

Frédéric **Chapelle** • Benoît **Monié**
Rollon **Poinsot** • Stéphane **Rusineck**

AIDE-MÉMOIRE

Thérapies Comportementales et Cognitives

En 37 notions

3^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078107-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	XI
1 THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) : PRÉSENTATION	1
De la psychanalyse à la psychologie expérimentale	1
Vers une approche comportementale et cognitive	3
Extension des indications de la TCC	4
2 DÉROULEMENT D'UNE PRISE EN CHARGE	7
Structure de la psychothérapie	7
Premiers entretiens	9
Éléments importants	10
<i>Le questionnement socratique, 11 • Les écueils dans l'interaction, 11 • Les mises en application à domicile, 12</i>	
3 LOIS DU CONDITIONNEMENT	15
Conditionnement classique/pavlovien/répondant	15
Loi de l'effet	17
Conditionnement opérant/skinnérien/instrumental	18
4 CONDITIONNEMENT SOCIAL ET SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ	21
5 CIM/DSM	27
Classification internationale des maladies (CIM)	28
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)</i>	30

6	ANALYSE FONCTIONNELLE	37
	L'analyse fonctionnelle, étape de l'approche expérimentale appliquée à la clinique	37
	L'analyse fonctionnelle, modélisation du cas particulier du patient	41
	<i>Modèle SORC (Situation-Organisme-Réponse-Conséquence), 41 • Modèle A-B-C, 42 • Schéma d'analyse fonctionnelle, 42 • Modèle BASIC IDEA, 43 • Grille SECCA (Situation-Émotion-Cognition-Comportement-Anticipation), 44</i>	
7	TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC)	47
	Définition	48
	Aspects cliniques	48
	Psychothérapie comportementale et cognitive	51
	<i>Évaluation psychométrique, 51 • Prise en charge en thérapie comportementale, 51 • Prise en charge en thérapie cognitive, 53</i>	
	Traitements	54
8	TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)	57
	Définition	57
	Aspects cliniques	58
	Psychothérapie comportementale et cognitive	59
	<i>Évaluation psychométrique, 59 • Prise en charge en thérapie comportementale, 60 • Prise en charge en thérapie cognitive, 61 • L'affirmation de soi, 62</i>	
	Traitements médicamenteux	63
9	PHOBIES SPÉCIFIQUES	65
	Définition	65
	Aspects cliniques	66
	Psychothérapie comportementale et cognitive	67
	<i>Évaluation psychométrique, 67 • Prise en charge en thérapie comportementale, 67 • Prise en charge en thérapie cognitive, 69</i>	
	Traitements médicamenteux	69
10	TROUBLE PANIQUE ET/OU AGORAPHOBIE	71
	Définition	72
	<i>Attaque de panique, 72 • Trouble panique, 72 • Agoraphobie, 73</i>	
	Aspects cliniques	73

Psychothérapie comportementale et cognitive	74
<i>Évaluation psychométrique, 74 • Prise en charge en thérapie comportementale, 74 • Prise en charge en thérapie cognitive, 76 • Techniques de relaxation, 78</i>	
Traitement médicamenteux	78
11 TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ	81
Définition	81
Aspects cliniques	82
Psychothérapie comportementale et cognitive	83
<i>Évaluation psychométrique, 83 • Prise en charge en thérapie comportementale et associée, 84 • Prise en charge en thérapie cognitive, 85</i>	
Traitement médicamenteux	88
12 DÉPRESSION	91
Les troubles dépressifs	91
Risque suicidaire	95
Modèles comportementaux et cognitifs de la dépression	96
Généralités sur les prises en charge de la dépression	97
Les TCC dans la prise en charge de la dépression	98
Évaluation de l'efficacité	100
13 Schizophrénie	103
Incidence	103
Prévalence	103
Qualité de vie	104
Épidémiologie	104
Retentissement	104
Comorbidité	104
Diagnostic	105
Prise en charge	106
<i>Traiter tôt, 106 • Traitements non psychothérapeutiques, 106 • Les thérapies comportementales, 107 • Les thérapies Cognitives, 108</i>	
Bibliographie	109
14 TICS	111
Généralités	111
<i>Définition, 111 • Épidémiologie, 113 • Étiologie, 113 • Nosographie, 114 • Le Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), 115</i>	

