

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

Effectiveness of a cognitive-behavioral care program for adjustment disorder among primary adolescent convicts

Bensaid Zemallach Louari Abdelkader

Université D'Oran2 (ALGERIE)

e-mail : bezeouab@yahoo.fr

Soumis, le

27/12/2023

Accepté, le

01/04/2024

Publié, le

01/06/2024

Abstract: In this study, we addressed the issue of assessing the effectiveness of a therapeutic program based on the cognitive-behavioral approach for primary incarcerated adolescents presenting an adjustment disorder.

The research sample consisted of four detainees (definitively sentenced), all with the similitude in terms of nature of offence and period length of the sentence, and all meeting the diagnostic criteria for adjustment disorder (according to DSM (American Psychiatric Association's: Diagnostic and Statistical Manual IV)). Since their first days of incarceration, the four cases in our sample were subjected to pre- and post-application of anxiety and depression tests (Taylor and Beck tests respectively), and between these two applications of psychological tests, four cognitive-behavioral therapy techniques were implemented, in addition to the parental guidance support. Adopting the clinical method based on observation, semi-directive interviewing and the two aforementioned tests, and following the implementation of our treatment program, consisting on: psycho-education, breathing control as a relaxation technique, daily activity registering and cognitive restructuring to control automatic and negative thoughts; adding to that the parental guidance, we confirmed the effectiveness of our treatment program applied to the four cases of our research.

Keywords: *adjustment disorder; cognitive-behavioral therapy; Adolescent; parental guidance; incarceration.*

Résumé: Nous avons taché à travers ce travail à tester l'efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale auprès d'adolescents primaires présentant un trouble d'adaptation. Notre échantillon contient quatre détenus (condamnés définitifs) adolescents primaires répondant tous à la même nature de délit et la durée de condamnation, répondant tous aussi aux critères diagnostiques du trouble de l'adaptation (selon DSM) dès leurs premiers jours de réclusion. Les quatre cas de notre échantillon ont été soumis à une pré-application et une post-application des tests d'anxiété et de

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

dépression (teste de Taylor et Beck respectivement), entre ces deux applications des tests psychologiques quatre techniques de prise en charge cognitivo-comportementale sont mises en œuvre soutenues d'une guidance parentale. Recourant à la méthode clinique basée sur l'observation, l'entretien semi-directif et les deux tests susmentionnés et après l'application de notre programme de prise en charge à savoir : la psychoéducation, le contrôle de respiration comme technique de relaxation, le registre des activités quotidiennes et la restructuration cognitive pour contrôler les idées automatiques et les idées négatives, en plus d'une guidance parentale ; nous avons confirmé une efficacité de notre programme de prise en charge appliqué sur les quatre cas de notre recherche.

Les mots clés : Trouble de l'adaptation ; Adolescent ; guidance parentale ; thérapie cognitivo-comportementale ; incarcération

INTRODUCTION

Partant de l'idée que le milieu carcéral est considéré comme un milieu stressogène susceptible de provoquer le trouble d'adaptation chez de nombreux détenus, en particulier les jeunes (les adolescents dans notre étude), d'autres facteurs secondaires peuvent également provoquer ce trouble au sein du milieu carcéral ; Parmi ces facteurs : la distance de l'établissement carcéral par rapport au lieu de résidence, la rupture des liens relationnels avec la famille et les proches, la nature de l'infraction et la manière dont le détenu adolescent imagine cette infraction, la durée de la peine et la disponibilité du soutien social.

La problématique de la recherche porte donc sur l'efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation chez les détenus adolescents primaires, dans le but de rétablir l'équilibre psychologique et de traverser la période de sanction avec le moins de pression et d'anxiété possible. C'est ainsi que l'hypothèse de recherche est formulée comme suit :

Un programme de prise en charge cognitivo-comportementale associé d'une guidance familiale pourrait être efficace dans le traitement du trouble de l'adaptation chez les détenus adolescents primaires.

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons élaboré un programme de prise en charge cognitivo-comportementale comprenant les techniques suivantes : psychoéducation (counseling), contrôle de la respiration comme méthode de relaxation, registre des activités quotidiennes pour évaluer l'impact du mauvais usage du temps sur l'apparition de l'anxiété,

restructuration cognitive pour traiter les pensées automatiques négatives et essayer de trouver des interprétations alternatives. Enfin, la guidance parentale ou familiale, en intégrant les parents des détenus de notre échantillon dans un processus de counseling et d'orientation sur la manière de se comporter avec leurs enfants afin d'instaurer une forme de soutien psycho-social.

Sachant que le trouble de l'adaptation peut être associé d'anxiété ou de dépression, voire des deux, nous avons évalué le degré d'anxiété et de dépression chez les quatre cas en utilisant l'échelle d'anxiété explicite de "Taylor" et l'inventaire de dépression de "Beck". Cela a été fait avant et après l'application du programme de prise en charge adopté dans notre recherche, qui comprend les techniques mentionnées ci-dessus. Ceci nous a permis d'évaluer l'évolution du trouble de l'adaptation, et l'efficacité du programme de prise en charge en se basant également sur l'observation du comportement général des détenus de notre échantillon au sein de l'établissement pénitentiaire avant et après l'application du programme.

