

**PRATIQUER LA THÉRAPIE  
COMPORTEMENTALE  
ÉMOTIVE RATIONNELLE**



LES ATELIERS  
DU PRATICIEN

*SOUS LA COORDINATION DE  
MATHILDE LALUBIN*

AVEC MATHILDE LALUBIN · EMERIC LANGUÉRAND · ROMAIN LEMARÉCHAL · ANNIE STOKER

*PRÉFACE DE DIDIER PLEUX*

# PRATIQUER LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ÉMOTIVE RATIONNELLE



DUNOD

### NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024  
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-085862-0

# Table des matières

Présentation des auteurs .....	1
Préface .....	2
Introduction .....	6
<b>PARTIE 1 Les bases de la REBT .....</b>	<b>8</b>
<b>Chapitre 1 – Introduction aux bases de la REBT .....</b>	<b>10</b>
<b>1 LES ORIGINES DE LA REBT .....</b>	<b>12</b>
Le courant comportementaliste.....	12
Le courant cognitiviste .....	13
Les théories de l'attribution .....	13
La thérapie de la construction personnelle .....	15
La sémantique générale.....	15
L'approche psychanalytique.....	16
La théorie des schémas .....	16
Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) .....	17
<b>2 LES DIFFÉRENCES ENTRE LA THÉRAPIE COGNITIVE DE BECK ET LA REBT .....</b>	<b>18</b>
<b>3 LES PRINCIPAUX CONCEPTS .....</b>	<b>20</b>
Les croyances irrationnelles.....	20
Les différents niveaux de cognition .....	20
Les émotions .....	21
<b>4 LES OBJECTIFS DE LA REBT .....</b>	<b>22</b>
<b>Chapitre 2 – Les différentes étapes de la thérapie .....</b>	<b>24</b>
<b>1 L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN REBT .....</b>	<b>26</b>
<b>2 LES PREMIERS RENDEZ-VOUS .....</b>	<b>28</b>
Avez-vous déjà rencontré un psy ? .....	28
Quoi ? Comment ? Depuis quand ? .....	30
L'histoire du patient.....	34
Définition des objectifs .....	36
Explication de la méthode REBT .....	39
<b>3 LE FORMAT DES SÉANCES .....</b>	<b>43</b>
Schéma d'une session de travail.....	43
<b>4 LE SUIVI DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE .....</b>	<b>45</b>
<b>5 LA FIN DE LA THÉRAPIE .....</b>	<b>45</b>
<b>PARTIE 2 La pratique et le modèle ABCDE .....</b>	<b>48</b>
<b>Chapitre 3 – Identifier le A : l'évènement activateur .....</b>	<b>50</b>
<b>1 LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE A .....</b>	<b>52</b>
<b>2 CONTESTER LES COGNITIONS EN A OU EN B ? .....</b>	<b>56</b>

<b>3</b>	<b>● QUEL A TRAVAILLER ?</b> .....	57
	Le A critique .....	60
	Quand le A est difficile à circonscrire.....	62
	Quand le A est flou .....	64
	Le patient « métaphysique ».....	67
<b>4</b>	<b>● LE C DEVIENT UN A : LE MÉTA-PROBLÈME</b> .....	68
	Repérer et travailler un méta-problème .....	70
	Les différents types de méta-problèmes.....	71
	Recommandations .....	75
	Quand le méta-problème n'en est pas un.....	76
<b>Chapitre 4 – Identifier le C : les conséquences émotionnelles et comportementales</b> .....		78
<b>1</b>	<b>● LES CONSÉQUENCES ÉMOTIONNELLES</b> .....	80
	Les composantes du processus émotionnel.....	80
	Les émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles.....	83
	Les difficultés à préciser le C émotionnel.....	88
<b>2</b>	<b>● LES CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES</b> .....	105
<b>3</b>	<b>● ACCEPTER DE MODIFIER LE C ÉMOTIONNEL</b> .....	108
<b>4</b>	<b>● POINTS CRUCIAUX DU CHANGEMENT DU C COMPORTEMENTAL</b> .....	113
<b>5</b>	<b>● GESTION DE L'ÉCHEC</b> .....	115
<b>Chapitre 5 – Le B d'ABC : identifier les croyances irrationnelles</b> .....		118
<b>1</b>	<b>● LES DIFFÉRENTS TYPES DE CROYANCES IRRATIONNELLES</b> .....	122
	Les croyances irrationnelles de base de type exigence dogmatique .....	123
	Les croyances irrationnelles dérivées de type catastrophisation .....	125
	Les croyances irrationnelles dérivées de type intolérance à la frustration .....	127
	Les croyances irrationnelles dérivées de type évaluation globale de la valeur humaine .....	128
<b>2</b>	<b>● LA PLACE DU B DANS ABC</b> .....	131
	Le chaînage d'inférences.....	133
	L'interprétation inductive .....	139
	L'identification par induction .....	143
	L'hypothèse du pire .....	146
	Le questionnement socratique et l'individualisation .....	148
	L'utilisation des associations fréquentes entre certaines émotions et certaines croyances irrationnelles.....	150
	Les questionnaires et outils psychométriques.....	152
<b>Chapitre 6 – Faire le D : la contestation</b> .....		154
<b>1</b>	<b>● LES DIFFÉRENTS TYPES DE CONTESTATION</b> .....	158
	La contestation logique .....	159
	La contestation empirique .....	164
	La contestation pragmatique.....	169
<b>2</b>	<b>● LES DIFFÉRENTS STYLES DE CONTESTATION</b> .....	176
	Le style didactique .....	176
	Le style socratique .....	178
	Le style humoristique .....	184
	Le style métaphorique .....	186
<b>3</b>	<b>● AIDES À LA CONTESTATION</b> .....	190
	La modélisation vicariante .....	190
	La contestation du terroriste .....	192