Prise en charge	116
<i>Les médicaments, 116 • Les thérapies comportementales et cognitives, 117</i>	
15 STRESS ET GESTION DU STRESS	123
Qu'est-ce que le stress ?	123
À quoi correspond le stress ?	124
Comment le stress agit-il concrètement ?	124
<i>Action du stress au niveau corporel, 125 • Action du stress au niveau cognitif, 125</i>	
Quels sont les stressseurs ?	126
Gérer son stress	127
<i>Dans quel but ?, 127 • Comment faire ?, 129 • Gérer ses relations, 131</i>	
Programmes de gestion du stress	132
16 Burn-out	135
Les origines	135
Modèles et symptômes	136
Traitements	138
17 DOULEUR CHRONIQUE	141
Prise en charge de la douleur chronique par la TCC	141
Les trois étapes de l'analyse fonctionnelle	142
Élaborer un modèle d'impact de la douleur	145
Les objectifs	147
18 TROUBLES SEXUELS	149
Généralités	149
Nosographie	151
<i>Troubles sexuels chez l'homme, 152 • Troubles sexuels chez la femme, 154</i>	
Prise en charge	157
<i>Contexte général, 157 • Techniques corporelles, 157 • Procédures spécifiques, 159</i>	
19 PERSONNALITÉ	165
Le concept de personnalité	165
Quelle définition à la personnalité ?	166
Les personnalités pathologiques	168
Les personnalités en TCC	171
Les thérapies de la personnalité	174

20	SCHÉMAS ET THÉRAPIES DES SCHÉMAS	177
	Développement théorique de la notion de schémas	177
	Modes de prise en charge	183
	Outils d'évaluation	185
21	ACTIVATION COMPORTEMENTALE	191
	Généralités	191
	<i>Thérapies cognitivo-comportementales et activation comportementale, 191</i> •	
	<i>Dépression et activation comportementale, 192</i>	
	Bases théoriques	193
	<i>Le contextualisme fonctionnel et les valeurs, 194</i>	
	Objectifs et modalités	195
	<i>Les étapes de l'activation comportementale, 196</i> • <i>Les programmes, 198</i>	
	Études d'efficacité	199
	Conclusion	200
22	EXPOSITION	203
	Exposition comportementale graduelle	204
	Désensibilisation systématique	206
	Autres techniques d'exposition comportementales	207
	Exposition cognitive	208
23	AFFIRMATION DE SOI	211
	Qu'est-ce que l'affirmation de soi ?	211
	<i>Définitions, 211</i>	
	Comment développer l'affirmation de soi ?	213
	<i>Jeu de rôle, 213</i> • <i>Mise en place du jeu de rôle, 213</i> • <i>Premier essai, 214</i> •	
	<i>Second essai avec les variantes, 215</i> • <i>Groupe versus individuel, 216</i>	
	À qui s'adresse l'affirmation de soi ?	216
24	RELAXATION	219
	Qu'est-ce que la relaxation ?	219
	Historique	220
	<i>Effets physiologiques de la relaxation, 220</i> • <i>Neurophysiologie, 221</i>	
	Les deux relaxations pionnières	222
	<i>Le Training autogène de Schultz, 222</i> • <i>La relaxation progressive de Jacobson, 226</i>	

