Université du Burundi
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Département de Psychologie

Cours de Techniques psychothérapeutiques individuelles et collectives (Psy 3673). 60H

Bac 3. AA : 2025-2026

Professeur Léandre Simbananiye

AA2025-2026 - Psychologie clinique et sociale - Bac 3

Table des matières

Introduction générale 5
I. Présentation de la psychothérapie 5
1.1. Définition du concept psychothérapie 5
1.2. Quel est l'objet des psychothérapies? 6
1.3. Intérêt du traitement psychothérapeutique 7
1.4. Bref historique des psychothérapies 8
1.5. Les diverses dimensions psychothérapeutiques 10
1.6. Les phases de la psychothérapie 14

1.7. Les facteurs non spécifiques des psychothérapies 15
1.8. Les facteurs curatifs communs 16
1.9. Les principales écoles de psychothérapie 18
II. La psychothérapie à orientation psychanalytique et psycho-dynamique 21
2.1. Les principes directeurs 22
2.2. Le cadre est indispensable 23
2.3. L'éthique de la pratique psychanalytique 24
2.4. Le procédé classique 25
2.5. La dynamique de la cure et le maniement du transfert 26
2.6. Les interprétations pour faire avancer le traitement 27
2.7. Les aménagements techniques 28
2.8. Efficacité et validité de ces approches 29
2.9. Le psy qui pratique la psychothérapie d'orientation psychanalytique 30
III. La psychothérapie à orientation comportementale et cognitive (TCC) 32
3.1. Historique 33
3.2. Principe et techniques des TCC 38
3.3. Déroulement d'une séance 45
3.4. Le style adopté par le psy. d'orientation cognitivo-comportemental 45
IV. La psychothérapie à orientation systémique et familiale 46
4.1. Origines, principes et écoles 47
4.2. Antécédents des Thérapies Systémiques 48
4.3. Aspects communs des thérapies systémiques 49
4.4. Le psy centré sur les « relations » (les interactions) 52
V. La psychothérapie d'orientation humaniste centrée sur la personne et expérientielle 54
5.1. Petit détour historique 55
5.2 Evolution 59
5.3. Style adopté par le psy. d'orientation humaniste 61
VI. Les psychothérapies intégratives 62
VII. La psychothérapie de groupe 66
7.1. Qu'est-ce que la psychothérapie de groupe ? 66
7.2. Techniques principales : 66
7.3. Caractéristiques de la psychothérapie de groupe 67
7.4. À qui s'adresse la psychothérapie de groupe? 67
7.5. Quels bienfaits? 68
Conclusion générale 69

Fiche descriptive du cours de l'ECUE PSY3646 : Techniques psychothérapeutiques individuelles et collectives

Processus	Paramètres	Description
Elaboration	Thème	Les grandes approches psychothérapeutiques

	Objectif général	L'étudiant sera en mesure de : - Elucider les concepts théoriques en psychothérapie ; - Exploiter les techniques thérapeutiques dans différents contextes cliniques.
	Objectifs spécifiques	L'étudiant sera en mesure de : - Elucider les concepts théoriques en psychothérapie ; - Exploiter les techniques thérapeutiques dans différents contextes cliniques.
	Prérequis	- Psychologie générale ; - Entretien psychologique ; - Psychologie clinique ; - Psychopathologie - Psychologie sociale ; - Psychanalyse
	Conditions générales	1. Supports : - Syllabus de l'ECUE - Livres et articles recommandés 2. Modalités d'organisation : - Enseignement magistral : 40 heures -
	Bref contenu	L'ECUE développera les contenus suivants : - Présentation générale de la psychothérapie ; - La psychothérapie psychanalytique ; - La psychothérapie cognitivo-comportementale ; - La psychothérapie systémique familiale ; - La psychothérapie humaniste ; - L'approche intégrative en psychothéra
	Références bibliographiques	- Brusset B. (2003). Les psychothérapies. Paris, PUF. - Chambon O., Marie-Cardine,M.(1999). Les bases de la psychothérapie. Paris : Dunod. - Chapelier J-B. (2015). Les psychothérapies de groupe. Paris : Dunod. - Chapelle Fr. Monié B. Poinsot R. Rusinek S. (2018). Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris : Dunod. - Elkaïm M. (2003) (dir.). Psychanalyses, psychothérapies : Les principales approches. Paris : Editions du Seuil. - Huber W. (2002). Les psychothérapies. Paris, Nathan. - Maisondieu J. Métayer L. (2001). Les thérapies familiales. Paris : PUF. - Samuel-Lajeunesse B. Mirabel-Sarron CH. Vera L. Mehran F. et coll. (1998). Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod. - Vinot-Coubetergues, M., Marc E. (2014). Les fondements des psychothérapies. Paris : Dunod.
	Informations	Pour bien suivre le cours, l'étudiant est informé sur : - L'esprit dans lequel le cours est dispensé (interaction prof-étudiant, faire preuve d'esprit critique, poser des questions…) ; - Les modalités d'évaluation (la nature des productions attendues) ; - L'importance accordée à la recherche personnelle à l'aide de différents supports : livres, internet etc.
	Activités	L'étudiant est invité à réaliser les activités suivantes : - La participation à toutes les séances de l'Enseignement magistral et de Travaux dirigés ; - La lecture les documents indiqués en complément au syllabus ; - Poser des questions et répondre aux questions du professeur et des étudiants ; - Réaliser des travaux individuels ou en groupe et produire un compte rendu écrit ou en faire un exposé.
Intervention	Déroulement	En fonction des objectifs poursuivis dans chaque séance, il y aura des moments d'introduction, de développement, de discussion, d'exercices à faire en groupes ou individuellement, de synthèse et de remédiation

	Productions	• Rapports/comptes rendus individuels et/ou collectifs des tâches réalisées sur demande de l'enseignant
	Motivation	Le cours des Techniques psychothérapeutiques individuelles et collectives est motivé par : - Les liens indéfectibles entre le corps et la psyché qui impliquent la complémentarité entre la chimiothérapie dans les soins des patients. - La nécessité (pour l'exercice professionnel du psychologue clinicien) d'avoir des connaissances théoriques et des compétences pratiques en psychothérapie.
	Interactions	Le cours invite les étudiants à faire des interactions: - avec l'enseignant pendant l'enseignement magistral et les travaux dirigés ; - entre eux-mêmes sous la supervision du professeur pendant l'enseignement magistral; - entre eux-mêmes durant les travaux en groupe
Appropriation	Evaluation	Les modalités d'évaluation respectent le règlement académique en vigueur dans une perspective de la Pédagogie d'Intégration et de l'inclusion sociale et scolaire avec des critères d'évaluation bien définis : - Évaluation diagnostique des ressources au début de l'enseignement-apprentissage de l'ECUE ; - Évaluation formative des compétences en développement au cours de l'enseignement-apprentissage (40%) ; - Évaluation sommative des compétences développées (60%).

Introduction générale

Le cours des techniques psychothérapeutiques individuelles et collectives expose les bases que tout apprenti psychothérapeute devrait connaitre lorsqu'il s'engage dans l'aventure d'une relation thérapeutique. Ce qui est proposé dans ce cours est utile aussi pour les médecins travaillant en psychiatrie s'ils désirent mener des entretiens à visée psychothérapeutique. Le cours parcoure l'ensemble des grandes approches et différentes écoles psychothérapeutiques en exposant leurs points de vue théoriques et leurs techniques. Nous avons un égal respect pour toutes les approches et écoles de psychothérapie, mais il est évident qu'après l'apprentissage des bases, il est souvent souhaitable d'approfondir ses connaissances, de parfaire sa formation et de se spécialiser.

Nous commençons par une présentation générale des psychothérapies : les cibles, les ingrédients de base, les facteurs communs et spécifiques, et exposons ensuite les grandes approches psychothérapeutiques.

I. Présentation de la psychothérapie

1.1. Définition du concept psychothérapie

Les différentes écoles de psychothérapie divergent sur de très nombreux points, en ce y compris sur ce qu'est une psychothérapie. Mais, tous les psychothérapeutes de la terre seront d'accord pour dire qu'une psychothérapie est un moyen que l'on utilise pour se porter mieux, lorsque l'on souffre psychiquement (ou si l'on veut, moralement). Pour qu'il y ait psychothérapie dans la « cuisine psychothérapeutique », les ingrédients minimaux sont les suivants : une personne qui souffre psychiquement depuis suffisamment longtemps (le patient) trouve une personne à qui elle vient déposer sa plainte (« Je souffre ») et à qui elle accorde le pouvoir de l'aider à aller mieux (le thérapeute) de manière durable. Il me semble que si l'on enlève l'un de ces ingrédients : souffrance psychique, plainte, pouvoir accordé de guérir (d'aller mieux de manière durable) d'un côté et « pris » ou accepté de l'autre, nous ne pouvons pas parler de psychothérapie mais d'**éducation à la santé, d'apprentissage**, de **guidance** ou pour reprendre un terme courant actuellement, de ***coaching*.**

Une question que pose aussi la psychothérapie est celle de la particularité de la souffrance, de la plainte, des symptômes, de la maladie *psychique* comparativement avec celles relevant de la maladie à dominante *physique*.

Le mot **psychothérapie**, littéralement « **soin des âmes** », est apparu voici un siècle et demi. Il a toujours désigné des pratiques très diverses, évoluant au fil des théories et des époques.

En résumé nous pouvons retenir la définition suivante : **Les psychothérapies sont des traitements**

fondés sur des connaissances et des recherches scientifiques, opérant par des procédés psychiques ou psycho-physiologiques, dont le but est de soulager la souffrance, de traiter et si possible, de guérir la maladie.

1.2. Quel est l'objet des psychothérapies ?

Les psychothérapies trouvent leurs indications dans diverses situations pathologiques :

- ✓ Maladies psychiatriques : Dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble anxieux.
- ✓ Affections psychosomatiques : Syndrome du côlon irritable, migraines, eczéma, asthme.
- ✓ Troubles psychiques associés à des maladies somatiques : Anxiété liée à un diagnostic de cancer, dépression liée à une maladie cardiaque.
- ✓ Troubles de la personnalité : Trouble borderline, trouble de la personnalité narcissique.
- ✓ Difficultés de communication et d'adaptation à la vie sociale : Problèmes de couple, difficultés relationnelles, timidité excessive.
- ✓ Réactions aux traumatismes et au stress : Stress post-traumatique, deuil compliqué, stress lié à des événements de vie difficiles.

Bref : Elles sont aussi une réponse privilégiée chez les individus en situation de détresse ou de crise évolutive et dans le champ de la pathologie de l'enfant et de l'adolescent.

1.3. Intérêt du traitement psychothérapeutique

Les psychothérapies dans leur ensemble ont l'avantage d'utiliser **les forces naturelles intactes** de l'individu pour restaurer son propre équilibre. Dans ce sens, elles produisent **peu d'effets iatrogènes** et sont le plus souvent à la fois curatives et préventives.

Elles ont un intérêt individuel et collectif certain car :

- ✓ Elles restaurent les capacités potentielles de l'individu ;
- ✓ Elles lui permettent d'assumer davantage ses fonctions dans un groupe social ;
- ✓ Elles sont dans l'ensemble peu onéreuses, par rapport à d'autres thérapeutiques et par rapport au bénéfice escompté, et elles contribuent notablement à la limitation des hospitalisations, des traitements médicamenteux, de l'absentéisme et des conduites asociales.
- ✓ Le patient reste maître à chaque instant de la poursuite de sa démarche car elle repose sur une **demande librement exprimée** et **un contrat thérapeutique** proposé par le médecin mais librement accepté.
- ✓ Une psychothérapie **ne peut être imposée**. Elle ne se conçoit qu'en réponse à une demande exprimée par le patient, même si cette demande passe par des expressions diverses ou si elle peut être initiée par un tiers.
- ✓ Cette participation du patient à chaque étape de sa démarche évite le risque de traitements inutiles et d'inflation des coûts.

1.4. Bref historique des psychothérapies

Il est d'usage d'affirmer que l'idée même de « psychothérapie » remonte à la nuit des temps. Pour autant le terme est récent, et a désigné des théories et pratiques très variées. La première utilisation du mot « psychothérapie » date de 1872, sous la plume de **l'aliéniste** britannique Daniel Hack **Tuke** (1827-1895). Dans *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease* (Illustrations de l'influence de l'esprit sur le corps dans la santé et la maladie), il plaide pour une étude scientifique du **pouvoir thérapeutique de « l'imagination »**, que les médecins, selon lui, connaissent et utilisent depuis longtemps. De fait, tout en innovant sur le plan linguistique, l'aliéniste se relie à une histoire médicale remontant à la deuxième moitié du XVIIIe siècle : celle de la prise en charge de l'aliénation mentale sous la forme du "**traitement moral**" et du constat des effets de l'esprit sur le corps.

Souvent vu comme l'une des origines de la psychothérapie, ce traitement moral désigne une prise en charge par la vertu de la parole persuasive plutôt que par la contention. Toutefois, dans la réalité, le rapport entre nombre de soignants et de soignés limite sa mise en œuvre au cours du XIXe siècle.

Parallèlement au traitement moral, le médecin allemand Franz-Anton **Mesmer** (1734-1815) prône les effets du **fluide mystérieux** supposé contenu dans l'être vivant et dotant ce dernier d'une force thérapeutique spécifique: **"le magnétisme animal".** Bien que cette théorie soit contesté dès ses débuts, nombreux sont qui se passionnent pour les effets déclenchés par les adeptes de Mesmer au sein de leur clientèle (convulsions, guérisons spontanées, crises hystériques...).

Un disciple de Mesmer décrit le premier, en 1785, **l'état de *somnambulisme*** *provoqué* par les passes magnétiques. C'est le marquis Amand de Chastenet de **Puységur** qui montre la relation particulière qui

s'instaure entre le thérapeute et son *somnambule*, relation *hypnotique*, telle que l'appellera James Braid lorsqu'il remplacera le terme de *somnambulisme* par celui **d'*hypnotisme***.

C'est l'école de Nancy, avec Hippolyte **Bernheim** (1840-1919), qui montre l'importance de la **suggestion** dans le déclenchement du sommeil hypnotique en s'opposant à Jean-Martin **Charcot,** qui, à Paris, à l'hôpital Pitié la Salpêtrière, le considère plutôt comme une manifestation de l'hystérie.

Apparues au cours du XIXè siècles, les notions d'hypnose et de suggestion réinterprètent le magnétisme mesmerien en termes d'états de conscience modifiés.

Le jeune neurologue viennois Sigmund **Freud** vient alors, en 1885, à la fois à Paris et à Nancy et détecte le premier, dans les phénomènes de l'hypnotisme, l'action d'un inconscient qu'il va découvrir peu à peu. Revenu à Vienne, et travaillant avec son maître **Josef Breuer** sur des cas d'hystérie traités par hypnose, il se rend compte que la plupart des manifestations de cette névrose sont d'origine inconsciente, exprimant dans des conversions corporelles un conflit refoulé par la conscience. Et c'est en **abandonnant la méthode hypnotique**, et en laissant parler ses patients livrés à **l'association libre** de leurs idées, qu'il précise progressivement les grands principes de la psychanalyse, dont le but est à la fois la mise en évidence du transfert et l'interprétation des défenses et fantasmes, conduisant à une explication étiologique sexuelle des névroses.

Si la psychothérapie se confond pendant ce temps à la pratique de l'hypnose et de la suggestion, d'autres formes présentées comme rationnelles, lui sont rapidement opposées tant et si bien que l'on peut parler autour de 1900 d'une querelle entre médecins-hypnotiseurs et médecins-raisonneurs. Ces divergences n'entravent nullement la diffusion de la psychothérapie dans l'Europe entière et en Amérique du Nord, un succès qui doit sans doute beaucoup à la diversité des procédures mises en œuvre. Apparaissent des revues spécialisées et des sociétés savantes, et la psychothérapie figure régulièrement aux côtés des traitements somatiques dans l'offre des cliniques privées aux “nerveux” issus des classes aisées.

Alors que le traitement moral des origines s'adressait aux aliénés, **la psychothérapie est envisagée avant tout comme un moyen curatif adapté aux malades nerveux autour de 1900**. De même, la psychanalyse est longtemps considérée comme un traitement adapté aux seuls névrosés. Dès le début du XXe siècle, la notion de psychothérapie coexiste en effet avec celle de psychanalyse. Les deux termes et les pratiques qu'ils recouvrent demeurent en partie liés. Ainsi des années 1950 aux années 1970, au moment même où la psychanalyse jouit d'un statut de référence forte au sein de la psychiatrie, la psychothérapie renvoie à une pratique d'inspiration psychanalytique.

Dans les années 1970, on assiste cependant à l'effritement de l'hégémonie de la référence psychanalytique et du monopole médical sur l'exercice de la psychothérapie. Les étapes de cette évolution sont les suivants:

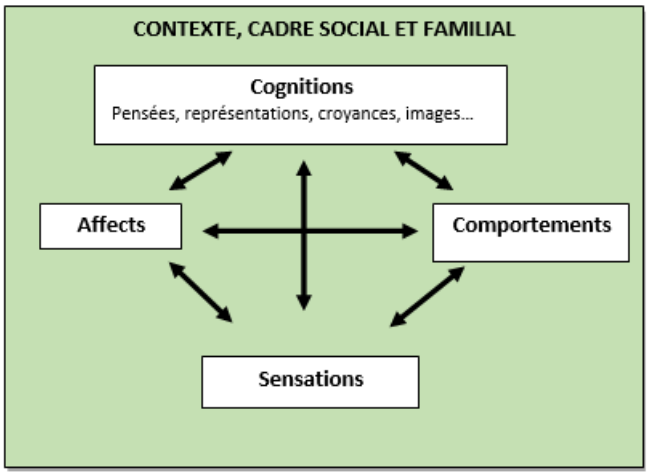
- ✓ A partir des années 1970, de nouveaux courants psychothérapeutiques comme la **thérapie systémique** ou **la thérapie cognitivo-comportementale** établissent leur légitimité au sein de la psychiatrie.
- ✓ Avec la prolifération de nouvelles approches regroupées sous le terme de "potentiel humain" (principalement en dehors du domaine de la santé mentale), la notion de "**développement personnel**" tend à remplacer celle de "**traitement psychothérapeutique**". L'idée sous-jacente est qu'il n'est pas nécessaire d'être "malade" pour entreprendre une psychothérapie, ce qui était auparavant une idée surtout présente dans la psychanalyse, gagne en popularité. De plus, la connaissance psychologique des médecins et des psychologues n'apparaît plus comme une base indispensable pour exercer la psychothérapie.