	La contestation de la meilleure amie (du meilleur ami).....	193
	L'utilisation de la projection temporelle.....	194
	La contestation paradoxale et inversée.....	195
<b>4</b>	<b>LES NIVEAUX D'ABSTRACTION</b> .....	196
<b>5</b>	<b>ENTRAVE À LA CONTESTATION</b> .....	197
	Précautions concernant la contestation des croyances irrationnelles.....	198
<b>Chapitre 7 – Le E : produire de nouveaux effets</b> .....		202
<b>1</b>	<b>LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX COMPORTEMENTS COGNITIFS :</b>	
	<b>LES CROYANCES RATIONNELLES</b> .....	204
	Construire des croyances rationnelles.....	204
	Les erreurs sur les croyances rationnelles.....	208
<b>2</b>	<b>METTRE À L'ÉPREUVE LA NOUVELLE CROYANCE RATIONNELLE</b>	
	<b>(OU TRANSFORMER LA CROYANCE RATIONNELLE EN CROYANCE EFFICIENTE)</b> .....	211
	La REBT et les stratégies comportementales.....	212
	La <i>shame attack</i> .....	214
	L'utilisation du questionnement socratique associé à la visualisation.....	217
<b>3</b>	<b>LA DIFFICULTÉ DU CHANGEMENT</b> .....	219
	Le système des croyances : un réseau interconnecté.....	221
	La REBT, un changement philosophique.....	221
<b>PARTIE 3 Les perspectives</b> .....		224
<b>Chapitre 8 – Les recherches sur l'efficacité de la REBT</b> .....		226
<b>1</b>	<b>LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION : UN PARCOURS HISTORIQUE ET EMPIRIQUE</b> .....	228
<b>2</b>	<b>PORTÉE THÉRAPEUTIQUE DE LA REBT : UNE ANALYSE COMPARATIVE DES EFFETS CLINIQUES</b> .....	230
<b>Chapitre 9 – La REBT et la troisième vague des TCC :</b>		
<b>ACT et approches processuelles</b> .....		232
<b>1</b>	<b>SIMILITUDES ET RESSEMBLANCES DE LA REBT AVEC LA TROISIÈME VAGUE DES TCC</b> .....	235
	D'un point de vue philosophique.....	235
	D'un point de vue technique, une articulation entre la REBT et l'ACT.....	238
<b>2</b>	<b>CONJUGUER LA PRATIQUE DE LA REBT ET ACT :</b>	
	<b>LA REBT À LA LUMIÈRE DE L'HEXAFLEX</b> .....	238
	Acceptation, défusion et contestation des croyances.....	240
	Conscience de soi, valeurs et engagement.....	241
	REBT et flexibilité psychologique.....	242
<b>3</b>	<b>LA DIMENSION TRANSDIAGNOSTIQUE ET PROCESSUELLE DE LA REBT</b> .....	243
	La REBT et les tendances à l'action.....	247
	L'émotion de l'émotion, émotion seconde ou émotion secondaire.....	249
<b>4</b>	<b>VERS UNE SYNTHÈSE ÉVOLUTIVE : UNE PSYCHOTHÉRAPIE RÉSILIENTE ET VALEUR-ORIENTÉE</b> .....	250
<b>PARTIE 4 Illustrations cliniques</b> .....		254
<b>1</b>	<b>CHARLES ET LES RUMINATIONS</b> .....	259
<b>2</b>	<b>LUCIE ET LA JALOUSIE</b> .....	272
<b>3</b>	<b>NICOLAS ET LES ANGOISSES SUR LA SANTÉ</b> .....	290
<b>4</b>	<b>LÉA ET LES TOC</b> .....	305
<b>5</b>	<b>COLIN ET SON ADDICTION</b> .....	319

