 2011) ou encore la flexibilité psychologique (Levin & al., 2014). Cependant, malgré l'éventail des processus transdiagnostiques examinés, la régulation émotionnelle est sans doute l'un des processus les plus étudiés (Norton & Paulus, 2016).

2.1 La régulation émotionnelle comme processus transdiagnostique

Définir le concept de régulation émotionnelle qui fasse consensus reste à ce jour une tâche bien difficile. Sa définition est relativement large et couvre une multitude de

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

processus comme l'identification, la compréhension ou encore l'intégration de l'information émotionnelle. Nous pouvons retenir que la régulation émotionnelle requiert de la part de l'individu, la gestion et l'organisation de différents systèmes et sous-composantes tels que la physiologie, l'expression ou encore les tendances à l'action, dans le but d'adapter son comportement émotionnel au contexte et aux normes socioculturelles et/ou pour faciliter l'atteinte de ses buts et besoins (Korb, dans Sander & Scherer, 2014).

A l'heure actuelle, nous disposons de données de plus en plus nombreuses qui suggèrent que les difficultés de régulation émotionnelle sont intrinsèques à de multiples formes de psychopathologie (Kring & Sloan, 2009), faisant de ce processus une cible clé des interventions psychologiques (Gratz *et al.*, 2015 ; Berking *et al.*, 2008 ; Campbell-Sills & Barlow, 2007). Sloan et coll. (2017) ont réalisé une revue systématique sur la régulation émotionnelle dans la prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles addictifs, des troubles du comportement alimentaire et du trouble de la personnalité borderline. Ils ont constaté dans 64 des 67 études incluses, une diminution significative de l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées après l'intervention. Ces résultats ont été retrouvés quel que soit le protocole d'intervention administré, quel que soit le modèle théorique de la régulation émotionnelle utilisé et quel que soit le trouble ciblé dans l'intervention psychologique. De plus, ces études ont montré une diminution de la sévérité des symptômes à la fois pour le trouble spécifique visé par l'intervention et pour d'autres troubles psychologiques mesurés. Ces résultats appuient l'idée selon laquelle, en dépit de leur spécificité, les thérapies auraient des voies d'actions communes pour la prise en charge de troubles spécifiques, en ciblant ici la réduction de la dysrégulation émotionnelle.

Dans une approche plus nuancée, les auteurs soulignent la possibilité de conserver un protocole qui cible un trouble unique et d'y adjoindre un module transdiagnostique complémentaire qui cible la régulation émotionnelle et qui pourrait contribuer à réduire la psychopathologie globale. Par exemple, une équipe de recherche a mis au point un module sur l'apprentissage de la régulation des émotions « The Affect Regulation Training (ART) » qui peut être ajouté à toute forme d'interventions validées empiriquement (Berking *et al.*, 2008) et qui comprend par exemple un entrainement à la pleine conscience, la tolérance à la détresse et des techniques d'exposition. L'ajout de « The Affect Regulation Training » en même temps que la TCC dans un échantillon de patients hospitalisés atteints de trouble dépressif majeur s'est avéré produire une diminution significative, plus importante, de la dépression, des affects négatifs et une augmentation significative, plus importante, du bien-être et de la régulation des émotions que dans le groupe TCC seule (Berking, Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013).

Cependant, à l'heure actuelle, nous disposons de peu d'études qui aient mesurées le lien de causalité entre le développement d'une meilleure capacité de régulation émotionnelle et l'amélioration de la psychopathologie. A notre connaissance, seule l'étude longitudinale de Radkovsky, McArdle, Bockting et Berking (2014) a démontré un lien causal en montrant que l'augmentation des capacités de régulation émotionnelle était associée à une plus grande réduction subséquente des symptômes dépressifs. Il est

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

donc important qu'à l'avenir des recherches visent à examiner la régulation émotionnelle en tant que processus de changement, de manière longitudinale, afin de fournir des preuves plus solides à l'appui de la régulation émotionnelle comme cible centrale des interventions psychologiques.