Le programme de prise en charge a été mis en œuvre après la sélection des membres de l'échantillon remplissant les critères suivants : l'âge (adolescents), l'absence d'antécédents judiciaires (délinquants primaires), la conformité aux critères diagnostiques du trouble de l'adaptation. Le choix des techniques d'intervention mentionnées a été fait car, théoriquement, elles représentent une approche complète, permettant à chaque cas de comprendre la nature de son trouble, les méthodes pour y faire face, et les complications potentielles d'une part, lui permettant d'autre part d'atténuer la pression (le stress) en s'exerçant à la technique de contrôle de la respiration comme méthode de relaxation, en plus de sensibiliser à l'importance d'optimiser le temps en découvrant d'éventuels domaines inexplorés qui jouent un rôle majeur dans le maintien du trouble d'adaptation. Cela se fait à travers la discussion du registre des activités quotidiennes. Ensuite, le rôle de la restructuration cognitive intervient en accompagnant chaque cas pour identifier les pensées négatives potentielles liées à son trouble afin de les ajuster à l'aide de techniques secondaires utilisées pendant les séances d'intervention. Enfin, la guidance parentale (familiale) joue un rôle fondamental dans la prise en charge de l'échantillon

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

composé d'adolescents font face à un trouble d'adaptation dans le milieu pénitentiaire.

Après notre intervention et après la comparaison entre les résultats et évaluations pré et post-application, ainsi qu'en se basant sur l'observation des comportements des cas à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire avant et après l'application du programme, ainsi que leur état psychologique et émotionnel, nous avons touché une efficacité de ce programme dans la prise en charge du trouble de l'adaptation chez les quatre cas.

1. Les concepts procéduraux

1.1 Le milieu pénitentiaire : désigne le système carcéral qui abrite des individus ayant commis des erreurs (crimes et délits) envers la société selon la définition de la loi. Le terme "pénitentiaire" ici fait référence à la privation de la liberté civile tout en jouissant de tous les droits garantissant la dignité humaine tels que l'hygiène, la nourriture, les vêtements, l'éducation, la formation professionnelle et le suivi médical, tant sur le plan physique que psychologique.

De nombreux acteurs du milieu pénitentiaire, tels que les chercheurs, les spécialistes et les responsables, préfèrent parler du milieu pénitentiaire plutôt que de la prison, car ce dernier terme suggère une répression et une privation des libertés.

2.1 Le détenu primaire : est la personne placée en prison pour la première fois, quel que soit la nature de son délit et quelle que soit sa situation juridique (accusé, condamné ou en attente de jugement). Ce terme est apparu récemment en remplacement des termes "emprisonné" ou "prisonnier", en accord avec la politique de réforme et humanisation des institutions pénitentiaires dans le monde.

3.1 Le trouble de l'adaptation : est un trouble causé par des facteurs de stress dont l'impact sur l'individu dépasse sa capacité de tolérance et sa résilience. Plus les facteurs de stress (réels ou imaginaires) sont importants, plus l'individu est susceptible de développer un trouble d'adaptation. Ce trouble affecte les aspects comportementaux et émotionnels de l'individu, et ses symptômes apparaissent dans une période n'excédant pas trois mois à compter de l'exposition aux facteurs de stress, disparaissant après six mois de la disparition de ces facteurs de stress (DSM IV, 2005).

4.1 La thérapie cognitivo-comportementale : (TCC), est l'application scientifique des principes des écoles comportementale et cognitive pour traiter divers troubles en travaillant de manière pragmatique pour obtenir des résultats observables dans un laps de temps aussi court que possible. Cette thérapie se concentre sur l'identification des facteurs de stress qui pourraient entraver le bon

fonctionnement des fonctions psychologiques et mentales du détenu primaire. Elle analyse ces facteurs en collaboration avec le détenu afin de comprendre les mécanismes (comportementaux et cognitifs) conduisant au trouble. Ensuite, des directives comportementales et des techniques cognitives sont proposées pour changer ou corriger la perception erronée et l'interprétation du détenu face à la situation stressante.

5.1 Techniques de prise en charge (d'intervention) : de nombreuses références soulignent l'efficacité importante de la thérapie cognitivo-comportementale dans la gestion du trouble de l'adaptation, en permettant une réduction de l'anxiété associée et en remplaçant les pensées et comportements indésirables que le détenu adopte envers les conditions de sa détention par d'autres plus acceptables. Le trouble de l'adaptation, étant reconnu comme l'un des troubles réactionnels, présente divers symptômes exprimant une anxiété générale vécue par le détenu. Cette anxiété, en tant que réponse émotionnelle, prend trois dimensions, à savoir :

- Réponse physiologique (stimulation du système nerveux).
- Réponse comportementale (évitement, retenue, agression, etc.).
- Réponse cognitive (distorsion de l'interprétation, maximisation, minimisation, etc.).