6	● ANNICK ET LE DEUIL .....	348
7	● LAURE ET LA RANCŒUR .....	360
8	● WILLIAM ET LA SÉPARATION .....	373
9	● LINA ET L’AFFIRMATION DE SOI.....	383
	<b>Conclusion</b> .....	396
	<b>Bibliographie</b> .....	398

# Présentation des auteurs

## **Mathilde Lalubin**

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

## **Emeric Languérand**

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

## **Romain Lemaréchal**

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

## **Annie Stoker**

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

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

# Préface

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

Après quelques mois de recherche infructueuse, je décide de retourner aux États-Unis, ce pays qui avait été ma terre d'accueil pendant l'année qui suivit le baccalauréat. J'étais sûr que, là-bas, je ne souffrirais plus de la doxa psychanalytique française. Et puis, avec mes jeunes délinquants, j'avais commencé une étude sur les interactions entre leur façon de penser et leur comportement et je voulais la partager : je faisais l'hypothèse que les passages à l'acte délictueux signaient toujours une grande impulsivité, une actualisation pulsionnelle jamais tempérée par une pensée réflexive. On agit comme on pense...

Quand j'arrive aux États-Unis, en Alaska plus précisément, j'essaie de trouver un emploi de psychologue : mes entretiens d'embauche sont prometteurs mais une énième crise du pétrole supprime tous mes espoirs. Je décide de rester quelques

mois pour me former à d'autres approches « psy ». Et, quand je partage avec Marc, mon ami psychologue Alaskan, mes hypothèses quant à l'impact de la façon de penser « délinquante » sur leurs passages à l'acte, il me dit tout simplement : ici, c'est ce qu'on appelle les « thérapies cognitives »... J'avais donc redécouvert la roue !

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

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

Albert Ellis y assure à chaque fois une matinée de « théorie » et un après-midi de supervision. Je tombe rapidement sous son charme et il va devenir un de mes mentors ! Désormais, je n'entends plus les cours dogmatiques de mon UER de psychologie de Caen qui ne cessaient de répéter les mêmes « vérités » psychanalytiques. Dans son Institut, Ellis n'hésite pas à chanter ses contre-vérités et ses « Mother, you destroyed me, too bad ! » et autres « Fuck Oedipus complex » m'enthousiasment. Mais il n'est pas qu'un briseur de tabous, il est aussi et surtout un grand psychothérapeute et son enseignement clinique s'avère des plus pertinents : derrière ses propos le plus souvent provocants, comme son fameux « stop masturbation ! », il nous instruit sur l'incontournable acceptation inconditionnelle de soi, des autres et du réel. Ses « disputes » des pensées irrationnelles, source d'émotions dysfonctionnelles et donc de pathologie chez les patients, se veulent une véritable conversion philosophique et non le simple apprentissage de pensées alternatives. Et son humanité m'impressionne, rien à voir avec nos penseurs freudiens très doctes et peu empathiques. Ellis nous fait vite comprendre que lui, comme nous, nous sommes dans le même bateau : des humains faillibles. Et j'aime, bien sûr, son ton affirmé et son côté conflictuel, il n'hésite jamais à dire les choses spontanément, authentiquement. En effet, s'il est beaucoup plus doux avec ses patients, il ne fait pas de cadeaux à ses futurs thérapeutes...

