

***Résolution de problème :
de la psychologie à la psychomotricité.
Analyse commune des difficultés rencontrées
dans l'application de la technique***

P. ABEILHOU¹, C. LATOUR²

Ce travail s'inspire d'une expérience professionnelle psychologue/psychomotricienne, dans un établissement traitant des problèmes d'alcool chez l'adulte. L'orientation thérapeutique est cognitive et comportementale. La technique de résolution de problème est intégrée au protocole de soin, au même titre que d'autres apprentissages (entraînement aux habiletés sociales – relaxation – auto-contrôles...).

Dans ce travail d'échange et de collaboration, nous avons souvent constaté que la technique de résolution de problème revenait de manière récurrente. De la même façon, nous avons également observé dans la pratique des difficultés d'application non seulement chez le patient mais aussi chez nous pour identifier le processus à l'œuvre. C'est à ce titre que notre collaboration s'est animée et que notre réflexion s'est progressivement mise en place.

La technique de résolution de problème

Nous sommes au quotidien amenés à résoudre différents types de problème. Dans tous les cas, quelle que soit la nature du problème (mathématique, moteur, financier, professionnel, relationnel, etc.), c'est un processus plus ou moins complexe, nécessitant une analyse minutieuse de la situation, une planification ainsi que des capacités exécutives qui sont mises en jeu.

Selon D'Zurilla et Goldfried (1971), on parle de problème lorsque, dans une situation où il devrait réagir, un sujet ne possède pas sur le moment d'alternative comportementale.

Pour McCarthy et Warrington (1994), « la résolution de problème entre en jeu lorsque nous entamons une séquence inédite ou inhabituelle d'actions qui nous demandent de réorganiser certaines de nos capacités cognitives établies, ou

1. Psychomotricienne, CHS P. Samet, Fondation Bon Sauveur d'Alby, 1, rue Lavazière, 81000 Albi. patricia.abeilhou@libertysurf.fr

2. Psychologue, Fondation Bon Sauveur d'Alby. alco@bonsauveuralby.asso.fr

lorsque nous devons changer nos habitudes... » Paradoxalement, les aléas de la vie quotidienne mettent souvent mieux en évidence ces difficultés que les tests d'intelligence qui font partie de l'examen clinique. Un quotient intellectuel normal ne veut pas dire que les capacités de résolution de problème sont intactes... Les patients qui réussissent ces tests peuvent néanmoins avoir de profondes difficultés à réfléchir ou à contrôler leur comportement lorsqu'ils sont confrontés à une situation qui leur demande d'inventer des actions inédites.

La technique de résolution de problème s'appuie habituellement sur sept étapes. Parmi les variantes possibles, voici celle qui, à partir de notre expérience, nous semble la plus satisfaisante et adaptée :

- Prendre conscience et bien poser le problème ;
- Rechercher un ensemble de solutions ;
- Évaluer les avantages et inconvénients de chacune ;
- Choisir celle qui convient le mieux ;
- Passer à l'action ;
- Vérifier le résultat ;
- Reprendre éventuellement la résolution.

À chaque étape, peut apparaître une difficulté. Celle-ci est soit propre au sujet, à ses aptitudes, ses déficits, son fonctionnement, soit c'est la situation elle-même, le contexte qui est réellement problématique. Certains se trouvent régulièrement en difficulté, notamment chaque fois qu'ils sont confrontés à la nouveauté. Pour d'autres, habituellement compétents, c'est une situation donnée qui va les mettre dans l'embarras.

Qualités et aptitudes requises à chaque étape

Identification du problème. C'est une étape qui nécessite un temps de réflexion. Nous ne pouvons pas toujours nous permettre de prolonger cette phase. Nous sommes parfois contraints de répondre dans l'urgence. Mais ce temps ne doit pas être négligé, car une erreur dès le départ, un problème mal posé, peut le rendre insoluble.