Les psychologues cliniciens, profession apparue dans l'immédiat après la 2è guerre, revendiquent avec succès croissant le droit de pratiquer la psychothérapie de manière autonome. Parallèlement, d'autres professionnels, universitaires ou non, s'organisent dès les années 1980 pour réclamer de tels droits dans le cadre d'associations de psychothérapeutes. La diversification des courants psychothérapeutique comme des professionnels jugés aptes à les mettre en œuvre, se voit reconnue dans les réglementations adoptées à partir des années 1980 dans nombre d'Etats européens.

1.5. Les diverses dimensions psychothérapeutiques

Toute psychothérapie agit sur l'une des cinq cibles de la figure ci-dessous: le contexte social et interpersonnel, les cognitions (images, représentations, fantasmes, pensées, croyances), les affects (et les émotions), les comportements et les sensations.

Figure : les cibles thérapeutiques des psychothérapies. Chambon O. et Marie-Cardine M.(1999, p. 24)



Même si la plupart des psychothérapies expliquent leur efficacité par leur action privilégiée sur l'un de ces aspects, chacun d'eux est en interaction dynamique avec les autres et chaque type de psychothérapie, en agissant initialement sur un seul de ces facteurs, agit finalement sur l'ensemble de ceux-ci.

Cependant, il existe une certaine hiérarchie liée au développement temporel de ces différents systèmes, certains s'étant développés plus précocement que d'autres et ayant joué un rôle important dans la constitution de ceux qui les suivaient. C'est ainsi, en reprenant la distinction faite par Max Pagès, que le « système corporel » (incluant l'axe sensation) puis le « système émotionnel » se sont développés avant le système « discursif-représentatif » (cognition). Max Pagès (1993) illustre remarquablement la nécessité; pour la thérapie de certains patients, d'aborder d'abord le système émotionnel par des techniques apparentées à **la Gestalt**, avant de pouvoir aborder avec profit celui des conflits intrapsychiques inscrits dans le système discursif-représentatif par une intervention psychodynamique.

Quelle que soit la cible initiale d'intervention, toute psychothérapie peut (et selon nous devrait) y agir à deux niveaux :

- ✓ elle en accroît la conscience et développe les capacités d'auto observation;
- ✓ elle implique le sujet dans de nouvelles expériences dans et hors des séances et le conduit à s'affronter à ce qui était craint et évité.

Revenons au premier de ces deux points. Il correspond aux **psychothérapies « découvrantes »** (Gestalt, psychothérapies psychodynamiques, par exemple). Quelle que soit la cible choisie initialement (sensations, cognitions, émotions ...), l'un de leurs objectifs principaux consiste à développer une « dissociation thérapeutique du moi », c'est-à-dire que l'on doit indiquer au patient une méthode et des objets d'auto-observation, de façon à ce qu'il puisse simultanément ressentir ses troubles et, en même temps, être en position d'observation vis- à-vis de ce qui se passe en lui. Il peut ainsi, progressivement, devenir de plus en plus conscient des courants affectifs qui le traversent, des imagos qui le structurent, des pensées et des images qui l'influencent, et des mécanismes de défense qui l'isolent de lui-même ou des autres. À partir de cela, il connaîtra **une « neutralité bienveillante» envers lui-même**, qui lui permettra d'observer tout ce qui se passe en lui sans rien rejeter ni sans se condamner ou se culpabiliser, découvrant ainsi de nouvelles parties de lui-même qu'il pourra intégrer au reste de sa personnalité

Delisle (1990) propose cinq leviers sur lesquels le thérapeute peut agir lors d'une thérapie interactive basée sur le contact.

- ✓ Le dialogue
- ✓ La mise en pratique d'actions
- ✓ Une approche plus cognitive
- ✓ L'intervention directe sur le corps
- ✓ L'adaptation de la rencontre en fonction des besoins et des possibilités de chacun

Un accent sur la prise de conscience (l'awareness) et le contact

On peut ainsi travailler sur la prise de conscience de ce qui se passe « ici et maintenant» *(awareness)* dans le déroulement de l'expérience, c'est-à-dire dans le processus de satisfaction des besoins et désirs du sujet, tel qu'il se manifeste dans la séance. La continuité de la conscience *(awareness)* et les processus qui l'interrompent retiendront alors toute l'attention du thérapeute. La façon qu'a une personne de se déplacer plus ou moins harmonieusement sur un cycle d'expériences représente un modèle réduit de sa manière d'agir dans un sens plus large. En y prêtant attention, nous intensifions les microprocessus de nos patients de manière à mettre en lumière leur façon de moduler leur contact et l'usage qu'ils font des systèmes de soutien.

Un accent comportemental

Il s'agit ici du comportement en tant que site d'intervention, levier d'action et indicateur de changement. Les expérimentations, pendant les séances ou en dehors de celles-ci, permettent au patient d'observer ses processus dysfonctionnels et d'essayer de nouvelles manières d'agir. De plus, les renforcements sélectifs provenant du thérapeute, volontaires ou non, qui émaillent l'examen des conséquences des actions posées par le malade soit en séance ou hors séance, s'apparentent beaucoup à certains des processus behavioraux.

En posant des questions comme: « Et alors, que s'est-il passé, que se passe-t-il maintenant que vous avez dit cela? Qu'auriez-vous aimé pouvoir lui dire? Quelle aurait été sa réaction? Qu'éprouvez-vous en pensant cela? », le thérapeute favorise la consolidation d'une attitude basée sur l'expérience (« expérientielle »), sinon expérimentale. En développant cette attitude d'observateur participant, le patient en arrive peu à peu à mieux saisir le tissu des renforcements positifs et négatifs qui forment la trame et la texture de son expérience.

Un accent paradoxal

En utilisant une certaine forme de taquinerie humoristique et bienveillante (à ne pas confondre avec la moquerie), nous pouvons aider le patient à exagérer certains de ses traits défensifs. Ainsi, tel se met à parler d'une façon délibérément obscure et embrouillée, tel autre se comporte de manière autoritaire, tel autre encore devient le séducteur irrésistible. Souvent, on peut ainsi débloquer une certaine impasse et réutiliser l'énergie oppositionnelle de beaucoup.

Un accent cognitif

Nous reconnaissons que notre expérience est influencée par certaines croyances de base que nous entretenons à notre sujet et sur notre environnement. Nous agissons sur ces croyances quand nous utilisons de façon judicieuse certaines questions visant à élargir la conscience des processus cognitifs. « Que pensez-vous maintenant ? Comment pensez-vous que je me sente ? Qu'est-ce qui, selon vous, devrait se passer maintenant ?» Tous les procédés classiques favorisant la « décentration cognitive » vis-à-vis des croyances profondes entretenues par le sujet peuvent aussi être employés dans un dialogue « socratique ».

Un accent intrapsychique

Nous pouvons traiter l'histoire du patient en tant que suite de situations inachevées de son passé, certaines fixées sous forme de relations d'objet internalisées, lorsqu'elles se trouvent figurées dans l'ici et maintenant de la séance. Le travail sur les rêves peut aussi nous révéler les introjections archaïques de soi et des autres. Enfin, si l'on considère que toute personne aspire à la cohérence et à la capacité de mettre un « je» derrière tout ce qu'elle est et tout ce qu'elle fait, le cheminement thérapeutique peut prendre la forme d'un long processus de clarification, d'assimilation, et de complètement des parties plus ou moins désavouées de soi. Le développement de la santé psychique se présente notamment comme un effort de rapprochement et d'intégration entre des objets internes plus ou moins isolés les uns des autres.

1.6. Les phases de la psychothérapie

Même si les façons de procéder, les références théoriques, les techniques, et les objectifs des psychothérapeutes sont très variés, le cours d'une psychothérapie se décompose en différentes phases, se succédant dans un ordre relativement fixe mais avec une importance variable accordée à chacune d'entre elles selon l'orientation du thérapeute.

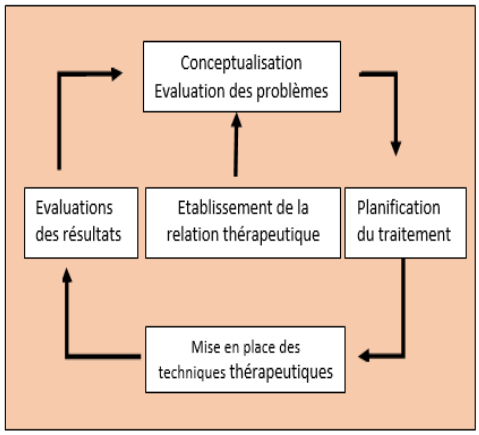


Figure : Les différentes étapes de la psychothérapie. Young, (1992).

Tout commence par l'établissement de la relation thérapeutique, préalable nécessaire mais aussi moyen d'action thérapeutique, pour aboutir à une conceptualisation et évaluation des problèmes, précédant toute intervention technique spécifique. On suit le cheminement « relation-compréhension-intervention

». En caricaturant un peu, on pourrait dire que c'est seulement lorsque le patient est motivé, que l'alliance thérapeutique est suffisamment bonne, que les phénomènes transféro-contre-transférentiels précoces sont régulés, que la problématique du patient est conceptualisée et comprise, qu'un accord est trouvé conjointement sur l'objectif thérapeutique principal, qu'une intervention par des techniques spécifiques peut prendre place.

1.7. Les facteurs non spécifiques des psychothérapies

Pancheri et Brugnoli (1992) ont défini les facteurs non spécifiques qui influencent le devenir d'une psychothérapie, en les regroupant en quatre catégories :

- **Les caractéristiques du patient**, comme la motivation, les attentes d'amélioration ;
- **Les caractéristiques du thérapeute**, comme son équilibre psychologique, son aptitude à instaurer une relation thérapeutique fiable ;
- **Les caractéristiques de la relation patient-thérapeute**, que celle-ci soit évaluée par le patient (sentiment de confiance envers le thérapeute, par exemple), par le thérapeute (acceptation du patient, entre autres facteurs) ou par un évaluateur extérieur (jugeant les manifestations d'empathie du thérapeute par exemple) ;
- Enfin, d'autres variables liées au processus thérapeutique, comme le niveau d'activation émotionnelle.

Selon Karasu (1986), les trois principaux facteurs de changement en psychothérapie sont, par ordre décroissant d'importance : les caractéristiques du patient (et notamment sa motivation) ; les caractéristiques du thérapeute (et de la relation thérapeute-patient) ; les techniques inspirées par des théories spécifiques. On peut donc s'apercevoir que les techniques spécifiques sont loin d'être le facteur primordial dans la réussite d'une psychothérapie. En outre, comme le soulignent Lecomte et Castonguay (1987, p. 214), reconnaître que 65 % du changement obtenu dépend de la personnalité même du client, invite à l'humilité et montre la nécessité de se mettre à son service (et pas au service de nos théories, rajouterions-nous).

Ce que nous allons décrire ci-dessous sous le terme de « facteurs curatifs communs » des psychothérapies rassemble à la fois certains des facteurs non spécifiques que nous venons d'évoquer (principalement les caractéristiques de la relation thérapeutique établie) et des facteurs spécifiques (techniques spécifiques, provenant de différents systèmes psychothérapeutiques, mais induisant des processus cornmuns).

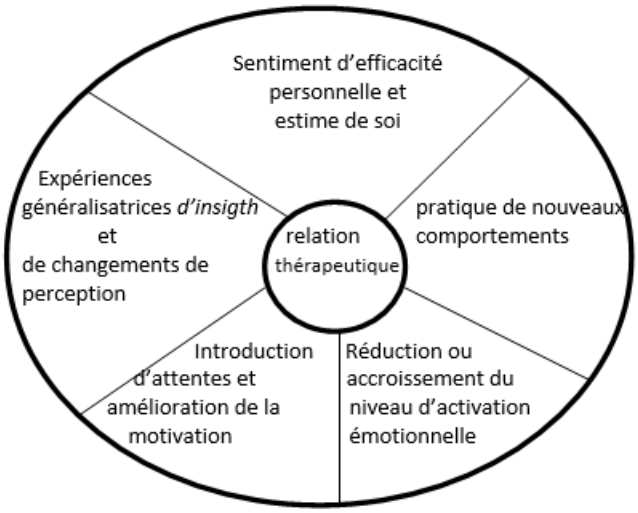
1.8. Les facteurs curatifs communs

Les facteurs curatifs communs constituent, avec les facteurs non spécifiques, les « ingrédients de base» étant à la disposition du psychothérapeute, dans lesquels il peut puiser pour réaliser son travail thérapeutique, chacune des psychothérapies spécifiques exploite d'ailleurs plus particulièrement un ou deux de ces facteurs communs.

J. Frank (1981, 1991) a décrit six facteurs communs qu'il pensait être partagés par toutes les thérapies et qu'il rendait responsable des changements. Ces six facteurs consistaient en :

- ✓ La force de la relation patient-thérapeute ;
- ✓ Les méthodes qui accroissent la motivation et les attentes d'aide du patient ;
- ✓ L'augmentation du sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle ;
- ✓ L'affrontement (exposition) à de nouvelles expériences d'apprentissage ;
- ✓ La stimulation des émotions ;
- ✓ L'opportunité de pratiquer des nouveaux comportements.

Ces six facteurs ont été légèrement modifiés par M. Young (1992)



Le premier de ces facteurs est **la relation thérapeutique**, positionnée au centre de la figure. Elle est la composante initiale indispensable, toujours à entretenir et à surveiller, qui permet et renforce l'efficacité de tous les autres facteurs communs.

Elle correspond au lieu où se déroulent :

- ✓ La création d'une alliance thérapeutique (relation vécue d'aide et travail en commun) ;
- ✓ Une « expérience émotionnelle correctrice », l'achèvement de Gestalts bloqués, inachevés, des expériences relationnelles contredisant les schémas cognitifs ; chacun de ces termes indique un changement effectué grâce et au travers de l'expérience vécue de la relation thérapeutique elle-même ; cette expérience reçoit différentes dénominations selon les écoles, à savoir, respectivement, psychanalytique, gestaltiste ct cognitiviste).
- ✓ La gestion des aléas de certains aspects de la relation (transfert et contre-transfert)
- ✓ L'éclectisme et l'intégration en psychothérapie, qui ne se réalisent pas tellement au niveau des techniques ou des théories, mais bien plutôt au niveau de la pluralité des paradigmes relationnels utilisés au sein de la relation.

Les autres facteurs curatifs et les techniques qu'ils amènent sont sous-tendus par les principes généraux suivants :

• **Accroître le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi.** « L'efficacité personnelle » est le terme psychologique correspondant à une attitude de confiance en son pouvoir d'achever avec succès une tâche, qu'elle soit de nature instrumentale ou interpersonnelle. L'estime de soi inclut ce sentiment d'efficacité personnelle mais aussi celui de la valeur personnelle. Le sentiment de valeur personnelle est une attitude globale consistant à se juger comme étant une personne valable ayant le droit d'exister. La déficience de ce sentiment est supposée être à la base de nombreux comportements autodestructeurs. Ne pas se sentir valable est une raison fréquente pour ne pas effectuer de changements dans sa propre vie. Accroître le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi conduit le patient à une plus grande volonté d'atteindre les objectifs thérapeutiques.

• **La pratique de nouveaux comportements** se base sur les principes de l'apprentissage, présuppose que l'insight et la compréhension sont rarement suffisants pour produire et maintenir le changement. Le patient doit aussi mettre en application ce qu'il a appris ou compris dans un contexte aussi semblable que possible à son environnement habituel.

• **Réduire ou accroître le niveau d'activation émotionnelle**. La réalisation personnelle peut être affectée par un trop p1cm ou un trop peu d'émotions. Les méthodes cathartiques produisent un insight ou une prise de conscience vis-à-vis de problématiques importantes que le patient pouvait avoir éliminé de sa conscience. Réduire le niveau d'activation émotionnelle peut aussi être curatif lorsqu'un excès d'émotion interfère avec la réalisation de soi.

• **Induire des attentes d'aide et accroitre la motivation**. Ce facteur vise à ce que le patient développe des attentes de plus en plus élevées vis-à-vis de l 'efficacité potentielle de sa psychothérapie (sans idéalisation excessive et compte tenu du niveau de base) et qu'il garde présent à l'esprit les bénéfices qu'il en a déjà retirés ou qu'il peut encore en espérer. Les techniques qui s'y rattachent sont conçues pour réduire sa démoralisation et aider à maintenir un état d'esprit fait d'espoir et d'optimisme.

• **Fournir des expériences génératrices** d'insight et **provoquer un changement de perception**. Il s'agit ici d'un facteur commun regroupant toutes les méthodes visant à modifier les perceptions du patient eu égard à sa vie en général ou a ses problèmes spécifiques. II peut correspondre à un processus éducatif progressif ou à la production d'insights soudains.

On peut rapprocher de ce dernier facteur un autre souvent cité dans littérature, notamment par Grencavage et Norcross (1990), « le système d'explication rationnelle » fourni par le thérapeute, qui procure au patient une explication et une nouvelle perspective vis-à-vis de son problème, tout en lui

suggérant l'utilité de procédures particulières (techniques et « rituels thérapeutiques ») pour le résoudre.

1.9. Les principales écoles de psychothérapie

Il existe quatre courants de psychothérapie qui, à eux seuls, représentent l'essentiel des approches utilisées actuellement. Il s'agit de :

- ✓ La psychanalyse et les thérapies dites « psychodynamiques »
- ✓ Les psychothérapies comportementales et cognitives
- ✓ Les psychothérapies humanistes
- ✓ Les psychothérapies systémiques

Ces approches semblent nettement se différencier par des caractéristiques essentielles qui leur sont propres (tableau 1 et 2)

Chacun d'eux utilisent préférentiellement un ou plusieurs facteurs communs (voir tableau 3).