2.2 Intérêt de la régulation émotionnelle en prévention de la rechute

Les états émotionnels font partie intégrante du modèle de la rechute de Marlatt et avait été identifiés comme un facteur prédictif de rechute après la prise en charge (Marlatt, 1978). Plusieurs études ont rapporté un lien étroit entre affect négatif et rechute dans l'abus de substance (par exemple, Hodgins, el Guebaly, & Armstrong, 1995 ; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996). Plus récemment, Baker et ses collègues (2004) ont identifié l'affect négatif comme principal motif de consommation de substances, même si la régulation d'affects positifs peut aussi être impliquée. Les auteurs soutiennent que par des cycles répétés de consommation de substances et de sevrage, l'organisme des personnes dépendantes a été sensibilisé dans la perception des indices intéroceptifs associés aux affects négatifs, sans qu'elles en aient conscience. En conséquence, elles ne parviennent plus à identifier qu'elles consomment un produit pour éviter le ressenti d'émotions négatives.

La plus récente conceptualisation de la rechute est proposée par Witzkiewitz et Marlatt (2004) (*Dynamic model of relapse*). Selon ces auteurs, la rechute devrait être perçue comme un processus complexe, multidimensionnel et non-linéaire, dans lequel plusieurs facteurs interviennent conjointement et de manière interactive dans la survenue et la sévérité d'une rechute. Ce modèle se rapproche de l'approche transdiagnostique en psychopathologie dans le sens où il inclut des facteurs de risque de rechute distaux et proximaux dans un contexte de situation à haut risque de rechute. Les facteurs de risque de rechute proximaux interagissent avec des facteurs contextuels et vont jouer un rôle immédiat sur la probabilité que l'individu rechute. Selon ces auteurs, la façon dont les personnes dépendantes réagiraient lorsqu'elles sont confrontées à une situation à risque de consommation dépendrait non seulement de la nature de la situation à laquelle elles sont confrontées, mais aussi à leur disposition à répondre à ces situations. Les situations à risque surviennent dans un contexte associant des facteurs stables de vulnérabilité (*Tonic processes*) et des facteurs transitoires (*Phasics responses)* impliqués dans la survenue de la rechute. Ainsi, dans une situation à risque, l'individu peut réagir différemment en fonction du contexte et de son état psychologique et affectif. Sont également pris en compte, l'impact des stratégies de *coping* utilisées ou encore les envies de consommer (*urge* et *craving*). Ces variables sont identifiées comme ayant un fort impact sur le degré de motivation de l'individu à poursuivre ou non sa démarche de changement (Gormley & Laventure, 2012). En résumé, les difficultés de régulation émotionnelle sont à ce jour, non seulement reconnues comme ayant un rôle majeur dans le développement et le maintien de la psychopathologie, mais aussi de manière plus spécifique dans le risque de rechute des personnes dépendantes.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

3 Intervention de prévention de la rechute assistée par le cheval

3.1 Caractéristiques de l'intervention

Il s'agit d'une intervention complexe de prévention de la rechute, se plaçant dans une approche basée sur les TCC 3e vague avec la pratique de la pleine conscience, et ayant pour objectif premier de cibler les difficultés de régulation émotionnelle. Dans cette approche intégrative, le cheval utilisé comme média, permet au thérapeute de travailler de manière combinée avec ces deux approches. Au cours de l'intervention, les chevaux sont perçus comme de véritables partenaires. Les moments relationnels avec le cheval constituent des occasions pour l'individu de ressentir sa propre présence dans l'instant. Les interactions avec le cheval stimulent l'attention aux ajustements continus dans la relation et entrainent l'apprentissage d'un nouveau répertoire de stratégies relationnelles.

Par sa grande sensibilité, le cheval a la capacité d'entrer en résonnance avec son environnement et les êtres vivants qui l'entourent (Kohanov, 2007), lui donnant la capacité de refléter en quelque sorte l'état émotionnel et physique des humains. Il va ainsi soutenir le développement d'une plus grande sensibilité, tant émotionnelle que sensorielle. La présence du thérapeute permet la mise en mots des éprouvés du patient et l'interprétation des interactions qui se sont déroulées entre les participants et les chevaux. Enfin, la triangulation entre patient, thérapeute et cheval, enrichie par la pratique régulière de la méditation, est alors l'occasion de développer une congruence personnelle par une meilleure écoute et une attention aux sensations, émotions, cognitions et comportements, dans une expérience concrète et vivante.

