

## Thérapie comportementale et thérapie familiale. Une relation de complémentarité <sup>1</sup>

Dr. Dirk De Wachter

*Hôpital universitaire St-Jozef (KULeuven)*

Prof. Alfred Lange

*Université d'Amsterdam*

### Introduction

La question de l'intégration de différents courants de la psychothérapie est en discussion depuis les années 1920. Castonguay et Goldfried (1994) ont présenté ses multiples développements. Cette intégration est considérée comme une nécessité, par exemple dans le *Journal of Psychotherapy Integration* et dans le prestigieux *Handbook of Psychotherapy Integration* de Norcross et Goldfried (1992).

Le point de vue le plus souvent adopté consiste à combiner les modèles comportementaux et cognitifs avec ceux de la psychanalyse et de l'approche « centrée sur le client » (Goldfried & Newman, 1992 ; Wachtel, 1977 ; Wachtel, 1991). On peut s'étonner de la rareté des tentatives d'intégrer la thérapie familiale et la thérapie cognitivo-comportementale, alors que ces deux cadres de référence peuvent parfaitement se combiner, tant du point de vue théorique que pratique. On ne comprend pas bien que les comportementalistes — qui attachent en principe beaucoup d'importance aux contingences de renforcement — puissent élaborer des programmes de traitement sans prendre en compte les interactions familiales. D'autre part, les praticiens de la thérapie familiale ont tout intérêt à utiliser les lois de l'apprentissage et les techniques comportementales pour leurs traitements, au lieu de se baser seulement sur des feedbacks de structures et de processus interactionnels.

Dans le présent exposé, nous considérons comme acquis la nécessité d'observer et d'analyser la famille. Notre objectif est de montrer comment un modèle de traitement peut intégrer les perspectives systémiques et comportementales.

### Un cas

Nous présentons notre thèse en l'illustrant par le cas d'une *phobie scolaire*.

Nathalie, onze ans, d'apparence mignonne, a été envoyée en consultation par sa mère. Elle souffrait, depuis plus d'un an, d'une peur croissante de l'école. Depuis un mois, la situation avait empiré et Nathalie n'allait plus du tout en classe. Chaque matin elle se plaignait de violents maux de ventre, qui l'empêchaient de se lever. Des examens médicaux approfondis n'avaient pas décelé de causes physiques. Lorsque les parents se montraient insistants, la douleur ne faisait que croître. Aux environs d'onze heures du matin, Nathalie commençait à se sentir mieux. A ce

---

<sup>1</sup> Communication à la Journée scientifique de l'*Association pour l'Etude, la Modification et la Thérapie du Comportement* (AEMTC), tenue le 28 novembre 1998 au CHU Van Gogh (Marchienne-au-Pont). Le texte avait été traduit du néerlandais par Jacques Van Rillaer (Université de Louvain-la-Neuve).

moment elle se levait, elle aidait un peu sa mère à faire le ménage et l'accompagnait dans ses courses. Les malaises physiques réapparaissaient le soir, au moment du coucher.

Les deux sœurs de Nathalie ne présentaient guère de problèmes significatifs. Son père était un indépendant, qui travaillait dur, avec succès, et qui rentrait souvent tard le soir. Sa mère était une ménagère dévouée. N'ayant pas trouvé, comme architecte d'intérieur, un travail qui lui convenait, elle se consacrait entièrement à la maison et aux enfants.

Dans le DSM-IV (APA, 1994), la phobie scolaire n'apparaît pas comme un trouble particulier. Le cas présent peut se rattacher à la catégorie de l'anxiété sociale.

Les comportementalistes ont réalisé beaucoup de recherches sur la peur d'aller à l'école. La majorité des études se rapportent à l'utilisation de techniques telles que la désensibilisation systématique et l'exposition *in vivo*. Un élément qui apparaît essentiel est la gestion des comportements à l'école (Blagg & Yule, 1994 ; Gullone & King, 1991 ; Hagopian & Slifer, 1993). La littérature de la thérapie comportementale ne présente guère d'études sur une implication de la famille qui aille au-delà des renforcements de conduites d'exposition dans des situations anxiogènes. Ces traitements ne prennent pas en compte les variables systémiques.

