Soigner les troubles anxieux phobiques et les troubles obsessionnels-compulsifs par l'intention paradoxale de Viktor Frankl

par Benoît Bayle, psychiatre
Centre Médico-Psychologique
1, rue Gabriel Lelong – 28000 Chartres
b.bayle@ch-henriey.fr

Benoît Bayle, psychiatre et docteur en philosophie, exerce comme praticien hospitalier au Centre hospitalier Henri Ey de Bonneval (Eure-et-Loir). Auteur de plusieurs ouvrages sur la psychopathologie périnatale et les questions bioéthiques liées à la médecine de la procréation, parmi lesquels : "L'embryon sur le divan" (Masson, 2003) , "L'enfant à naître" (érès, 2005), "Ma mère est schizophrène" (collectif, érès, 2008) et "À la poursuite de l'enfant parfait" (Robert Laffont, 2009). Formé à la logothérapie, il s'intéresse tout particulièrement au traitement des troubles phobiques et obsessionnels-compulsifs par l'intention paradoxale.

La logothérapie, une psychothérapie existentielle

Volontiers qualifiée de « troisième école viennoise de psychothérapie », la logothérapie de Viktor Frankl (1905 – 1997) est une psychothérapie fondée sur la question du sens de la vie.

Selon cette approche, la motivation principale de l'être humain est fondée sur l'aspiration de l'être humain à donner du sens à sa vie. Elle n'est donc pas liée à la pulsion sexuelle comme dans la psychanalyse (Freud), et ne s'enracine guère dans la volonté de pouvoir comme dans la psychologie individuelle (Adler).

Cette approche ne nie pas les différents déterminismes psychologiques, par exemple en rapport avec la sexualité, mais elle affirme que la dimension la plus spécifique de l'être humain est de donner sens à sa vie.

Ce sens donné à la vie n'est pas une abstraction : il ne s'agit pas d'une définition globale du sens de la vie que l'être humain aurait acquis une fois pour toute, mais plutôt d'une orientation de la personne vers un sens, qui se manifeste concrètement dans son existence, à travers ses décisions.

Ainsi, dans chaque situation concrète de son existence, par delà les déterminismes biologiques ou psychologiques qui peuvent le contraindre, l'être humain a toujours la possibilité d'orienter sa vie vers un sens.

Cette orientation vers ce qui donne du sens à l'existence ne se fait pas au hasard. L'être humain est attiré par des valeurs qui guident ses choix. Sa décision doit prendre en compte son aspiration légitime à la liberté, mais aussi son sens de la responsabilité, pour lui-même et pour autrui. Cette orientation vers un sens détermine au fil de l'existence le sens donné à la vie, sens qui ne sera pleinement révélé en fin de compte qu'au moment de la mort.

Pour venir en aide à la personne, le logothérapeute s'appuie sur une véritable clinique des valeurs et de leurs conflits sous-jacents.

Frankl compte trois sortes de valeurs qui donnent sens à l'existence : les *valeurs de création* sont celles que la personne concrétise à travers ses productions, par exemple « en menant à bien un travail ou en accomplissant un devoir » ; les *valeurs de vécu* sont celles que la personne réalise « en faisant l'expérience de quelque chose ou en rencontrant quelqu'un » ; enfin, « par l'attitude que l'on adopte à l'égard de la souffrance et de ce qu'il y a d'inévitable dans la souffrance », l'être humain concrétise des *valeurs d'attitude*.

Le logothérapeute dispose également de méthodes propres, comme l'intention paradoxale, la déréflexion ou la modulation d'attitude, qui ont un véritable impact thérapeutique.

Son accompagnement, tourné vers le futur du patient, n'hésite pas à faire appel au dialogue socratique et à l'humour.

Origine de l'intention paradoxale (IP)

Viktor Frankl a mis au point cette technique à partir de 1929. Il l'expose pour la première fois dans un article scientifique, en 1939 : « Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 43, pp. 26-31. C'est en 1947 qu'il la désigne sous cette appellation d'« intention paradoxale » (IP), in: *Die Psychotherapie in der Praxis*, Franz Deuticke, Wien 1947.

Frankl évoque en détail l'IP dans son ouvrage intitulé : « *Theorie und Therapie der Neurosen* », 1956, Vienne. Il s'agit d'un ouvrage majeur pour ce thème.