En s'inspirant des travaux de Herbette et Guilmot (dans Kotsou & Heeren, 2011), voici différents rôles que peuvent tenir les chevaux au cours de la thérapie :

Le cheval en tant que stimulus : La présence du cheval initie des sensations corporelles, des émotions, des cognitions et des tendances à l'action chez la personne. Le toucher tient une grande place et permet à l'individu d'éprouver des sensations affectives tantôt stimulantes, tantôt plus apaisantes et rassurantes au contact de l'animal.

Le cheval en tant qu'être vivant à observer : L'observation du comportement du cheval peut aider les personnes à adopter une attitude de pleine conscience. Le cheval étant une proie, il est ancré par nature dans le présent. Il conserve une attention de tous les instants à ses ressentis internes et à son environnement. Il s'ajuste à chaque moment tout en étant dénué de jugement. L'activation émotionnelle du cheval varie rapidement en fonction de la perception qu'il se fait de son environnement. Au simple bruissement d'aile d'un oiseau, l'organisme du cheval peut s'activer en vue de fuir. Mais il lui suffit de quelques secondes pour observer les alentours et se remettre à brouter aussi calmement qu'auparavant s'il a évalué que la situation ne revêt d'aucun danger. Cette compétence innée de régulation physiologique est facilement observable par les patients, et a pour conséquence de réguler leur propre organisme sous l'effet probable des neurones miroirs ou plus consciemment s'ils essaient de reproduire l'attitude du cheval.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Le cheval en tant qu'être sensible : Il est très réceptif à notre communication non-verbale, puisque la communication visuelle tient un rôle essentiel dans les rapports sociaux chez les chevaux. Celle-ci est très riche et se compose de nombreuses postures et mimiques. Le langage corporel des chevaux est très subtil et pour le décoder il est important de prendre en compte chaque partie de leur corps. La tonicité de leur posture donne également des renseignements sur leur état émotionnel. En réaction à notre posture et manière d'être, le cheval va ajuster son propre tonus à nos mouvements tonico-corporels et émotionnels et ainsi refléter notre attitude et la qualité de notre présence dans la relation. Ce feedback immédiat va permettre un accès plus aisé à nos variations physiques et émotionnelles ainsi qu'à la qualité de notre intention.

Le cheval en tant qu'être social : Il est un partenaire avec qui il est possible d'interagir en étant pleinement présent, à l'écoute de lui et de soi. De cette place, il peut également se faire le réceptacle de projections et ainsi devenir l'écran sur lequel le thérapeute peut voir apparaitre différents schémas propres au patient.

3.2 Format des séances

Les séances se déroulent dans un centre de post-cure accueillant des patients présentant des troubles addictifs et comorbides. Elles sont hebdomadaires et d'une durée de 2h00. Elles s'adressent à tous les patients du centre, excepté ceux souffrant de psychose, de troubles cognitifs sévères et de pathologies somatiques invalidantes. Le groupe est ouvert et se limite à 6 participants au maximum, afin d'assurer une sécurité et une disponibilité de qualité durant les temps avec les chevaux.

Chaque séance suit un format identique. Thérapeute et patients entrent dans le parc des équidés qui sont au nombre de huit et vont les saluer un à un. C'est l'occasion pour les participants de commencer à se centrer sur eux-mêmes et à entrer en douceur vers l'écoute de soi. Durant toute la séance, les chevaux sont libres d'aller et venir autour d'eux. Le thérapeute se porte garant de la sécurité des patients en exerçant un contrôle sur les chevaux en liberté.

Puis, le thérapeute invite les patients à s'assoir sur les couvertures afin d'introduire le thème de la séance et de débuter un temps de méditation formelle, toujours suivi d'un moment de partage d'expérience autour de la méditation mais aussi de la semaine écoulée. Le thème de la séance s'appuie sur le programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience « MBRP » (Mindfulness Based Relapse Prevention ; Bowen, Chawla, & Marlatt, 2019). Pour des raisons logistiques, le programme s'est inscrit dans une structure de groupe ouvert, les thèmes ont donc été suivis de manière aléatoire.