25	THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE	229
	<i>Mindfulness</i> ou pleine conscience	230
	Approches cliniques TCC incluant la <i>Mindfulness</i>	231
	<i>Thérapie comportementale dialectique : DBT (Dialectal Behavior Therapy), 231</i> •	
	<i>Thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT (Acceptance and Commitment Therapy), 231</i>	
	Approches cliniques basées sur la <i>Mindfulness</i>	231
	<i>Gestion du stress basée sur la pleine conscience : MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), 231</i> • <i>Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), 232</i>	
	Intérêts de la pleine conscience	234
	<i>Le mode faire et le mode être, 235</i>	
	Efficacité de la pleine conscience	237
26	ACT	241
	D'où vient ACT ?	241
	<i>Rester présent, 243</i> • <i>L'acceptation, 243</i> • <i>La défusion, 243</i> • <i>Soi comme contexte, 244</i> • <i>Le contact avec l'instant présent, 244</i> • <i>Les valeurs, 244</i> • <i>L'action, 245</i>	
	Flexibilité psychologique	245
27	COHÉRENCE CARDIAQUE	249
	Présentation	249
	Méthode	251
	Applications	252
	Quelques résultats sur des études récentes	253
28	RÉSOLUTION DE PROBLÈMES	255
	Trois concepts théoriques	256
	Applications cliniques de la résolution de problèmes	260
29	ENTRETIENS DE MOTIVATION	263
	Stades de changement	264
	Étapes des entretiens de motivation	265
	Stratégies générales de l'approche motivationnelle	266
	Techniques motivationnelles	267
30	REMÉDIATION COGNITIVE	269
	Programme RECOS	270

Programme CRT	270
Programme IPT	270
Échelles	270
31 PSYCHOÉDUCATION	273
Les fondements de la psychoéducation	273
Les différentes étapes de la psychoéducation	276
32 ANXIOLYTIQUES	283
Plusieurs familles d'anxiolytiques	284
Mécanismes d'action	284
Indications et contre indications	287
Efficacité	287
Effets indésirables	288
Echelle ECAB	290
33 ANTIDÉPRESSEURS	291
Mécanismes d'action	292
Indications	293
<i>Dépression, 293 • Trouble obsessionnel et compulsif, 294 • Trouble panique et/ou agoraphobie, 294 • Trouble anxieux généralisé, 294 • Trouble de stress post-traumatique, 295 • Anxiété sociale, 295 • Autres indications, 295</i>	
Efficacité	295
Effets indésirables	296
34 ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	301
Définition et historique	301
Construction de l'alliance	303
<i>Notion de climat de confiance, 303 • L'empathie ou la relation empathique, 303 • Rester empathique : tout un programme, 305 • Deux phases d'alliance, 306 • Technique utilisée pour établir un rapport collaboratif ?, 308</i>	
35 TESTS ET PSYCHOMÉTRIE	311
36 PRINCIPES DES ÉVALUATIONS EN TCC	317
37 ESPRIT SCIENTIFIQUE ET PROTOCOLES À CAS UNIQUE	323
<i>Adresses utiles</i>	335

Avant-propos

UN LIVRE de plus sur les thérapies comportementales et cognitives... Alors qu'il y a encore vingt ans, ces thérapies avaient difficilement accès à la diffusion, qu'elles étaient parfois décriées, depuis quelques années de nombreux ouvrages leur sont consacrés. Sans doute cela est-il dû à une évolution des modes de pensées de la société en demande de soin, mais aussi des thérapeutes eux-mêmes.

Les TCC (les thérapeutes formés aux TCC en vérité) ont su faire preuve de leur efficacité dans de nombreux domaines de la psychiatrie, elles ont su s'imposer comme pratiques validées empiriquement, elles ont su se forger une image positive chez Monsieur *Tout-Le-Monde*, elles ont su trouver une place privilégiée dans l'ensemble des pratiques et sont aujourd'hui largement prescrites et demandées. Ceci expliquant cela, les ouvrages tant généraux que spécifiques concernant les TCC sont aujourd'hui monnaie courante. La plupart des troubles et leur approche par les TCC sont illustrés par l'un d'eux. La plupart des techniques des TCC sont expliquées dans un autre. Les ouvrages qui leur sont consacrés s'adressent aussi bien au public averti, de professionnels formés et les utilisant quotidiennement, qu'au patient en recherche de réponses simples à ses questions et d'exercices qu'il puisse s'auto-administrer.