Ainsi, notre intervention se concentre sur les types de réponses mentionnées en appliquant des stratégies et des techniques les ciblant directement :

- Les stratégies visant les réponses physiologiques (contrôle de la respiration en tant que technique de relaxation).
- Les stratégies ou techniques visant les réponses comportementales (registre des activités quotidiennes).
- Les stratégies visant les réponses cognitives (restructuration cognitive).

2. Objectifs de la recherche :

- Tout d'abord, définir et prendre en charge le trouble de l'adaptation au sein du milieu pénitentiaire en abordant sa définition et sa prise en charge, considérant qu'il s'agit d'un trouble moins étudié et moins connu dans un environnement clos tel que l'environnement carcéral.
- Mettre l'accent sur l'importance d'accorder une attention particulière au détenu primaire pour faciliter le processus de l'adaptation et réduire les répercussions du trouble.
- Tenter de mettre en avant le rôle du psychologue clinicien dans les établissements pénitentiaires en démontrant l'efficacité de l'application de

Effacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

techniques de prise en charge psychologique, en particulier face au trouble d'adaptation.

3.Études antérieures : dans une étude analytique d'un établissement pénitentiaire français en 2005, intitulée "Le stress, principe actif de la peine de prison moderne : détresse et gestion de son état de stress en centre de détention régional chez des détenus primaires et condamnés pour des peines moyennes", analysant l'organisation et l'espace de cet établissement, un groupe de chercheurs a suivi 27 détenus primaires condamnés à des peines moyennes (entre 2 et 5 ans) au cours des deux premiers mois de leur détention. Ces détenus ont été divisés en deux groupes comme suit :

- Un groupe de détenus condamnés pour vol.
- Un groupe de détenus condamnés pour agression sexuelle.

Étant donné que l'objectif de l'étude était d'examiner l'impact du régime interne de l'institution (considéré comme similaire dans toutes les institutions pénitentiaires) sur la vie quotidienne des détenus, en particulier en termes de stress physiologique, l'intensité du stress a été mesurée dans les deux groupes par une mesure continue et régulière du cortisol sécrété.

Les résultats de l'étude ont confirmé que l'environnement pénitentiaire est un générateur de stress, en plus de :

- L'organisation interne de l'établissement renforce sa nature négative en tant qu'obstacle à l'adaptation.
- L'augmentation du taux de récidive.
- La nature de l'infraction influence le degré de l'adaptation des détenus à l'institution pénitentiaire (Claudon & Masclet, 2005)

4. L'adolescence et la délinquance: l'adolescence est une phase du développement humain, représentant une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Étant donné que cette transition ne s'opère pas rapidement et immédiatement, des changements significatifs surviennent au niveau physique, psychologique et relationnel. Dans de nombreux cas, ces transformations deviennent une source d'inquiétude et de perturbation pour l'adolescent s'il ne trouve pas le soutien nécessaire.

Tous les adolescents ne vivent pas une crise d'adolescence au sens pathologique, malgré la difficulté de cette période. Beaucoup d'adolescents traversent cette phase de manière relativement fluide sans manifester de comportements pathologiques. L'agressivité, parfois la violence, la rébellion et le désir d'indépendance sont des aspects normaux de l'adolescence.

La puberté est considérée comme un aspect de l'adolescence, présent dans la plupart des sociétés, qu'elles soient primitives ou modernes, rurales ou urbaines. Son apparition survient généralement à un âge similaire, bien que le début et la fin de l'adolescence, en tant que signe d'achèvement de la maturité, varient d'un environnement à l'autre et d'une personne à l'autre. Cela indique clairement la nature culturelle et sociale de l'adolescence.

L'incarcéré adolescent primaire se trouve confronté à deux difficultés majeures, deux situations contraignantes : d'une part, la phase de l'adolescence elle-même avec ses difficultés et ses besoins qui nécessitent satisfaction, et d'autre part, la pression du milieu pénitencier.

La déviance est souvent présente dans de nombreuses sociétés et chez de nombreux adolescents. Dans la plupart des cas, elle est considérée comme un comportement normal qui disparaît en passant par la phase de l'adolescence. Cependant, il peut persister au-delà de cette période, indiquant un trouble de la personnalité nécessitant d'abord une prévention de l'aggravation, puis une prise en charge (Szabo, Gagne, & Parizeau, 1972, p. 87)

5. Troubles de l'adaptation : les troubles d'adaptation sont fréquents, représentant environ 10% des consultations en psychiatrie. Ces troubles sont récurrents chez les individus ayant une personnalité vulnérable, chez ceux souffrant de troubles de la personnalité (notamment la personnalité borderline et narcissique), chez les alexithymiques (qui éprouvent des difficultés à exprimer leurs émotions), et chez ceux caractérisés par un mode de pensée purement procédural, c'est-à-dire une inclination vers des actions concrètes uniquement (Benyamina & CPNLF, 2014)