Nathalie a d'abord été reçue avec toute la famille. Elle a été vue seule à la séance suivante. Elle a alors passé quelques tests. Ensuite le thérapeute s'est entretenu avec les parents seuls. Les séances suivantes ont réuni les parents et Nathalie. Il est apparu que Nathalie était très intelligente et sensible, mais qu'elle était victime de la combinaison d'un niveau d'aspiration extrêmement élevé avec l'angoisse d'échouer, une combinaison classique chez des personnes souffrant d'anxiété sociale.

Les problèmes pour lesquels elle consultait avaient commencé lorsqu'elle était arrivée dans une classe avec des élèves plus âgés qu'elle et avec une institutrice qu'elle n'aimait pas trop. A ce moment-là, les parents avaient fait procéder à des examens médicaux. Les parents, qui n'avaient pas beaucoup d'intérêts communs, ne connaissaient cependant pas de conflits relationnels sérieux. La mère vivait dans une relative solitude, mais n'y voyait aucun problème. Cette situation ne provoquait guère de tensions dans le couple, mais avait sans doute une influence sur la relation entre la mère et la fille. Cette relation avait une allure « symbiotique » : en restant à la maison, Nathalie procurait à sa mère des raisons de vivre, tandis que la mère renforçait l'évitement de l'école en accomplissant toute une série d'activités avec sa fille.

La littérature sur la phobie scolaire met en avant l'importance de retourner à l'école le plus rapidement possible (Blagg & Yule, 1994 ; Phelps, Cox & Bajorek, 1992). On y souligne que le traitement devient d'autant plus difficile que la situation se prolonge. Pour cette raison, il était indiqué de rompre assez rapidement le cercle vicieux qui s'était établi dans la famille de Nathalie. La thérapeute a dès lors proposé un contrat thérapeutique centré sur des facteurs favorisant le retour à l'école. Il a d'abord insisté sur les aspects positifs de l'attitude de la mère, attitude témoignant de son amour et de son dévouement. Ensuite il a expliqué le processus dans lequel Nathalie avait abouti : ne plus aller à l'école avait finalement pour conséquence de rendre les choses plus compliquées, et cela précisément parce que Nathalie était une fille qui a le souci de toujours bien faire (une qualité dont le thérapeute a souligné la valeur). Il a également expliqué que les malaises physiques avaient augmenté avec le temps parce que le ventre est le point faible du corps de Nathalie.

Les parents et la fille étaient bien d'accord pour dire qu'il fallait rompre le cercle vicieux. La question était de savoir comment. Le thérapeute a proposé les moyens suivants.

La mère devrait demander à l'institutrice de fournir à Nathalie des travaux quotidiens, de sorte que la fillette puisse mettre ses connaissances au niveau de celles de la classe. Il faudrait même que son niveau soit un peu plus élevé, pour que le retour à l'école puisse se faire facilement. Les jours où Nathalie n'irait pas à l'école, elle devrait rester seule dans sa chambre et devrait s'occuper de travaux scolaires pendant un temps équivalent à celui qu'elle aurait dû passer en classe. Ainsi elle ne pourrait plus jouer, aider sa mère ou l'accompagner pour les courses. Le thérapeute a pris soin de présenter cette règle, non comme une punition, mais comme une préparation indispensable pour le retour à l'école. Nathalie et ses parents ont marqué leur accord avec cette façon de procéder. Deux semaines plus tard, Nathalie retournait à l'école. On était

sorti de la crise, mais les structures sous-jacentes n'avaient pas changé et cela à différents niveaux.

### **Le niveau intrapsychique**

Nathalie présentait plusieurs symptômes d'anxiété sociale, indiquant le risque d'une réapparition de la phobie scolaire. Pour cette raison, le thérapeute familial a consacré six séances individuelles au développement de ses compétences sociales (Hollin & Trower, 1988 ; Inderbitzen-Pisaruk & Foster, 1990 ; Martin & Pear, 1992). Dans cette perspective, le thérapeute lui a demandé de noter et de décrire en détail ses angoisses dans un carnet. Le thérapeute a pu réduire une série d'idées dysfonctionnelles grâce à des échanges sur le matériel noté, des questions et des expérimentations comportementales (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989). Nathalie était invitée à effectuer des comportements anxiogènes et à observer les réactions des autres enfants. Certaines situations étaient d'abord jouées en consultation. Après discussion, le thérapeute montrait à Nathalie d'autres possibilités de réactions que celles qui lui étaient habituelles. Ces séances se sont déroulées dans un climat agréable et ont induit des espoirs et des changements, ce qui a augmenté la motivation de Nathalie.