Recherche de solutions, appelée aussi « brainstorming ». Il est indispensable de se mettre dans un processus de recherche de plusieurs solutions et surtout d'éviter d'en éliminer d'emblée. Même celle qui nous semble infaisable ou farfelue peut nous aider à en entrevoir une plus réalisable ou sensée. La critique se fera dans l'étape suivante, elle ne doit pas être prématurée.

Évaluation du pour et du contre. Chaque stratégie est évaluée avec ses avantages, ses inconvénients et sa faisabilité immédiate ou dans un avenir plus ou moins proche. L'analyse doit être objective. L'utilisation d'un tableau écrit peut être intéressante afin d'évaluer les moyens nécessaires et leur accessibilité. L'anticipation des conséquences de chaque stratégie est un élément primordial.

Décision en faveur d'une solution. Cela suppose que le sujet soit capable de faire un choix, d'en prévoir les conséquences à plus ou moins long terme. La stratégie la plus satisfaisante est celle qui est adaptée à la situation et à ses contingences, tout en respectant les exigences et attentes du sujet.

Action. Arrivé à ce stade, si la sélection de la stratégie est bonne, le problème est résolu ou atténué. Le sujet répond et agit en connaissance de cause.

Évaluation du résultat. Elle nécessite une réceptivité du sujet aux différents feedback et l'appréciation des performances dont il est auteur et responsable.

Reprise de la résolution. Si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant, le sujet ne doit pas persévérer. Il ne s'agit pas de considérer sa première tentative comme un échec mais de reformuler le problème.

Notre pratique

Les programmes d'entraînement à la technique de résolution de problème sont fréquemment proposés dans le cadre de prises en charge de divers déficits ou pathologies (cf. en milieu scolaire, enfants hyperkinétiques, entraînement aux habiletés sociales, situations professionnelles et personnelles).

À la clinique, la technique est présentée, au cours d'un atelier d'entraînement aux habiletés sociales, dans un premier temps, de manière théorique, puis expérimentée au cours de jeux de rôle.

Atelier de psychomotricité

Cet atelier est présenté comme un ensemble de mises en situations corporelles où chacun va essayer de repérer non seulement ses difficultés mais aussi ses possibilités motrices, perceptives et sensorielles. L'objectif est de valoriser le sujet, de l'aider à réfléchir à une meilleure utilisation de ses compétences pour pallier ses déficits ou handicaps qu'il ne faut pas sous-estimer ni négliger.

L'accent est également mis sur l'aspect ludique de la séance. C'est un moment de plaisir, de détente, où l'activité physique est proposée comme une alternative à la gestion du stress, de l'anxiété, de l'ennui, au même titre que la relaxation ou d'autres activités ou techniques.

Mais l'intérêt majeur pour nous est toujours d'évaluer au cours de ces ateliers, c'est-à-dire dans des conditions écologiques, les capacités de chaque patient à appliquer la technique de résolution de problème.

En effet, le nombre de séances proposées pendant la cure ne nous permet pas de perfectionner les aptitudes perceptives et motrices grâce à une pratique régulière et suffisante. L'amélioration de l'utilisation du corps est obtenue à partir de la réflexion du sujet, l'utilisation économique de son corps, adaptée à ses possibilités et aux exigences des situations. Peu importe l'exercice psychomoteur proposé, le corps n'est que le support à la réflexion, l'aboutissement vise l'entraînement à la technique

À partir de mises en situations concrètes, mettant en jeu les grands domaines psychomoteurs (équilibre, locomotion, coordination, perception, sensibilité), les patients sont confrontés à des situations nouvelles ou inhabituelles pouvant poser problème. C'est dans cet objectif-là qu'est introduite la technique de résolution de problème déjà abordée au cours des ateliers d'entraînement aux habiletés sociales.

Après avoir expliqué les objectifs visés et mis l'accent sur l'intérêt de la technique et de son application, nous passons à la phase d'exposition et d'expérimentation.