Cependant, si les différentes écoles semblent posséder leurs « portes d'entrée » spécifiques, maniées avec souplesse par un thérapeute, elles sont à même, secondairement, de mettre en jeu tous les facteurs communs. De toute manière, toutes doivent, au moins indirectement, avoir un impact émotionnel et amener à un changement de perception pour prétendre à des effets significatifs et durables.

Tableau n°1. Quatre approches psychothérapeutiques

Approche	**Psychanalyse** Freud	**Thérapie comportementale et cognitive** Lazarus, Back, Goldfried, Mahoney	**Thérapie expérientielle/humaniste** Rogers, Greenberg, Deliste
1. Conception étiologique	Conflits pulsionnels de l'enfance refoulés et inconscients, déterminés surtout par des facteurs intrapsychiques.	Histoire d'apprentissage problématique et dysfonctionnelle, déterminé surtout par la situation personne-milieu	Aliénation de l'expérience, manque de congruence entre l'expérience et le concept de soi.
2. Concept de santé, but thérapeutique	Résolutions des conflits pulsionnels inconscients par la prise de conscience et élaboration « Où C'était, Je dois advenir ».	Restauration des capacités d'expériences et des compétences comportementales et cognitives, par la modification de la conception et du contrôle de soi et la gestion du stress.	Promotion de l'actualisation de soi, de la croissance personnelle, de l'authenticité et de la spontanéité.
3. Moyens thérapeutiques	Interprétation d'associations libres, d'actes manquées, des rêves et du transfert	Restructuration cognitive, modelage, exercices, habituation, désensibilisation, renforcement, jeux de rôle	Rencontre, empathie, acceptation, dialogue ; « Expériences », jeux de rôles, « chaines vides », *awareness* et confrontations des résistances à l'expérience.
4. Perceptive temporelle	Compréhension du présent à partir du passé. Thérapie à moyen et à long terme	Compréhension du présent à partir de l'histoire d'apprentissage, l'accent étant mis sur l'analyse des problèmes et comportements présents, mais peut s'étendre sur un an.	Compréhension du présent à partir de l'expérience vécue présente, thérapie brève ou à long terme.
5. Rôle du thérapeute	Réfléchir, interpréter, neutralité bienveillante, parfois frustrant ou dominant du soutien, mais essentiellement non directrice	Collaborateur expert dans la résolution des problèmes. Rompu à l'exercice du dialogue socratique. Chasseur de pensées et du comportement dysfonctionnels. Conseille, soutient.	Partenaire d'un dialogue acceptant l'autre, mutuellement pessimiste. Parfois suit le processus en cours de manière non directive, parfois intervient et redirige ce processus en utilisant son contre-transfert et en stimulant les émotions du patient.

Source : d'après W.Huber, 1993 ; modifié et complété par O. Chambon et M. Marie-Cardine.

Tableau n°2 (suite)

approche	**Thérapies systémique et de la**

	communication Watzlawik, Munuchin
1. Conception étiologique	Des structures de communication inadéquates entrainent des troubles.
2. Concept de santé, but thérapeutique	Mise en place de structures de communication constructives, par dépistage et modification des structures dysfonctionnelles
3. Moyens thérapeutiques	Instructions, jeux de rôles, métaphores, recadrages, paradoxes thérapeutiques.
4. Perceptive temporelle	Compréhension et thérapie centrées sur la communication présente. Thérapie le plus souvent brève ou à moyen terme.
5. Rôle du thérapeute	Observer, évoquer la structure de communication dysfonctionnelle, donner éventuellement conseil et soutien.

En résumé :

1. Chaque courant de psychothérapie se focalise initialement sur l'un des aspects fondamentaux du fonctionnement humain (cognition, affect, sensation, contexte), mais tend à devenir plus intégratif avec le temps.

2. La psychanalyse s'est spécialisée dans la compréhension et le travail sur l'inconscient, la thérapie cognitive-comportementale sur les lois du comportement et la modification des cognitions erronées, et l'approche centrée sur la personne sur la relation thérapeutique et l'expérience émotionnelle.

3. Plutôt que de chercher à réconcilier ces différentes approches, on peut **les considérer comme complémentaires** si l'on postule une synergie entre pensées, actions et émotions. Cela permet de bénéficier de la spécialisation de chaque approche tout en favorisant une intégration.

4. Les différences apparentes entre approches sont parfois plus le résultat d'un compromis théorique que de réelles différences fondamentales. En pratique, les thérapeutes expérimentés s'inspirent souvent de plusieurs courants.

5. C'est pourquoi il existe aussi **un courant intégratif** en psychothérapie, qui cherche à combiner de manière créative les apports des différentes orientations au service du patient.

II. La psychothérapie à orientation psychanalytique et psycho-dynamique

Cette approche thérapeutique trouve ses origines dans la psychanalyse. Son objectif principal est de rendre le patient plus créatif et **de lui permettre de prendre du recul** par rapport aux déterminants de son histoire personnelle.

Au cours de la thérapie, le patient s'exprime librement sans se censurer, sachant que tout ce qu'il dit intéresse le thérapeute, y compris les détails qui peuvent sembler sans rapport avec le symptôme ou la souffrance exprimée.

Un processus important se met alors en place : **des souvenirs oubliés refont surface**, permettant au patient de se comprendre sous de nouveaux jours, à travers de nouvelles "histoires" qu'il peut construire, notamment en explorant le sens de ses rêves. Cette exploration peut cependant réveiller une grande souffrance, que le patient n'est pas toujours en mesure d'entendre ou de comprendre.

On peut noter deux grandes différences entre la psychanalyse et les autres approches qui ne s'en inspirent pas :

- ► Premièrement, pour certaines approches, revenir sur son passé n'est pas vraiment utile. Il est plus important de se concentrer sur ce qu'on veut pour le présent et l'avenir, à partir d'un objectif clair.
- ► La deuxième différence fondamentale concerne ce qu'on appelle **le transfert** en psychanalyse. Le transfert consiste à répéter dans la thérapie les premiers attachements de la vie, envers le thérapeute. Les approches qui ne s'inspirent pas de la psychanalyse ne prennent pas ou peu en compte ce phénomène.

Contrairement à ce qui est souvent dit, la psychanalyse ne se concentre pas uniquement sur le passé.

Elle guérit quand le passé et le présent se manifestent ensemble dans la thérapie, avec le thérapeute. C'est cette rencontre entre le passé et le présent qui permet de se libérer de la répétition et d'acquérir une plus grande liberté par rapport à soi-même et aux autres.

2.1. Les principes directeurs

Nous allons expliciter les deux principaux moyens qui sont l'utilisation de la capacité de penser de chacun et la dynamique relationnelle dite "transférentielle".

La représentation

Penser est le premier pilier de la thérapeutique. Nous en distinguerons deux aspects : "**mentaliser**" les mécanismes psychiques et reconnaître ses propres conduites.

1) "Mentaliser" les mécanismes psychiques, c'est-à-dire forger des représentations conscientes verbales ou imagées, ayant un lien direct avec le psychisme. Cela permet d'avoir une connaissance et un contrôle sur les processus affectifs, cognitifs et représentationnels.

2) Reconnaître ses propres conduites, attitudes et traits de caractère, même ceux qui semblent inconnus du sujet. Cela passe par la déconstruction des défenses psychiques (déni, refoulement, etc.) qui empêchent cette reconnaissance.

Cette connaissance de soi apporte dans un premier temps une distanciation apaisante et une meilleure maîtrise de soi. Elle permet de se représenter comment on est soi-même et comment se déroulent les événements de la vie relationnelle. Cette représentation donne une distance et peut être utilisée pour apporter des correctifs.

L'objectif est que le sujet acquière une capacité de mentalisation constante et définitive, qu'il pourra mettre en œuvre tout au long de sa vie.

Le transfert

La relation est très importante pour la thérapie. C'est ce qu'on appelle la "relation de transfert" dans le cadre de la thérapie. C'est cette relation qui apporte l'énergie nécessaire pour améliorer les effets négatifs de la personnalité.

C'est parce que la personnalité se construit à travers les relations dans la vie qu'on peut la modifier. C'est pour cela que, dans la thérapie, c'est dans cette relation (de transfert) que la psyché peut être améliorée. L'évolution se fait par étapes structurantes. Ce sont ces étapes structurantes qui, si elles peuvent être rejouées, vont amener des changements psychologiques importants.

Le transfert est aussi un élément essentiel de la thérapie. En disant cela, on se distingue des pratiques qui ne comprennent pas le rôle du transfert dans la restructuration psychologique. Le transfert désigne la relation entre le patient et le thérapeute, qui est très investie et prend une forme particulière. C'est le transfert qui crée une dynamique qui peut être utilisée pour que les interprétations deviennent des faits ayant un effet. Dans le transfert, les relations avec les parents, surtout celles qui sont restées importantes, se rejouent.

Pour qu'un changement se fasse, il faut éviter la répétition. Les notions de reproduction et de répétition sont aussi des concepts importants pour la thérapie. Les scénarios relationnels se rejouent dans le transfert, créant de nombreuses et diverses émotions. Pour qu'un changement se produise, il faut une répétition qui contient en même temps le début d'un changement et évite la simple répétition.

2.2. Le cadre est indispensable

Par le terme de "cadre", on désigne les conditions permettant une mobilisation du psychisme en toute sécurité. Ce dispositif, qui comporte divers aspects complémentaires, instaure un lieu où le fonctionnement psychique apparaît et peut être mobilisé. L'existence d'un cadre et son respect conditionnent la possibilité de la pratique psychanalytique. Abstinence, neutralité, pérennité, confidentialité sont les mots-clés de la définition du cadre.

La **règle d'abstinence** consiste dans l'interdiction de toute relation sexuelle, amoureuse ou agressive entre le thérapeute et son patient. L'abstinence reproduit la loi commune (interdit de l'inceste et du meurtre) qui est fondatrice pour la structuration psychique. Cette règle permet le déroulement pratique en endiguant les passages à l'acte qui la rendraient impossible. La raison de l'abstinence est très simple : la satisfaction pulsionnelle, en s'inscrivant dans la répétition, bloquerait l'évolution thérapeutique cherchée. L'interdit canalise les poussées pulsionnelles et permet leur élaboration et leur transformation. Il ne porte pas sur la poussée pulsionnelle, bien au contraire, puisqu'elle doit se produire, mais sur sa satisfaction agie. Une telle action bloquerait d'autant plus l'évolution qu'elle serait une transgression et ferait perdre le rôle structurant pour le psychisme de l'ordonnancement légal.

La **neutralité** implique l'absence d'intervention directe dans la vie du patient de la part du psychanalyste. La neutralité impose une attitude réservée de la part de l'analyste, mais contrairement à ce que l'on imagine parfois, elle n'entraîne ni hauteur, ni froideur. En effet, elle doit permettre de ne pas être pris dans le fonctionnement psychique du patient, de façon à permettre une dynamique évolutive. Elle nécessite, pour être maintenue, une attitude appropriée qui est active et non abstentionniste. Par la

neutralité, la psychanalyse diffère des autres techniques. Il n'y a pas de conseils ou d'intervention directe sur la meilleure manière de diriger sa vie. Elle respecte la liberté de choix et s'oppose en cela à toutes les techniques de manipulation du comportement qu'elles soient rééducatives, comportementalistes ou systémiques.

La **confidentialité** est également indispensable pour permettre une libre expression. Elle fait partie de la neutralité. Le secret médical est garanti par la loi. Le secret organise la relation en mettant à l'abri des normes sociales moralisantes et il permet de se situer dans un espace différent du champ social habituel.

La **pérennité**, c'est le fait de maintenir le cadre constant. Il s'agit d'offrir au patient tant sur le plan du lieu que de l'accueil quelque chose de durable, stable et solide. C'est la condition d'une alliance thérapeutique qui s'installe dans la sécurité et la liberté. Une sécurité de fond est nécessaire à un travail analytique, elle correspond à la sécurité intérieure de base qui autorise un développement psychique heureux. C'est elle qui permet au transfert de base de se maintenir et d'évoluer vers sa forme finale libérée de toute influence parentale.

Note : Les pratiques qui ne respectent pas ce cadre ne peuvent être des psychothérapies, car les relations concrètes arrêtent la dynamique de la cure et induisent une répétition sans évolution. La maîtrise du transfert et son orientation thérapeutique rendent indispensable un cadre strict. Rappelons que le psychisme, en tant qu'il est pulsionnel, peut entraîner des manifestations violentes, ce qui exige des précautions. Le cadre découle directement de la constitution du psychisme au sens où il permet une modification prudente et raisonnée de celui-ci.

2.3. L'éthique de la pratique psychanalytique

La psychothérapie cherche à mettre en œuvre une dynamique entre l'individu tel qu'il est et **son devenir possible**, dans le but de favoriser son évolution et son épanouissement. La pratique psychothérapique cherche à mettre en œuvre cette dynamique. Elle suppose possible une évolution, un épanouissement individuel, ce qui sous-entend de favoriser la progression afin d'atteindre le degré d'évolution maximale et non de rester à une forme immature. Une évolution psychique allant à son terme permet un mieux-être et des possibilités de création, d'adaptation et de réalisation meilleures. L'évolution se heurte à la volonté individuelle (les résistances) et sociale (les normes).

La démarche s'inscrit dans **le respect de la loi commune** considérée comme un ordonnancement humain fondamental. La loi commune n'a pas seulement une dimension sociale, elle structure le psychisme d'une manière qui est essentielle et cela doit absolument être préservé dans la pratique. Par contre, la psychothérapie est indifférente aux normes sociales et, souvent, elle est même en rupture avec les conventions sociales. Le cadre joue ce double rôle, d'instaurer un respect de la loi commune, mais aussi d'abriter des pressions sociales.

En effet, les normes sociales ne sont pas favorables à un fonctionnement psychique harmonieux, car elles sont parfois excessivement répressives ou parfois déstabilisantes, car trop libérales. Cela s'explique par la différence entre la loi normative et Loi constitutive. Dit rapidement, le constitutif est structurant, le normatif ne l'est pas nécessairement : selon les cas il est neutre, ou refoulant, ou déstructurant. Le praticien doit rester étranger à ce que demande l'idéologie sociétale du moment, au sens où il ne la méconnaît pas, mais ne s'en fait pas l'agent.

L'engagement du psychothérapeute est **singulier** même s'il utilise un savoir général. Il met une connaissance générale au service d'un cas particulier en vue d'obtenir une évolution et un mieux-être. Il y a là un engagement qui privilégie l'individu sur les enjeux sociaux, ce qui signifie que la pratique psychothérapique n'est pas un traitement de masse visant l'adaptation.

La psychothérapie analytique permet à certaines personnes d'aller vers l'épanouissement de leurs potentialités et vers une diminution de leur pathologie. Pour cela, il faut un projet, un contrat, entre le thérapeute et le patient, explicitant ce but. La guérison ne vient pas de surcroît, et encore moins par hasard.

2.4. Le procédé classique

Une psychothérapie psychanalytique est toujours précédée d'**entretiens préliminaires**. Ils ont pour but d'informer le patient et de lui laisser le temps de prendre une décision. Cette décision est une signature au bas du contrat tacite passé avec son psychothérapeute. Ces entretiens permettent au praticien d'évaluer les contre-indications et de poser l'indication qui l'engagera, lui aussi. Cet aspect un peu formel sert de base à l'entreprise en lui donnant un ferme ancrage dans l'ordonnancement symbolique.

Le travail en psychothérapie est toujours lent et progressif, car il ne consiste pas en traitement directement symptomatique, mais au contraire implique **une maturation progressive** à laquelle participe le sujet. Il exclut donc une attitude activiste qui viendrait stopper le processus. Mais, par ailleurs, une attitude attentiste aboutit au même résultat. Seul un bon équilibre entre activité et abstention du praticien permet au colloque singulier de s'installer et de se poursuivre au fil du temps.

À la libre expression du patient répond la **neutralité bienveillante** de l'analyste. Les conditions pratiques assurent une pérennité et constance du cadre. La stabilité du cadre thérapeutique conditionne la possibilité du traitement. L'interdit du passage à l'acte est posé ainsi que la règle de libre association.

La neutralité n'exclut pas la bienveillance, mais par contre elle impose qu'il n'y ait pas de rapport social direct entre l'analysant et l'analyste. Il s'agit de revivre dans le cadre de cette relation thérapeutique les grandes phases structurantes.

2.5. La dynamique de la cure et le maniement du transfert

Les remaniements de fond, concernant les structures psychiques qui gouvernent les relations, se font par l'intermédiaire du transfert et non par un processus intellectuel. L'analyste doit intervenir pour que la répétition transférentielle soit dynamique et non reproductive. La reproduction pure et simple est un risque, car c'est ce qui se produit spontanément. *Le praticien doit donc y être attentif*. Cette répétition s'amorce, puis elle doit échapper et se transformer en expérience relationnelle nouvelle. Nous dirions avec Widlöcher et Alby (1978) que "la répétition dans le transfert est l'agent essentiel du processus analytique" à condition qu'elle soit évolutive et non répétitive.

Il existe deux visées complémentaires :

La première qui est plus analytique. Elle a pour but le dénouement de la triade conflit-défense-symptôme. L'apaisement des conflits entre instances concerne l'opposition du ça et du surmoi (conflit névrotique), ou bien du soi et du moi (conflit narcissique). Ces processus de transformation sont plus analytiques au sens où leur mise en évidence dans le dialogue analytique suffit à les dénouer et à permettre une recomposition. La fixation évolutive étant levée, la progression reprend spontanément.

La seconde est plutôt reconstructive. Elle cherche le renforcement de l'individuation et de la stabilité narcissique, la structuration du moi (secondarisation des processus, renforcement de la fonction réalitaire). Il faut construire des aspects qui n'existent pas ou sont embryonnaires et insuffisants. Dans ce cas, les potentialités évolutives n'existent pas, il faut créer les conditions d'apparition.

Ces deux types de visées sont complémentaires, mais ne concernent pas les mêmes personnalités et leur dosage doit être soigneusement adapté.

