

Évaluation d'un traitement comportemental visant à réduire les effets prurigineux d'une dermatite atopique

MARTIN L. LALUMIÈRE

Université de Montréal

et

CHRISTOPHER M. EARLS¹

Université de Montréal

La présente étude tente d'évaluer l'impact de l'introduction d'une procédure d'auto-contrôle en vue de réduire la fréquence de grattage de la peau chez un sujet présentant un problème dermatique appelé dermatite atopique. Le traitement consiste, d'une part, en l'instauration d'un comportement incompatible et, d'autre part, au contrôle du stimulus déclencheur (prurit). L'évaluation des effets du traitement s'effectue à l'aide d'un devis expérimental à cas unique A-B-A-B dans lequel la présence et l'absence de l'intervention thérapeutique sont systématiquement alternées. Les résultats démontrent clairement l'effet significatif du traitement, tant au niveau clinique qu'expérimental.

La dermatite atopique consiste en une inflammation aiguë du derme. La cause de la dermatite atopique est inconnue, contrairement à la dermatite de contact où le facteur causatif est facilement décelable (agent externe irritant, allergène ou sensibilisant). Néanmoins, on sait que la dermatite atopique est parfois provoquée par des allergies alimentaires ou par des perturbations respiratoires d'ordre allergène. En outre, certains facteurs aggravants sont connus tels l'assèchement de la peau, le port de laine ou de tissus irritants. La nervosité ou un choc affectif

1. Les auteurs désirent exprimer leurs remerciements à Colette Boucher et Marc-André Bouchard pour les précieux commentaires qu'ils ont fournis à la lecture du manuscrit de cet article, ainsi qu'à Joane Boucher pour son assistance technique. Des tirés à part peuvent être obtenus en écrivant à Christopher M. Earls, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128 Succ. A, Montréal, Québec H3C 3J7.

peuvent aussi aggraver l'état de l'individu (Brunner & Suddarth, 1979). D'un point de vue médical, les principes du traitement consistent à protéger la surface infectée à l'aide d'une lotion non médicamenteuse ou d'une crème à base de corticoïde. Lorsque les conditions s'enveniment, des sédatifs, antihistaminiques ou antibiotiques systémiques sont prescrits.

En ce qui concerne les traitements de nature non médicale, une recension de la littérature indique que l'éventail en est très limité. Toutefois, des procédures d'autocontrôles ont été élaborées à partir de diverses techniques comportementales. Lorsque l'état de santé semble maintenu par le comportement du client, les techniques visant à établir un autocontrôle chez ce dernier s'avèrent souvent le traitement de choix (Watson, Sharp & Kriesberg, 1972). Cependant, les études évaluant l'efficacité des techniques comportementales dans le traitement des problèmes dermatiques sont peu nombreuses.

Wolpe (1959) fut le premier à utiliser des techniques comportementales pour ce genre de problème; il obtint des résultats positifs en combinant un entraînement aversif et une désensibilisation systématique. Plus récemment, Dobes (1977) démontre l'effet bénéfique de renforcements provenant de pairs sur la diminution de la fréquence du comportement cible. Latimer (1979) utilise avec succès une technique de substitution de comportement où le comportement cible (le sujet se gratte de façon excessive) est remplacé par un comportement incompatible (serre les poings pendant 30 secondes). Rosebaum et Ayllon (1981) utilisent quant à eux la même technique et obtiennent des résultats positifs chez quatre sujets. Enfin, Watson et ses collaborateurs (1972) démontrent l'efficacité d'un plan d'automodification chez un sujet présentant un problème de dermatite atopique depuis 17 ans. Le patient instaure un comportement incompatible (taper sur la peau puis la frotter doucement) et utilise un renforçateur dans le but de diminuer et éventuellement de contrôler l'habitude de se gratter.