Très rapidement, les patients oublient le but initial de ces séances et ne retiennent que l'aspect ludique. L'intérêt porté à l'activité est donc variable, de même que la participation et la motivation.

Certains exercices sont réalisés individuellement. D'autres impliquent des interactions dans le groupe. Il est aussi intéressant de noter le comportement du sujet dans ce contexte.

Le problème est posé très simplement, le plus souvent à partir d'une démonstration (par exemple marcher à reculons sur une ligne, tenir sur un pied dix secondes ou faire un parcours, les yeux fermés, entre des ballons). La consigne peut être aussi verbale (jeu des bâtons, reconnaissance de cailloux). Les patients s'exécutent, puis chacun est amené à réfléchir sur sa performance et les modifications éventuelles à apporter à son comportement pour obtenir un meilleur résultat.

Nous constatons alors des différences interindividuelles importantes dans les différentes aptitudes mises en jeu. Mais nous sommes également surpris par le fonctionnement de certains qui, apparemment bien « équipés » intellectuellement ou physiquement, se révèlent peu performants voire même incompetents dans des situations somme toute banales.

À cette occasion, nous constatons qu'il n'est pas nécessaire de proposer une tâche complexe pour mettre en évidence les difficultés rencontrées face à un problème. De même, comme le soulignent McCarthy et Warrington (1994), la performance obtenue dans une tâche ne prédit pas les capacités du sujet à en affronter d'autres (aspects souvent confirmés par d'autres intervenants).

La participation, l'implication deviennent très vite spontanées. En effet, chacun commence à réagir comme il a l'habitude de le faire dans son milieu naturel.

On observe alors ceux qui :

- foncent dans l'action et réfléchissent après ;
- pensent que de toutes façon ils ne vont pas y arriver et donc n'osent pas se lancer ;
- ne comprennent pas l'intérêt de ces séances ;
- préoccupés par d'autres pensées ou problèmes ne s'impliquent pas dans les exercices ;
- posent beaucoup de questions sans attendre les réponses, ne tiennent pas en place et proposent d'emblée d'autres exercices.

La question qui peut être posée est celle-ci : même si comme le prétend Bandura (1976) « nos capacités cognitives nous rendent capables de résoudre la plupart des problèmes mentalement plutôt qu'en action », comment se fait-il que lorsque le problème se présente concrètement, certains n'arrivent pas à réfléchir correctement et à trouver des solutions ?

Lorsque, après avoir repris et analysé ensemble ce qui s'est passé au cours de l'exercice, nous essayons de revoir les étapes chronologiques de la technique de résolution de problème, de les résumer avec les patients, nous réalisons à quel point il est nécessaire de vérifier si la démarche est réellement comprise. Par exemple, lorsque nous demandons quelle est la première étape de la technique, dans la majorité des cas, la réponse est : « il faut trouver la solution ! ». La deuxième erreur est de chercher la meilleure et de juger d'emblée la solution qui vient à l'esprit. Cela montre bien combien il est important de préciser les étapes de la technique.

Dysfonctionnements psychomoteurs et déficits classiquement observés

L'impulsivité. Le patient répond ou agit avant la fin de la consigne, sans avoir pris le temps d'anticiper les conséquences de ses actes, avec parfois une prise de

risque incontrôlée (exemple : le patient qui tente de faire l'arbre droit alors que son âge, son manque d'entraînement, ses antécédents médicaux, justifient plus de prudence.).

Le problème d'attention. Le sujet est distrait, bavarde, suit son idée, n'écoute pas ou oublie une partie des consignes nous obligeant à les répéter.

L'instabilité. Le sujet ne tient pas en place, s'impatiente, passe d'un jeu à l'autre, ne prête pas attention aux autres ou les détourne de l'exercice proposé, interrompt, interpelle par d'autres questions hors du sujet.