2.6. Les interprétations pour faire avancer le traitement

Les interprétations et interventions sont très nombreuses et se font de diverses manières. Elles se font généralement **« dans » le transfert**, c'est-à-dire qu'elles sont soutenues par le transfert qui reste inapparent. C'est cependant lui qui leur donne du poids. Dans ce cadre très général, elles sont de divers types.

Au plus simple, les interventions servent à encourager le patient à construire son histoire. Cette construction a une place importante, car elle stabilise en donnant une place. Cette histoire est réaliste, mais aussi mythique au sens d'un récit organisateur général sur la place dans le monde. Le sujet construit son mythe personnel et familial.

Les interprétations portent sur les schèmes relationnels qui échappent au patient de façon à les lui faire saisir. Elles favorisent **leur mentalisation**. Elles peuvent servir à lutter contre les défenses en les indiquant au patient et en montrant à quoi elles servent. En général, au cours de la cure, elles opposent une résistance au changement. L'interprétation pointe les effets de méconnaissance que cette attitude défensive engendre. Les interprétations font des liens entre des aspects qui, aux yeux du praticien, semblent avoir un rapport entre eux alors que ce n'est pas évident pour le patient.

Une partie des interprétations porte sur les processus cognitivo-représentationnels inconscients ou préconscients de façon à aider le patient à s'en saisir et à les comprendre. Ces mécanismes n'étant pas rationnels, ils demandent souvent une traduction pour être compris. Les processus cognitivo-représentationnels inconscients échappent et sont difficiles à modifier. Ils suivent des enchaînements automatiques, dont seul le résultat émerge à la conscience. Le thérapeute essaye de les faire mentaliser en les déconstruisant et en les traduisant de façon à ce qu'ils puissent être maîtrisés et rectifiés.

Les interprétations peuvent porter « sur » le transfert, c'est-à-dire l'énoncer, en particulier pour le faire évoluer. Interpréter le transfert, c'est le décrire puis ramener la situation actuelle à la situation passée ainsi revécue.

2.7. Les aménagements techniques

De la nécessité de s'adapter au cas découlent diverses techniques thérapeutiques qui sont en continuité, car "les principes et processus sont comparables" comme le remarque Brusset (1994). La conduite du traitement est radicalement différente selon le type de personnalité, il faut savoir l'adapter.

Dans de nombreux cas, une **psychothérapie dynamique** en face-à-face est indiquée. Tout en ayant un aspect mobilisateur et dynamique, elle permet des réajustements, un soutien, et s'accompagne d'une prudente modulation du transfert et de l'analyse des résistances. Le face-à-face donne une situation plus conventionnelle et moins propice aux dérives imaginatives déréalisantes. Cet aménagement permet de faire bénéficier d'un traitement dynamique les personnalités organisées sur un mode limite et psychotique, en leur évitant des risques de décompensation ou encore des sujets névrosés souhaitant une présence active du praticien. La limitation des ambitions permet des traitements plus courts adaptés à la demande de certains patients.

La cure psychanalytique classique est la plus connue, mais pas la plus pratiquée. Avec son dispositif divan-fauteuil, elle n'est indiquée que pour les personnes que l'on peut rattacher au pôle névrotique ou

éventuellement les formes limites avec des réserves. Dans ce cas, le soutien est faible, la dimension transférentielle est favorisée et l'accent est mis sur l'analyse des résistances de façon à obtenir une dynamique maximale. Elle impose de traiter les principales problématiques et, si nécessaire, de produire un réaménagement de celles-ci. La fin des résistances est un repère de l'avancée de l'analyse. L'analyse du transfert aboutit, en phase finale, à une dissolution de celui-ci. Résolument dynamique, la psychothérapie analytique vise une modification du psychisme. Toute analyse bien menée apporte un mieux-être, car la dynamique psychique est orientée dans un sens progressif (et non-régressif ou laissée au hasard). Du point de vue technique, la psychanalyse *stricto sensu* est orientée principalement et préférentiellement vers le fonctionnement psychique laissant de côté les problèmes concrets.

Les psychothérapies de l'enfant imposent d'importants aménagements du cadre, puisque, dans ce cas, les médias utilisés vont être, outre la parole, le jeu, le dessin, le modelage, etc. La nécessité d'un complément éducatif peut demander une coordination mettant en jeu plusieurs intervenants dont les uns auront un rôle plus éducatif et les autres une visée plus psychothérapique. Des consultations avec les parents et l'enfant, en complément de la psychothérapie individuelle de l'enfant, sont indispensables. La dynamique familiale actuelle ne peut, en effet, être négligée. Pour les jeunes enfants, il est nécessaire d'associer la mère et l'on organise une psychothérapie mère-enfant permettant des modifications et une évolution de la relation.

Avec l'enfant, le début est délicat, car il se voit imposer par ses parents un traitement dont il n'est pas toujours demandeur. Les premières séances servent à montrer à l'enfant qu'il s'agit là d'une occasion qui pourrait lui servir à améliorer ses relations avec l'entourage. Le jeu, qui est l'instrument privilégié en psychothérapie, inclut les dessins, les jouets (représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons, etc.), les jeux de rôle improvisés, le modelage, etc.

Le jeu permet à l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique. Il sert à mettre en scène des situations qui sont l'occasion d'une reproduction non répétitive: il peut prendre des positions différentes de celles qu'il vit au quotidien. Les enjeux sont les mêmes que chez l'adulte : dénouer la triade conflit-défense-symptôme, éviter la fixation évolutive, renforcer l'individuation et la stabilisation narcissique, structurer le moi. Chez l'enfant, les potentialités évolutives sont importantes.

Les séances devraient être fréquentes (3 séances hebdomadaires), mais c'est souvent impossible et il est courant de voir des psychothérapies d'enfants menées à bien à raison d'une séance par semaine.

2.8. Efficacité et validité de ces approches

La question de l'efficacité de la psychothérapie dynamique peut être clarifiée et énoncée d'une manière fort simple : elle concerne les traits de caractère, les symptômes, les conduites, les relations et interactions humaines qui sont les manifestations du psychisme. Sur le reste, elle n'a pas d'effet.

Limite de validité

La pratique psychothérapique concerne peu le social au sens strict. Ainsi, l'habitus social, au sens de Pierre Bourdieu (1980), ou encore les composantes purement sociales de la personnalité (issues des adaptations à la situation sociale) sont en dehors du champ. On peut en tenir compte sur un plan pratique en adaptant la technique au milieu socioculturel du patient. La psychothérapie ne donne pas accès à la part de la personnalité qui se forge au long de la vie dans l'activité sociale et le travail, signale justement Gérard Mendel.

Elle ne concerne pas non plus les capacités cognitives qui ne sont pas saisies en tant que telles, faute des concepts et des techniques appropriées. Une amélioration de la santé psychologique va entraîner une amélioration des performances intellectuelles et des capacités d'apprentissage, mais celles-ci ont une dynamique propre dont ne s'occupe pas la psychothérapie dynamique.

Elle n'agit pas sur les états causés par des modifications neurobiologiques, comme les démences ou les maladies multifactorielles comme la schizophrénie. Une fois en place, ces troubles s'assoient sur des modifications neurobiologiques sur lesquelles la psychothérapie n'agit pas. Elle peut toutefois aider, mais dans une perspective d'étayage et de guidance, ce qui n'est pas le sujet de cet article.

Limite d'efficacité

Le changement dépend de la potentialité d'évolution et de la possibilité de mettre en œuvre les moyens psychothérapeutiques. L'évaluation implique un diagnostic précis et une appréciation des potentialités dynamiques. La dynamique du changement psychique vient de la motivation créée par la distorsion entre les aspirations du sujet et ses possibilités actuelles. Elle est créée par le désagrément et la souffrance ressentie (angoisse, dépression). Elle s'appuie sur une dynamisation issue des pulsions libidinales. Il est nécessaire que celles-ci soient suffisamment fortes. En l'absence de possibilités dynamiques, il n'y aura pas d'efficacité du traitement.

Les remaniements demandent du temps et une dynamique transférentielle puissante, ce qui n'est pas toujours possible. Le procédé a donc des limites. De plus, tout ne peut pas être réparé. La genèse du psychisme est aussi une explication des limites de la thérapeutique : ce qui a été édifié peut être modifié, mais dans une certaine mesure seulement, car certains manques sont irréversibles. Certains

éléments de la structure psychique, trop précocement figés, ne peuvent être modifiés ou, lorsqu'ils sont complètement absents, ils ne peuvent être construits. Si les bénéfices envisageables sont faibles ou nuls, il convient alors de ne pas entreprendre un traitement inutile.

Lorsque l'indication est bien posée et le traitement bien conduit, on obtient généralement les résultats escomptés.

2.9. Le psy qui pratique la psychothérapie d'orientation psychanalytique

Le psy "en retrait", centré sur "les causes" (l'inconscient)

Si je devais comparer ce type de psy à un fidèle compagnon, je dirais qu'il ressemble au Basset. Comme ce chien allongé au fond de la cour, le psy reste discret et en retrait, bien que derrière son apparente indifférence, il soit en fait attentif à ce que vous dites.

Ce psychologue, psychiatre ou psychanalyste fait preuve d'une grande neutralité. Il montre peu de réactions et intervient peu, voire reste même très silencieux par moments. On retrouve ici le cliché du psy qui reste dans son fauteuil sans rien dire, avec ses fameux "hum hum".

En effet, ce psy répond le moins possible aux questions que vous vous posez et évite de se concentrer sur la résolution de problèmes spécifiques. Il ne donne donc que rarement des conseils directs. Selon son approche, c'est en parlant que vous allez progressivement prendre conscience de votre propre fonctionnement inconscient.

C'est pourquoi il cherche à vous influencer le moins possible, en intervenant le moins possible. Il ne fixe pas non plus de durée précise au "travail" et ne se concentre pas sur des objectifs spécifiques. Il s'intéresse plutôt à la globalité de votre fonctionnement.

Pour cela, il vous demande de beaucoup parler, notamment de votre passé, afin d'en faire des liens avec votre présent. Suivant vos propos, il vous orientera en vous posant des questions ou en faisant des interprétations issues de son "analyse".

Sa démarche vise donc à favoriser la compréhension et la prise de conscience de ce qui n'était pas conscient jusqu'alors. L'accent sera donc mis sur l'analyse et la compréhension de vous-même.

En général, ce psy se réfère à la psychanalyse ou en est lui-même un praticien. Il peut aussi s'agir d'un psychologue d'orientation psychanalytique, d'un psychologue-psychanalyste ou d'un psychiatre-psychanalyste. Il pratique ce qu'on appelle les "thérapies d'inspiration analytique" ou "d'orientation analytique", qui s'inspirent fortement de la psychanalyse sans en être tout à fait.

□III. La psychothérapie à orientation comportementale et cognitive (TCC)

Les psychothérapies d'orientation comportementale et cognitive trouve son origine dans les travaux de B.F. Skinner au cours des années cinquante sur les comportements opérants. Elles ont mis en œuvre différentes méthodes en vue de les adapter aux personnes et aux situations particulières afin de produire des changements de comportements opérants chez ces personnes.

Pour cette psychothérapie, il ne faut pas nécessairement chercher à comprendre le *pourquoi* du symptôme, la compréhension des origines n'est que rarement utile, modifier le comportement jugé indésirable peut suffire à « faire le bonheur du patient ». Il s'agit de comprendre que le modèle théorique soutenant une telle pratique s'appuie principalement sur l'idée ou exemple suivant :

Prenons un homme extrêmement timide et peu confiant dans son abord des femmes qui déclenchent chez lui du désir. La psychanalyse s'intéressera à l'histoire de cette timidité tandis que les TCC aborderont les symptômes et la souffrance de ce patient comme on le fait dans le cadre d'une résolution de problème. Cette approche se base sur des théories dites du « conditionnement » mais aussi sur la manière dont se forment et se défont les croyances ou convictions intimes déterminant nos comportements. Une fois le problème délimité et l'objectif de changement de comportement défini, la collaboration avec le thérapeute se concentre sur la question de « Comment faire pour arriver à tenir tel comportement plutôt que tel autre ? ». Ici, la question ou l'objectif sera formulé ainsi : « Comment faire pour aborder de manière relativement confiante non pas « les femmes » mais Barbara qui déclenche chez moi du désir ? ». L'on travaille alors à mener des actions qui rapprochent peu à peu du comportement souhaité d'une part et à lever les obstacles à leur réalisation avec Barbara (les obstacles sont principalement des croyances ou convictions intimes acquises, d'où le terme de cognitif).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) considèrent le patient comme une "boîte noire" - c'est-à-dire qu'elles s'intéressent davantage aux comportements observables qu'à la compréhension des processus internes inconscients. Elles considèrent qu'il n'est pas nécessaire de comprendre en détail "l'histoire" et les conflits inconscients du patient pour pouvoir modifier ses comportements problématiques.

Le modèle théorique des TCC s'oppose ainsi en partie à celui de la psychanalyse. Alors que la psychanalyse se concentre sur l'exploration de l'inconscient, les TCC postulent qu'un changement de comportement (comportement observable) peut en soi mener à un changement plus large de la conception de soi et des relations.

Cela s'explique par le fait que lorsque le patient modifie un comportement problématique spécifique (comme surmonter une phobie), cela fait évoluer sa vision de lui-même et de ses interactions avec les autres de manière plus générale.

Les TCC s'intéressent donc à la "partie visible de l'iceberg" - c'est-à-dire aux cognitions (pensées, croyances) et aux comportements qui causent de la souffrance, plutôt qu'à l'exploration approfondie de l'inconscient. Elles visent à corriger ces cognitions et comportements problématiques, souvent de manière relativement brève et en s'appuyant sur une relation active entre le thérapeute et le patient.

Cela les distingue donc nettement de l'approche psychanalytique, qui elle met l'accent sur la compréhension des conflits inconscients comme levier de changement.

De la famille des thérapies brèves, les TCC s'appuient sur une relation active entre le thérapeute et son patient dans l'apprentissage de nouveaux comportements.

3.1. Historique

a) Les précurseurs
L'antiquité :

On peut trouver des traces de **thérapies comportementales** dès l'antiquité, avec **Hippocrate** qui utilisait l'exposition pour traiter les phobies.
On trouve également des enseignements sur le **contrôle volontaire des fonctions physiologiques** notamment chez les yogis et au sein du bouddhisme, enseignement actuellement intégrés avec le développement de thérapies utilisant la méditation ou le biofeedback.

Les Lumières :

Au 18e siècle, à l'époque de la philosophie des Lumières où l'on espérait que la philosophie pouvait soigner la maladie mentale, le philosophe **John Locke** décrivait l'exposition aux stimuli anxiogènes chez un enfant qui avait une phobie des grenouilles. Sur l'aspect cognitif et de la modification des systèmes de croyance, on parlait historiquement de "**conversion spirituelle**" ou idéologique.

Au XIXème siècle :

- ✓ La France a été pionnière au 19e dans le traitement des patients psychotiques, notamment avec **François Leuret** à l'hôpital Bicêtre à Paris qui développe le "*traitement moral de la folie*".
- ✓ **Jean Itard** qui a travaillé avec *Victor*, "le sauvage de l'Aveyron" en utilisant une thérapie comportementale qui cependant échoue.
- ✓ En 1873, **Perroud** a traité des cas d'agoraphobie par **exposition graduée** au stimulus anxiogène.
- ✓ **Sigmund Freud** et **Sandor Ferenczi** se basaient sur les injonctions, les renforcements. Freud préconise l'exposition.
- ✓ **Pierre Janet** (1847-1959) qui est le plus proche des méthodes actuelles, il développe des techniques d'exposition aux stimuli anxiogènes. Sur le plan cognitif il propose des méthodes de «désaccrochage» des pensées répétitives (raisonnements circulaires), testé sur des patients dépressifs.

b) Les TCC de la 1ère vague : de Pavlov à Skinner (les béhavioristes)

- ✓ Les travaux de la première vague ont permis de définir de nombreux concepts et mécanismes clés qui servent de fondement théoriques et pratiques aux TCC.
- ✓ **Pavlov** et **Skinner**, mais pas utilisés dans le cadre de la clinique. Pavlov a été le 1er béhavioriste avant l'heure. **Watson** est à l'origine du terme béhaviorisme (comportement humain à partir de l'apprentissage), il va critiquer le spiritualisme et pratiquer les premières expériences de conditionnement avec **Rayner**.
- ✓ Dans les années 50 : le béhaviorisme se développe en laboratoire, pas en cabinet. La clinique était dominée par le mentalisme.
- ✓ Skinner introduit **le conditionnement opérant** (vs conditionnement classique de Pavlov).
- ✓ 1952 **Joseph Wolpe**, travaille sur le chat. Par **conditionnement classique**: produit des névroses chez les chats. Bruit + choc électrique ⇒ développement des réactions anxieuses. Refus de s'alimenter. Et même lorsque les sons et chocs s'arrêtent, l'extinction de l'anxiété ne survient pas. Leur soumet de la nourriture excellente ⇒ va réapparaitre un comportement d'approche très progressivement. ⇒ **c'est un contre-conditionnement**= 1ère preuve clinique.
- ✓ D'autres ont travaillé sur des traitements d'exposition : **Hans Eysenck**, **Marks**.

c) Les TCC de la 2ème vague : Bandura, Ellis, Beck (les cognitivistes) :

Les cognitivistes : **Albert Bandura**, **Albert Ellis**, **Aaron Beck**.

Trois théories viennent de ces auteurs à savoirs :

- La théorie de l'apprentissage social
- La thérapie rationnelle émotive
- La théorie de cognitions consciences et des cognitions inconscientes

Albert Bandura

Albert Bandura est un psychologue canadien connu pour ses travaux **sur l'apprentissage social**. Il a développé la théorie de l'apprentissage social, qui met l'accent sur l'importance de l'imitation des modèles dans le processus d'apprentissage. Selon Bandura, les individus apprennent en observant les comportements des autres et en reproduisant ces comportements dans des situations similaires.

Dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les travaux de Bandura ont eu une grande influence en intégrant les aspects cognitifs et comportementaux. Il met en évidence le rôle des phénomènes cognitifs tels que l'auto-contrôle et l'évaluation dans la régulation des comportements humains. Cela signifie que nos pensées, nos croyances et nos évaluations influencent nos comportements.

Albert Ellis et la thérapie rationnelle émotive (TRE)

La thérapie rationnelle émotive d'Albert Ellis est une approche de la psychothérapie qui s'inspire de la psychanalyse, mais qui met l'accent sur la relation entre la raison et l'émotion. Ellis soutient que la névrose, ou les troubles émotionnels, résultent d'un comportement irrationnel émanant de personnes autrement intelligentes.

Selon Ellis, les humains ne sont pas perturbés par les événements externes eux-mêmes, mais par la façon dont ils les perçoivent et les interprètent. Il met l'accent sur le fait que nos pensées, nos croyances et nos attentes jouent un rôle crucial dans notre expérience émotionnelle et dans la manière dont nous réagissons aux événements de la vie.

Selon Ellis, le problème réside souvent dans les attentes disproportionnées et les croyances irrationnelles des individus. Par exemple, une personne peut avoir une croyance irrationnelle selon laquelle elle doit être parfaite en tout, et si elle échoue dans un domaine spécifique, elle se sentira complètement inadéquate. Ces croyances irrationnelles peuvent contribuer à des sentiments de détresse émotionnelle.

Pour aider les patients à surmonter ces croyances irrationnelles, Ellis propose une approche thérapeutique basée sur un dialogue socratique. Dans cette approche, le thérapeute encourage le patient à examiner et à remettre en question ses croyances irrationnelles en utilisant un raisonnement logique et une réflexion critique. Le patient est encouragé à mettre lui-même le doigt sur les problèmes et à participer activement à la restructuration cognitive, c'est-à-dire à remplacer les croyances irrationnelles par des croyances plus adaptatives et réalistes.

Aaron BECK

La théorie des cognitions conscientes et inconscientes est un concept développé par Aaron Beck, un psychologue américain connu pour son travail dans le domaine de la thérapie cognitive.

Selon Beck, nos pensées et nos croyances ont un impact significatif sur nos émotions et nos comportements. Il soutient que nos cognitions, ou nos processus de pensée, peuvent être divisées en deux catégories : conscientes et inconscientes.

Les cognitions conscientes font référence aux pensées et aux croyances auxquelles nous sommes pleinement conscients. Ce sont les pensées que nous pouvons facilement identifier et dont nous avons une conscience directe. Par exemple, si vous pensez "Je suis incapable de réussir", cette pensée serait considérée comme une cognition consciente.

D'autre part, les cognitions inconscientes font référence aux pensées et aux croyances qui sont automatiques et souvent hors de notre conscience immédiate. Ces pensées peuvent être profondément enracinées et influencer notre façon de penser et de réagir sans que nous en soyons nécessairement conscients. Par exemple, si vous avez une faible estime de vous-même qui vous fait douter de vos capacités sans vraiment comprendre pourquoi, cela pourrait être attribué à des cognitions inconscientes.

La thérapie cognitive, développée par Beck, vise à aider les individus à identifier et à remettre en question leurs cognitions négatives et irrationnelles, qu'elles soient conscientes ou inconscientes. En remplaçant les cognitions négatives par des pensées plus adaptatives et réalistes, il est possible de réduire les symptômes de divers troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété et les phobies.
Il met en avant des **pensées automatiques** et des **dialogues internes** chez le dépressif qui aménent et amplifient le phénomène. Il montre que travailler sur ces pensées automatiques dépressiogènes avec les patients peut les amener à les remettre en cause et à guérir.

d) Les TCC de la 3ème vague : Hayes ou la vague émotionnelle

Steven HAYES est le pionnier de cette 3ème vague, la vague dite émotionnelle.

Enfin, se développe **un modèle qui tient compte de l'implication de l'émotion** dans les méthodes de la démarche TCC. Le principe du renforcement se situe à l'interface de l'action et de son contexte. Pour modifier un comportement, il faut manipuler des variables contextuelles. Il développe différents axes.
Plusieurs sous-théories :

- ✓ **ACT : Acceptation and Commitment Therapy**: accepter un état de fait (douleur, souffrance…), s'engager à le concevoir comme faisant partie de nous.
- ✓ **Théorie de la pleine conscience** (**Jon Kabat-Zin**, a suivi les enseignements bouddhistes). Dans les années 60 : **Mindfulness Based Stress Reduction** (MBSR, appliqué aux TCC donne MBCT : **Mindfulness Based Cognitive Therapy**).
- ✓ **Le Biofeedback** : **George Armitage Miller** en 69 publie les expériences sur l'animal montrant qu'on peut conditionner le système nerveux autonome. ⇒ Le Biofeedback. C'est la 1ère esquisse de l'investissement du champ psychosomatique par l'approche TCC.

Développement des TCC en France

Les TCC se sont développées en France à partir des années 1970.
Plusieurs associations en ont assuré la promotion, notamment :

- ✓ l'AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive), fondée en 1972.
- ✓ l'AFFORTHECC (Association Francophone de Formation et de recherche en TCC), fondée en 1994.
  Jean Cottraux crée à Lyon le 1er Diplôme Universitaire de TCC en France,

Le rapport de l'inserm en 2004 sur les psychothérapies intitulé «*Psychothérapie : Trois approches évaluées*» (rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 553 p. - Expertise collective) **a consacré les TCC comme méthode de référence pour le traitement de nombreuses pathologies**.

Aujourd'hui **les TCC constituent un courant majeur de psychothérapie**, son succès est dû en grande parties aux études contrôlées qui mesurent et démontrent son efficacité de façon scientifique.

3.2. Principe et techniques des TCC

► **Principe des TCC**

Les thérapies cognitives et comportementales sont fondées sur **l'apprentissage de nouveaux comportements**, à partir de l'élaboration de pensées plus adéquates : il s'agit de réussir demain, ce dont on se croit incapable aujourd'hui et que, de ce fait, on a raté hier. La pratique repose en partie sur l'analyse fonctionnelle du problème, avec la **mise à jour des déclencheurs**, des monologues intérieurs y afférant, et bien sûr des comportements "compulsifs". Puis sur **l'élaboration d'objectifs**, qui consistent essentiellement en un certain nombre de **tâches précises à accomplir.** Ce qui sous-entend pour le patient de se mettre en situation stressante. D'où un autre principe essentiel aux TCC : un contrat ou une collaboration active entre les deux parties, qui permet d'évaluer ce que le patient peut accepter. Il n'y a pas d'obligation donnée par le thérapeute.

► **Techniques des TCC sur le registre comportemental**

A/ Techniques d'exposition :

- Désensibilisation systématique : déconditionnement systématique :

Technique élaborée par WOLPE 1975, il s'agit de la méthode la plus employée en TC, plus accessible au thérapeute débutant par sa relative innocuité.

Après entraînement à la relaxation (6-10 séances de 20mn), on propose au patient d'imaginer des scènes anxiogènes préalablement programmées selon une hiérarchie des scènes (10 en moyenne), allant des moins angoissantes au plus menaçantes, le contenu des scènes de la hiérarchie reflète des situations qui produisent de l'anxiété dans la vie réelle du sujet ; la relaxation est induite pour chaque présentation de scène ce qui permet un contrôle de l'anxiété provoquée.

Selon La Fontaine, les points reconnus comme importants pour la majorité des auteurs sont les suivants :

- ✓ Un rapport patient-thérapeute empathique.
- ✓ Une explication claire du processus thérapeutique, fourni au patient.
- ✓ L'utilisation d'un nombre élevé d'items.
- ✓ Amener le patient à affronter les situations phobogènes.
- ✓ L'alternance de phases de concentration sur les scènes anxiogènes et de déconcentration à la

relation peut être utile.

La relaxation favorise l'imagerie mentale en plus pourra être utilisée après le traitement du patient. Il semble que leur seul élément vraiment indispensable soit l'imagination dirigée vers des scènes reliées à la peur (principe de l'exposition).

Des variantes se sont montrées tout aussi efficaces :

- ✓ L'utilisation d'hypnose à la place de la relaxation
- ✓ La désensibilisation systématique en groupe.

Sur le plan théorique, de plus en plus les facteurs cognitifs sont pris en considération en particulier :

- ✓ L'apprentissage par modèle, le sujet étant son propre modèle.
- ✓ L'information sur son niveau d'amélioration par la profession dans la hiérarchie.
- ✓ L'atteinte d'un résultat positif.

En d'autres termes, en présence de stimulus responsables de l'anxiété, on installe une réponse antagoniste de l'anxiété capable de la supprimer au moins en partie, les liens entre stimulus et anxiété doivent s'affaiblir, il s'agit d'une **inhibition réciproque.**

- **Autres techniques d'exposition aux stimuli anxiogènes :**

- ✓ **La désensibilisation in vivo:** La situation anxiogène est affrontée par paliers, non en imagination, mais en réalité, sans relaxation.
- ✓ **La désensibilisation par contact** : càd par le toucher progressif des objets phobogènes.
- ✓ **La désensibilisation par auto-contrôle :** le sujet effectue de la relaxation dès qu'il sent la moindre menace anxieuse.
- ✓ **La désensibilisation vicariante en groupe :** faire passer une vidéo de désensibilisation de la même phobie.
- ✓ **L'immersion : « flooding » en imagination ou in vivo :** Il s'agit d'obtenir une extinction de l'anxiété en plaçant le sujet d'emblée dans les situations anxiogènes, maximales pendant 2 à 3 heures jusqu'à l'extinction de l'angoisse, elles présentent le danger de provoquer des réactions parfois difficiles à contrôler, le 'modeling' est parfois utile dans l'immersion in vivo : le thérapeute sert de modèle en affrontant la situation anxiogène devant le patient.
- ✓ **L'implosion :** variante d'immersion imaginée, elle utilise des concepts psychanalytiques, la technique permet l'extinction de conflits intra psychiques (agressivité refoulée ou culpabilisée).
- ✓ **L'exposition graduée in vivo :** pour rendre le traitement plus supportable, on n'atteint le max d'angoisse qu'après plusieurs séances.
- ✓ **Prévention de la réponse :** utilisé dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

B. Entrainement à l'affirmation de soi "assertivité" et à la communication sociale : Selon Bois Vert & Beaudry 1980

Un comportement assertif correspond à « l'expression adéquate des émotions, la défense de ses droits sans anxiété exagérée et sans négation des droits d'autrui et à la capacité de résoudre efficacement les problèmes interpersonnels ».

Utilisée chez les patients présentant une altération significative du fonctionnement social et/ou professionnel, visent l'atténuation des manifestations anxieuses et l'apprentissage de comportements de communication.

La technique consiste en 1er lieu à construire une hiérarchie de difficultés sociales du patient. L'apprentissage et l'assertivité s'effectuent ensuite à travers des jeux de rôles avec le thérapeute seul, puis dans un groupe, parfois les jeux de rôles sont pratiqués en imagination au préalable avec relaxation sous forme de désensibilisation systématique ; l'accent sera mis :

- ✓ Sur les composantes verbales de la communication
- ✓ Et les composantes non verbales, expression gestuelle, faciales, la hauteur et le volume de la voix, la distance interpersonnelle et le contact visuel.

D'autres éléments techniques sont à noter :

- ✓ Modeling : le même thérapeute peut servir de modèle « modeling », et façonner de façon opérante le patient en renforçant systématiquement ses réponses.
- ✓ Feed-back : l'emploi d'un système vidéo sera intéressant pour visualiser les jeux de rôles.
- ✓ Les tâches assignées permettent au sujet de s'exercer en réalité (généralisation de l'apprentissage).
- ✓ L'auto-observation pratiquée par le patient in vivo permet au thérapeute de mieux conduire le traitement et le renseigner sur la motivation de son patient.
- ✓ Enfin, l'abord cognitif (modification des monologues intenses est de plus en plus utilisé pour rentabiliser cette technique (exp : monologue négatif : s'affirmer revient à se montrer agressif).

C. Technique utilisant le conditionnement opérant :

Elles sont directement dérivées de la théorie de Skinner.

- **Renforcement positif :** Il se produit lorsque la conséquence d'un comportement, entraîne une augmentation de la probabilité d'apparition de ce comportement, il s'agit d'un renforcement par présentation d'un stimulus, renforçateur qui facilite l'augmentation du débit d'une réponse ; par exp, gagner plus d'argent en travaillant plus.

- **Renforcement négatif:** L'interruption ou l'évitement de la conséquence désagréable d'un comportement va augmenter la probabilité d'apparition de ce comportement, autrement dit, le retrait du renforçateur va accroître le débit d'une réponse: par exemple: l'utilisation de l'isolement pour favoriser la réponse du poids chez une anorexique mentale, l'isolement renforce négativement la prise du poids chez une anorexique mentale, l'isolement renforce négativement la reprise du poids, les renforçateurs sont classés en R-primaires (renforçateurs), nécessaires à l'individu (nourriture pare exp), et R-secondaires (loisirs, argents) pour être efficaces, ils doivent être appliqués immédiatement après le comportement à renforcer.
- **L'extinction :** C'est une méthode visant à diminuer un comportement, elle implique la suppression brutale et totale de la conséquence renforçante d'un comportement ce qui a pour effet d'accroître la probabilité de ce comportement «la pratique massive » représente une procédure particulière à l'extinction, elle consiste à répéter jusqu'à épuisement de l'activité indésirable (tics, bégaiement) pour en provoquer une inhibition conditionnée.

- **Technique de façonnement « shapping » du comportement :** L'apprentissage se fait ici par approximations successives, le thérapeute renforce toute ébauche de bonne réponse, puis tout comportement sera rapproché de la technique d'affirmation de soi déjà décrite utilisant le modèle d'apprentissage ; on l'utilise aussi chez les patients ayant des déficits comportementaux majeurs : autistes, oligophrènes, déments.

  Le shapping est souvent associés au « fading » estompage : le thérapeute aide alors directement le patient puis laisse à celui –ci de plus en plus d'initiative.

- **Programmes institutionnels de renforcement :** Par économie de jetons, ils représentent une parfaite illustration de l'emploi des techniques opérantes, le but essentiel de ces programmes et d'élaborer un milieu motivant en intégrant les patients hospitalisés dans des activités variées et utiles sans moyens coercitifs : le patient doit être informé du but du programme et donner son accord.

  Il s'agit en premier temps de repérer les comportements à modifier : se lever, se laver, s'habiller, énurésie, participation à l'ergothérapie, agressivité, ensuite de faire une liste de renforçateurs qui seront échangés contre les jetons obtenus lorsque les comportements adéquats auront été adoptés par les sujets (sorties, argent, consommation de café, entretiens…).

- **Aversion :** Technique opérante se définissant par la diminution de la fréquence d'apparition d'une réponse par la délivrance immédiate d'un stimulus aversif, mais on peut aussi l'interpréter selon d'autres modèles en particulier celui du conditionnement classique.

  Les stimuli aversifs sont très variés : bruits blancs, lumières intenses, chocs électriques, aversion chimique (apomorphine, induction sentiment de honte). L'utilisation de ces techniques aversives est réduite.

Cantela (1970) a développé une technique aversive : sensibilisation interne utilisant des stimuli aversifs imaginés, plus faciles à manier rendant le sujet plus actif dans son traitement, plus acceptables sur un plan éthique et semble-t-il aussi efficace ; le sujet doit imaginer avec un maximum de détails, une situation précise (boire un café par exemple) puis l'associer à la scène aversive (malaise, vomir).

La séquence imaginée peut être ensuite poursuivie par une scène d'évitement des comportements indésirables (par exemple boire de l'eau, associée à une séquence agréable (sensation de bien-être) technique d'auto-contrôle imaginé.

► **Techniques des TCC sur le registre cognitif**

A- Le conditionnement imaginé : Cantella (1970)

Contre l'aversion par sensibilisation interne, Cantella, selon le même principe a mis au point un ensemble de techniques employant l'imagerie mentale associée aux principes de conditionnement opérant.

- ✓ **Le renforcement positif imaginé :** Le sujet imagine le comportement qu'il veut acquérir et aussitôt après une conséquence agréable de ce comportement.
- ✓ **Le renforcement négatif imaginé :** Le sujet imagine une scène désagréable et aussitôt après le comportement qu'il désire acquérir.
- ✓ **Le modeling imaginé :** Le sujet imagine une tierce personne susceptible de lui servir de modèle, accomplissant le comportement désiré.
- ✓ **L'extinction imaginée :** Le sujet imagine le comportement indésirable sans il n'y associer ni conséquence positive, ni négative.

B- L'arrêt de la pensée Cantella (1977)

Méthode employée dans le but de réduire les pensées obsédantes, le sujet est invité à se concentrer sur son idée obsédante, le thérapeute interrompt le fil de la pensée en criant **STOP** et en provoquant ainsi une réaction de surprise et d'arrêt chez le patient; le sujet doit ensuite interrompre l'arrêt de la pensée en répétant le mot 'stop' à voix haute, à voix basse puis en l'imaginant en étant concentré sur ses obsessions, une fois l'arrêt obtenu, il peut imaginer une scène agréable de manière à renforcer l'efficacité de la réaction d'arrêt.

C. L'autocontrôle

Il permet au sujet de changer lui-même son comportement en apprenant à s'observer, à évaluer ce comportement ; par exemple, noter les heures de prise d'aliments et la quantité d'aliments observés par un obèse.

Le sujet apprend ensuite à identifier les situations problèmes (par exemple manger seul), il se fixera alors des buts et des renforçateurs qu'il attribuera s'il parvient à atteindre ce but.

D. Technique de résolution des problèmes (D'Zurilla & Goldfied 1971

La méthode comprend les étapes suivantes :

1. Orientation, explication de la méthode : le thérapeute doit aider le patient à prendre conscience que sa situation est liée à un problème dont il doit trouver la solution.
2. Formulation du problème.
3. Explication de différentes solutions : le patient doit imaginer toutes les solutions qui lui viennent à l'esprit.
4. Décision en examinant les conséquences de chaque solution choisie.
5. Vérification, application in vivo.

Cette méthode s'applique essentiellement chez les sujets souffrant des carences dans leur habilité d'adaptation.