Alors, pourquoi un livre de plus ? D'autant que celui que nous vous présentons, n'est ni général, ni spécifique, et qu'il ne s'adresse directement, ni au spécialiste chevronné en TCC, ni au thérapeute en formation. Sans doute pour répondre à un besoin, un besoin que nous ressentions nous-mêmes. Ce besoin est celui d'un ouvrage qui permette sans avoir à lire des pages de théorie, d'arriver à l'essentiel de la description d'un concept utile en TCC, sans pour autant ne pas en donner qu'une définition de dictionnaire. Un ouvrage qui permette de se remettre en tête de la théorie

et de la pratique rapidement quand le besoin s'en fait sentir. Un ouvrage qui serait utile au thérapeute en formation, comme au thérapeute aguerri. Un ouvrage qui évite le « comment vous dire » parfois laborieux.

C'est donc à ce besoin auquel, humblement – car il paraît impossible d'y répondre pleinement – nous avons tenté de répondre avec cet *Aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*.

Nous avons voulu écrire un recueil de fiches que l'on peut lire indépendamment les unes des autres, dans un ordre dépendant des envies et des besoins de chacun. Dans chacune de ces fiches, dont certaines sont plus théoriques, d'autres plus pratiques en fonction de leur thème, nous avons voulu développer des notions utiles à celui qui se forme comme à celui qui est formé et qui a besoin de piqûres de rappel. Nous avons aussi voulu développer plus avant certains concepts. Nous avons enfin voulu donner des pistes de réflexion et des pistes quant à la pratique. Nous espérons y être en partie parvenus.

Vous pouvez donc lire ce livre au gré de vos besoins ou de vos envies, sans vous soucier de l'ordre des fiches.

Bonne lecture !

Les auteurs

1

THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) : PRÉSENTATION

Stéphane Rusinek, Frédéric Chapelle

LE xx^e siècle marque un tournant dans les réflexions des mondes de la psychiatrie et de la psychologie avec l'émergence des psychothérapies organisées sous de grands dogmes. La page se tourne pour les aliénistes, et c'est, inspiré par les travaux, en partie d'écoles françaises, comme celle de Charcot, Janet ou Bernheim, que Freud et ses disciples vont fortement marquer la conception générale de la psychothérapie. La psychanalyse va alors dominer fortement les modes de prise en charge pour l'ensemble des troubles, et ceci durant près d'un demi-siècle. Dans le même temps, d'autres approches très scientifiques se développent, comme outre-Atlantique les approches comportementales inspirées des travaux de Watson et de Pavlov.

De la psychanalyse à la psychologie expérimentale _____

Au début du xx^e siècle, la psychanalyse offrait à ceux qui pouvaient se le permettre financièrement, des traitements à long terme fondés sur la recherche des racines enfantines des troubles psychiatriques. Dans les

services de santé, de nombreux praticiens ne se satisfaisaient pas d'une telle approche et de ses méthodes, en grande partie parce qu'elle n'était pas adaptée aux besoins et aux problèmes de santé publique. Les patients, souvent sans moyens, ne faisaient que de courts séjours dans des services bondés et inadaptés. Des thérapies de groupes, des thérapies à court terme avec la même approche psychanalytique, vont alors se développer mais avec finalement peu d'impact. En effet, la demande était importante et l'action n'étant pas rapidement efficace, elle ne permettait pas de résoudre réellement les problèmes et les souffrances. Elle permettait au mieux, dans les cadres définis, de les comprendre. Alors que de nombreux patients affirmaient que la psychanalyse les avait aidés, les psychanalystes se refusaient à l'évaluation et à l'expérimentation de leur approche. Ils ne démontraient ni l'efficacité, ni l'utilité de leur mode de prise en charge.