Le manque de motivation, d'adhésion à l'activité proposée. Le sujet ne manifeste pas d'intérêt particulier à ce qui est proposé, ne s'implique que sur sollicitation. Il ne faut pas confondre cette « inertie » avec un ralentissement dans le cadre d'un syndrome dépressif ou une forme d'évitement liée à une faible estime de soi.

Le manque de confiance en soi. Le patient n'ose pas faire, n'ose pas dire, a peur de ne pas y arriver ou de ne pas être à la hauteur, avance des problèmes physiques, somatiques, refuse dans un premier temps de faire l'exercice.

Autres facteurs handicapants, limitants

Hormis le « problème alcool » qui est commun mais aussi différent pour chaque patient, la population accueillie à la clinique est très hétérogène (âge, sexe, antécédents, origines, motivation...).

Les conditions d'apprentissage et d'application des techniques sont aussi dépendantes d'autres facteurs tels que :

- les problèmes physiques, neurologiques, moteurs : un pourcentage élevé de patients ont des troubles neurologiques, centraux ou périphériques, consécutifs aux alcoolisations. Un nombre non négligeable a été victime d'accidents, certaines séquelles peuvent encore être présentes. Les antécédents de traumatismes crâniens, et notamment frontaux, sont fréquents.
- les limites intellectuelles : étant donné la simplicité des situations proposées au cours de cet atelier, ce n'est que très rarement un facteur limitant.
- la pathologie psychiatrique : elle est certes plus rare, mais il arrive que certains patients présentent ce type de pathologie.
- les traitements médicamenteux : ils peuvent modifier la vigilance, altérer les capacités de jugement, induire un ralentissement psychomoteur.
- les problèmes sensoriels : ils existent mais sont rares et interfèrent peu avec les mécanismes à utiliser et les performances attendues.

Apprentissage de la relaxation

Autre contexte, autre situation où l'habileté à appliquer la résolution de problème est mise à l'épreuve : l'apprentissage et l'utilisation de la relaxation. L'objectif visé en proposant l'apprentissage de la relaxation est de fournir au sujet un outil supplémentaire, utilisable en situation, pour mieux gérer une émotion (anxiété, contrariété, envie d'alcool, colère...).

Après une période d'entraînement, nous proposons au patient une séance de relaxation, individuelle, sans guidage, avec utilisation du biofeedback. L'intro-

duction du feedback sonore, et surtout sa signification et son interprétation, déclenchent une réaction émotionnelle. Il incombe alors au sujet, de trouver une solution pour rebaisser le niveau d'éveil.

C'est donc une occasion supplémentaire, d'une autre nature, de prise de conscience d'un fonctionnement et d'une réflexion concernant des stratégies alternatives d'autocontrôle de l'émotion.

Mais la relaxation peut encore avoir un autre intérêt. En effet, même si la relaxation ne résout pas les problèmes, elle permet de les aborder de manière plus sereine.

En fin de relaxation, avant de faire la reprise, le patient peut mettre à profit l'apaisement obtenu grâce à la relaxation. Plus calme, isolé des autres parasites (bruit, pensées, ou émotions), il peut alors repenser à son problème, reprendre le processus de résolution et peut-être trouver la solution.

Abord psychologique

La technique de résolution de problème s'étend maintenant à de nombreux domaines ; généralement, nous la proposons aux personnes souffrant d'anxiété, de trouble anxieux généralisé (TAG), de comportements de type phobique, agoraphobique avec ou sans attaque de panique, et pour la gestion du stress. Parfois le diagnostic n'est pas aisé ; il est rendu plus complexe du fait d'interactions possibles avec le sevrage alcoolique (anxiété, manque, médication...).

Nous l'avons dit, la technique de résolution de problème est intégrée à l'entraînement aux habiletés sociales. Elle est abordée dès le premier atelier.