Dans de nombreux cas, nous observons une évolution positive des troubles de l'adaptation. Cependant, malgré cela, nous pouvons également rencontrer plusieurs cas où ces troubles se manifestent par des comportements suicidaires (voire des tentatives). Ils peuvent évoluer vers d'autres troubles mentaux et entraîner des atteintes physiques (affections somatiques)(Marie-Christine & Patrick , 2003, pp. 133-135)

5.1 Caractéristiques du trouble d'adaptation et troubles qui l'accompagnent :

la souffrance personnelle ou les changements de performance générale liés au trouble de l'adaptation se traduisent généralement par une détérioration des performances sociales et professionnelles, reflétant un changement défavorable circonstanciel des relations sociales. Le trouble de l'adaptation peut faciliter le risque de tentatives de suicide ou de suicide effectif, ainsi que l'abus excessif de substances nocives ou des plaintes physiques.

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

5.2 Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au genre : considérer l'aspect culturel de la personne est nécessaire et important pour évaluer la pertinence de sa réaction face à une situation stressante. La manière d'évaluer et de ressentir les facteurs de stress peut également varier d'une culture à l'autre. Les troubles de l'adaptation touchent toutes les tranches d'âge, mais ils sont plus fréquents chez les femmes par rapport aux hommes.

Des échantillons cliniques recensés à travers des recherches ont révélé que le trouble de l'adaptation affecte deux femmes pour un homme dans la catégorie des adultes, tandis que la tendance s'inverse chez les enfants et les adolescents, où sa prévalence est quasiment équivalente chez les garçons et les filles (Julien-Daniel, 2004, pp. 785-788)

5.3 Évolution du trouble d'adaptation : les symptômes spécifiques du trouble de l'adaptation apparaissent dans les trois mois suivant l'émergence du facteur stressant et ne persistent pas au-delà de six mois en cas de disparition de ce dernier. En cas d'apparition inattendue du facteur de stress (par exemple, un licenciement soudain), l'apparition du trouble est immédiate ou dans les jours qui suivent, avec une durée relativement courte (en quelques mois).

La persistance du trouble de l'adaptation (sa durée) ou son évolution vers d'autres troubles mentaux plus complexes, comme la dépression par exemple, se produit généralement chez les enfants et les adolescents, touchant occasionnellement les adultes. De plus, dans de nombreux cas chez les enfants et les adolescents, le trouble de l'adaptation est associé à d'autres troubles comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ce qui complique son traitement. Parfois, le trouble d'adaptation chez les enfants et les adolescents est toujours un signe précurseur de l'émergence d'un trouble plus grave (CASEY, J. Strain, Marc-Antoine, Etienne Boehrer, & American Psychiatric Publi, 2018, p. 48)

5.4 Diagnostic différentiel : le diagnostic du trouble d'adaptation repose sur la présence d'un ou de plusieurs facteurs de stress identifiés, responsables de l'émergence des symptômes spécifiques du trouble, sans qu'ils correspondent ou coïncident avec les caractéristiques diagnostiques de tout autre trouble relevant de l'axe I (trouble mental selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition). Ainsi, si une personne présente des symptômes d'un épisode dépressif majeur en réponse à un facteur de stress, le diagnostic d'épisode dépressif majeur est retenu, excluant le trouble d'adaptation.

Le diagnostic du trouble d'adaptation ne peut être posé en plus d'un autre trouble relevant de l'axe I que si ce trouble supplémentaire ne représente pas les

symptômes spécifiques qui apparaissent en réponse à un facteur de stress. Par conséquent, il est possible qu'une personne présente un trouble d'adaptation avec une humeur dépressive après la perte de son emploi, tout en ayant simultanément un diagnostic clinique préexistant correspondant à un trouble obsessionnel-compulsif.

Il est bien connu que les troubles de la personnalité peuvent s'aggraver dans des circonstances stressantes. En général, le trouble de l'adaptation n'est pas diagnostiqué comme un trouble supplémentaire à un trouble de la personnalité. Cependant, si des symptômes n'appartenant pas à ce trouble de la personnalité apparaissent sous l'influence de facteurs de stress, il est possible d'ajouter le diagnostic du trouble d'adaptation en tant que diagnostic supplémentaire au trouble de la personnalité (Jeffrey, Spencer, & Beverly, 2009, p. 126)

6. Techniques d'intervention psychologique utilisées dans la recherche : à partir des réponses manifestées par le sujet souffrant du trouble de l'adaptation au niveau comportemental et cognitif, l'adoption de techniques les plus appropriées sur le plan théorique se présente comme suit :

1. Psychoéducation ou counseling : expliquer le trouble au cas.
2. Contrôle de la respiration (comme une technique de relaxation).
3. Registre des activités quotidiennes : énumérer toutes les activités quotidiennes pour mettre l'accent sur leur prévalence et leur efficacité.
4. Restructuration cognitive : repérer les idées automatiques et négatives pour en trouver des substitues.