### **Le niveau systémique : les parents, la mère et Nathalie**

Nous avons déjà mentionné que la mère était plutôt seule dans son rôle domestique et que le père était beaucoup absent, pour cause de travail. Progressivement et sans que la famille en prenne conscience, la mère semblait satisfaite lorsque Nathalie restait à la maison.

Il est sans doute contre-indiqué de montrer aux parents, de façon directe et rationnelle, ce type de processus. Face à une telle remise en question, des parents qui aiment leurs enfants et qui veulent leur bien se trouvent davantage insécurisés et ressentent encore plus la peur d'échouer. Aussi le thérapeute a-t-il plutôt parlé en détail de la phase de la vie dans laquelle se trouvait l'enfant et des changements auxquels la mère était confrontée. Il a suggéré que, du fait que les enfants n'étaient plus à la maison pendant la journée, la mère aurait sans doute intérêt à développer de nouvelles activités. La mère s'est montrée sincèrement d'accord avec cette suggestion, soutenue en cela par le père, sans doute soulagé de ne pas être culpabilisé.

Dans la rencontre de suivi six mois plus tard, la mère a fait savoir qu'elle suivait des cours à l'académie des arts et qu'elle travaillait comme bénévole dans une association d'anciens. Ces activités lui plaisaient beaucoup. L'augmentation de son autonomie semblait l'avoir rendue plus attrayante aux yeux de son mari. Celui-ci était plus souvent à la maison. Les époux sortaient de temps à autre et s'étaient découvert de nouveaux intérêts communs pour des activités culturelles. Nathalie n'avait pas connu de rechute : ses symptômes n'étaient pas réapparus, elle n'éprouvait plus de difficulté à se rendre à l'école.

### **Les différents effets de la thérapie**

Selon la revue de la littérature sur la phobie scolaire, par Blagg et Yule (1994), les résultats de la thérapie comportementale standard ne sont pas vraiment satisfaisants. Le cas de Nathalie illustre peut-être pourquoi il n'y a pas lieu de s'en étonner. Le processus de renforcement n'aurait sans doute pas été interrompu si le thérapeute s'était contenté de faire de la désensibilisation, du « shaping » ou du conditionnement opérant. Dans la thérapie de Nathalie, les propositions de modification de comportements des parents ont été intégrées à une analyse systémique de la famille, analyse dans laquelle les connotations positives de l'enfant et des parents ont joué un rôle important, si pas crucial. L'incitation de la mère à entreprendre de nouvelles activités a inauguré des changements dans la structure familiale et a aidé la famille à progresser vers une phase où la relation symbiotique entre la mère et la fille a pu être dépassée.

Nous voulons encore souligner que la mise en place de règles comportementales bien définies a permis l'extinction du comportement d'évitement de Nathalie et la sortie du cercle vicieux dans lequel elle avait abouti (Hagopian & Slifer, 1993). Ces techniques comportementales typiques

sont des instruments idéaux et rapidement efficaces pour mettre en œuvre une thérapie systémique des structures. Ces deux approches de la psychologie peuvent se combiner de façon harmonieuse et complémentaire pour former un ensemble naturel.

## **Des techniques comportementales dans un cadre systémique**

Nous examinons quelques techniques comportementales « individuelles » qui peuvent être utilisées dans le contexte d'une thérapie familiale.