Le point commun de ces diverses méthodes est une analyse détaillée du comportement relié au problème de la peau ainsi que du rôle actif joué par le sujet dans le maintien de la dermatite. Ainsi, l'analyse des conditions antécédentes (prurit) et conséquences du comportement (réduction de la démangeaison), permet de planifier une intervention visant à rééquilibrer les différents aspects concrets au comportement inadapté (Latimer, 1979).

Face à ce genre de problème, il est pertinent d'utiliser un schéma à cas unique. Un tel protocole permet en effet de détecter et d'identifier rapidement, à l'aide de mesures répétées, les sources de variabilité chez un individu et, subséquemment, de modifier le plan d'intervention en fonction de ces facteurs de variabilité (Barlow & Hersen, 1984). Cependant, on remarque dans toutes les études susmentionnées l'évaluation expérimentale du traitement est affectée par le manque de rigueur des protocoles de recherche. En effet, le devis employé est dans la totalité des cas de type A-B, ce qui compromet l'inférence causale du traitement (Barlow & Hersen, 1984). La présente étude vise à corriger cette lacune en utilisant un devis expérimental à cas unique A-B-A-B pour l'évaluation d'un traitement visant à réduire et éventuellement à contrôler la fréquence excessive de grattage de la peau.

MÉTHODOLOGIE

Sujet

Le sujet de la présente étude est un étudiant de 21 ans présentant une dermatite atopique depuis près d'un an. Les endroits du corps les plus touchés sont le pourtour des yeux, le cou, les poignets, le creux des bras et autres plis de flexion. Suite à la recommandation d'un dermatologue, le sujet applique régulièrement sur sa peau une crème à base de cortisone. Bien que ce traitement se poursuive depuis trois mois, les démangeaisons sont toujours présentes et la condition générale du derme se détériore. Lors de la première rencontre d'évaluation, le sujet nous informe que les démangeaisons se produisent fréquemment et qu'elles perturbent le cours normal de ses activités. Par exemple, la prise de notes dans les cours devient difficile puisque le sujet doit se gratter très souvent. Ce comportement ne semble déterminé par aucun événement particulier. Toutefois, le sujet rapporte qu'il est souvent nerveux et que dans de telles situations il lui est difficile de s'empêcher de produire le comportement.

L'habitude du sujet de se gratter à chaque démangeaison est maintenue et renforcée par ses conséquences. En effet, ce comportement engendre une irritation de la peau qui, subséquemment, provoque d'autres démangeaisons. En outre, le sujet ressent une satisfaction intense à court terme lorsqu'il élimine la démangeaison, ce qui le conduit à répéter ce comportement au moment où des démangeaisons sont ressenties à nouveau. Ainsi, les antécédents (démangeaisons) et les conséquences (irritation de la peau et satisfaction intense à court terme) du comportement cible doivent être les principales composantes du plan d'intervention.

Matériel et déroulement

Niveau de base. Au moment de la deuxième rencontre, le sujet reçoit la consigne d'enregistrer la fréquence du comportement cible à chaque jour durant 12 jours. On lui demande aussi de noter les situations où le comportement se produit. Ainsi, à chaque émission du comportement le sujet inscrit, à l'aide d'un crayon à mine de plomb, un point sur une carte rigide (10 x 15 cm) qu'il garde sur lui en tout temps. L'enregistrement de ces données s'effectue durant la période d'éveil du sujet et ce pour toutes les phases de l'étude. Une crème à base de cortisone (cortate) est employée systématiquement le soir avant le coucher durant toute la durée de l'étude.

Traitement. Le traitement, d'une durée de sept jours, repose sur l'analyse des composantes comportementales du problème. Ainsi, l'intervention vise principalement les conditions antécédentes (prurit), le comportement cible (grattage) ainsi que les conditions consécutives (irritation de la peau et soulagement de la démangeaison).