La pratique de l'analyse fonctionnelle facilite le repérage du ou des problèmes rencontrés par le patient du fait même de la définition de la situation. Elle propose un schéma de fonctionnement dans lequel le jeu des interactions observées amène à une prise de conscience de ce fonctionnement. Nous sommes alors sur le chemin de la prise de conscience, première étape de la résolution de problème, et qui constitue une aide à la définition du problème.

Nous pouvons cibler le comportement alcool comme problème primaire ou secondaire au trouble phobique, ou à ce qui est généralement évité par le patient : prendre une décision, relations sociales, effectuer un déplacement, une sortie, entreprendre une action, etc. Très souvent, après ce travail d'approche, sur le mode de la collaboration psychologue/patient, celui-ci perçoit le problème sous un nouvel angle, plus concret, plus approachable, avec une résolution possible.

La recherche de solution suppose la prise de conscience d'une gêne ou d'un dysfonctionnement. Le patient exprime le plus souvent un désir de changement. Nous sommes dans l'aspect motivationnel qui est soumis à de nombreux paramètres. La dépression nous paraît être, à ce niveau-là, un paramètre assez invalidant, qui nécessite une adaptation de l'intervention à un moment plus favorable. Cette étape est essentielle car elle offre une ouverture en dénouant une vision du problème vécue auparavant comme complexe. Elle autorise implicitement une prise de distance.

Évaluer le pour et le contre de chaque solution permet aussi de relever des obstacles au changement et parfois certaines distorsions cognitives associées à un manque de confiance en soi, une faible estime de soi, une anxiété de performance, un sentiment de dévalorisation, un manque d'apprentissage, des bénéfices secondaires, etc.

Le choix de la solution la plus adaptée nécessite souvent le passage par une étape spécifique de correction cognitive, qui après coup va autoriser ce choix, en dehors de toute contrainte. Là encore, des difficultés peuvent se faire jour. La question de la frustration reste toujours d'actualité. En effet, attendre les résultats d'une action est un phénomène nouveau et génère parfois de l'inconfort. L'utilisation de l'alcool est détournée au profit d'une satisfaction immédiate. Les conséquences à court, moyen et long terme sont à privilégier et l'analyse de cette étape peut s'avérer plus concluante par un travail écrit. Nous sommes favorables de toute façon à une élaboration écrite tout au long de la technique.

Passer à l'action n'est pas le plus difficile dans le contexte de la prise en charge pendant l'hospitalisation. La plupart du temps, les patients sont stimulés, à la fois par le personnel, par le groupe et l'effet de groupe. Le statut donné par la maladie (alcoolique ou autre) est un paramètre à prendre en compte. À distance du soin, les engagements sont parfois moins investis symboliquement et moins faciles à réaliser.

À l'étape de l'évaluation du résultat, d'autres difficultés se rencontrent encore, comme l'appropriation du résultat positif. Il s'agit le plus souvent de personnes, bien qu'abstinentes d'alcool, assujetties à une autre problématique. Il y a ceux qui tiennent dans le temps, et nous retrouvons plutôt des personnes qui n'ont pas de troubles de la personnalité mais des manques concernant les apprentissages de la communication, verbale ou non verbale. Il y a ceux qui oscillent entre phases de progression et phases de découragement, qui ont besoin d'étayages structurants et valorisants (personnalité borderline, évitante, dépendante), et pour lesquels une approche cognitive s'avère plus longue mais stabilisante au plan psychologique.

Le travail de suivi en hôpital de jour est alors une condition de réussite. L'implication du patient dans cette approche thérapeutique va lui permettre de rectifier sa vision de lui-même et son positionnement tant au plan alcoolique que personnel. L'évolution dans l'abstinence d'alcool va opérer une restructuration cognitive en termes de réappropriation de la valeur du sujet. La finalité est la responsabilisation et l'autonomie.

Le psychologue est là pour aider aux différents repérages de ces fonctionnements/ dysfonctionnements, aider à la transition et au passage d'étapes nouvelles, étapes souvent en lien avec le développement de l'identité.