E- LES TECHNIQUES DE RESTRUCTURATION COGNITIVE

La restructuration cognitive comprend différentes étapes. Après une démarche d'observation et d'identification, vient celle d'évaluation et enfin celle de modification des pensées dysfonctionnelles et des schémas sous-jacents.

➢ **Explication de la démarche thérapeutique au patient.**

Le thérapeute peut formuler le modèle ainsi :

« Vous êtes aujourd'hui déprimé, voté humeur est triste, voire sombre. Pour certains psychiatres un des facteurs de vulnérabilité à la dépression qui aurait contribué à votre état émotionnel actuel, est un système de pensées, de règles arbitraires qui font envisager les situations de la vie quotidienne sous un certain point de vue.

« Nous vous proposons par l'intermédiaire d'une quinzaine d'entretien de mettre à jour ce postulat moral. Cette démarche psychologique s'effectue à partir des cognitions, c'est-à-dire toutes formes de pensées à contenu verbal ou imagé qui accompagne une expérience émotionnelle.

« Le lien étroit entre ce que vous ressentez émotionnellement est la pensée va vous paraître petit à petit plus clair au gré des situations journalière que vous allez vivre. Par exemple, si vous entendez un bruit sec de claquement dans la nuit, la pensée : '' c'est peut-être un voleur qui essaye de fracturer la porte'', est plutôt liée à un état émotionnelle anxieux. Par contre la pensée : « c'est ma maison qui tombe en ruine. C'est le volet que je ne suis pas capable de réparer depuis un mois », est liée davantage à une tonalité émotionnelle dépressive.

Ces pensées qui traversent rapidement l'esprit et emportent votre adhésion ne sont qu'une interprétation possible de la situation concrète. Prenons une métaphore. C'est le même phénomène que l'éclat de la lumière que vous recevez d'une facette d'une pierre précieuse : vous êtes ébloui et vous n'appréciez pas les autres reflets de la gamme ; il suffit alors de faire pivoter la pierre pour en appréciez les différents reflets. Ici, dans la thérapie, nous procéderons de même, nous envisagerons la situation concrète avec toutes les alternatives qu'elle permet d'envisager. L'apprentissage de cette ouverture de pensée aura pour conséquences un soulagement émotionnel dû à une représentation de la réalité plus structurée.

Les derniers entretiens de cette thérapie auront pour objectif de dévoiler votre schéma de pensées sous-jacent, l'un de vos « talons d'Achille » pour la dépression.

Cette démarche paraît simple mais elle n'est pas naïve ; elle a le mérite d'être structurée et vous pourrez la reproduire seul, même hors de la thérapie proprement dite. Souhaitez-vous que nous reprenions ensemble certains aspects de cette présentation ?

Dans le souci d'établir le plus précocement possible la relation de collaboration, le thérapeute demande la réaction du patient devant un modèle psychologique dont la démarche est novatrice : « la durée de la thérapie et courte est nous allons aborder ensemble vos problèmes concrètes quotidiennes »

Le modèle psychologique est explicite en suivant la chronologie qui sera suivie au cours de la thérapie : mise en évidence tout d'abord des cognitions, puis des processus cognitifs et enfin des schémas.

Pour Teasdale **(1985),** la connaissance didactique du modèle de la thérapie par le patient est une composante thérapeutique à part entière. Cette étape est importante pour susciter la motivation et l'adhésion du sujet à la thérapie. Elle donne au patient une compétence qui est indispensable à sa participation active aux entretiens et lui permet d'acquérir une autonomie par rapport aux techniques utilisées. Cette connaissance favorisera l'intériorisation et l'intégration des interventions thérapeutiques que le sujet sera amené à reproduire seul plus tard (auto-thérapie.

➢ **Observation des cognitions**

Les cognitions sont difficiles à observer parce qu'elles sont fugaces, automatiques, difficiles à interrompre et faciles à croire. Ces prédictions raisonnables ont un contenu négatif dans le discours du sujet déprimé. Beck en isole une triade spécifique au sujet déprimé ; elle comprend des représentations négatives de : a) **soi-même,** b) **du monde environnant** et c) **du futur.**

Le thérapeute consacre donc plusieurs séances aux repérages de ces cognitions. Souvent le patient n'est conscient que des situations déclenchantes et des réactions émotionnelles qui y sont associées, sans être capable d'identifier les croyances intermédiaires.

Cependant, l'expérience clinique nous montre que ces patients deviennent de fins observateurs de leurs propres pensées, cette capacité pouvant être apprise au cours des séances. Cette identification des pensées dysfonctionnelles sont en rapports avec les symptômes est le premier objectif de la thérapie. Un répertoire de technique va permettre au thérapeute et au patient d'observer les cognitions. Une auto évaluation cognitive prolongée est nécessaire avant l'emploi d'autres stratégies plus spécifiques (trois à quatre séances). En cours d'entretien l'observation des cognitions se réalise de trois façons :

1. **Par l'interrogation**

La situation même de l'entretien engendre chez le patient des cognitions que le thérapeute cherche à mettre en évidence par des question inductives du type : « comment ressentez-vous le fait de voir un thérapeute ? », « comment appréhender vous le fait de venir aujourd'hui dans mon bureau ? », « comment vous imaginez cet entretien alors que vous m'attendiez? »

L'humeur dépressive et anxieuse des patients s'accompagne de réponse comme : « je me suis dit que cette thérapie ne pouvait rien faire pour moi. Qu'est-ce que je fais là ? »

Le thérapeute souligne que ce discours intérieur tenu par le patient : « je me dis que … » , qui constitue le matériel de base de la thérapie. Le thérapeute aussitôt transcrit ces pensées dysfonctionnelles sur une feuille d'enregistrement des cognitions. Cette feuille est séparée en trois colonnes : la première est destinée à la description de la situation, la deuxième au relevé des émotions et la troisième à l'identification des cognitions associés. Voici la présentation de la feuille d'auto-enregistrement en trois colonnes de Beck décrivant la situation précédente :

Situation : « je suis dans le bureau avec le thérapeute, l'entretien débute. »
Émotions: désarroi, tristesse
Pensées associées :« je me dis que cette thérapie ne peut rien faire pour moi qu'est-ce que je fais là »
Le relevé produit en cours d'entretien est donné au patient, il lui servira de modèle pour l'inciter à

observer ses cognitions.

2. **Par la représentation d'une scène évoquant une pénible émotion**

Cette technique consiste à refaire l'expérience de la situation émotionnelle en imagination et à livrer spontanément à voix haute son discours intérieur. Cet abord est suggéré lorsque le patient n'arrive pas à observer ses cognitions au cours d'un épisode sur- venu en dehors de la séance ; il lui est alors demandé de s'instaler confortablement dans un fauteuil, de se détendre. Cela fait, le thérapeute décrit l'incident vécu et le patient se représente la scène par imagerie mentale. On lui demande de donner oralement les pensées qui surgissent dans son esprit au cours de l'évocation de la scène.

Ainsi Madame AS., âgée de 45 ans, présente un trouble dysthymique chronique peu amélioré par des prescriptions réitérées d'antidépresseurs. L'intensité de sa dépression est modérée, d'après les évaluations clinique et métrologique (le score à l'échelle de dépression de Hamilton est de 14, et celui de l'inventaire pour la dépression de Beck en 13 items est de 12). Alors que la patiente est parvenue à son huitième entretien de thérapie et que l'auto-observation de ses cognitions lui est désormais familière, elle a des difficultés à identifier celles qui sont liées à un événement de la semaine alors qu'un de ses collègues de bureau montrait les photos de son premier né, elle fondit en larmes, elle se sentit incapable de dire quoi que ce soit et eut honte ; sur le moment, la patiente ne peut discerner ses pensées asso- ciées à cet événement. Cet épisode revêt de l'importance pour Madame AS., qui propose comme objectif de la neuvième séance de reprendre cette situation. Thérapeute et patient s'accordent sur le choix d'un abord en imagination. La visualisation mentale de la scène de bureau va s'accompagner du monologue : « Je ne suis pas grand- mère. Je suis triste. Mes enfants sont en âge de se marier. J'aime tant les enfants ».

3. **Par le jeu de rôle**

Cette technique s'utilise dans le cas où la situation problème inclut une relation interpersonnelle. Thérapeute et patient reproduisent la scène au cours d'un jeu de rôle. Là encore le patient livre à voix haute les pensées engendrées par la mise en situation. Monsieur TE., âgé de 52 ans, présente un épisode dépressif majeur dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive unipolaire. Il est hospitalisé et reçoit un traitement thymo-analeptique tricyclique à dose efficace et il poursuit en parallèle des entretiens de thérapie cognitive. C'est au début du quatrième entretien, au moment de la lecture des feuilles d'auto-enregistrement des cognitions, que le patient explique une de ses difficultés alors qu'il était en contact avec un groupe de personnes, il n'a pas pu identifier ses cognitions. La description de la scène est la suivante : Monsieur TE. Contourne dans le couloir un groupe de personnes (trois personnes, lui semble-t-il); il se sent envahi très rapidement d'une grande tristesse et pleure.

La nouvelle mise en situation fait dire au patient : « je ne compte pour personne». Afin de poursuivre l'observation du lien entre la situation , l'émotion et la cognition, le thérapeute est amené à demander : « quels sont les éléments, les détails de la situation qui vous ont fait dire : « je ne compte pour personne ? »

Patient : « c'était un patient avec de la famille sûrement. Je me suis senti très seul. Personne ne vient me voir. »

Thérapeute : « sur quels éléments avez-vous pu dire qu'il s'agissait d'un patient en compagnie des membres de la famille ? »

Patient : « je ne sais pas. Je ne les ai pas regardés »

Cette interrogation montre au patient l'interprétation sélective qu'il a faite de la situation en considérant arbitrairement que le groupe de personnes croisé dans le couloir ne pouvait qu'être constitué d'un patient et des familiers.

Cet exemple illustre l'utilité du jeu de rôle dans l'observation des cognitions produites en situation de relation sociale. Même si la pensée dysfonctionnelle ne paraît pas de prime abord liée logiquement à la situation, des questions peuvent éclairer sur les processus d'interprétation de la réalité.

En dehors des séances, le patient poursuit l'auto-observation et l'identification de ses cognitions. Le thérapeute le guide dans la distinction entre une pensée automatique et d'autres pensées, qui sont réfléchies. Le critère principal est que la pensé automatique n'est le fruit ni d'un discours réfléchi ni d'un raisonnement conscient. Si la cognition a une forme très générale et globale, si elle se présente comme une conclusion du type :' « le suicide est ma seule solution » : ou bien « je suis perdant », on recherche les différentes étapes du cheminement de la pensée qui a conduit à cette affirmation jusqu'à la première pensée automatique. Le thérapeute l'aide d'exemple pour illustré la différence entre la cognition et la pensée raisonnée ; cette dernière a une forme beaucoup plus élaborée et il reflète les thèmes ou sujets de réflexion du patient. Le patient est incité à pratiquer ce relevé par écrit. Cette procédure s'intitule l'auto-enregistrement des cognitions.

➢ **L'auto enregistrement des pensées dysfonctionnelles.**

L’auto enregistrement des cognitions se pratique de préférences par écrit entre chaque séance de thérapies. Ce relevé des situations pénibles sources d’émotions et des cognitions débute en séances avec le thérapeute. Le patient se trouve alors en possession de plusieurs exemples qui faciliteront leur identification. Ces exemples élimineront certains doutes comme : « je ne sais plus ce que le thérapeute m’a dit de faire, je ne sais plus ce qu’il appelle cognition ou pensées associées, est-ce bien ce type de pensées qu’il veut ? »

Les exemples donnés au patient peuvent être élargis à d’autres situations fréquemment rencontrés par le sujet déprimé, dont voici quelques illustrations :
Situation 1 : « il est huit heures, je refais mon lit et je n’y arrive pas »
Émotions : irritabilité, tristesse, découragement.
Pensées associées : « décidément, je ne serai jamais capable de faire quelque chose de mes mains. »
Situation 2 : «je reste dans mon lit sans pouvoir me lever »
Émotions : tristesse
Pensées : « mon cerveau ne fonctionne plus »
Situation 3 : «je suis invitée à dîner et je reste prostré dans un fauteuil à mon domicile »
Émotions : tristesse, dégoût
Pensée : « je suis laide »
L’auto enregistrement des pensées à pour effet de faire adopter par le patient un point de vue plus objectif par rapport à ces processus de pensée. Au commencement de la thérapie, la patient ne s’interroge pas sur la validité de ses prédictions et il y a une absence de correspondance absolue entre ses conclusions et la réalité. De fait, l’auto enregistrement des cognitions permet une première mise à distance des conclusions absolues émises par le patient. Au-delà d’une technique d’auto observations, il s’agit déjà d’une technique thérapeutique, outil du changement.

Face à cette démarche psychologique nouvelle à la participation active du patient est demandée, certaines interrogations peuvent se lever. Nous allons envisager les trois questions les plus fréquentes et proposer certaines solutions.

- Certains sujets ont peur de voir leur état dépressif s’aggraver en se concentrant sur leur pensés négative. Il est nécessaire de redéfinir la démarche cognitive qui facilite le développement de l'alternative de pensées. De plus l'évaluation des croyances a pour effet une diminution de la charge émotionnelle qui s'ensuit, grâce à la définition d'un cadre précis, d'une circonstance concrète ou apparaît l'émotion.

Cet auto-enregistrement des cognitions est amorcé, comme nous l'avons déjà dit, par des illustrations propres au patient. Le thérapeute renforce les productions du patient en sachant que certains n'aiment pas écrire, ou n'arrivent pas à exprimer par écrit ce qu'ils ressentent, ou ont honte de lire leurs pensées. Par son attitude ouverte et chaleureuse, il aide le sujet déprimé dans son observation.

- Pour faciliter l’identification des cognitions, le thérapeute pro- pose si besoin est une liste des cognitions les plus habituellement retrouvées au cours d’un état dépressif. Soit cet inventaire peut être construit par le thérapeute d’après son expérience, soit il peut utiliser un instrument déjà établi comme le questionnaire des pen- sées automatiques (Hollon et Kendall, 1980), dont voici un court

Extrait :

Indiquez avec quelle fréquence, si c’est le cas, cette pensée a été vôtre durant la dernière semaine. Lisez chacune des 30 pensées attentivement et cochez la colonne correspondante :

	Pas du tout	Parfois	Assez souvent	souvent	Tout le temps
1.J'ai la plus grande difficulté à faire face au monde					
2. Je ne suis pas bon					
3. Pourquoi est-ce que je ne réussis jamais ?					
4. Personne ne me comprend					
5. J'ai laissé tomber les autres					

Extrait du questionnaire des pensées automatiques d'après D. Hollon et P. Kendall, trad. Cottraux (in Cottraux, 1985).

Le patient se sert de cette liste comme d'un « pense-bête » : pendant plusieurs jours, il coche dans cette liste les pensées qui viennent à son esprit le plus fréquemment. Par la suite, il dresse la liste de ses propres cognitions négatives et évalue quotidienne- ment la fréquence de chacune d'entre elles à l'aide d'une échelle graduée allant de zéro à dix (zéro pour absente et dix pour constante). Cette stratégie offre une évaluation à la fois qualitative et quantitative de la production des cognitions. Toutefois, le patient est encouragé à identifier seul ses pensées dysfonctionnelles dans le but d'un meilleur contrôle de lui-même et d'intégration de la démarche psychologique.

- Il est possible que les pensées du patient soient très nombreuses et que les moyens cités ne suffisent plus : « Dans ma tête cela tourne à toute vitesse et tout est négatif. Je ne peux plus rien contrôler. Je ne peux rien noter parce que cela va à une telle vites- se qu'il faudrait que je note soixante choses par minute. » Une possibilité est d'enregistrer sur bande magnétique sonore le monologue intérieur qui se déroule ; il n'est pas nécessaire de réa- liser un enregistrement continu : quelques échantillons de dis- cours intérieurs suffisent.

L'usage du magnétophone est proposé pour tous ceux qui sont affectés de gênes physiques altérant l'écriture. Ainsi observe-t-on des tremblements des extrémités des membres supérieurs par anxiété, par effet iatrogène (effet secondaire de certains antidépresseurs) ou sous l'action d'une maladie organique (Parkinson). Cet auto-enregistrement est considéré quelquefois comme l'explicitation de pensées intimes que le patient souhaite garder secrète ; ces écrits sont alors conservés temporairement par le thérapeute.

Du même genre est l'auto-enregistrement des cognitions qui se transforme en la rédaction d'un journal prolixe. Le patient peut conserver ce mode rédactionnel dont il a ressenti le besoin ; toute- fois il lui est demandé quelques instants avant son entretien de souligner les passages qui correspondent aux pensées dysfonctionnelles.

Au cours des entretiens consacrés à l'identification des pensées dysfonctionnelles, le thérapeute a une attitude ouverte et encourageant. L'initiation à cette approche d'auto-observation quotidien- ne demande à être renforcée à cause de son caractère inhabituel et parce qu'elle n'a pas grand-chose à voir avec une recherche de liens de causalité. Une fois l'auto-évaluation de ces pensées coutumières réalisées, la modification des pensées dysfonctionnelles continue à s'opérer par l' « interrogation sur l'évidence »

➢ **S'interroger sur l'évidence**

Le thérapeute, en collaboration avec le patient, confronte la prédiction ou la conclusion formulée par la pensée aux éléments de la réalité sous-jacente. Cette pratique permet d'évaluer le degré d'adéquation de la pensée aux éléments réels et met à jour le processus cognitif de traitement de l'information mis en œuvre.

Observons les attitudes de Madame SA., âgée de 31 ans, qui présente un premier état dépressif consécutif à des difficultés professionnelles. La thérapie cognitive a été proposée en raison d'une amélioration incomplète de l'humeur par le traitement pharmacologique et de la réticence de la patiente à prendre des médicaments. L'extrait suivant se situe au cours du cinquième entretien de la thérapie; Madame SA. deux jours auparavant, a rencontré le directeur du personnel d'une société. Elle a noté alors sur ses feuilles d'auto-enregistrement des cognitions :
Situation : rendez-vous avec le directeur du personnel.
Emotion : morosité.
Pensées : j'ai fait échouer tout ce que j'ai entrepris jusqu'à maintenant.