Dans un deuxième temps, les patients choisissent un cheval avec lequel ils veulent réaliser un exercice en pleine conscience. L'activité choisie dépend des objectifs visés par le thérapeute et peut être adaptée au cas par cas en fonction des difficultés spécifiques du patient. Par exemple, il peut leur être proposé d'effectuer un parcours d'obstacles à pied avec le cheval. Le thérapeute observe chacun des patients et débriefe avec chacun d'eux sur les éventuelles difficultés qu'ils ont pu rencontrer lors de l'exercice et sur leur vécu émotionnel tant au niveau cognitif que corporel.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Dans l'intervention présentée, nous avons ciblé les processus de régulation émotionnelle connus pour être impliqués dans une grande variété de troubles, afin de :

1. Proposer une prise en charge commune à des patients présentant des troubles distincts ;
2. Réduire la symptomatologie globale des patients ;
3. Plus spécifiquement, prévenir le risque de rechute.

Les compétences de régulation émotionnelle sont enseignées aux patients *via* les mises en situation avec le cheval et les exercices de pleine conscience.

3.3 Vignettes cliniques

Voici 3 mises en situation avec les chevaux qui permettent d'apprécier la façon de procéder pour cibler les difficultés de régulation émotionnelle au cours de l'intervention :

Encadré 1. Vignette clinique n° 1 : l'émergence et la prise de conscience d'affects positifs

Contexte

Le thérapeute propose une méditation guidée assise où il est proposé d'aller à la rencontre de ses ressentis et de les accueillir. Alexandre s'assied et ferme les yeux, son visage se crispe un peu. Durant le temps de partage il dit n'avoir eu aucun accès à ses émotions : « Je ne ressens rien, rien du tout, c'est toujours comme ça ». Son attitude est fermée et l'expression verbale est pauvre.

La pratique de la méditation permet de faire émerger à la conscience du patient qu'il ne parvient pas à identifier ses émotions. Mais il est difficile à ce stade pour le thérapeute de savoir s'il s'agit d'une incapacité à percevoir son état émotionnel, d'un émoussement émotionnel ou encore d'une stratégie de suppression émotionnelle.

Dans un deuxième temps, les exercices avec les chevaux vont permettre au patient d'expérimenter ses ressentis dans une expérience ancrée. Il est demandé au patient de donner des carottes au poney qu'il a choisi.

Echanges

Voyant le poney Gribouille se régaler et en redemander, Alexandre sourit, éclate même de rire devant l'insistance de ce dernier qui se frotte à lui et fourre son nez dans les poches de sa veste.

Patient : « Il adore ça ! je peux lui en donner d'autres ? !

Thérapeute : Oui bien sûr ! Qu'avez-vous ressenti durant ce moment avec Gribouille ?

— Oh j'ai adoré, c'était drôle de le voir comme ça ! Il est tellement gourmand ! *Alexandre affiche un grand sourire, ses mouvements de bras sont amples lorsqu'il s'exprime.*

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

— Oui c'est incroyable il pourrait en manger des kilos sans s'arrêter ! Très bien, alors que ressentez-vous à cet instant ?
— Ben, je ne sais pas, je me sens bien là, c'était amusant et je suis heureux de lui avoir fait tant plaisir !
— Ok et où ressentez-vous ces émotions de joie, d'amusement dans votre corps ?
— Euh c'est dans le ventre comme des petites balles qui sautent, mes jambes aussi, et mes bras et j'ai le visage qui s'est détendu aussi...
— Ah ah oui on dirait que votre corps a envie de sauter de joie ?
— Oui c'est vrai, ça ressemble à ça.
— Ok alors allons-y ! À mon signal on fait tous ensemble un saut !

Le patient et le thérapeute sautent ensemble et rient.