### **Monitoring et prévention de réponses**

Une technique très utile en thérapie familiale est la notation par le patient — et parfois aussi par des membres de la famille — de comportements-problèmes, de symptômes, d'affects et d'idées. On peut ainsi établir des « lignes de base » de la fréquence et de l'intensité des réactions. Cette procédure fournit au thérapeute et aux membres de la famille des informations qui permettent de comprendre les structures dans lesquelles se situent les comportements problématiques. Il est bien connu que l'automonitoring entraîne parfois une diminution des troubles, du fait qu'il permet à l'intéressé des prises de conscience, une forme de contrôle et une modification de la signification des symptômes. L'observation méthodique est souvent le premier pas dans le traitement de la dysthymie, les troubles du contrôle des impulsions et la boulimie (Lange, de Vries, Gest & van Oostendorp, 1994).

Les études sur les effets des thérapies familiales classiques montrent qu'elles s'avèrent peu efficaces pour ces troubles. Leurs résultats s'améliorent lorsqu'elles comportent des procédures de monitoring.

Il s'agit également d'une technique très utile pour aborder des problèmes interactionnels. Par exemple, la notation des réactions d'irritation peut réduire la tendance à attribuer tous les torts au partenaire (Lange, 1994). Le même principe apparaît utile pour les parents qui s'adonnent trop à la critique de leurs enfants ou d'un enfant particulier placé dans le rôle de bouc émissaire. L'observation systématique permet d'aborder, en termes interactionnels, concrets et efficaces, des problèmes qui paraissaient figés ou insolubles.

L'instruction de noter des symptômes ou d'autres phénomènes définis, à un stade ultérieur de la thérapie (par exemple, à un moment où des problèmes sont déjà largement aplanis), constitue un moyen efficace pour prévenir certaines réactions indésirables. Ainsi des partenaires, qui ont terminé une thérapie de couple satisfaisante, peuvent continuer à noter certaines irritations, de façon à les rendre davantage conscientes et de pouvoir en discuter.

### **Entraînement aux habiletés sociales**

L'exposé du cas de Nathalie a montré le profit qu'on peut tirer d'exercices comportementaux destinés à améliorer les compétences sociales. Ce type de formation est destiné à apprendre au patient à s'affirmer de façon positive et à réagir autrement avec les autres, en particulier lorsque ceux-ci se montrent hostiles (Martin & Pear, 1992). Ces interventions sont apparues utiles dans un grand nombre de problèmes, notamment les troubles anxieux (Leitenberg, 1990) et dépressifs (Craighead, Evans & Robins, 1992), aussi bien chez des enfants que chez des adultes.

Le training des compétences sociales peut être inséré dans des séances de thérapie familiale, au cours desquelles les membres de la famille apprennent à interagir d'une nouvelle manière, mais aussi dans des séances individuelles, avec le patient traité ou avec un autre membre de la famille.

### **Exercices de confrontation**

Il est aujourd'hui largement admis que l'exposition est une composante essentielle du traitement d'un trouble anxieux et d'un état de stress post-traumatique. Cette procédure permet

une extinction de l'anxiété liée à des stimuli (Frijda, 1986 ; Rachman, 1980) ainsi qu'une restructuration cognitive (Janis, 1958 ; Beck, 1976 ; Lazarus, Kanner & Folkman, 1980). Dans le traitement de la phobie sociale et du trouble panique avec agoraphobie, l'exposition se fait le plus souvent in vivo (McNally, 1994). Dans le traitement des états de stress post-traumatique, l'exposition se fait souvent en imagination (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991 ; Richards & Rose, 1991 ; Vaughan & Tarrier, 1992).

L'exposition en imagination est également un traitement de choix pour des patients qui souffrent de rancunes tenaces à l'égard de membres de la famille ou à l'égard d'anciens partenaires. Cette technique peut être mise en œuvre au cours de séances individuelles, mais ce n'est pas obligatoire. Il est parfois utile que le partenaire soit présent quand le patient essaie de retravailler son passé. C'est assurément le cas pour des situations très traumatisantes telles que des abus sexuels.

Le fait qu'un ou plusieurs membres de la famille participent au processus de changement peut influencer positivement la thérapie. Toutefois la présence d'un partenaire est parfois perturbante, de l'une ou l'autre façon, et des séances individuelles sont alors préférables. La thérapie familiale est flexible, elle s'adapte à la situation et aux souhaits du patient.