La patiente demande au thérapeute d'examiner avec elle cette pensée, qui l'a surprise dans sa formulation. Elle pense qu'au cours d'une discussion avec une autre personne elle n'aurait pas ainsi résumé sa vie. À ce moment précis du rendez-vous, c'est cette pensée qui surgit. Thérapeute: « Sur quels éléments de votre vie vous fondez-vous pour formuler une telle affirmation ? »
Patiente : « J'ai échoué en tout, professionnellement et sentimentalement. »
T: « Si nous prenons en considération dans un premier item votre passé professionnel, qu'est-ce qui vous fait dire que vous avez échoué en tout ? >>
P: « J'ai tout arrêté à 18 ans. »
T: « Qu'avez-vous fait jusqu'à dix-huit ans ? » P : « Je me suis amusée. Je n'ai pas travaillé » T: «Avez-vous passé votre baccalauréat ? »
P : « Oui, je l'ai eu par hasard. »
T : « Qu'avez-vous fait par la suite ? »
P : « Je suis allée à la faculté. Mes amis ont intégré des facultés plus renommées, certains ont fait les classes préparatoires aux grandes écoles »
T : « Vous avez poursuivi vos études jusqu'à quel âge ? »

P : « Jusqu'à 23 ans. »
T : « Même si vous n'avez pas intégré une grande école, vous avez poursuivi vos études jusqu'à 23 ans et vous avez un niveau d'études universitaires, qu'avez-vous fait par la suite »
P : « J'ai trouvé par hasard mon premier travail. Ils avaient surestimé mes compétences. J'occupais un poste qui n'était pas à ma mesure. Je n'avais pas confiance en moi. J'ai fini par demander mon transfert dans un autre service. »
T : « Quel âge aviez-vous ? »
P : « J'avais 25 ans. »
T : « Par la suite que s'est-il passé ? »
P : « Je travaillais dans une petite filiale qui a eu de grosses difficultés financières et je me retrouve trois ans plus tard au chômage économique. »
T : « Combien de personnes ont été licenciées ? »
P : «Toutes ».
T : « Si nous reprenons les différentes étapes de votre parcours professionnel, vous avez eu la capacité de poursuivre des études jusqu'à un niveau universitaire, ensuite vous avez eu deux expériences professionnelles. Seule votre première expérience professionnelle telle que vous l'avez décrite pourrait évoquer un manque d'efficacité personnel. Mais cette première expérience montre aussi que l'on vous a recrutée tout de suite à un haut niveau pour un premier poste ; vous donniez confiance aux gens et c'est sur votre initiative personnelle que vous avez demandé un transfert. Après cette observation que pensez-vous de votre idée première : j'ai toujours tout fait échouer professionnellement ? »
P : « Elle s'applique exclusivement à ma première expérience professionnelle, que je n'aurais peut-être pas dû accepter au départ. »

L'interrogatoire du thérapeute permet d'étudier la validité d'une pensée globale abstraite, qui devient plus spécifique et plus concrète. Cette investigation progressive montre au patient les éléments de réalité qu'il a pris en considération et ceux dont il n'a pas tenu compte. Dans notre dernier exemple, la patiente a fait usage d'un processus d'abstraction sélective : elle s'est centrée sur un détail, en l'occurrence son premier emploi. Ainsi la patiente s'est-elle fondée sur un seul incident pour construire son affirmation. L'événement spécifique (la première expérience professionnelle) est interprété en termes de concept large surgénéralisé (« J'ai toujours tout fait échouer professionnellement »).

Envisageons une autre illustration clinique :

Monsieur P., âgé de 58 ans, présente un état dépressif traînant depuis six ans. Son humeur dépressive est fluctuante et varie d'une intensité modérée à une intensité majeure. L'évaluation faite au cours de l'entretien cité montre un score à l'inventaire de la dépression de Beck de 17 et un score de 18 à l'échelle de dépression de Hamilton. Thérapeute « Vous me dites que cette semaine vous avez eu une pensée qui revenait continuellement : « Je n'ai pas eu de chance dans la vie », et que vous souhaitiez en parler aujourd'hui. D'accord examinons cette pensée ensemble. A partir de quels éléments pouvez-vous formuler cette conclusion ? »

Patient : « Je ne sais pas ».
T : « Quels sont les moments de votre vie qui vous font dire cela ? >> P : « Déjà tout petit j'étais en très mauvaise santé, c'est ce que me disaient mes parents. Je suis né prématuré. »
T : «Quels autres événements sont intervenus ? »
P : « J'ai tout le temps été malade des intestins. C'est toujours pareil, le médecin n'a toujours rien trouvé de grave depuis des années que je vais le voir. Il me dit que j'aurai toujours ces problèmes. J'ai aussi une très mauvaise dentition. J'ai perdu mes dents les unes après les Autres ».
T : « D'accord, vous avez eu des problèmes de santé dans l'enfance, puis des troubles intestinaux chroniques et de nombreux soins dentaires. Certes, vous avez eu divers soucis de santé, mais pensez-vous qu'une personne arrivée à la cinquantaine n'a pas accumulé divers ennuis de santé perturbants, mais sans grande gravité ? »
P : « Non. Je n'ai pas eu une belle existence. J'ai eu des problèmes professionnels. Je ne suis pas tout seul à avoir été mis en pré-retraite, mais j'aurais pu passer au travers. En fait, ce qui m'a fait le plus de mal, c'est d'avoir arrêté de travailler au moment où j'avais un très bon poste. »
T : << Y a-t-il eu encore d'autres événements pénibles qui confortent votre idée : « Je n'ai pas eu de chance dans la vie''? »
P : « Non. »
T :« Est-ce que des préoccupations de santé certes quasi permanentes et l'arrêt de votre activité professionnelle sans votre plein accord sont des éléments qui permettent d'aboutir à cette conclusion si grave : je n'ai pas eu de chance dans ma vie ? Ces problèmes de santé qui ont probablement rendu votre vie pénible et votre cessation d'activité à un moment où vous étiez épanoui dans votre travail sont des éléments à prendre en considération, mais citez-moi également les éléments plus positifs, plus heureux de votre vie. »
La poursuite de l'interrogation sur l'évidence montre que mon- sieur P. a tendance à maximaliser les événements négatifs survenus dans sa vie et à minimiser la portée des événements positifs (une vie de couple en harmonie, des enfants qui ne posent pas de problèmes, un travail qui l'avait passionné toute sa vie et quelques activités de loisirs où il aime se retrouver au calme). Cet examen permet au patient de prendre conscience de la disproportion émotionnelle engendrée par les événements négatifs de sa

vie. Il envisage sa situation en tenant compte de tous les éléments positifs de sa vie qui lui permettront d'aboutir à une conclusion plus nuancée.

Bien que les processus cognitifs soient vraisemblablement infinis et variables avec les individus, un certain nombre d'entre eux semblent se retrouver dans notre pratique clinique chez le patient déprimé. Aussi la mise en évidence de la distorsion de pensée opérée peut-elle être facilitée en se posant les questions suivantes :

- Est-ce que je ne fais attention qu'aux mauvais côtés des choses ? (Abstraction sélective par laquelle le sujet se centre sur un détail hors du contexte.)

- Est-ce que je ne me rends pas responsable de quelque chose qui n'était pas de mon fait ? (La personnalisation est la surestimation de l'étendue des liens entre des événements particuliers et l'individu.) - Est-ce que je me condamne sur la base d'un seul événement ? (La surgénérallisation est une conclusion tirée à partir d'un seul évènement.)

- Est-ce que cette vue des choses est la seule possible ? (L'inférence arbitraire représente des conclusions formulées à partir d'informations inadéquates.)

- Est-ce que je n'envisage pas la situation en des termes opposés et extrêmes ? (Le style dichotomique répartit les informations en couples opposés : succès-échec, bon-mauvais.)

- Est-ce que je n'envisage pas la situation de façon démesurée, est-ce que je ne donne pas trop d'importance à l'événement ? (La maximalisation tend à ne faire envisager que les conséquences désagréables qui peuvent apparaître dans une situation.)

- N'y a-t-il pas d'autres facteurs responsables de la situation ? (Le style d'attribution du patient déprimé se caractérise par des attributions négatives internes, stables et globales.)

Mettre en évidence le biais cognitif

L'interrogation sur l'évidence peut se pratiquer différemment lorsqu'on aborde des sujets sensibles pour le patient ou qui sont vécus comme très menaçants. Dans ce cas, au lieu de montrer au patient que ses prédictions ne sont pas fondées, le thérapeute va évaluer ses représentations catastrophiques. Dès l'instant que cette vision catastrophique du monde ne sera pas confirmée par la réalité, le niveau de croyance du patient diminuera. Cette stratégie a également pour objectif de montrer la disproportion entre la pensée initiale qui inhibe certains comportements et la représentation mentale de la situation que le patient s'est construite. Cette stratégie peut suffire à faire reprendre au patient des activités interrompues.

-

Madame B., âgée de 36 ans, présente un état dépressif majeur dont la symptomatologie comporte un syndrome agoraphobique très invalidant. Cette phobie, apparue au moment de son épisode dépressif, a pour conséquence une claustration à son domicile. En accord avec la patiente, le thérapeute évalue les représentations cognitives associées à cette phobie. Sur l'auto-enregistrement de ses cognitions, la patiente a noté :
Situation: J'ai besoin d'aller faire une course et je me sens incapable de sortir.
- Émotions: Tristesse. Accablement.
Pensée associée: Je suis lâche.
À partir de ce relevé, le dialogue entre thérapeute et patiente s'engage ainsi :
Thérapeute: «Que se passerait-il si vous sortiez ? >>
Patiente: « Je m'évanouirais dans la rue >>.
T: « Que se passerait-il si vous vous évanouissiez dans la rue? >>
P : « je pense que personne ne se porterait à mon secours. »
T : « que se passerait-il alors? »
P : « les pompiers seront peut-être alerter et je serai emmener dans un hôpital anonymement. »
T : «Que se passerait-il alors? >>
P : « Je serais abandonnée. »
En aboutissant à cette conclusion, la patiente change d'expression. Jusqu'alors, elle était très sombre et crispée, elle devient beaucoup plus détendue, en ajoutant : « Ma vision des événements était démesuré. S'il m'arrivait quelque chose à l'extérieur, il existe des assis tances médicales qui préviendraient ma famille. »
La confrontation de la patiente avec ses représentations anticipatoires lui a permis de dédramatiser la situation et de ré envisager des sorties.
Afin d'assurer une continuité avec ce travail cognitif, l'interrogation sur l'évidence se poursuit par la prescription d'exercices. Ainsi, Madame B. avait à effectuer une sortie de chez elle. Thérapeute et patiente ont construit ensemble la liste des sorties possibles par ordre de difficultés croissantes.
Exemple : 1. Sortir pour me rendre à la boulangerie acheter du pain. 2. Aller à la poste chercher un paquet en instance…
La démarche cognitive couplée à la définition d'objectifs pratiques permet une remise en confiance des

patients, qui reprennent leurs activités.
Le processus de modification des pensées dysfonctionnelles se poursuit par la recherche d'autres pensées envisageables à propos de l'événement donné.

S'interroger sur l'évidence

Au cours d'une situation d'entretien avec un directeur du personnel, la pensée dysfonctionnelle associée à un certain événement fut : « J'ai toujours tout fait échouer professionnellement et sentimentalement. » Après un examen de l'évidence qui a permis de circonscrire l'événement précis source de cette cognition négative, le thérapeute propose d'évaluer la part de responsabilité attribuée à Madame SA. (cf. le point 4.4) dans cet événement. Thérapeute : « Si nous reprenons votre pensée resituée dans le contexte de votre premier emploi : « je fais toujours tout échouer professionnellement », pourriez-vous me citer les facteurs qui ont conduit à cet échec personnel et à votre demande de transfert ?
Patient : « J'ai accepté un poste de trop grande envergure. »
T : « Quels ont été les autres facteurs ? »
P : « Je suis arrivé dans un secteur financier que je ne connaissais pas du tout. La charge de travail était très importante et j'ai accumulé du retard. »
T : « Quels sont encore les autres éléments de ce contexte de travail ? >>
P : « C'était une société étrangère qui demande un rendement quasi immédiat, tout le monde était stressé. Et comme le contexte économique commençait à devenir difficile, il fallait davantage débattre les Affaires. »
T : « Nous venons de voir que si, à cette époque, vous étiez stressé, vous n'aviez pas toutes les compétences pour ce poste et que le contexte de rentabilité et la nécessité de négocier de nouvelles affaires, ne vous permettant pas une adaptation progressive, ont également contribué à ce sentiment de ne plus faire face et d'échouer. >>

Thérapeute et patient recherchent ensemble les facteurs qui ont contribué au sentiment d'échec du patient, permettant ainsi d'ajuster et de réestimer la part de responsabilité du sujet.

Un deuxième extrait va illustrer cette stratégie de réattribution à partir d'une pensée dysfonctionnelle couramment retrouvée chez le déprimé.

Madame JE., âgée de 35 ans, présente un premier état dépressif majeur pour lequel elle reçoit un traitement pharmacologique par amitriptyline à dose efficace. En raison de l'intensité de l'état dépressif, la patiente a interrompu son activité professionnelle. Le fragment d'entretien rapporté ici fait partie de la huitième séance de thérapie. À ce moment le score à l'inventaire pour la dépression de Beck est de 22 et le score à l'échelle de dépression de Hamilton de 18.

Thérapeute : « Vous venez de me dire, d'après vos notes sur vos feuilles d'auto-enregistrement des cognitions, que vous avez passé un week-end morose en famille et que l'idée qui vous est venue est : « Je rends tout mon entourage triste ». Je vous propose d'examiner cette pensée, à moins que vous ne souhaitiez aborder un autre problème? » Patiente : «Non. Ce week-end a été très triste. Nous avons passé le dimanche dans le salon, personne ne parlait. Mon mari et un de mes fils étaient assis sur le canapé sans parler. Je le vois bien, je rends toute ma famille triste. »
T : « En dehors de votre humeur triste, citez-moi les autres facteurs, les autres événements qui ont rendu votre mari préoccupé ? »
P : « Mon mari venait d'apprendre qu'un de nos enfants ne s'était pas rendu à l'école le vendredi et s'était promené avec des copains. Pour lui les études comptent beaucoup. Il ne comprend pas cette attitude. » T : « Y a-t-il eu d'autres facteurs ? »
P : « Il est toujours soucieux de notre situation financière parce que nous avons un lourd crédit pour payer la maison. On doit faire attention. »
T : « Avait-il encore d'autres sujets de préoccupations? »
P : « Je ne souris pas. Je parle peu. Tout mon aspect extérieur n'aide pas à la communication. »
T : « Donc votre mari est soucieux à cause de votre tristesse, de vos contraintes financières et de l'attitude d'un de vos fils vis-à-vis de l'école. Y a-t-il encore d'autres faits ? »
P : « Non. »
T : « Qu'est-ce qui expliquerait l'attitude de votre fils, maintenant ? » P : « Mon fils a des difficultés scolaires; il ne sait pas ce qu'il fera plus tard. »
T : « Y aurait-il encore d'autres facteurs à envisager ? »
P : « Non. »
T : « Pourriez-vous, après l'examen de tous ces éléments ayant contribué à cette ambiance morose du week-end, évaluer en pourcentage votre responsabilité ? »
P : « Peut-être 40 %. »
T : « Sur vos feuilles d'auto-enregistrement vous aviez noté un niveau d'adhésion de 100 % à la cognition : « Je rends tout mon entourage triste ». L'examen de votre part de responsabilité aboutit en fait à une attribution personnelle de 40 %. Comment ressentez-vous émotionnellement cette situation? »
P : « Je me sens moins triste. Je ne suis pas seule en cause. »

T : « J'aimerais que vous reproduisiez ce type de démarche quand vous vous attribuez la responsabilité d'un événement afin d'examiner si cette attribution n'est pas centrée sur un seul facteur sans tenir compte de tous les paramètres. »
Après cette phase de la thérapie consacrée à une meilleure argumentation à propos de la réalité, envisageons les moyens d'aborder le schéma cognitif sous-jacent aux cognitions.

➢ **Produire d'autres réponses**

Le but est d'ouvrir le mode de pensée du sujet, en lui faisant utiliser ses capacités de raisonnement logique.
Comme pour l'identification des pensées dysfonctionnelles, la recherche des pensées alternatives débute en séance avec le thérapeute puis le patient poursuit ce travail en dehors des entretiens. Pour que puissent être notées ces nouvelles pensées, thérapeute et patient ajoutent une quatrième colonne à la feuille d'auto-enregistrement des cognitions. Ainsi les trois premières colonnes gardent-elles les mêmes buts : relevé de la situation, des émotions et des pensées concomitantes, et la quatrième subdivision comporte- t-elle les réponses rationnelles possibles.
Ces alternatives se recherchent en se posant une question du type : « Qu'est-ce que je pourrais penser d'autre ? »
Citons quelques exemples :
Monsieur CH., âgé de 38 ans, présente un trouble dysthymique. Ce patient a été adressé pour thérapie cognitive après son refus de prise de médicament allopathique. Parvenu à la huitième séance, il note sur une de ses feuilles d'auto-enregistrement :
-Situation : J'attends dans un magasin, on ne vient pas me servir.
- Émotions : Désespoir.
- Pensée : Je n'existe pour personne.
Alternatives :
• Je vais me manifester pour que l'on s'occupe de moi.
• Cela ne fait que quelques minutes que je suis rentré dans cette boutique, le commerçant est probablement occupé.
• En attendant je regarde ce qu'il y a dans la boutique pour bien préciser mon choix.
La recherche de ces nouvelles pensées n'est pas facile pour un patient qui est souvent absorbé par ses pensées négatives. Le thérapeute peut orienter cette démarche à l'aide du questionnaire suivant
Que pourrais-je penser d'autre dans cette même situation? Ce sont les réponses livrées dans l'exemple ci-dessus et l'argumentation peut être élargie;
Que penserais-je d'autre, dans une situation analogue? (Notre patient recherche d'autres situations où une émotion analogue a été ressentie. Monsieur CH. dit alors que ce même sentiment s'est reproduit lors d'une attente dans un bar-tabac et lors d'une attente chez un teinturier. Le patient recherche alors d'autres pensées.);
- Que pourrais-je penser d'autre globalement dans toute situation d'attente ?
- Que penserait quelqu'un d'autre face au même événement ?
Ce dernier abord s'intitule la décentration. Il est demandé au patient de prendre la place d'une autre personne (d'une personne qu'il connaît et nomme dans son esprit : père, mère, femme, mari…). Il se rend compte par là qu'il tenait peu compte de l'observation des gens et qu'il concentrait son attention uniquement sur lui-même. Notre patient se met alors à la place de son épouse et il est certain que celle-ci penserait : « Je suis contente de venir m'acheter de nouvelles chaussures », ou encore : « Il y a de merveilleuses choses dans cette boutique », ou encore : « Si je ne trouve pas ce que je souhaite ici, il y a plein d'autres possibilité dans le quartier.
Cette manière d'aborder les événements sous leurs différents aspects est plus ou moins longue à acquérir.
Toute cette démarche d'identification des cognitions, des processus de pensée et des réponses alternatives est suivie par une phase d'évaluation. Le patient va estimer son niveau d'adhésion à ses croyances et va apprécier le niveau d'intensité de ses émotions. Examinons maintenant cette démarche d'estimation dans le point suivant.