3.3.1 Résultat de la stratégie thérapeutique et discussion

Cet exemple, permet d'apprécier que la présence du poney a permis au patient de vivre un instant relationnel joyeux. Il est à noter qu'Alexandre a ressenti plus facilement ses émotions positives en étant au contact du poney, debout et en mouvement. Le cheval joue ici le rôle de stimulus et est reconnu par le patient comme un être de relation. Le thérapeute se saisit de l'instant pour faire prendre conscience au patient de son état émotionnel. Puis, il tente d'étendre ses ressentis de joie éprouvés dans la relation avec l'animal dans la relation à l'homme, en proposant de vivre ces éprouvés ensemble. La répétition de ces prises de conscience à chaque séance permet de devenir plus conscient de ses ressentis à un instant donné. Pour ce patient, devenu phobique de son état émotionnel, il a été préférable de se centrer sur l'identification d'émotions positives.

D'après nos observations, lorsque les patients sont coupés de leur ressentis émotionnels, les méditations assises ne permettent pas toujours un accès facile à l'identification de l'émotion car elles ont tendance à induire un traitement de l'information essentiellement cognitif (*top-down).* De plus, leur pratique active fréquemment des réseaux associatifs émotionnels négatifs, entrainant les patients dans la remémoration de souvenirs difficiles. Il est alors compliqué pour eux de rester ancré dans l'instant présent. Au contraire, les mises en situation avec le cheval sont propices au vécu émotionnel positif et se révèlent très efficaces pour la prise de conscience des états émotionnels, en stimulant un traitement de l'information au niveau du système corporel *(bottom-up).*

Encadré 2. Vignette clinique n° 2 : apprendre à maitriser sa colère

Contexte

Durant les mises en situation avec les chevaux, nous travaillons sur les comportements impulsifs. En effet, les patients décrivent souvent avoir reconsommé un produit sur un coup de tête, par une action non réfléchie ou en réaction à un événement.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Voici un patient, Éric qui se décrivait comme une personne très impulsive. Il expliquait que sa consommation d'alcool le rendait agressif et avait contribuée à provoquer des conflits importants avec ses proches. « J'ai beaucoup de mal à garder mon sang froid, il faut pas m'énerver longtemps sinon ça se passe mal ». Il a choisi de réaliser un exercice avec Jocaste, une jument au caractère bien trempé, qui n'apprécie pas vraiment qu'on lui impose une direction à suivre.

Echanges

Patient : « Bon je fais quoi là ! elle veut pas bouger ! je commence à en avoir assez ! je sais pas ce que je vais lui faire si elle continue comme ça !

Thérapeute : – Qu'avez-vous envie de faire ?

— Franchement ? De la taper… pour qu'elle avance ! Elle m'énerve là ! *Le patient est face à la jument, et tire sur la longe en usant de tout son poids. La jument se campe en arrière et résiste.*
— Oui très bien, je comprends cela. Mais là qu'êtes-vous en train de faire ?
— Ben je vous parle…
— Oui, donc remarquez que vous n'êtes pas en train de la taper. Et donc avec Jocaste que faites-vous ?
— Je lui dis d'avancer !
— Oui et aussi avec votre main que faites-vous ?
— Je tiens la longe !
— Vous tirez sur sa tête n'est-ce pas ?
— Ben oui pour la faire venir !
— Oui donc votre main a envie de taper et tire fort, vous souhaitez lui imposer d'avancer. Si on prenait une pause ? Je vous propose de vous mettre à côté de Jocaste et de m'écouter un instant. *Éric s'exécute.* Bien. Avez-vous entendu Jocaste vous répondre en français ?
— Non. *Le patient sourit et s'apaise en caressant la jument.*
— Non car elle ne le parle pas ; votre langage verbal lui est inaccessible, aussi jamais elle n'avancera si vous la regardez en lui parlant. Deuxièmement, donnez-moi votre main si vous le voulez bien. *Éric tend la main, le thérapeute tire dessus, le patient a un mouvement de résistance et retire son bras vers l'arrière.* Parfait, si je tire dans un sens, vous tirez dans l'autre non ?
— Euh ben c'est…
— Oui c'est ce que nous faisons tous c'est un réflexe tout à fait naturel, c'est ce que fait Jocaste aussi lorsque vous tirez sur sa tête. Troisièmement… *Le thérapeute se tait, oriente sa tête vers la droite et regarde fixement dans cette direction, le patient suit son regard.* Si je regarde quelque part, vous le faites aussi, et je suis à peu près certaine que si je me dirige dans cette direction en vous parlant vous allez me suivre non ?
— Ben oui c'est vrai…
— Alors vous essayez avec Jocaste ?