Voici quelques exemples relevés au cours de prises en charge psychologiques.

Nous distinguons les pensées automatiques ou monologue intérieur, qui traversent automatiquement notre esprit à l'évocation d'une situation problème. Les schémas de vie sont l'équivalent du savoir sur le monde et constituent l'ensemble des croyances.

Les distorsions sont des déformations des perceptions de la réalité. Les plus fréquentes sont la personnalisation, l'abstraction sélective, la maximalisation / minimisation et l'inférence arbitraire.

Exemples

« Je dois me ménager ; rien ne presse, j'attends demain. De toute façon je ne fais jamais rien de bon ». *À quoi ça sert de vivre si c'est pour mourir demain ? Le pire est à venir.*

« Je ne suis pas intéressant comme les autres. *Que va-t-on penser de moi ?* ». *Si je reste en retrait, personne ne se moquera de moi. Ne prends pas de risques.*

« On ne change pas à mon âge, je suis seule face à mon destin ». *Pour être aimée je dois être irréprochable. Si on s'aperçoit de ma bêtise, personne ne me considérera. Même le meilleur ne vaut rien, alors tais-toi.*

« Je suis un fardeau, c'est toujours sur moi que ça tombe, j'attire les mauvaises ondes ». *Même quand les affaires vont bien, il arrive toujours quelque chose pour déstabiliser. La vie est injuste, on ne peut se fier à rien.*

« Si je ne bois plus avec les copains, ils ne vont pas me reconnaître. Je ne serai plus moi ». *Si je change, je n'aurai plus ma place dans le groupe. Je n'existerai plus. Changer serait le pire.*

« Je suis nulle et capable de rien. Cela devait m'arriver. C'est ma destinée ». *Il n'y a que la chance qui mène à la réussite. Je n'y ai pas droit. Le bonheur n'est pas pour moi.*

La pensée automatique, ou le schéma, peut être posé comme un problème et être abordé sur le mode de résolution de problème. Cette technique s'avère finalement une procédure de régulation émotionnelle. Ce qui amène une personne à demander aide et soutien est en premier lieu la résolution d'une émotion désagréable, voire envahissante, comme l'anxiété, l'angoisse.

C'est justement à ce titre que nos pratiques sont amenées à se croiser. C'est ce qui motive notre réflexion et ce travail.

Complémentarité psychologue/psychomotricienne : Étude de cas

M. M. illustre ce travail de collaboration et de complémentarité de nos prises en charge. En voici les grandes lignes.

M. M. a fait une cure de quatre semaines. Il se présente très anxieux et son état s'améliore très significativement. Toutefois, il reste parasité par des manifestations anxieuses lors de situations nouvelles comme par exemple les séances de psychomotricité. Malgré des compétences intellectuelles, une motivation et une implication évidentes, il est en difficulté pour trouver des stratégies. Il poursuit ses venues en hôpital de jour. Il vient avec sa voiture personnelle. Il exprime de fortes angoisses lors de la traversée d'une ville et s'inquiète de ce retentissement. Il doit se rendre le jour même dans un hypermarché et cette perspective le panique, dit-il.

Lors de l'analyse de cette situation, M. M. se rappelle avoir vécu un état similaire pendant le service militaire. Ceci nous oriente vers des attaques de panique. Pour éviter le risque « évitement » lié à ce trouble, nous lui proposons immédiatement un plan de séance avec : apprentissage de la respiration contrôlée, exposition en imagination, prescription de tâche, évaluation du résultat.

La confiance qu'il nous accorde depuis que nous le connaissons nous y a autorisées. Conscientes de l'intensité de ce plan, c'est avec son consentement que nous poursuivrons. Nous lui rappelons l'importance de l'entraînement à la relaxation qu'il nous dit pratiquer régulièrement. Nous lui proposons un outil supplémentaire, plus adapté à cette situation de panique : la respiration contrôlée.