En premier lieu, il apparaît important de briser le contrôle des conditions antécédentes sur le comportement. À cette fin, le sujet, lorsqu'il ressent une démangeaison, doit compter mentalement trois secondes avant d'exécuter le comporte-

ment cible (gratter). Cette pause permet, entre autres, une perception plus nette et plus consciente de la situation et de ce que ressent le sujet (Watson et Tharp, 1989), tout en facilitant l'introduction de la prochaine composante de l'intervention. En second lieu, le comportement cible est substitué par un comportement incompatible qui consiste à frotter doucement avec la paume de la main la partie de la peau où le démangeaison se produit. Cette stratégie découle indirectement des travaux d'Azrin et Nunn (1973) sur le renversement d'habitude. Le comportement antagoniste joue deux rôles principaux: premièrement il soulage la démangeaison, ce qui provoque une plus grande probabilité d'apparition de ce comportement; deuxièmement, il empêche l'irritation subséquente de la peau, ce qui diminue la probabilité de démangeaison. La Figure 1 présente schématiquement l'analyse comportementale effectuée avant le traitement ainsi que le plan d'intervention thérapeutique.

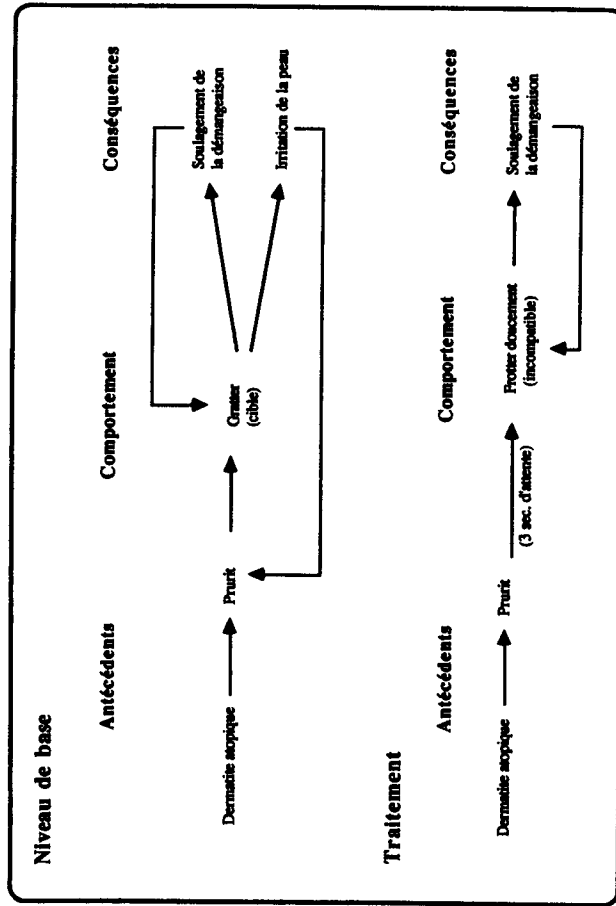


Fig. 1 - Analyse comportementale du problème lors du niveau de base et du traitement.

Les modalités d'enregistrement des données, pendant cette phase, visent également le contrôle du stimulus et du comportement cible. En effet, à chaque démangeaison le sujet doit noter le type de comportement qu'il effectuera: compor-

tement incompatible (frotter doucement) ou comportement cible (gratter). Le fait d'enregistrer un comportement indésirable avant son apparition peut occasionner une réduction de sa fréquence (Watson et Tharp, 1989). Il est à noter qu'étant donné l'intensité des démangeaisons, le sujet exécute toujours un des deux comportements pour obtenir un soulagement.

Intervention du traitement. Durant cette troisième phase (7 jours), on demande au sujet d'abandonner le comportement antagoniste et le contrôle du stimulus en se grattant immédiatement après chaque démangeaison.

Réinstaurer du traitement. Le traitement précédemment décrit (6 jours) est repris durant cette quatrième phase. Le sujet poursuit l'enregistrement de la fréquence du comportement cible et du comportement antagoniste.

Relance. Enregistrement de la fréquence des comportements un, deux, trois et six mois après le début de la réinstauration du traitement.