6.1 La psychoéducation : la psychoéducation vise à lever le voile sur tout ce qui est ambigu et à clarifier le problème ou le trouble dont souffre le patient, procurant ainsi un effet apaisant. Elle vise également à expliquer les avantages et les effets des différentes techniques thérapeutiques, tout en veillant à impliquer le cas (patient) dans la compréhension et le choix des techniques les plus appropriées. La psychoéducation, en tant que technique préalable aux autres techniques de prise en charge adoptées dans notre programme, contribue à stimuler la motivation du patient et à le pousser à s'engager dans le processus de prise en charge psychologique, ayant dans de nombreux cas un impact thérapeutique considérable (Christophe, Coutu, Aimé, & Lafantaisie, 2020)

Pour le cas (détenu), la compréhension du diagnostic établi par le psychologue (le chercheur) et le tri des symptômes associés ont un effet apaisant et rassurant sur son état psychologique. Cela peut avoir un impact atténuant, offrant un soulagement à une personne qui peut vivre des jours ou des semaines

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

sous pression et anxiété (dans un milieu stressogène) sans pouvoir comprendre ce qui lui arrive.

Il peut également être bénéfique de consigner les informations liées au problème de manière organisée, dans un langage simple et compréhensible, et de les présenter au cas pour qu'il puisse les utiliser comme référence. Ainsi, le psychologue (le chercheur) doit s'assurer, à la fin de chaque entrevue, que le cas a bien compris. Pour ce faire, il examine la compréhension en posant quelques questions directes.

Le psychologue (chercheur) peut orienter le cas détenu vers la lecture de certaines publications (livres, articles, etc.) dans le cadre de la bibliothérapie afin d'élargir et d'approfondir sa compréhension, tout en tenant compte du désir du cas à s'engager dans la lecture. Après la fin de chaque séance, il est très important de demander au cas ce qu'il souhaite discuter en rapport avec ce qui s'est déroulé pendant cette séance (Frédéric & Bernard , 2007, p. 74)

6.2 Le registre des activités quotidiennes : est une technique comportementale efficace, particulièrement utile dans les troubles anxieux et les troubles d'adaptation. Il aide grandement à rompre le cercle vicieux et à pallier le manque de motivation souvent rencontré par les personnes souffrant du trouble de l'adaptation. Il peut être utilisé dans le traitement de la dépression, des troubles anxieux, des troubles d'adaptation et d'autres troubles nécessitant une gestion temporelle améliorée en exploitant l'utilisation quotidienne du temps pour une meilleure gestion du temps(Bouthillier, Pierre , Pascale , & Michel , 2001, p. 100)

Le détenu est invité à remplir un tableau d'activités quotidiennes en utilisant un ensemble de mots simples pour décrire ses activités quotidiennes, en précisant les heures de réveil et de sommeil. L'évaluation se fait après avoir complété le tableau pendant une semaine entière.

Après avoir complété le tableau, cela permet au chercheur et au cas de connaître les activités réalisées par ce dernier sur une période déterminée et d'évaluer dans quelle mesure elles ont été bénéfiques et propices au bien-être psychologique, ou inversement, leur inefficacité et inadéquation. L'analyse du tableau par le chercheur (le psychologue) permet également d'aider le participant à établir une relation entre son comportement et ses émotions, par exemple, la relation entre la diminution de l'activité et l'humeur dépressive. Après l'analyse du tableau des activités quotidiennes sur une période définie, le chercheur peut

utiliser des techniques comportementales pour accroître l'efficacité des comportements (activités) en fournissant des conseils et des orientations sur des comportements modèles permettant au détenu de sortir de l'état de vide lié à son rythme d'activités quotidiennes.

6.3 Objectifs du registre des activités quotidiennes : voici les objectifs du tableau des activités quotidiennes :

- Expliquer le cercle vicieux vécu par le détenu (manque d'intérêt → manque d'activité → image négative de soi → humeur dépressive → plus de manque d'intérêt et de motivation, etc.).
- Expliquer l'objectif du tableau en fonction du trouble en question.
- Noter les heures de sommeil et de réveil.
- Si un comportement spécifique est ciblé, demander au cas de l'inclure parmi les activités. Ensuite, le tableau est analysé en mettant l'accent sur les points suivants :
 - Évaluer et expliquer les activités productives et non productives.
 - Encourager la prise de conscience du détenu quant à la relation entre ses activités et le trouble dont il souffre. L'utilisation du tableau, en tant que résultat et objectif, vise à augmenter les activités productives ou à réduire les activités non productives (Bouthillier, Pierre , Pascale , & Michel , 2001, p. 101)

6.4 Le contrôle de la respiration : la respiration est une fonction vitale pour l'organisme, car tous les organes du corps ont besoin de la quantité d'oxygène inhalée pour fonctionner de manière coordonnée. Le contrôle de la respiration permet de réguler les émotions, de surmonter l'anxiété et la peur, et de favoriser le développement de la confiance en soi. La pratique du contrôle de la respiration apaise, adoucit et génère un sentiment de bien-être mental et de tranquillité, tout en permettant également de contrôler la pensée (زاي، 2005، صفحة 72)

6.4.1 Le contrôle de la respiration et la relaxation : le processus de contrôle de la respiration permet d'atteindre un niveau de détente en réduisant la pression et la contraction des organes essentiels du corps, qui ont besoin d'une plus grande souplesse pour fonctionner correctement.