C'est dans ce contexte qu'à la fin de la première partie du xx^e siècle, un ensemble de techniques basées sur une approche expérimentale de la psychologie se sont développées. Cette approche a été rapidement adoptée par des psychiatres et psychologues qui ne se revendiquaient pas du courant psychanalytique. En opposition à la psychanalyse, cette psychologie scientifique se définissait comme l'étude du comportement et elle s'est développée sous l'appellation de « thérapie comportementale ». Dans le but d'une prise en charge rapide, utile et efficace en santé publique, ces techniques cherchaient à éliminer les symptômes et non à identifier les causes inconscientes des troubles, invérifiables par essence. En second lieu, ces thérapies se basaient de manière presque exclusive sur le prolongement des découvertes concernant les lois du conditionnement. Cela les rendait testables expérimentalement. Elles se rapprochaient ainsi de la perspective et des méthodes d'autres sciences s'intéressant à l'humain comme la médecine et la biologie. Dans de nombreux cas, l'efficacité de ces techniques a pu être démontrée. C'est le cas des prises en charge de diverses phobies qui ne se prêtaient pas aux approches plus classiques. L'usage des bases conceptuelles de l'apprentissage a permis à la fois la compréhension et une première possibilité de guérison par ces nouvelles thérapies. L'idée n'est plus de chercher une cause à un type de trouble – puisqu'il est clair qu'ils s'acquièrent en partie par conditionnement –, mais de chercher un déconditionnement. Ainsi, la thérapie ne se fait plus, par exemple, sur les raisons de la peur d'un enfant face à l'eau, mais sur l'accompagnement dans la découverte de cet élément, avec le recours à des techniques telles que le *modeling* et l'exposition (aller à la piscine avec lui, lui faire mettre un pied dans l'eau, et quand il sait le faire, mettre un autre pied, jusqu'à ce qu'avec

le moins d'anxiété possible il y rentre entièrement). Ces exemples montrent aussi que le bon sens peut rejoindre la prise en charge, et, c'est avant tout par observation de *ce qui marche* avec une réflexion sur ces observations qu'à l'époque, les psychothérapeutes élaborèrent des méthodes de soins novatrices. *Ce qui marche* existe et a été appliqué bien longtemps avant les premiers travaux sur le conditionnement. Une mère sait depuis toujours qu'une tape sur la main fera que son enfant ne touchera pas à ce qu'il n'a pas le droit de toucher, comme une grand-mère sait qu'un bonbon donné au bon moment à son petit-fils pourra avoir un effet renforçateur. Seulement, les mères et grands-mères font parfois des erreurs car elles ne prennent pas toujours en compte le véritable statut des punitions et récompenses, alors que le thérapeute comportementaliste sait le faire, et en connaît toutes les conséquences. C'est pourquoi les thérapies comportementales et cognitives sont souvent considérées comme les thérapies du bon sens, mais un bon sens appliqué avec raison, connaissance et méthode.

Vers une approche comportementale et cognitive _____

Cependant, cet ensemble de techniques comportementales n'était pas satisfaisant pour un certain nombre de thérapeutes. Certains critiquaient le fait que des recherches expérimentales sur des animaux comme les rats, les chiens et les pigeons servent d'application à l'être humain. C'est ainsi que certains firent l'amalgame à une sorte d'élevage, par le fait même de l'utilisation du conditionnement. Les thérapies ne pouvaient se développer en ne tenant compte que des comportements, il était nécessaire d'ajouter deux composantes essentielles de l'homme : les émotions et les pensées. Celles-ci n'étaient pas mises en avant alors qu'elles sont la source principale des plaintes, qu'elles en composent la souffrance. Retenons d'ailleurs que ces techniques comportementales ne se prêtaient guère au traitement de la dépression qui se définit essentiellement par des ruminations négatives d'événements passés et des projections catastrophiques dans le futur. Les avancées de la science ont permis de voir émerger d'autres solutions. Des chercheurs comme Bandura ont pu montrer que le conditionnement était compréhensible comme une action des contingences sociales, des habitudes, des traditions, de notre culture même. Les théories du traitement de l'information, inspirées en partie par l'avènement de l'informatique et par l'avancée des neurosciences, ont montré que le comportement ne peut pas être compris sans l'intervention d'une forme d'activité cérébrale dont