En 1962, lors d'une réédition de *Man's search for meaning*, il publie un essai sur les concepts fondamentaux de la logothérapie: « Logotherapy in a nutshell ». Il y décrit l'IP. Cet ouvrage sera traduit en français en 1988.

En 1975, sous le titre « Paradoxical intention and dereflection », Frankl effectue une recension des travaux publiés sur l'intention paradoxale pour la revue *Psychotherapy : theory, research and practice*.

Une littérature internationale abondante fait état de l'intérêt de cette technique, restée pourtant quasiment inconnue des psychiatres en France, si ce n'est à travers l'utilisation de l'injonction paradoxale qu'en a fait l'école de Palo Alto…

Indication et contre-indication de l'intention paradoxale

L'intention paradoxale de Viktor Frankl vise principalement à soigner des troubles anxieux phobiques et les troubles obsessionnels-compulsifs.

Elle peut être appliquée aussi dans le cadre de certains troubles du sommeil, dysfonctionnements sexuels, symptômes de conversion, etc.

Elle est formellement contre-indiquée sur les idées suicidaires, et doit être utilisée avec une grande prudence en cas d'état de stress post-traumatique, en raison de son risque de reviviscence traumatique, ainsi que chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Soigner les phobies et les obsessions par l'intention paradoxale

Frankl a l'intuition du renforcement des phobies par la peur, et des obsessions-compulsions par la lutte, d'où des cercles vicieux (schémas pathogènes) qui aggravent et maintiennent les symptômes. Il propose de briser ces cercles vicieux par la pratique de l'intention paradoxale.

Cette méthode originale vise à apprendre au patient à affronter sa peur en « souhaitant ce qu'il craint ».

Après avoir expliqué la méthode au patient, le thérapeute analyse en profondeur les symptômes phobiques ou obsessionnels qui font souffrir le patient afin d'en dégager les différentes peurs sous-jacentes.
Puis il aide le patient à formuler des intentions paradoxales adaptées à chaque peur. Au besoin, il encourage le patient à s'exercer devant lui.

L'intention du patient doit alors être entièrement tournée vers la pensée paradoxale. Il faut encourager le patient à y mettre toute son énergie. Il ne s'agit nullement pour le patient de réaliser en vrai ce qu'il craint, mais de le souhaiter de toutes ses forces, de tout son cœur… dans sa tête !

Schémas pathogènes des phobies et des TOC selon Viktor Frankl

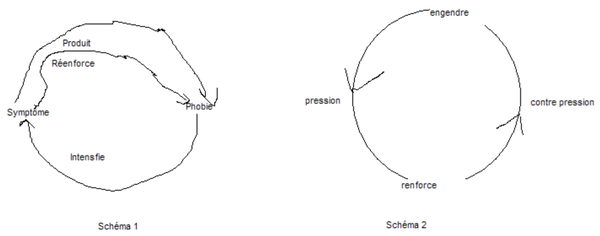

Schéma 1 — **PHOBIES**

Schéma 2 — **OBSESSIONS / COMPULSIONS**

Dans ces conditions, l'intention paradoxale devient un antagoniste extrêmement puissant de l'angoisse. Les résultats peuvent être spectaculaires et le patient se trouver dégagé très rapidement de symptômes invalidants depuis plusieurs années.

En revanche, si le patient reste partagé entre sa peur de la peur et le souhait de sa peur, l'intention paradoxale risque fort d'être anxiogène. Il faut alors accompagner le patient afin qu'il puisse s'approprier la méthode. Des exercices préalables peuvent être proposés.

Pour ma part, je n'hésite pas à proposer désormais des méthodes de respiration (cohérence cardiaque, contrôle respiratoire) pour permettre au patient de gérer l'angoisse, au cas où l'intention paradoxale serait au départ anxiogène.

Les troubles anxieux phobiques tout comme les TOC comprenant bien souvent un grand nombre de symptômes dont le patient n'a pas toujours conscience, je propose souvent des tableaux d'analyse des symptômes et des tableaux d'évaluation de l'ensemble des symptômes afin de suivre l'évolution du soin.