### **La rédaction structurée**

Murray Bowen, célèbre pionnier de la thérapie familiale, a proposé en 1972 la méthode de l'écriture aux membres de la famille dont on est issu, en vue d'élaborer les «affaires interminables». Il en a fait usage surtout dans des thérapies didactiques (Anonymous, 1972). Dans les années 80, cette procédure a été développée pour le trouble post-traumatique et le deuil pathologique (van der Hart, 1984 ; Lange, 1988 ; Lange & van der Hart, 1983).

La méthode se base sur les principes de l'extinction et de la restructuration cognitive, des principes qui expliquent l'effet de l'exposition verbale. La procédure a toutefois encore d'autres avantages : la programmation peut être adaptée au rythme du patient, la multiplication des rédactions permet une importante réorientation cognitive de la situation traumatisante (Harber & Pennebaker, 1992).

Le patient est invité à écrire quotidiennement à une personne ou au sujet d'une situation spécifique. Cette rédaction se déroule selon un rituel : des moments déterminés, une durée définie, toujours au même endroit. Dans les premiers temps, l'écriture vise une confrontation avec soi-même : le patient est incité à ne jamais censurer ses angoisses et ses rancunes. Les lettres sont appelées des « poissons pourris ». Personne ne peut les lire, sauf éventuellement le thérapeute. Lorsque les émotions diminuent d'intensité et que le passé semble avoir été réélaboré, le patient écrit une nouvelle lettre, une lettre « digne ». Celle-ci doit contenir les éléments essentiels de la précédente, mais ne peut être offensante pour le destinataire. Il s'agit d'une lettre dont le patient peut être fier et qui souligne les changements cognitifs réalisés à l'occasion de l'écriture. Si c'est possible, la lettre est envoyée au destinataire, réellement ou de façon symbolique et ritualisée.

Durant la deuxième décennie, plusieurs études américaines ont confirmé l'utilité de la rédaction structurée (Pennebaker, 1989 ; Pennebaker, 1993 ; Pennebaker & Beall, 1986). Cette technique individuelle s'intègre facilement dans une thérapie familiale. Les patients peuvent parler de leurs expériences d'écriture avec des membres de la famille, éventuellement même avec la personne qui est l'objet de la lettre. De cette façon se trouvent abordés des thèmes qui sinon seraient restés latents et auraient dégénéré en conflits sans solution.

### **La thérapie cognitive**

Durant la dernière décennie, on a assisté à un intérêt croissant pour des méthodes visant à modifier des conceptions dysfonctionnelles et des schémas relatifs à la conception du monde (Beck, Freeman et al, 1990 ; Beck & Weishaar, 1989 ; Granvold, 1994). Les thérapeutes disposent à présent de procédures qui peuvent les aider à désarticuler des cognitions dysfonctionnelles, grâce à un questionnement de type « socratique » et à des expérimentations

comportementales (Hawton *et al.*, 1989). La méthode s'applique à un vaste champ de troubles : dépression, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, dysfonctionnements sexuels et problèmes interpersonnels.

Beaucoup d'études empiriques montrent l'efficacité de la thérapie cognitive systématique (Alford & Beck, 1994 ; van Balkom *et al.*, 1994 ; Granvold, 1994). Or il s'agit d'une méthode qui peut fort bien s'intégrer à une thérapie familiale ou relationnelle (Munson, 1994).

Un mode d'intervention particulièrement intéressant a pour précurseur le célèbre petit livre de Coué (1925) sur l'autosuggestion. Il s'agit du « training d'auto-instructions » de Meichenbaum et Cameron (1974). Se basant sur des travaux de Luria et Vygotski, ces psychologues ont montré que des schizophrènes hospitalisés pouvaient apprendre à modifier leurs auto-verbalisations dysfonctionnelles, en vue d'un dialogue intérieur plus fonctionnel (positif), et ainsi améliorer leurs compétences cognitives (Meichenbaum, 1974 ; 1975). La méthode a ensuite été essayée pour d'autres troubles, tels que l'anxiété sociale, le trouble panique, des troubles du comportement alimentaire et certains troubles douloureux. (Emmelkamp, Brilman, Kuiper & Mersch, 1986 ; Mavissakalian, Michelson, Greenwald, Kornblith & Greenwald, 1983 ; Bennet, 1986; Prins, 1988). Cette méthode, facile à utiliser, est bien intégrée dans la thérapie comportementale.