RÉSULTATS

L'analyse visuelle de la Figure 2 montre trois discontinuités importantes dans l'évolution du comportement cible. La première (1) concerne le début de l'instauration du traitement où, dès le premier jour, la fréquence diminue drastiquement. En fait, la fréquence moyenne du comportement cible passe de 336,17 par jour, lors de la phase A1, à 28,16 par jour lors de la phase B1. La seconde discontinuité (2) porte sur l'intervention du traitement: la fréquence moyenne par jour du comportement cible passe de 28,16 à 224,00. Enfin, la troisième discontinuité (3) se retrouve lors de la réinstauration du traitement (B2) où le comportement cible diminue rapidement puis se stabilise à une fréquence peu élevée. Il est à noter que ces trois discontinuités sont abruptes, immédiates et prolongées.

Par ailleurs, durant les deux phases de traitement, la fréquence moyenne par jour du comportement incompatible est respectivement de 136,29 et de 88,83. Lors de la deuxième phase de traitement, une diminution graduelle de ce comportement est observée.

De plus, les fréquences de ces deux comportements demeurent stables et peu élevées un, deux, trois et six mois après le début de la réinstauration du traitement.

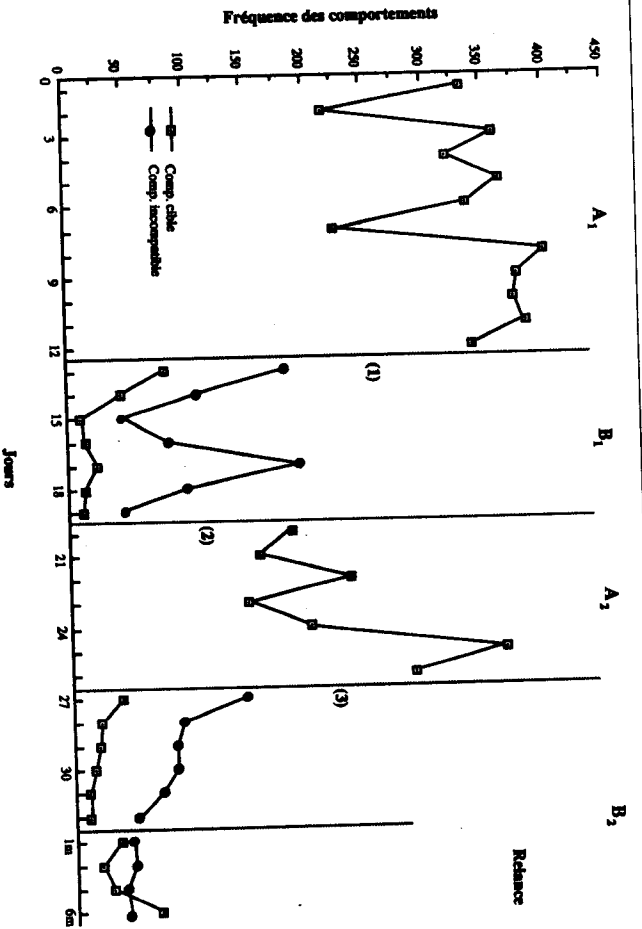


Fig. 2 - Fréquence pour chaque jour du plan d'intervention du comportement-cible (gratter) et du comportement incompatible (frotter doucement).

DISCUSSION

Les résultats démontrent l'effet rapide et significatif de l'intervention. D'un point de vue clinique, le sujet fait état d'une amélioration importante de la condition de sa peau, bien que cet aspect n'ait pas fait l'objet d'une évaluation objective. Par exemple, il aurait été intéressant de prendre des photos avant et après le traitement pour les comparer par la suite.

L'utilisation d'un protocole A-B-A-B revêt une signification particulière dans l'évaluation des traitements touchant les problèmes dermatiques. En effet, les sujets présentant ce genre de problème sont soumis à de multiples influences externes, telles les variations d'humidité, de température, de métabolisme, de stress, etc. Ainsi, l'utilisation d'un devis A-B-A-B fait qu'il est très improbable que le changement observé soit occasionné par d'autres variables que celles à l'étude puisqu'il permet deux occasions de démontrer l'efficacité du traitement (Barlow & Hersen, 1984). L'effet de certains facteurs d'invalidité tels la maturation du sujet, des facteurs historiques ou la régression statistique peuvent difficilement être la cause de la variabilité du comportement cible lors de l'instauration du traitement.