Dans le cadre du TOC par exemple, il est également très utile de s'aider de l'échelle de Yale-Brown pour repérer l'ensemble des obsessions et des compulsions.

Quelques exemples succincts…

Par exemple, dans le cadre d'une phobie sociale, si la personne a peur de trembler en public, de rougir et de bafouiller en parlant, le thérapeute va lui apprendre à « souhaiter montrer ses plus beaux tremblements, à être écarlate comme la plus rouge des tomates et à bafouiller autant qu'elle pourra ! » Si elle craint d'avoir les mains moites devant son patron, il lui faudra souhaiter « perdre trois litres d'eau ». Si elle craint qu'on la juge, qu'on la trouve « moche et bête », elle affrontera la situation qu'elle redoute en souhaitant être « la plus moche et la plus bête de tout l'univers » !

Le mieux est bien entendu d'encourager la personne à inventer ses propres formules…

Autre exemple. Une personne souffre d'une phobie des grands magasins et n'y fait plus ses courses depuis quatre ans, car elle redoute le passage en caisse, ayant peur de rougir et de trembler devant la caissière, puis de s'évanouir. Elle affronte sa peur et retourne au supermarché en souhaitant rougir et trembler devant la caissière jusqu'à s'évanouir. « Ainsi, elle pourra se donner en spectacle et les pompiers viendront aussitôt à son secours ! ». Au début, l'exercice réclame toute son attention, mais très rapidement, elle guérit de cette phobie. Le résultat est durable.

Il est parfois possible d'utiliser aussi la méthode sur les symptômes physiques de l'angoisse : si le cœur se met à accélérer et que le patient craint d'avoir un malaise, il peut souhaiter aussitôt que son cœur batte plus vite encore et qu'il soit victime d'une attaque cardiaque ! Le rythme se régularise alors.

L'obsessionnel-compulsif qui craint de tuer une personne sur son passage lorsqu'il roule en voiture et qui ne peut s'empêcher de vérifier dans son rétroviseur, car quelqu'un pourrait être blessé par sa faute, le long de la route, devra conduire en regardant droit devant lui afin d'écraser le plus grand nombre de personnes sur son passage. Par exemple, il pourra se dire en lui-même: « Hier, j'ai tué seulement trois personnes, aujourd'hui il faut absolument que j'en supprime une dizaine. Ce sera le plus beau carton de ma vie ! »

L'obsessionnel-compulsif qui tyrannise son entourage par ses rituels de propreté devra souhaiter que la saleté, les microbes ou les excréments se répandent partout dans son logement ultra aseptisé…Etc.

Cas clinique n° 1 : une phobie de la douche…

Une femme se trouve envahie par des attaques de panique quelques semaines après son accouchement. Les crises se multiplient et se focalisent sur la douche. Elle ne peut plus en prendre, car elle craint d'avoir une nouvelle crise et de mourir : elle imagine alors son enfant orphelin et panique… Elle se sent triste et découragée à cause de ces peurs, et n'a plus goût à rien.

Après une analyse clinique approfondie, je lui explique la méthode et lui prescris d'affronter sa peur. Elle prendra une douche matin et soir « en souhaitant avoir la plus belle crise d'angoisse et mourir sous la douche », « ce ne sera pas grave car il y aura bien quelqu'un d'autre dans sa famille pour s'occuper de son enfant… Tout ira donc pour le mieux ; elle n'aura plus de soucis et son enfant pourra se passer d'elle ! »

La jeune femme applique cette intention paradoxale le jour même en n'y croyant pas trop, et obtient un succès complet pendant trois jours, mais malheureusement, les crises reviennent et elle se décourage. Je la revois deux semaines plus tard, et lui demande de réappliquer la méthode.

- Résultat :

Elle contrôle parfaitement les crises d'angoisse sous la douche pendant près de deux semaines. La veille du rendez-vous suivant, elle sent l'angoisse monter en présence de sa famille. Elle se sent mal, mais arrive à appliquer aussitôt la méthode : elle se dit qu'elle va montrer la plus belle crise d'angoisse possible à ses proches et son état se calme. Elle est très fière d'avoir pu ainsi stopper la crise. Elle en est même joyeuse.
Elle aura ensuite quelques crises d'angoisse sous la douche ou en famille, qu'elle contrôle aussitôt. Quelques mois plus tard, elle prend des douches pour se détendre !