## Conclusion

La liste des techniques que nous venons d'évoquer brièvement est loin d'être exhaustive. Elle permet néanmoins de se faire une idée des techniques de thérapie comportementale qui peuvent être utiles et même essentielles dans le cadre d'une thérapie familiale. Ceci signifie que les thérapeutes systémiciens peuvent disposer d'instruments et de méthodes déjà bien au point. Réciproquement, les comportementalistes ne peuvent nier la valeur de la thérapie familiale. Au contraire, on ne pourrait comprendre comment des comportementalistes, avec leur insistance sur les renforcements et la réciprocité des réactions, pourraient traiter des patients sans tenir compte de l'influence des événements qui se produisent dans la famille, c'est-à-dire dans l'environnement le plus important du patient. Dans le cas de Nathalie, l'importance de la thérapie familiale est très claire. Si la famille n'avait pas été impliquée, le résultat aurait probablement été insatisfaisant. Il y a évidemment des cas dans lesquels on peut facilement penser que la famille ne doit pas être impliquée. Ainsi, dans le traitement du trouble panique ou des troubles du contrôle des impulsions, il convient d'être très attentif aux aspects intrapsychiques. Dans une thérapie familiale avec ce type de patient, il est très important que le thérapeute connaisse bien des techniques comportementales, sans qu'il néglige pour autant la dynamique familiale.

Même lorsque le traitement se déroule essentiellement à un niveau individuel, il importe que le thérapeute s'intéresse aux processus de renforcement et aux fonctions que peuvent avoir les symptômes dans la stabilité de la famille. En prenant pour principe de voir l'ensemble de la famille au cours de la première consultation (comme dans le cas de Nathalie), le thérapeute peut observer aussi bien des caractéristiques individuelles qu'interactionnelles. Dans certains cas, il s'agira de modifier les transactions interpersonnelles, dans d'autres cas, il faudra s'orienter davantage vers la modification de processus intrapsychiques. Les thérapeutes qui peuvent aborder ces deux dimensions sont en mesure de formuler des programmes de traitement qui tiennent compte de la complexité de l'existence humaine.

Comme l'illustre le cas de Nathalie, il n'est pas nécessaire que le thérapeute familial voit toute la famille à chaque consultation. Des séances avec une personne ou avec des «sous-systèmes» sont envisageables et parfois nécessaires. Toutefois, même lorsque les processus intrapsychiques constituent le thème essentiel du traitement, il est souvent intéressant de faire connaissance avec la famille. Cette façon de procéder permet au thérapeute, quand cela devient utile, de passer du niveau individuel au niveau interactionnel et inversement. C'est précisément cette flexibilité qui fait la fécondité de la combinaison de la thérapie comportementale et de la thérapie familiale.