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Le patient s'exécute, il oriente son buste, et sa tête dans la direction où il souhaite aller en disant « Viens ! » à Jocaste, qui le suit tranquillement.

3.3.2 Résultat de la stratégie thérapeutique et discussion

Dans cet exemple, le thérapeute permet au patient de prendre conscience du conflit dans lequel il se trouve avec la jument. Puis par une prise de conscience des sensations corporelles et des actions qu'il entreprend avec son cheval, le thérapeute l'amène à réguler ses émotions en modifiant sa posture et sa perception de la situation. Le patient accepte alors de lâcher-prise et opère un changement dans son comportement avec la jument qui l'amène à désamorcer son agressivité. Il parvient alors à réaliser son objectif premier : mener la jument d'un point à un autre dans le parc. Les actions impulsives ont cédé à des comportements plus réfléchis et mesurés.

Encadré 3. Vignette clinique n° 3 : apprendre à se faire respecter

Contexte

Lors des mises en situation avec les chevaux, nous apprenons que les émotions ont une valeur communicationnelle, qu'elles nous aident à prendre des décisions et à atteindre des objectifs. Sandra n'arrive pas à mener son poney Jasmin jusqu'au plot comme demandé.

Echanges

Patiente : « Je n'arrive pas à avancer il me bouscule et il n'arrête pas de me pousser avec sa tête ! Ça fait mal ! Elle se tient du côté gauche tout contre le cheval.

Thérapeute : – Oui on dirait bien que votre cheval se tient trop près de vous, il ne vous suivra pas tant que nous n'aurons pas ajusté sa place par rapport à la vôtre. L'exercice est le suivant : approchez-vous de votre cheval, tendez vos bras vers son épaule et demandez-lui de s'écarter un peu sur la droite pour obtenir plus d'espace. Autrement dit, poussez-le.

— Je n'arrive pas à le pousser ! Il est trop imposant ! Comment voulez-vous que je pousse un animal aussi énorme ? ! Vous m'avez bien regardé ?

Le thérapeute refait une démonstration à Sandra, le cheval s'écarte sans qu'il n'ait besoin d'user de force.

Thérapeute : – Que devez-vous mobiliser en vous pour y parvenir ?

Patiente : – Je sais pas comment vous faites je suis pas vous moi...

— Il suffit de communiquer avec le cheval, vous seule n'avez pas à bouger toute sa masse, vous avez seulement besoin qu'il comprenne que vous lui demandez à lui de la bouger.
— Et comment je fais ça moi ?
— Il faut mobiliser un peu de force à l'intérieur de vous-même pour que votre cheval ressente de l'énergie qui vient vers son épaule et alors il va bouger.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

— Faites comme moi ! Regardez ! Je gaine les abdominaux, je mobilise mes jambes et mes bras et je fixe fort avec mon regard l'épaule du cheval. De cette façon je lui dis : « je veux que tu t'éloignes de moi, bouge tes pieds ! ».

Sandra s'exécute et après plusieurs essais, le cheval fait un pas de côté.

Thérapeute : – Vous avez réussi ! Bravo ! Le cheval s'est éloigné d'un pas, il est maintenant à une distance raisonnable de vos pieds et ne risque plus de vous blesser en se déplaçant. Et maintenant comment vous sentez-vous ?

Patiente : – Ça va bien, je me sens plus forte, j'ai l'impression que c'est moi qui suis aux commandes et qui décide.

— Il vaut mieux ça en effet, votre cheval à besoin que vous lui indiquiez sa place par rapport à la vôtre, c'est fondamental pour préserver une relation basée sur le respect et la confiance. Maintenant que remarquez-vous chez lui ? Vous semble-t-il attristé ?
— Oh non pas du tout, il est normal, mais il me pousse moins ».