Cas clinique n° 2

Cinq ans plus tôt, à l'approche de Noël, Gérard présente une gastro-entérite durant quelques jours et il se demande comment il va faire pour les repas de fête… Les deux mois qui suivent cet épisode, il ne mange quasiment plus rien et perd environ huit kilos. Il consulte et le médecin décide un bilan organique sérieux, qui se montre rassurant.

En réalité, cet homme d'une quarantaine d'année souffre depuis de nombreuses années d'une « colopathie fonctionnelle », une maladie sans atteinte organique qui se traduit par des maux de ventre chroniques et rend particulièrement attentif aux aliments que l'on mange, car certains favorisent les crises. Mais, les difficultés digestives qu'il présente maintenant sont différentes.

Le matin, dès son lever, Gérard se demande si la journée va être bonne ou non, s'il ne va pas avoir mal au ventre, et s'il va avoir faim. Lorsqu'il prend sa douche ou qu'il se rase, lorsqu'il cire ses chaussures, il ne pense plus qu'à cela… Il se pose de nombreuses questions. Il pense qu'il va « en baver » ! Il s'inquiète à l'idée que le petit déjeuner se passe mal, et que de fait la journée se passe mal. Au moment du petit déjeuner, dès la première bouchée, il sait si la journée va être bonne ou non. Soit il déjeune sans plaisir, il raccourcit alors son petit déjeuner ; soit il ressent déjà une sensation désagréable, qui lui dit que la journée sera mauvaise.

Ces questionnements interminables qu'ils se posent sur l'état digestif qu'il va présenter au cours de sa journée, Gérard cherche à les chasser de sa tête en pensant à autre chose. Mais en vain. Il ne peut s'empêcher de demander si cela va aller ou pas… « Je guette le symptôme ! », raconte-t-il, et il craint de ne pas pouvoir profiter du repas qui suit.

Les « mauvais jours », il présente une sorte de pesanteur au ventre qui le gêne parfois toute la journée. Cette pesanteur s'accompagne d'un état de fatigue, de malaise. Cela est fort invalidant et il se montre hypervigilant à la moindre sensation digestive, car il pense que cette sensation sera moins intense s'il mange peu. Il cherche par conséquent à la repérer le plus tôt possible pour pouvoir adapter son régime alimentaire.

Mais Gérard réduit aussi son alimentation afin de pouvoir profiter du repas suivant. Il est persuadé que s'il mange trop au repas, il ne pourra ressentir la sensation de faim au repas suivant. Il calcule ainsi des intervalles de temps suffisamment long entre deux repas. Si c'est un « mauvais jour », il en vient volontiers à sauter un repas entièrement, surtout s'il est invité le soir chez des amis. Il lui faut alors supprimer le repas de midi pour pouvoir profiter du repas du soir.

Il est également capable de prendre son petit déjeuner plus tôt, ou de l'alléger, pour être sûr d'avoir faim au repas suivant ; de même que, à l'inverse, s'il est amené à manger tardivement, il va se restreindre pour être certain d'avoir faim au repas d'après. Bref, il semble s'imposer de nombreuses règles pour réguler ses douleurs et son appétit.

Le drame, en fin de compte, c'est qu'il rêve de bien manger ! Ce qui le rend malheureux, c'est de ne pas y arriver. Ce dont il rêve, c'est d'avoir faim en se mettant à table et de manger un excellent repas ! Or il ne ressent plus la sensation de faim, il se sent vite rassasié… Il mange tellement peu… Il serait content de pouvoir se rassasier.

De surcroît, il n'a jamais été aussi gourmet ! Il aime la bonne chère et craint de ne pas pouvoir en profiter. La surveillance digestive et les nombreuses restrictions alimentaires qu'il s'impose, le privent de son plaisir préféré, et ce plaisir de manger lui paraît d'autant plus important qu'il en est privé. Jamais la nourriture, au sens du bien manger gourmand, ne l'a autant intéressée, et, de fait, la nourriture l'obsède dans tous les sens du terme !