Il existe plusieurs méthodes de relaxation, parmi les plus importantes figure la respiration diaphragmatique qui consiste à inhaler de l'air (oxygène) en utilisant la partie inférieure de l'abdomen (en utilisant les muscles de l'estomac) plutôt que la cage thoracique. En effet, la pression entrave la bonne méthode de respiration, créant une sensation de souffle court et saccadé, avec une pression au niveau de la

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

poitrine. Le processus de respiration abdominale vise à rétablir l'équilibre et à soulager la tension musculaire en fournissant une plus grande quantité d'oxygène, ce qui a un effet apaisant (تايلور، 2008، صفحة 393)

6.4.2 La méthode de respiration : la méthode de respiration adoptée dans notre recherche est tirée d'une étude sur l'atténuation des comportements violents entre les conjoints (Prochaska, 1992, p. 16). Elle s'effectue à travers des instructions périodiquement répétées concernant la posture corporelle, l'observation et la concentration sur le processus respiratoire.

6.5 La restructuration cognitive : doit sa clarté et son utilisation comme technique thérapeutique à "Aaron Beck", qui l'a développée à travers des techniques secondaires telles que l'examen des preuves, la recherche d'alternatives, l'évaluation des probabilités ou des ratios de chaque alternative (pour interpréter), et la prise de distance. Le terme "restructuration cognitive" fait référence à l'identification, la clarification, puis la correction des pensées automatiques du cas, qui travaille à ajuster ou à remplacer ces pensées par d'autres plus constructives et logiques.

Trouver des pensées alternatives logiques peut se faire en demandant au cas d'imaginer le point de vue des autres, par exemple, comment une réaction proche de la sienne serait dans une situation similaire. Cela encourage l'expérimentation basée sur la réalité à travers des exemples ou l'utilisation du dialogue socratique (dialectique) qui permet au psychologue (chercheur) de mettre en lumière de nombreuses erreurs de la pensée du cas.

Dans le trouble de l'adaptation, il est bénéfique de recourir à des techniques de détection des pensées automatiques négatives, ainsi qu'aux techniques de modification, comme cela a été expliqué précédemment (Philippot, 2007, p. 202)

7. Méthodologie de la recherche : le milieu carcéral, de par sa nature, génère une pression en raison de sa structure géométrique et organisationnelle très différente de l'environnement externe où l'individu jouit d'une liberté non restreinte dans tous les domaines de sa vie. À la lumière de nos observations sur le terrain en tant que psychologue clinicien en milieu carcéral, concernant l'adaptation des détenus primaires à l'établissement pénitentiaire, en particulier les adolescents qui rencontrent généralement des difficultés à s'adapter en raison du régime interne de l'établissement, des caractéristiques personnelles de chaque individu, de la séparation ou de l'éloignement de la famille et de l'environnement social familial, de la perception de chaque détenu de l'environnement carcéral et de son

interprétation de l'acte d'incarcération, le trouble de l'adaptation a été abordé chez les adolescents primaires en essayant d'appliquer un programme de prise en charge basé sur quatre (4) techniques intégrées pour traiter ce trouble. Ces quatre techniques comprennent la psychoéducation, qui vise à sensibiliser le détenu et à le familiariser avec son trouble, ses facteurs, ses formes et les moyens d'y faire face ; le contrôle de la respiration en tant que technique qui aide à la relaxation physiologique et, par conséquent, psychologique pour réduire les effets physiologiques de ce trouble ; le registre des activités quotidiennes : le détenu est invité à remplir un tableau pour une période de sept jours consécutifs, en le répartissant selon les horaires de l'institution pénitentiaire ; enfin, la technique de restructuration cognitive qui vise à traiter les pensées automatiques et négatives qui affectent le comportement quotidien du cas et la survenue du trouble de l'adaptation.

Notre échantillon non-aléatoire (intentionnel) comprend quatre cas sélectionnés parmi onze détenus répondant aux critères de sélection de l'échantillon mentionnés ci-dessous.

Après le diagnostic des quatre cas avec le trouble d'adaptation suite à l'application des tests d'anxiété explicite de "Taylor" et de dépression de "Beck", le programme de prise en charge, composé des quatre techniques susmentionnées, a été appliqué. Ensuite, les deux tests ont été réappliqués pour comparer les résultats obtenus avec ceux précédents (avant l'application du programme de prise en charge) et examiner le degré d'amélioration chez les cas en ce qui concerne le trouble de l'adaptation, en prenant en compte nos observations directes sur le comportement des cas pendant l'application de ce programme.

Notre recherche vise à examiner l'efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportemental face au trouble de l'adaptation chez quatre détenus adolescents primaires. Pour ce faire, l'approche clinique basée sur l'étude de cas est la plus appropriée, travaillant individuellement avec chaque cas en se basant sur l'approche cognitivo-comportementale.