3.3.3 Résultat de la stratégie thérapeutique et discussion

Sandra constate qu'il n'y a pas de conséquence négative à son affirmation de soi. Au contraire, le cheval semble à présent plus calme et disposé à la suivre, la relation s'est renforcée.

Dans cette mise en situation, la patiente rapporte tout d'abord des sentiments négatifs, d'impuissance, de dépréciation de soi, avec un faible sentiment d'auto-efficacité. On peut y voir le reflet d'émotions telles que la colère et la tristesse. Le thérapeute persévère dans sa demande afin de donner l'opportunité à la patiente d'aller au bout de l'objectif fixé malgré ses ressentis désagréables et ambivalents.

Le travail de régulation de la colère s'effectue au sein de la triangulation cheval-patient-thérapeute.

Sandra ressent tout d'abord une émotion de colère envers elle-même qui génère de la tristesse. Cette colère est néfaste puisqu'elle la pousse à s'auto-critiquer en permanence et à renforcer son sentiment d'être incapable : « C'est moi qui suis incapable de faire avancer le cheval, c'est de ma faute ». Elle projette ensuite sa colère envers le cheval qui refuse de l'écouter : « C'est lui qui n'écoute rien, c'est de sa faute ». Le thérapeute se saisit de cet élan et fait en sorte que la colère de la patiente soit finalement projetée sur lui : « C'est le thérapeute qui ne m'a pas bien expliqué comment faire, c'est de sa faute, ce n'est pas moi le problème, ni le cheval ». Le thérapeute va donc renforcer la dyade cheval-patient afin de permettre à Sandra d'utiliser sa colère de manière constructive, c'est-à-dire en tant qu'énergie qui lui permette de relever des défis et de s'affirmer.

Une fois l'objectif atteint, la patiente prend conscience que le ressenti d'affects négatifs ne signifie pas que l'issue de la situation soit négative. Il s'agit d'informations sur ses craintes et ses besoins, lesquels étant parfois en concurrence apparente. Poursuivre

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

son action en restant fidèle à l'objectif fixé permet d'apprécier réellement l'issue d'une situation et le bien fondé de ses décisions. Il est alors possible d'apprendre de nouvelles stratégies pour faire face. Finalement, la relation thérapeutique est elle aussi consolidée puisque c'est avec l'assistance du thérapeute et sous son regard que Sandra parvient à atteindre son objectif.

3.4 Apport du cheval dans l'intervention

Le cheval facilite l'accès à l'expérience de pleine conscience *aux participants et leur donne* envie de participer à l'intervention. Durant la pratique méditative ou les mises en situation, le cheval soutient les patients lors des moments de perte de sens ou de difficulté. Les mises en situations avec le cheval constituent autant d'opportunités pour les patients de vivre leurs émotions dans une expérience de vie réelle. Les participants peuvent éprouver à la fois de la peur et du plaisir au contact du cheval, sans que l'un ou l'autre de ces sentiments ne s'annule. Les chevaux réaménagent à chaque instant la situation vers ce qu'il y a de plus confortable pour eux en revenant au calme. Des prises de conscience émergent en observant la manière dont les chevaux sont dans l'instant présent et dont ils gèrent leurs émotions et conflits. L'expérience du cheval est vécue comme un temps d'entraînement de l'attention dans une relation vivante, non-jugeante qui permet une transposition des qualités de la pleine conscience, non seulement dans la vie de tous les jours mais aussi dans les relations avec les autres. Des compétences de régulation émotionnelle sont donc apprises tant au niveau individuel qu'interpersonnel.

4 Perspectives

L'approche transdiagnostique en psychopathologie nous invite à nous confronter à une réalité clinique qui ne peut être ignorée : un nombre élevé de patients présentent de multiples comorbidités associées à leur trouble dit « principal ».

Face à ce constat, l'application de programmes spécifiques à la prise en charge d'un trouble particulier peut se révéler inadaptée. Les interventions psychopathologiques doivent donc cibler des processus communs qui permettent d'expliquer la symptomatologie présentée par un patient donné. Cette approche donne un éventail d'application très large, allant du cas par cas – en ciblant un ou plusieurs processus dysfonctionnels chez un même patient – jusqu'à des actions préventives de groupe en visant un processus reconnu comme étant impliqué dans de nombreux troubles. Cette dernière proposition semble essentielle pour répondre à la réalité des professionnels de santé qui exerçent en structure de soins et doivent proposer une intervention de groupe convenant à un ensemble de patients atteint de différents troubles psychiques.