Par ailleurs, il va volontiers à reculons au travail, non par rapport au fait d'aller travailler, car il aime son travail, mais à cause de son inquiétude physique. Il craint volontiers de commettre une erreur dans son métier. « J'ai toujours le scénario catastrophe dans ma tête ! », explique-t-il. Il passe beaucoup de temps avec ses clients, de peur de faire une erreur. D'un certain côté, il en est satisfait, car il prend plus de soin dans son travail qu'autrefois. Il approfondit celui-ci, comme il ne l'a jamais fait auparavant, il a par conséquent l'impression de faire un meilleur travail. Cependant, cela reste au prix d'un effort qui lui demande du temps…

Gérard souligne aussi qu'il est devenu trop perfectionniste. « L'étant, je suis souvent peu satisfait… J'ai trop le souci du détail. » Il est devenu « obsessionnel » dans tous les domaines. Il plie son pull avant de se coucher, alors qu'avant, il le laissait traîner. Il devient de plus en plus soigneux. Il aime que ce soit parfait. D'un côté, cela lui fait plaisir ; de l'autre, « ça gâche la vie… » Il est également moins jovial qu'il ne l'était, moins patient, plus irritable.

Son sommeil est variable. L'endormissement est facile, avec toutefois des réveils nocturnes vers quatre heures et demie du matin, et l'impression de somnoler par la suite, plutôt que de dormir (cela survient deux à trois fois par semaine). Il ne ressent pas de tristesse et continue à avoir envie de faire des choses.

- Principes du traitement :

Je commence par expliquer à Gérard la méthode : il s'agit d'affronter sa peur en apprenant à « désirer ce que l'on craint » (formule utilisée dans la traduction des textes de Frankl ; maintenant, je préfère dire : « souhaiter ce que l'on craint », formule qui paraît plus accessible). Je donne des exemples de soins de phobies ou d'obsessions avec l'intention paradoxale, au départ à partir des exemples de Frankl ou de ma propre pratique. Puis j'explique que nous allons analyser les situations qui posent problème, en extraire les peurs sous-jacentes, puis rechercher les intentions paradoxales qui en découlent.

- Évolution (12 séances) :

De façon générale, surtout au début du suivi, Gérard a du mal à décrire les préoccupations anxieuses qui l'obsèdent. Or, il faut une bonne analyse à la fois de la situation et des peurs sous-jacentes pour bien pouvoir fixer les scénarios d'intention paradoxale.

Ce qui est certain, c'est qu'il a bien compris la méthode sur un plan théorique, et il en saisit la rationalité (comment craindre, si l'on désire ce que l'on craint !). En revanche, l'appliquer ne va pas de soi.

Dans un premier temps, je l'aide surtout à analyser les peurs sous-jacentes à ses ruminations. Par exemple, il craint de ne pas avoir faim au repas suivant, donc il faut apprendre à « désirer ne pas avoir faim au repas suivant ».

Il a une phrase qui revient volontiers en tête, selon laquelle il va « en baver »… Autant dire qu'il craint d'en baver, je lui suggère donc de « souhaiter en baver » !

Je lui apprends également à ne pas chercher à détourner ses pensées, lorsqu'il appréhende ses maux de ventre, mais plutôt à les affronter et à les attaquer par l'intention paradoxale, puisque chercher à penser à autre chose ne lui a jamais été d'aucun secours.

Je lui demande également de ne pas sauter ses repas : si une pesanteur abdominale ou une appréhension se présente et qu'il a envie de supprimer un repas pour avoir faim au repas suivant, il faut manger le repas en question, précisément « en désirant ne pas avoir faim au repas suivant »…
Pendant plusieurs séances, les résultats que rapportent Gérard sont très partiels. Certes, il finit par ne plus sauter de repas, mais il a encore mal au ventre et reste très obnubilé à l'idée de passer une mauvaise journée.

Il tente de pratiquer l'intention paradoxale avec humour. Pour souhaiter en baver, il se dit qu'il « va être le plus grand éructeur, péteur et dyspeptique de la région! ».

Cependant, il n'arrive pas à appliquer jusqu'au bout la méthode. Par exemple, il souhaite par l'intention paradoxale ne pas avoir faim au repas suivant et se contraint à ne pas sauter un repas, mais il pratique au cours de ce repas des restrictions alimentaires de peur de ne pas pouvoir manger au repas suivant, ce qui en fin de compte annule la méthode. Il reste tendu…

Introduction d'un travail autour de l'humour (dessiner l'intention paradoxale sous forme de caricature humoristique). Détente.
En réalité, ce n'est véritablement qu'à partir du moment où Gérard comprend qu'il annule la méthode après l'avoir appliquée, que son état s'améliore véritablement.