Les cas de l'échantillon ont été choisis en fonction de leur réponse aux critères diagnostiques du trouble d'adaptation tels qu'énoncés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR).

Les outils utilisés dans notre recherche comprennent l'observation, l'entrevue clinique semi-directive et les tests psychologiques (d'anxiété et de dépression).

7.1 Échantillon de la recherche : l'échantillon est composé de quatre cas détenus condamnés définitivement pour une durée de plus de six mois, cette période de condamnation nous permet l'application et l'évaluation du programme de prise en

Efficacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

charge visant à surmonter le trouble de l'adaptation chez les cas de notre échantillon.

Les entretiens ont été réalisés avec 11 détenus adolescents primaires en la première étape pour sélectionner les cas les plus répondants aux critères diagnostiques du trouble de l'adaptation. Après leur sélection, un suivi a été effectué par le biais d'entretiens hebdomadaires pendant un mois pour confirmer la présence du trouble de l'adaptation. La quatrième entrevue (la dernière) a servi de préparation à la participation au programme de prise en charge.

Ci-dessous, nous citerons les critères spécifiques pour la sélection des cas de l'échantillon :

- Âge des cas de l'échantillon : Entre 18 et 19 ans, représentant ainsi la catégorie des adolescents de notre échantillon. L'âge effectif des cas varie entre 18 ans et 18 ans et 5 mois au maximum.
- Antécédents judiciaires : Le détenu doit être initialement non habitué à la détention, de sorte que l'acte de détention soit probablement un facteur de stress, et ce, pour exclure d'antécédents d'adaptation au milieu pénitentiaire.
- Le cas ne doit pas être transféré d'un établissement pénitentiaire à un autre afin que nous puissions évaluer l'efficacité du programme de prise en charge, en évitant que le détenu puisse comparer entre les deux institutions, de manière à ce que la seconde soit jugée meilleure et plus adaptée à son point de vue.
- Nature de l'infraction ou de l'accusation : Bien que notre recherche ne se concentre pas sur la relation causale entre la nature de l'infraction ou de l'accusation et la gravité du trouble de l'adaptation, il est préférable que l'infraction (ou l'accusation) soit légère ou de gravité modérée, entraînant une peine légère à modérée (entre 6 mois et 5 ans). Cependant, compte tenu de la tranche d'âge des cas de l'échantillon et de leurs antécédents judiciaires, la sélection des cas punis sera limitée à trois ans au maximum, ce qui est généralement prononcé par les autorités judiciaires.
- Le détenu doit être condamné définitif, car, selon l'expérience personnelle, le détenu, pendant la période de son appel ou de son recours, peut espérer atténuer la peine, et par conséquent, cela pourrait avoir un impact contraire sur l'apparition de trouble de l'adaptation.
- Les symptômes du trouble de l'adaptation doivent apparaître au cours des trois premiers mois de la détention, avec une clarté quant au facteur de stress et à sa possibilité d'identification : ceci est une mesure parmi les

critères diagnostiques du trouble de l'adaptation, tels qu'énoncés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV TR).

- La nature de l'infraction ou de l'accusation n'a pas été incluse parmi les caractéristiques des cas de l'échantillon - les critères de sélection - car l'objectif de la recherche n'est pas d'étudier la relation entre la nature de l'infraction (ou de l'accusation) et la sévérité du trouble de l'adaptation, mais plutôt d'examiner l'efficacité d'un programme d'intervention cognitivo-comportemental par rapport au trouble chez les jeunes détenus du primaire.

8. Résultats :

Tableau 1 : Valeurs pré et post-application des tests d'anxiété et de dépression

	Echelle d'anxiété		Test de dépression	
	Pré-application	Post-application	Pré-application	Post-application
Cas1	37	17	33	7
Cas2	25	19	21	13
Cas3	44	24	16	13
Cas4	37	14	14	14

En se référant au tableau ci-dessus, on note que malgré les conditions familiales et économiques difficiles du premier cas, il obtient des scores bas (anxiété faible, dépression normale) lors des deux tests préliminaires. Cela a été également observé sur le plan comportemental et psychologique au sein de l'établissement pénitentiaire, où il est devenu plus ouvert et enclin à des relations avec autrui.

Le deuxième cas a montré une diminution significative de son anxiété après l'application postérieure du test d'anxiété, alors que le score de 13 indiquait une tendance vers la dépression lors du post-application du test de "Beck", comparé à 21 points lors du pré-application. Cela indique une amélioration perceptible de l'humeur générale. Le penchant vers la dépression peut être expliqué par le fait que le cas est constamment soucieux de la situation économique de sa famille (sa mère et ses sœurs) et son empathie envers elles, parfois jusqu'à ressentir de la culpabilité. Cependant, en comparant le comportement général du cas avant et après l'application du programme de prise en charge, nous avons remarqué une amélioration et une ouverture aux autres par rapport aux premiers jours suivant sa condamnation. De là, nous pouvons confirmer l'efficacité du programme de prise en charge suivi avec le deuxième cas.