Je me souviens du premier jour de formation : l'institut nous avait prévenus par courrier qu'il nous fallait amener un magnétophone portable et Ellis s'assure que l'on a bien respecté la consigne. Je suis embarrassé quand il me demande où est

le mien car je n'ai pas voulu me charger de cet appareil pour le voyage... Il m'assène un « Ils n'ont pas de magnétophone en France ? ». Il n'est jamais dans une empathie affective mais tout simplement cognitive : « Je comprends peut-être ton attitude mais je ne suis pas indulgent ! ». Le contraire de cette bienveillance qui semble dominer toute notre culture actuelle ; Ellis fait autorité, il se permet de contester l'irrationalité d'un patient sans jamais lui enseigner, de façon autoritariste, sa façon de penser. Un psy affirmé, déséquilibrant mais jamais un gourou ! Et son humour nous fait comprendre qu'il ne se prend pas au sérieux, il est humain, profondément humain...

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

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

Ellis qui aurait pu avoir la renommée d'un Aaron Beck, plus consensuel, moins provocateur et qui avait repris l'essentiel de l'approche RET. L'approche RET allait être rebaptisée REBT (*Rational Emotive Behavioral Therapy*) à la fin des années 1990. Quand on évoquait le sujet de tout ce que Beck lui devait (et que ce dernier reconnut à la mort d'Ellis) sans jamais évoquer ses sources, il souriait et nous disait « *pain in the ass* mais c'est comme ça... ». L'acceptation, toujours cette volonté de ne pas se dire « comment les choses auraient dû se passer » mais de simplement constater « ce qui est » quand rien ne peut être changé. Oui, Ellis aimait la

philosophie et j'ai eu la chance d'échanger avec lui au moment de la parution du « Livre noir de la psychanalyse » en 2005, 2 ans avant son décès. Cet entretien va devenir le fil conducteur de mon chapitre sur « La force du Conscient »... Je le cite : « La REBT est une des philosophies existentialistes. Elle fait l'hypothèse que pour comprendre les humains il faut connaître leur propre philosophie sur eux et sur le monde. La plupart des gens sont existentiellement perturbés parce qu'ils ne savent pas se servir de leur conscience, ils pensent de travers et cela de façon quasi innée. »<sup>1</sup>

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

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

Dans ma « préretraite », je consulte encore et je suis de plus en plus persuadé de la pertinence de son affirmation peu de temps avant sa mort : « In a sense we could say that virtually all "emotional" disturbances arise from Low Frustration Tolerance. » Oui, nombre de pathologies trouvent leur origine dans l'intolérance aux frustrations. J'aurais voulu qu'Ellis lise mon « Complexe de Thétis » pour qu'il voie à quel point je suis son héritier !

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

Didier Pleux

Docteur en psychologie du développement, psychologue clinicien, psychothérapeute

Février 2024

---

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

2 Ibidem p. 689.

# Introduction

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

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

# Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# Partie **1**

## **Les bases de la REBT**

Chapitre 1 – Introduction aux bases de la REBT	10
Chapitre 2 – Les différentes étapes de la thérapie	24

# Chapitre 1

## **Introduction aux bases de la REBT**



1	Les origines de la REBT	12
2	Les différences entre la thérapie cognitive de Beck et la REBT	18
3	Les principaux concepts	20
4	Les objectifs de la REBT	22

# 1 LES ORIGINES DE LA REBT

Depuis sa création par Ellis en 1956, de nombreux auteurs et chercheurs ont contribué au développement de la REBT. Ellis a lui-même écrit de nombreux articles sur la REBT, des guides pour s'aider soi-même à destination des patients (Ellis et Harper, 1961) et des manuels pour former les thérapeutes à son approche (Ellis, 1962). Ellis s'est aussi fait connaître en proposant des conférences sur son approche et en créant un institut de formation pour les professionnels appelé « Albert Ellis Institute ». De cette façon, de nombreux patients ont pu bénéficier de cette thérapie novatrice qu'il a nommée en 1956 *rational therapy* (« thérapie rationnelle ») et en 1993 *rational emotive behavior therapy* (« thérapie comportementale émotive rationnelle »).

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

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

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

## Le courant comportementaliste

Les travaux des chercheurs comportementalistes sur le conditionnement classique (Pavlov, 1927) et opérant (Skinner, 1963) ont été une source d'inspiration importante. En effet, leurs expériences ont mis en évidence que certaines réactions physiologiques ou certains comportements peuvent apparaître par apprentissage grâce à la répétition et la présence de renforcements. Ellis adhérait,

comme les comportementalistes, à l'idée que les comportements qui ont été acquis peuvent être modifiés. Ce dernier point représente un intérêt majeur au niveau thérapeutique, car les expérimentations démontraient qu'il était possible de faire disparaître des réactions, si elles étaient gênantes, grâce à l'acquisition de nouveaux comportements plus appropriés et en modifiant leurs conditions d'apparition.