Dans notre intervention, l'assistance du cheval soutient le travail du thérapeute à plusieurs niveaux. L'établissement de l'alliance thérapeutique, reconnue pour être difficile à établir avec ce type de public, semble facilité par sa présence. Le cheval par sa nature et l'environnement dans lequel il évolue, offre de multiples opportunités au thérapeute pour faire progresser les patients dans l'apprentissage de différentes stratégies de régulation émotionnelle. En effet, les personnes qui présentent un niveau de comorbidité élevée présentent fréquemment des troubles cognitifs qui rendent l'accès

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

difficile à différentes formes de tâches thérapeutiques telles que la remédiation cognitive, s'imaginer dans un scénario futur ou encore identifier des déclencheurs dans des situations passées. Dans ce cas, les approches expérientielles s'avèrent les plus efficaces. Les mises en situation avec le cheval permettent à la personne de réguler ses émotions dans le moment présent, au niveau sensori-moteur et dans un contexte relationnel.

Références

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated : An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, *111*, 33-51.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205-230.

Benyamina, A. (2018). Pathologie duelle, actualités et perspectives. *Annales Médico Psychologiques*, *176*(8), 742-745.

Benyamina, A. (2014). *Addictions et comorbidités*. Paris : Dunod.

Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder : A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 234-245.

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(11), 1230-1237.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2019). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience : Guide clinique*. Bruxelles : De Boeck.

Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders : the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1483-1493.

Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York : Guilford.

Di Florio, A., Craddock, N., & Van den Bree, M. (2014). Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *European Psychiatry*, *29*(3), 117-124.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process : A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203-212.

Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *InternationalJournal of Cognitive Therapy*, *1*(3), 192-205.

Gormley, A., & Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute point de vue de l'usager et de l'intervenant. *Drogues, Santé et Société*, *11*(2), 72-93.

Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 85-90.

Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 400-407.

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder : a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, *158*(8), 1184-1190.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(1), 17-31.

Kinderman, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems : The mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*, 5, 464-470.

Kinderman, P. (2005). A Psychological Model of Mental Disorder. Harv. *Rev. Psychiatry, 13*(4), 206-217.

Kohanov, L. (2007). *The tao of equus : A woman's journey of healing and transformation through the way of the horse*. Novato : New World Library.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Kotsou, I., & Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vague.* Louvain La Neuve : De Boeck.

Kring, A.M., & Sloan, D. M. (Eds.) (2009). *Emotion regulation and psychopathology : A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York : Guilford Press.

Levin, M., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(3), 155-163.

Mansell, W. (2011). Core processes of psychopathology and recovery : "does the Dodo bird effect have wings ?". *Clinical Psychological Review*, *31*(2), 189-192.

Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse : A cognitive behavioral analysis. In P. E. Nathan, G. A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.), Alcoholism : New directions inbehavioral research and treatment (pp. 271–314). New York : Plenum Press.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 167-195.

Monestès, J.L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie.* Paris : Dunod.

Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology : Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 589-609.

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders : update on the science and practice. *Behavior Therapy*, *47*(6), 854-868.

Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. M., & Cuffel, B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *47*(8), 853-858.

Philippot, P. (Ed.) (2011). *Émotion et psychothérapie.* Bruxelles : Mardaga.

Pringuey, D., Cherikh, F., Lunacek, S., Giordana, B., Fakra, E., Belzeaux, R., ... & Azorin, J.-M. (2014). Troubles affectifs et comorbidités éthyliques. *L'Encéphale*, *40*, S3-S7.

Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L., & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 248-262.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L.L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.

Sander, D., & Scherer, K. R. (2014). *Traité de psychologie des émotions.* Paris : Dunod.

Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking : Within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 366-379.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *57*, 141-163.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems : that was zen, this is Tao. *American Psychologist*, *59*(4), 224-235.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744