Effacité d'un programme de prise en charge cognitivo-comportementale du trouble de l'adaptation auprès de détenus adolescents primaires

Pour les cas trois et quatre, il y a une amélioration significative de l'état émotionnel avec une stabilisation de l'humeur dans les limites d'une tendance vers la dépression. Cela peut être expliqué en se basant sur les entretiens cliniques - en considérant le regard négatif que le cas trois a envers son accusation et le fait que la tendance vers la dépression est un trait de personnalité pour le cas quatre. En général, il y a eu une réponse positive pour les deux cas au programme de prise en charge, comme le démontre le tableau numéro (1) des résultats concernant l'anxiété et la dépression. Il est important de noter que malgré la stabilisation de leur humeur tendant vers la dépression, cela ne peut pas être considéré comme pathologique, en se basant sur l'observation de leur comportement général à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire avant et après l'application du programme d'intervention.

Sur la base des résultats des tests d'anxiété de "Taylor" et de dépression de "Beck", ainsi que de l'observation du comportement général des quatre cas à l'intérieur de l'établissement (dans les salles, les cours et lors des entretiens cliniques) avant et après l'application du programme de prise en charge, nous pouvons confirmer l'efficacité de ce dernier dans le traitement du trouble de l'adaptation chez les quatre cas. Cela confirme donc l'hypothèse de recherche.

9. Conclusion :

La gestion des établissements pénitentiaires en Algérie évolue vers une politique plus humaine, contrairement à la politique pénale qui recourait à la répression pour châtier les délinquants. Cependant, malgré cela, l'environnement pénitentiaire, représenté par l'institution pénitentiaire, demeure un facteur générateur de pression en raison de sa structure géométrique et de son règlement intérieur caractérisé par la vigilance et la rigidité pour garantir la sécurité.

Le trouble de l'adaptation est parmi les troubles courants dans le milieu carcéral, cependant, il ne bénéficie pas de l'intérêt nécessaire de la part du personnel de santé des établissements pénitentiaires, en particulier les psychologues cliniciens chargés de cette tâche.

L'adolescent incarcéré, en particulier, éprouve des difficultés d'adaptation au rythme et règlement de l'établissement. L'éloignement de la famille représente une rupture relationnelle à un stade de développement crucial, il se confronte à un système strict qui impose un certain rythme de vie (heures de sommeil, repas, activités et habillement). C'est dans ce contexte que notre intervention a lieu dans un cadre de recherche, en appliquant un programme de prise en charge cognitivo-comportementale sur quatre cas adolescents incarcérés primaires qui éprouvent des difficultés d'adaptation. Le programme repose sur quatre techniques

complémentaires, soutenues d'une guidance familiale, visant à évaluer son efficacité à travers la comparaison des résultats des deux tests appliqués (l'échelle d'anxiété de "Taylor" et l'inventaire de dépression de "Beck") ainsi que l'observation des changements dans le comportement général des quatre cas (interaction avec les autres détenus, humeur, comportement général, etc.).

10. BIBLIOGRAPHIE:

- Benyamina, A., & CPNLF. (2014). *Addictions et comorbidités*. Dunod.
- Bouthillier, G., Pierre, S., Pascale, B., & Michel, J. (2001). *thérapie cognitive et comportementale :trois outils efficaces à utiliser au bureau. le clinicien*.
- CASEY, P., J. Strain, J., Marc-Antoine, C., Etienne Boehrer, A., & American Psychiatric Publi. (2018). *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress: Le guide du clinicien*. (C. Marc-Antoine, Trad.) Elsevier Health Sciences.
- Christophe, M., Coutu, S., Aimé, A., & Lafantaisie, V. (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. Presses de l'Université du Québec.
- Frédéric, F., & Bernard, R. (2007). *L'Affirmation de soi: Une méthode de thérapie*. Odile Jacob.
- Jeffrey, N., Spencer, R., & Beverly, G. (2009). *Psychopathologie*. (B. Miche, Trad.) France: Pearson Education France.
- Julien-Daniel, G. (2004). *quatrième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
- Claudon, R., Masclat, G. *le stress, principe actif de la peine de prison moderne: detresse et gestion de son état de stress en centre de détention régional chez des détenus primaires et condamnés pour des peines moyennes*. (2005). Consulté le 04 02, 2012, sur em consulte: <https://www.em-consulte.com/>
- Marie-Christine, H.-B., & Patrick, H. (2003). *enseignement de la psychiatrie*. Paris: Editions Doin.
- Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Mardaga.
- Prochaska, J. e. (1992). *mettre fin à votre violence envers votre partenaire intime et les membres de votre famille*. (r. n. punliée, Éd.) canada.
- Szabo, D., Gagne, D., & Parizeau, A. (1972). *L'adolescent et la société: Étude comparative*. Editions Mardaga.
- Dar Al-Hamed For (وسام درويش و آخرون، المترجمون) (2008). *علم النفس الصحي*. Publishi.
- نانسي زاي. (2005). *فن التنفس: ستة دروس بسيطة لتحسين الأداء والصحة*. (ياسر العيتي، المترجمون) العبيكان.