## Références

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, forth edition (DSM-IV). New York: Brunner/Mazel.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1994) Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 369-380.
- (Anonymous) (1972) Toward the differentiation of the self in one's own family. In J.L. Framo (Ed.), *Family interactions*. New York, Springer.
- Beck, A.T. (1976) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford press.
- Beck, A.T., & Weishaar, M. (1989) Cognitive therapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum.
- Bennett, G.A. (1986) An evaluation of self-instructional training in the treatment of obesity. *Addictive Behaviours*, 11, 125-134.
- Blagg, N., & Yule, W. (1994) School phobia. In Th. H. Ollendick, N.J. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (1994) Psychotherapy integration : An idea whose time has come. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 159-172.
- Coué, E. (1925) *Die Selbstbemeisterung durch bewasste Autosuggestion*. Basel: Verlag Benno Schwabe & Co.
- Craighead, W.E., Evans, D.E., & Robins, C.J. (1992) Unipolar depression. In S.M. Turner, K.S. Calhoun & H.W. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behaviour therapy*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P., Brillman, E., Kuiper, H. & Mersch, P. (1986) The treatment of agoraphobia. A comparison of self-instructional training, rational emotive therapy and exposure in vivo. *Behaviour Modification*, 10, 37-53.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T.B. (1991) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive behavioural procedures and counselling. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Frijda, N. (1986) *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldfried, M.R. & Newman, C.F. (1992) A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Granvold, D.K. (1994) Concepts and methods of cognitive treatment. In D.K. Granvold (Ed.), *Cognitive and behavioural treatment. Methods and application*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Gullone, E. & King, N.J. (1991) Acceptability of alternative treatments for school refusal: Evaluations by students, caregivers, and professionals. *British Journal of educational Psychology*, 61, 346-354.
- Hagopian, L.P. & Slifer, K.J. (1993) Treatment of separation anxiety disorder with graduated exposure and reinforcement targeting school attendance: A controlled case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 271-280.
- Harber, K.D. & Pennebaker, J.W. (1992) Overcoming traumatic memories. In S.A. Christanson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (Eds) (1989) *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford : Oxford University Press.
- Hollin, C.R. & Trower, P. (1988) Development and applications of social skills training: A review and critique. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behaviour modification*. Newbury Park, Cal.: Sage Publications.
- Inderbitzen-Pisaruk, H., & Foster, S.L. (1990) Adolescent friendships and peer acceptance: Implications for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 10, 425-439.
- Janis, I.L. (1958). *Psychological stress*. New York: Wiley.
- Lange, A. (1988) Techniques and timing in directive family therapy with victims of the holocaust. In E. Chigier (Ed.), *Grief and bereavement in contemporary society*, Vol. 2. Jerusalem: Freund.

- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*. Zesde, volledig herziene druk, Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., & van der Hart, O. (1983) *Directive family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A., de Vries, M., Gest, A. & van Oostendorp, E. (1994) A self-management program for bulimia nervosa: The elements, the rationales and a case study. *Eating disorders*, 2, 329-340.
- Lazarus, R.S., Kanner, A.D. & Folkman, S. (1980) Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and practice*. New York: Academic Press.
- Leitenberg, H. (Ed) (1990) *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York: Plenum Press.
- Martin, G., & Pear, J. (1992) *Behaviour modification: What it is and how to do it*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mavissakalian, M., Michelson, L., Greenwald, D., Kornblith, S. & Greenwald, M. (1983) Cognitive-behavioural treatment of agoraphobia: Paradoxical intention vs self-statement training. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 75-86.
- McNally, R.J. (1994) *Panic disorder. A critical analysis*. New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. (1974) *Cognitive Behaviour Modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Meichenbaum, D. (1975) Self-instructional methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods*. New York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1974) The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 103-117.
- Munson, C.A. (1994) Cognitive Family Therapy. In D.K. Granvold (Ed.), *Cognitive and behavioural treatment; Methods and applications*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (Eds) (1992) *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic books.
- Pennebaker, J.W. (1989) Confession, inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol 22. New York Academic Press.
- Pennebaker, J.W. (1993) Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research Therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J.W. & Beall, S.K. (1986) Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Phelps, L., Cox, D., & Bajorek, E. (1992) School phobia and separation anxiety: Diagnostic and treatment comparisons. *Psychology in the Schools*, 29, 384-394.
- Prins, P.J.M. (1988) Efficacy of self-instructional training for reducing children's dental fear. *Child & Family Behaviour Therapy*, 10, 49-67.
- Rachman, S.J. (1980) Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Richards, D.A. & Rose, J.S. (1991) Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: Four case studies. *British Journal of Psychiatry*, 158, 836-840.
- Schoutrop, M., Lange, A., Duurland, C., Bermond, B., Sporry, A. & de Goederen, A. (1995) De resultaten van schrijfofdrachten bij het verwerken van negatieve ervaringen. *Directieve Therapie*, 15, 113-125.
- van Balkom, A.J.L.M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nauta, M.C.E. & Vorst, H.C.M. (1994) A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behaviour, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- van der Hart, O. (1984) *Rituelen in psychotherapie: Overgang en bestendiging* (2<sup>e</sup> ed.). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vaughan, K. & Tarrier, N. (1992) The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.
- Wachtel, P.L. (1977) *Psychoanalysis and behaviour therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1991) Behaviour therapy and experience: Allies, not adversaries. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 121-132.