Après avoir fait quelques exercices de respiration, nous passons à la phase d'exposition en imagination. Il ressort de cette séance les points suivants :

- Il a adhéré à la technique ;
- Praticqué les autocontrôles au bon moment ;
- Evalué avec justesse et sincérité le malaise généré par la situation ;
- Constaté la baisse de son niveau d'anxiété que nous utilisons au profit du sentiment d'efficacité personnelle, d'estime de soi et de réattribution des responsabilités ;
- Et, à un moment donné, alors qu'un élément nouveau est introduit dans le scénario, il a manqué de stratégies adaptatives comme déjà observé en psychomotricité.

Après avoir fait le point sur la séance, et lui avoir fait prendre conscience de cette absence de solution, nous recommençons l'exercice en insistant sur l'étape du « brainstorming ».

Arrivés à un résultat satisfaisant pour tous, nous convenons qu'il nous informera du dénouement de son aventure dès le lendemain, en attendant son prochain rendez-vous.

Il nous apprendra que tout est bien qui finit bien !

Conclusion

En résumé, les axes importants sur lesquels nous insistons, quelles que soient les techniques d'approche, se centrent autant sur l'identification du problème et sa définition que sur l'aspect comportemental et ses modalités de résolution.

Mieux je connais mon problème, mieux je l'identifie, plus j'ai de chances de le résoudre.

La technique de résolution de problème est une technique simple en apparence. Elle peut être rapide d'application et efficace d'emblée. Nous pensons en particulier à des personnes présentant une gêne sociale et dont la difficulté, lors de la résolution de problème, se résume le plus souvent à un manque d'apprentissage. Pour d'autres, la prise en charge peut s'avérer complexe. Une ou plusieurs étapes peut ou peuvent nécessiter une intervention spécifique, plus ou moins longue, avant d'atteindre l'objectif initial.

La finalité de notre travail en termes de différence et de complémentarité est au bénéfice du patient. L'accord et l'engagement nécessaires de part et d'autre sont placés sous le signe de l'éthique de la collaboration.

OUVRAGES À CONSULTER

- Abeilhou P, Réocreux M – Exercice de la psychomotricité dans une clinique d'alcoologie. *Évolutions Psychomotrices*, 1992, 16, 35-39.
- Bandura A – *L'apprentissage social*. Bruxelles, Mardaga, 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Sharw BF, Emery G – *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press, 1979.
- Blackburn IM, Cottraux J – *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris, Masson, 1988.
- Corraze J, Albaret JM – *L'enfant agité et distrait*. Paris, Expansion Scientifique Française, 1996.

- Cottraux J – *Psychosomatique et médecine comportementale*. Paris, Masson, 1981.
- Cottraux J – *Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions*. Paris, Odile Jacob, 1998.
- Girelli L – La rééducation cognitive des troubles numériques. In : M Pesenti, X Seron (Eds.), *Neuropsychologie des troubles du calcul et du traitement des nombres* (pp. 257-273). Marseille, Solal, 2000.
- Granier E et al – *Petit guide de thérapies cognitivo-comportementales... A l'usage des patients*. Paris, Laboratoire GlaxoSmithKline.
- Luria AR – *The working brain*. New York, Basic Books, 1993.
- McCarthy RA, Warrington, EK – *Neuropsychologie cognitive, une introduction clinique*. Paris, PUF, 1994.
- Mihaescu G, Séchaud MC, Delsignore A – *Précis de thérapie comportementale et cognitive et glossaire des principales techniques*. Chêne-Bourg, éd. Médecine et Hygiène, 1998.
- Réocreux M – Le modèle albigeois : évolution des pratiques des thérapies cognitivo-comportementales. *Alcoologie et Addictologie*, 2000, 4, 22.
- Van Rillaer J – *La gestion de soi*. Liège, Mardaga, 1992.
- Vera L, Leveau J – *Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile*. Paris, Masson, 1990.