la traduction la plus visible est le fait que nous pensons. Ajouter la pensée aux techniques comportementales permettait une avancée dans la compréhension des troubles et dans leur prise en charge, d'autant qu'avec la pensée, naturellement, s'insère l'émotion. Dans les années soixante, des thérapeutes comme Ellis, ont proposé alors de centrer les techniques sur les émotions, leur expression et leur utilisation en psychothérapie. D'autre comme Beck, ont centré leur intervention sur la pensée elle-même et ses dysfonctionnements. Aaron Beck a proposé des thérapies efficaces pour traiter les troubles comme la dépression ou des troubles réfractaires aux autres approches. C'est le début des thérapies cognitives, inspirées des recherches en psychologie cognitive.

À la fin des années 1970, ces thérapies sont regroupées sous un même vocable, celui des « thérapies comportementales et cognitives ». Leur point commun était d'être issues d'approches scientifiques et expérimentales permettant en un seul modèle la compréhension du patient, de son fonctionnement, des possibilités de prises en charge. Un modèle qui s'appuie sur une intégration de l'environnement, des pensées, des émotions et des comportements. L'idée d'alors, et qui perdure, était simplement que de manière logique, voire naturelle, toute réaction humaine, qu'elle soit liée à un fonctionnement pathologique ou non, ne puisse être comprise sans considérer ces différentes variables et leur interaction. Ainsi, la triade émotions/cognitions/comportements, base des thérapies cognitives et comportementales, était définie.

Extension des indications de la TCC _____

Cette approche cognitivo-comportementale s'est très vite répandue dans le monde (sans doute un peu moins en vite en France pour des raisons historiques), en raison de son efficacité validée par des études scientifiques. Il a été démontré maintes fois qu'elle permettait une prise en charge relativement rapide et efficace des patients et que leurs rechutes étaient moins probables que celles de patients traitées par d'autres approches ou d'autres modes de prises en charge (comme celles qui ne consistaient qu'à l'administration de psychotropes par exemple). Par la suite, cette efficacité a été démontrée pour un ensemble de troubles de plus en plus important au fur et à mesure des recherches et du développement des techniques cognitivo-comportementales. Il ne restait, et ne reste guère,

que les atteintes psychiatriques les plus graves et les atteintes neuro-dégénératives pour lesquelles les thérapies cognitives et comportementales en elles-mêmes ne sont pas suffisamment efficaces. Cependant, comme des comportements et des pensées pouvant être problématiques sont associés à ces troubles spécifiques, les méthodes cognitivo-comportementales ont permis d'apporter des réponses efficaces, si ce n'est pour une guérison, tout au moins pour une remédiation.

Les thérapies cognitives et comportementales sont aujourd'hui assez structurées pour pouvoir comprendre et répondre à des troubles bien identifiés. Des traitements spécifiques existent maintenant pour traiter l'anxiété, la dépression, les attaques de paniques, les troubles de la personnalité... Les avancées des thérapies comportementales et cognitives permettent aussi de prendre en charge plus que les troubles *classiques*, et les thérapeutes TCCistes (comme ils se reconnaissent entre eux) sont quotidiennement sollicités pour traiter la boulimie, l'anorexie, le jeu compulsif, ou aujourd'hui les addictions à internet et aux jeux vidéo. Ils sont aussi sollicités pour quelques difficultés familiales, des problèmes d'estime ou d'affirmation de soi... on leur demande parfois le bonheur et c'est peut-être l'une des voies sur lesquelles ils s'engageront pour le peu que la science permette effectivement de le comprendre.