## Le courant cognitiviste

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

## Les théories de l'attribution

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

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

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

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

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

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

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

## La thérapie de la construction personnelle

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

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

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

## La sémantique générale

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

La prémisse la plus importante de la sémantique générale est que le langage est trop souvent incomplet. Tout mot désignant un objet ou une action, par sa nature même, laisse de côté certaines caractéristiques importantes de l'événement, de la chose ou de l'action que le mot tente d'identifier. L'expression « *La carte n'est pas le territoire* » de Korzybski traduit bien cette idée : aussi détaillée que soit une carte, elle omettra toujours certains aspects de la région qu'elle représente

(DiGiuseppe et al., 2014). La réalité, loin d'être indépendante des individus, est produite par son système nerveux, ainsi que ses postulats culturellement, historiquement et socialement conditionnés.

## L'approche psychanalytique

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

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

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

## La théorie des schémas

Il existe une multitude de travaux issus de courants de recherches très variés qui ont tenté de définir le fonctionnement humain sous des angles différents. Le terme de schéma a été fréquemment utilisé pour expliquer les façons de penser et de réagir des individus. Un schéma peut être défini comme une structure de connaissances qui est utilisée pour stocker des informations. Bartlett (1932) définissait les schémas comme « *une organisation active des réactions passées, ou des expériences passées, qui doit toujours être supposée opérer dans toute réponse organique bien adaptée. En d'autres termes, chaque fois qu'il y a un ordre ou une régularité dans le comportement, une réponse particulière n'est possible que parce qu'elle est liée à d'autres réponses similaires qui ont été organisées en série, mais qui fonctionnent, non pas simple-*

ment comme des membres individuels venant l'un après l'autre, mais comme une masse unitaire ». Selon sa théorie sur le stockage des souvenirs, les informations stockées en mémoire à long terme servent de référence lorsqu'un individu rencontre de nouvelles informations.

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

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

## Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

La prise en compte de la façon de penser pour expliquer les perturbations émotionnelles et comportementales a ouvert la voie au développement des TCC. Ellis s'est rapidement intéressé aux processus cognitifs, ce qui a fait de lui l'un des principaux fondateurs des TCC. Une source d'inspiration importante a été la philosophie stoïcienne, notamment cette célèbre citation d'Epictète (90 avant J.-C.) : « *Les gens ne sont pas troublés par les choses, mais plutôt par l'idée qu'ils s'en font* ». L'individu ressent ce qu'il pense : ce ne sont pas les événements ou les autres qui le font se sentir bien ou mal, c'est lui-même qui le fait.

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

L'individu peut prendre conscience de ces pensées et y accéder en observant les autoverbalisations automatiques, appelées aussi les cognitions, qui sont accessibles en faisant un effort de prise de conscience du discours intérieur sur soi, les autres ou la réalité. Le contenu de ces autoverbalisations peut être des

croyances auxquelles la personne adhère depuis toujours et qui sont crédibles à ses yeux. Lorsqu'elles sont utilisées de façon rigide et qu'elles sont fortement reliées à des émotions intenses et/ou dysfonctionnelles, elles sont le plus souvent irrationnelles.

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

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

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

Beck a développé son propre modèle de thérapie cognitive qui est l'une des TCC les plus répandues, encore actuellement, grâce aux nombreux écrits et travaux qu'il a menés avec son équipe, notamment sur la dépression (Beck, 1976 ; Beck et al., 1979). L'une des principales différences entre la REBT et la thérapie cognitive de Beck porte sur les types de croyances ciblées. Ellis (1987) a constamment soutenu que le modèle cognitif de Beck de la dépression (Beck et al., 1979) est incomplet, car il ne prend pas en compte le rôle principal joué par les croyances d'exigence qui est, selon lui, la variable cognitive centrale dans les réponses psychopathologiques.