Cependant, deux autres facteurs interrelés peuvent jouer un rôle dont il est difficile d'évaluer la portée; il s'agit des attentes du sujet et de la fluctuation de l'instrument de mesure. En effet, l'observation du comportement n'est pas soumise à une procédure expérimentale sévère telle l'enregistrement d'un accord inter-juges. En fait, c'est le sujet qui observe son propre comportement et qui en note la fréquence. Il est donc possible que cette auto-observation ait joué un rôle réactif (voir Fontaine, Coitraux & Ladouceur, 1984).

Il est intéressant de noter une généralisation de l'apprentissage du nouveau comportement durant la nuit. En effet, le sujet rapporte qu'il se surprit à se frotter la peau durant cette période où il n'est pas tenu d'enregistrer ses comportements.

La fréquence du comportement incompatible semble quelque peu élevée mais il faut garder en mémoire l'influence persistante et probablement chronique de la dermatite atopique. L'intervention avait pour but de modifier la réponse du sujet face à cette influence et non de l'éliminer complètement. Toutefois, la fréquence de ce comportement est nettement inférieure à celle du comportement cible lors de l'enregistrement du niveau de base.

Somme toute, il semble que l'introduction de la procédure d'autocontrôle, qui demeure dans ce cas-ci une intervention très simple, soit responsable de l'amélioration de la condition du sujet. Etant donné l'état des connaissances concernant le type de problématique à l'étude, il serait nécessaire de poursuivre les recherches dans le but d'évaluer et de raffiner les traitements portant sur les problèmes où, d'une part, l'état de santé est maintenu par le comportement du client et où, d'autre part, le traitement par médication ne s'avère que palliatif.

ABSTRACT

The present experiment attempted to assess the impact of a self-control procedure aimed at the reduction of scratching. Treatment consisted of the establishment of an incompatible behavior as well as the control of the precipitating stimulus (itching) in a subject diagnosed as suffering from atopic dermatosis. This illness causes itching which leads to intensive scratching of the skin. Evaluation of treatment effects was conducted using a single case A-B-A-B experimental design in which the presence and absence of therapeutic intervention were systematically varied. The results indicate an unambiguous and clinically significant treatment effect.

RÉFÉRENCES

- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior research and therapy*, 11, 619-628.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs* (2nd ed.). New-York: Pergamon Press Inc.

- Brunner, L. S., & Suddath, D. S. (1979). *Traité des soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Edition du nouveau pédagogique Inc. Ottawa, Canada.
- Dobes, R. W. (1977). Amelioration of psychosomatic dermatosis by reinforced inhibition of scratching. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 8, 185-187.
- Fontaine, O., Cottraux, J., & Ladouceur, R. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*. Belgique: P. Mardaga.
- Latimer, P. R. (1979). The behavioral treatment of self-excoriation in a twelve-year-old girl. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 10, 349-352.
- Rosenbaum, M. S., & Ayllon, T. (1981). The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. *Behavior research and therapy*, 19, 313-318.
- Watson D. L., & Tharp R. G. (1989). *Self-directed behavior: self-modification for personal adjustment* (5th ed.). Brooks/Cole Publishing Company.
- Watson D. L., Tharp R. G., & Kriesberg J. (1972). Case study in self-modification: suppression of inflammatory while awake and asleep. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 3, 213-215.
- Wolpe, J. (1959). The treatment of a case of neurodermatitis. *Case studies in counseling and psychotherapy* (Edited Burton A.) Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ. Reprinted in Wolpe, J. (1976) *Theme and variations: a behavior therapy casebook*, Pergamon Press, Oxford.