Par exemple, en vacances, il fait du vélo dans l'espoir d'augmenter sa faim (il aurait dû plutôt se reposer pour ne pas avoir faim !) ; il mange de bonne heure, à huit heures du matin, afin d'augmenter son appétit pour le repas de midi (il aurait été préférable de prendre le petit déjeuner volontairement tard dans l'espoir de se bloquer l'appétit).

Tout ces intentions vont dans le sens de l'angoisse et annulent les intentions paradoxales par ailleurs correctement pratiquées…
Voyant qu'il a encore tendance aux restrictions alimentaires, appréhendant de ne pas avoir faim au repas suivant, je lui demande alors de veiller à ne pas annuler la méthode. Pour cela, je lui conseille d'augmenter volontairement sa ration alimentaire avec le souhait de bloquer le repas suivant. S'il a un repas festif en perspective, je lui demande de manger le plus possible au repas précédent en souhaitant ne pas parvenir à manger lors du repas de fête (« ainsi, tout le monde remarquerait le problème ! »).

Gérard rapporte pour la première fois une réelle amélioration. Il est plus détendu et annonce qu'il a pris un 500 ou 600 g, la première fois depuis cinq ans.

Il a par ailleurs totalement arrêté les médicaments pour la colopathie fonctionnelle, et reprend même du café.

Après quatre semaines de ce régime, il a pris un kilo. Il lui arrive de grignoter entre deux repas alors qu'il est invité à un apéritif le soir. Il a plus de plaisir à manger et constate que le fait de ne pas modérer son alimentation au repas du midi en pensant au repas du soir, n'aggrave pas les difficultés, mais au contraire, cela se passe plutôt mieux. Au petit déjeuner, il augmente sa ration alimentaire de 25 %, et fait l'effort de ne pas restreindre ses repas de midi.

Gérard est nettement plus détendu. Il ressent aussi l'amélioration de son état au travail. Son entourage le sent moins irritable.

Au fil des séances, il reprend du poids (5 kg) et s'estime guéri de son trouble à 90%. Nous avons décidé d'arrêter le suivi d'un commun accord à la douzième séance. L'amélioration est maintenu avec maintenant plus de deux ans de recul.

Références bibliographiques

Fabry, D. D. S. : « Evidence base for paradoxical intention: Reviewing clinical outcome studies ». The International Forum for Logotherapy, 33 (2010), 21-29.
Frankl, Viktor E. : La psychothérapie et son image de l'homme (1970). Resma, Paris.
Frankl, Viktor E. : « Paradoxical Intention and Dereflection ». Psychotherapy: Theory, Research and Practice, XII, No. 3 (Fall 1975), 226-37.
Frankl, Viktor E. : Theorie und Therapie der Neurosen (2007, 9. Auflage), Ernst Reinhardt, München.
Frankl, Viktor E. : Nos raisons de vivre (2009). Inter-Editions-Dunod, Paris.
Frankl, Viktor E. : Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie (2012). Les éditions de l'Homme /J'ai lu, Paris.
Frankl, Viktor E. : Le Dieu inconscient (2012). Inter-Editions-Dunod, Paris.
Frankl, Viktor E. : Ce qui ne figure pas dans mes livres (2014). Inter-Editions-Dunod, Paris.
Gerz, Hans O.: « The Treatment of the Phobic and the Obsessive-Compulsive Patient Using Paradoxical Intention sec. Viktor E. Frankl ». Journal of Neuropsychiatry, III, No. 6 (July-Aug. 1962), 375-87.
J. Lehembre, J. « L'intention paradoxale, procédé de psychothérapie » (1964). Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica.
Le Vaou P. : Une psychothérapie existentielle : la logothérapie de Viktor Frankl (2006). L'Harmattan, Paris.
Lukas E., La Logothérapie. Théorie et Pratique (2004). Pierre Téqui, Paris.
Pélicier, Y. : Présence de Frankl (1996), Editions du Tricorne, Genève.