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

- *Les cognitions conscientes de nature inférentielle* qui correspondent à nos perceptions de la réalité et les inférences que nous faisons automatiquement, qui s'imposent à nous. Ces cognitions ou biais cognitifs peuvent être des déductions incorrectes qui prennent la forme de pensées automatiques négatives, d'hypothèses erronées, d'attributions internes et externes, etc.
- *Les cognitions inconscientes de nature évaluative* qui évaluent l'importance des inférences et qui sont *dérivées* des exigences impératives plus centrales

(intolérance à la frustration, catastrophisation et évaluation globale de la valeur humaine).

- Les cognitions inconscientes de nature dogmatique qui se présentent comme des exigences, des demandes impératives sur comment la réalité doit être. Elles découlent des schémas des patients qui structurent le monde tel qu'ils voudraient qu'il soit (« le monde doit... »). Les exigences peuvent aussi porter sur l'individu lui-même (« je dois... ») et les autres (« tu dois... »).

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

Le thérapeute qui pratique la REBT reconnaît que ces cognitions inférentielles sont associées à la pathologie, mais ne croit pas qu'elles soient centrales. Il existe des cognitions qui sont en grande partie de nature évaluative et qui sont plus proches de la perturbation émotionnelle parce qu'elles évaluent l'importance des inférences. Dans le vocabulaire de la REBT, ces cognitions sont des *dérivées* des croyances irrationnelles plus fondamentales de base, les *exigences dogmatiques*. Les gens construisent le monde pour qu'il soit tel qu'ils le souhaitent en se formulant des pensées impératives (dogmatiques, absolutistes) sur eux-mêmes, les autres et la réalité (DiGiuseppe et al., 2014). Ellis a identifié trois types de « *must* » :

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

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

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

## 3 LES PRINCIPAUX CONCEPTS

### Les croyances irrationnelles

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

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

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

### Les différents niveaux de cognition

Les différents niveaux de cognition font référence aux travaux d'Abelson et Rosenberg (1958) qui ont utilisé les termes de « cognitions chaudes et froides » pour faire la distinction entre l'évaluation (chaude) et la connaissance (froide) sur une situation donnée. Les cognitions froides se réfèrent à la façon dont les gens développent des représentations pertinentes de la situation (croyances rationnelles),

tandis que les cognitions chaudes se réfèrent à la façon de traiter et d'évaluer les cognitions froides (croyances irrationnelles) (David et McMahon, 2001 ; David et al., 2002). Ainsi, les cognitions froides se réfèrent à la façon dont les personnes développent des représentations pertinentes des situations. Ces circonstances sont souvent analysées en termes de cognitions de surface (accessibles facilement consciemment) et de cognitions profondes (accessibles consciemment, mais plus difficilement). Les cognitions de surface se réfèrent aux descriptions, aux déductions et aux attributions, tandis que les cognitions profondes renvoient aux croyances fondamentales, c'est-à-dire les schémas (Eysenck et Keane, 2000).

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

## Les émotions

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

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

La distinction entre les deux émotions est essentielle pour orienter la thérapie sur l'émotion malsaine qui est en lien avec des pensées irrationnelles. En effet, les émotions désagréables ne sont pas une preuve de psychopathologie. Elles sont même plutôt saines lorsqu'un individu est exposé à un événement négatif. Par

exemple, une personne qui vient de perdre un proche ressentira de la tristesse, voire du chagrin, qui ne justifiera pas une action thérapeutique. En revanche, si à la suite de ce décès, la personne ressent de la culpabilité, de la colère, de l'abattement ou de l'anxiété, de façon intense et prolongée, elle aura certainement besoin d'être aidée pour réduire cette détresse émotionnelle. Le thérapeute qui pratique la REBT pourra amener cette personne à verbaliser ses croyances, à les analyser et à voir avec elle si elles sont irrationnelles et en quoi elles le sont. Il l'aidera aussi à trouver des croyances plus rationnelles qui entraîneront des émotions négatives de la même catégorie que celles engendrées par les croyances irrationnelles, mais plus fonctionnelles. Selon Ellis, la pensée irrationnelle conduit à l'anxiété, à la dépression, à la colère ou à la culpabilité, tandis que la pensée rationnelle entraîne respectivement de l'inquiétude, de la tristesse, de l'agacement, du regret.

## 4 LES OBJECTIFS DE LA REBT

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

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

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

La REBT est une approche efficace pour traiter les personnes qui ont la capacité et le désir d'apporter des changements dans leur vie. En réduisant les perturbations