➢ **Auto-évaluation des pensées et des émotions**

Cette auto-évaluation a pour but de montrer au patient comment cette démarche cognitive d'ouverture de pensée permet de modifier le niveau de croyance associé à la cognition négative de départ et surtout comment cette démarche permet peu à peu de modifier son ressenti émotionnel.

- L'évaluation du niveau de croyance

Une fois que le patient a noté dans sa troisième colonne sa pensée dysfonctionnelle associée à un

événement émotionnel, il apprécie son niveau de croyance. Cette estimation peut utiliser une échelle en pourcentage de 0 à 100 % (d'aucune conviction jusqu'à la conviction absolue). Cette évaluation peut se faire également à partir d'une échelle analogique visuelle, ou d'une échelle graduée en cinq points sur laquelle le sujet place son appréciation.

Chaque argument va être affecté d'un coefficient de croyance. Il reflète soit une force psychologique en cotant l'adhésion du patient (degré de conviction), soit un poids logique en estimant sa validité (probabilité ou valeur de vérité de l'argument).

Pour terminer ce travail d'évaluation, le patient estime de nouveau le niveau d'adhésion à sa première cognition en la notant sur ses feuilles d'auto-enregistrement dans une cinquième colonne. Le relevé personnel du patient comporte au total cinq colonnes; la dernière inclut le nouveau niveau de conviction associé à la cognition initiale ainsi que la nouvelle estimation du niveau émotionnel.

- Evaluation des émotions

Une fois acquise l'identification des cognitions, le patient évalue quantitativement la part des émotions associées à la situation déclenchante (en pourcentages ou aux échelles chiffrées). Après le travail cognitif d'identification des pensées alternatives, le patient réévalue son niveau émotionnel qui, selon l'expérience clinique, est généralement diminué de moitié.
• Extraits d'auto-enregistrement en cinq colonnes
Premier cas
Madame DE., âgée de 25 ans, célibataire, présente un trouble dysthymique dans un contexte de difficultés familiales et sociales. Elle note un événement s'étant produit sur son lieu de travail et pour lequel elle a utilisé cet auto-enregistrement dans un but thérapeutique de soulagement émotionnel.
- Situation : Après avoir présenté un dossier en réunion, il m'est dit que le travail rapporté est décevant.
- Émotions : Tristesse (100 %). Incompréhension (40 %).
- Pensée associée : Je ne sais rien faire (conviction 80 %).
Alternatives :
- J'ai déjà présenté bien d'autres dossiers qui ont été appréciés (80 %).
- Dans le service ou je travaillais précédemment j'étais félicitée pour la qualité de mon travail (80%). Le chef de service est nouveau et préfère peut-être une autre forme de présentation des données (40 %).
- J'ai inclus dans les conclusions des convictions personnelles qui étaient superflues mais que j'avais envie de formuler (40 %).
- Je peux m'être trompée et avoir établi de mauvaises estimations (20 %).
- Je reprendrai ce dossier pour en voir les failles pour la prochaine fois (20 %).

Nouvelle estimation de la croyance associée à la cognition initiale 25 %.
Nouvelle estimation du niveau émotionnel : Tristesse (20 %). Irritabilité (20 %).
Second cas
Madame JO. est âgée de 36 ans. Elle présente un état dysthymique. Le traitement pharmacologique n'a jamais pu être prescrit à dose efficace en raison d'effets secondaires importants. Cette patiente rapporte sur son auto-enregistrement :
Situation: Je viens d'être invitée au repas dominical traditionnel. - Émotions: Lassitude (50 %). Insatisfaction (50%).
Pensées associées : Je n'ai pas envie d'y aller. Ce sera un outrage si je n'y vais pas (conviction 100 %).
Alternatives de pensées :
Je n'ai jamais failli aux invitations familiales (100 %).
D'autres membres de la famille ont déjà été dans l'impossibilité de se joindre à ce type de repas (20 %).
• Je vais m'excuser pour mon absence (20 %).
• Le repas dominical n'est pas la seule expression du lien familial, il y a bien d'autres occasions de le manifester (60 %).
- Nouvelle évaluation de la cognition initiale négative: 40 %.
Nouvelle estimation du niveau émotionnel: Lassitude (10 %). Insatisfaction (20 %).
Comme nous l'avons souligné déjà à plusieurs reprises, ce travail cognitif se poursuit en pratiquant hors séance des exercices qui font partie intégrante de la thérapie. Ainsi, la dernière patiente a réalisé son projet de ne pas se rendre au repas dominical; or, au lieu d'obtenir une réaction de rejet ou de désapprobation conformes à sa cognition initiale, elle a reçu une réponse positive témoignant qu'on avait bien compris qu'elle puisse avoir d'autres projets.

Ces prescriptions d'exercices définis en collaboration avec le patient ont donc deux objectifs. Le premier est de confronter à la réalité les prédictions ou les conclusions émises par le sujet déprimé Le deuxième, qui découle du premier, est la reprise d'activités inhibées par certaines cognitions.

Ces exercices étayent le processus de modification des pensées dysfonctionnelles. Il doit être, d'un commun accord, clairement précisé quels sont leurs buts à long terme, et de quelle manière sera menée leur réalisation pratique. Ainsi est-il souvent souhaitable que le patient se fixe des rendez-vous avec lui-même pour affronter ces épreuves ou bien qu'il définisse une unité de lieu et de temps (Je le ferai le

soir chez moi et j'y consacrerai une quinzaine de minutes »). Si l'exercice semble trop difficile au patient, ou s'il s'avère irréalisable en pratique, thérapeute et patient définissent alors des sous-étapes (façonnement).

Cette procédure à été suivie par madame FE., âgée de 41 ans. Qui présentait un troisième épisode dépressif dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive unipolaire. Son état dépressif était majeur. La tâche à accomplir a été demandée en fin du troisième entretien. À cette époque, la patiente ne faisait plus face aux activites domestiques. Le thérapeute lui a demandé de faire la vaisselle une fois dans la semaine, et les propos suivants ont été rrappotés au quatrième entretien :

Le thérapeute : « Vous aviez pour exercice de faire une fois la vais- selle au cours de la semaine et vous venez de me dire que cela a été impossible du fait d'une idée permanente : « et tout va se briser. » Comment avez-vous abordé cet exercice ? Qu'avez-vous pu réaliser ?

La patiente : « J'ai rassemblé la vaisselle sur la table et je n'ai rien pu faire d'autre. Je pensais que j'allais tout casser par maladresse. >>

T : « Pouvons-nous envisager cette situation en trois sous-étapes? La première est de rassembler la vaisselle sur la table, ce que vous avez tout a fait bien réalisé. La deuxième étape est l'empilement de la vaisselle dans le bac de l'évier. Enfin la troisième étape est le lavage de la vaisselle. »

P : « Oui. »

T : « Nous allons examiner ensemble au cours de cet entretien votre idée que tout va vous échapper des mains et se casser et, une fois que cette pensée sera pour vous moins floue, moins invalidante, vous pratiquerez la première puis la deuxième étape de la vaisselle. >>

P : « D'accord. >>

Cet exemple simple reflète bien les problèmes quotidiens des patients déprimés. Si nous envisageons le suivi thérapeutique de cette patiente, la reprise de cette activité élémentaire lui a permis de reprendre confiance et, spontanément, elle a repris bon nombre d'initiatives dans sa maison sans être guidée par le thérapeute. Le travail cognitif et comportemental, quelquefois lent, exécuté dans une situation précise fait tache d'huile et se généralise rapidement à plusieurs secteurs de la vie du patient.

Si le patient présente un blocage devant la réalisation d'un exercice en dépit de son abord gradué, il est possible d'utiliser la technique de répétition en imagination en cours de séance, le thérapeute fait visualiser en imagination l'exercice que le patient devra pratiquer afin d'identifier les blocages. Cette scène est revisualise le nombre de fois nécessaire pour qu'elle ne soit plus source de pensées dysfonctionnelles et donc d'inhibition. C'est à partir du moment où la situation est imaginée sans gêne qu'il est demandé au patient de la réaliser en réalité.

Ainsi Madame CH., dans son réapprentissage du lavage de la vaisselle, ressent des difficultés pour réaliser avec satisfaction la troisième étape (lavage proprement dit). La représentation mentale de cette activité dévoile des pensées comme « La vaisselle ne sera pas propre », « Je ne suis pas capable de faire quelque chose correctement et : « Les autres la font mieux et plus rapidement que moi ». Une fois discutés les éléments pratiques (temps de lavage…) à la source de ces idées, la patiente a pu revisualiser l'opération en toute quiétude avant de l'entreprendre à son domicile

Dans tous les cas, les exercices demandés vont être de complexité croissante en fonction de l'évolution clinique du patient. Le thérapeute prend soin d'expliquer le lien entre cette reprise d'activité, l'augmentation de la confiance en soi et des capacités de contrôle et l'amélioration de l'humeur dépressive. Dans ces prescriptions la liberté du patient est conservée : c'est avec sa collaboration et ses remarques que sont définis les exercices. Un éventail de tâches est généralement proposé au patient, qui exécute ce qui lui semble le plus abordable. Il est proposé aux sujets anhédoniques un programme composé d'une alternative telle que, programme A Je reste au lit toute la journée, et programme B : Je me lève, je fais des gestes quotidiens, je me lave, je m'habille, je me fais à dîner, je lis un quotidien. Dès le matin le sujet choisit un de ces deux programmes et s'y tient. La liste des activités du programme B est construite avec le thérapeute de telle façon qu'en les exécutant le patient acquiert assez de volonté pour poursuivre ce réapprentissage. Cette proposition d'activités à la carte augmentera aussi la motivation du patient.

L'évaluation des résultats des exercices prescrits est menée par le thérapeute et par le patient à partir de critères comportementaux bien définis. Le sujet déprimé a tendance à dévaloriser ses actes : « C'était nul. Ce que j'ai fait, un petit enfant est capable de le faire… » Ces jugements abrupts sont souvent fondés sur des règles arbitraires que s'impose le patient. Ces impératifs catégoriques prennent ia forme de : « Il faut que, je dois… ». Combattre ces règles personnelles absolues qui engendrent l'insatisfaction et la déception est l'un des objectifs de la thérapie. Les prescriptions d'exercices contribuent largement à montrer que ces impératifs ne sont ni nécessaires ni profitables au patient déprimé.

Cette auto-évaluation des pensées et des émotions du patient, débutée par une démarche cognitive et poursuivie avec les prescriptions d'exercices, peut se compléter par des techniques de Réattribution.

➢ **Réattribuer la responsabilité**

Cette technique cognitive est présentée séparément bien que faisant partie des techniques d'ouverture du mode de pensée des patients déprimés. Elle peut être utilisée au moment où le sujet, recherche ses pensées alternatives dans la quatrième colonne de sa feuille d'auto-enregistrement.

Si Beck cite l'emploi de cette procédure au sein de la démarche de la thérapie cognitive, la paternité en revient à Seligman et à Abrahmson (1978). Le patient déprimé a tendance à attribuer certains événements à ses propres déficiences. Le but de la technique est de définir les différents facteurs qui contribuent à l'expérience négative. Ce mode plus élargi d'attribution de la responsabilité réduit l'auto-dépréciation du patient.

Le style d'attribution du dépressif est interne, stable et global. Le thérapeute apprendra au sujet à repérer celui qui lui est propre. Mademoiselle ME., âgée de 27 ans, par exemple, pense avoir échoué à un concours en raison d'une mauvaise épreuve de mathématiques… Elle pense alors : « Je suis incapable en toutes choses. » Ce mode d'attribution est dit **interne** parce l'échec est attribué à une incompétence personnelle. De plus, cette attribution est **stable** parce qu'elle relie l'échec à un trait personnel. Enfin, cette attribution est **globale** parce qu'elle l'utilise pour expliquer des échecs dans bon nombre de situations. Ce mode d'attribution a pour conséquence un vécu émotionnel de tristesse et de désespoir: ce n'est qu'à soi-même qu'est dû l'échec, il n'y a pas d'ouverture possible. Si cette même patiente déprimée avait réussi son épreuve de mathématiques, elle aurait eu plutôt tendance à se dire: « C'est parce que les sujets étaient particulièrement faciles. » Cette attribution du succès aurait été externe, parce que dans ce cas le succès aurait été lié à des critères qui ne sont ni personnels ni internes. Elle n'aurait pas été stable, parce que le choix des sujets n'est pas un trait constant. Enfin, elle n'aurait pas été globale, mais spécifique, parce qu'elle ne peut pas être utilisée dans d'autres circonstances pour expliquer la réussite d'une autre entreprise. Ce processus va minimiser la valeur des succès et contribuer à maintenir désespoir et dépression.

Une fois montré le lien entre attribution mal adaptée et vécu émotionnel et après en avoir donné au patient plusieurs illustrations concrètes, le thérapeute examine en collaboration avec lui son mode d'attribution.

IV. La psychothérapie à orientation systémique et familiale

1. Eléments d'histoire sur la théorie des systèmes

L'approche systémique remonte aux travaux de l'Ecole de Palo Alto (un courant de pensée qui a pris le nom de Palo Alto : Banlieue de San Francisco en Californie) qui ont abouti à la publication par Ludwig Von Bertalanffy de la théorie générale des systèmes (1968). Comme biologiste et psychologue, il cherchait à construire une théorie générale qui permette d'aborder les êtres vivants en tant que systèmes. La consultation de son livre majeur montre assez sa prétention à en faire une méta-discipline logico-mathématique ayant vocation de concerner toutes les sciences particulières. Son ouvrage sur la théorie générale des systèmes regroupe les principes théoriques généraux qui permettent de décrire et comprendre le fonctionnement des systèmes ou des sous-systèmes, quels qu'ils soient. Von Bertalanffy veut tout à la fois transcender les spécialisations sectorielles qui caractérisent les sciences modernes et la confusion entre comprendre et découper en unités élémentaires. Si la physique mécanique a pu particulièrement illustrer cette conception (les lois naturelles s'appliquent à des unités élémentaires dont le comportement peut alors être prédit, dès que l'on en connaît les coordonnées initiales), c'est davantage dans l'univers de la biologie qu'il faut chercher le modèle de cette façon nouvelle de faire de la science. En effet, on ne peut pas comprendre un organisme vivant en étudiant séparément chacun de ses « composants ». Il faut au contraire insister sur les interactions entre ses différentes parties, son organisation, ses échanges avec son environnement, etc.

Si Ludwig Von Bertalanffy représente la branche d'inspiration biologique de l'histoire

de l'approche systémique, l'approche est davantage « ingénieuriale » en ce qu'elle s'appuie sur les travaux des cybernéticiens. Ils élaborèrent la notion de feedback et celle d'information, à l'occasion de la mise au point de machines équipées de dispositifs de contrôle de l'exécution de la tâche. La dimension « appliquée » de ces disciplines, plus marquées par les ingénieurs que par les théoriciens, va aussi de pair avec un accent sur l'action et sur le but de ces systèmes, construits par l'homme.

On ajoutera qu'aujourd'hui, la modélisation des systèmes atteint des niveaux de sophistications très élaborés par le recours aux ordinateurs et à leur puissance de calcul. (Pour aller plus loin, voir les travaux de l'Ecole de Palo Alto : Gregory Bateson et ses collaborateurs…)

NB : L'approche systémique est multidisciplinaire et concerne beaucoup d'autres domaines.

2. Définitions

De multiples définitions du concept « système » existent. Selon les accents que souhaitent mettre les différents auteurs, ils insisteront tantôt sur un aspect, tantôt sur d'autres. Au plan étymologique, le mot système dérive du mot grec « systema » qui signifie « **ensemble organisé** ».

Von Bertalanffy (1993, p.53) définit un système en ces termes : « ***un complexe d'éléments en interaction*** »

De Rosnay (1973, p.91) définit un système en ces termes : « ***un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but*** »

Le Moigne (1977, p.61) définit un système en ces termes : **« *un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique.* »**

Le même Le Moigne propose, de façon plus triviale mais peut-être aussi plus mnémonique :

- quelque chose (n'importe quoi, présumé identifiable)
- qui dans quelque chose (environnement)
- pour quelque chose (finalité ou projet)
- fait quelque chose (activité = fonctionnement)
- par quelque chose (structure = forme stable)
- qui se transforme dans le temps (évolution) »

Sur base de ces définitions, nous pouvons retenir que : « **Un système est un ensemble d'éléments en interaction tels que la modification de l'un d'eux entraîne la modification de tous les autres. (Cette modification porte bien sur les relations, et non pas sur les éléments) »**

Cette définition montre que le système est décrit à partir d'une position d'observateur en extériorité. Par ailleurs, l'importance accordée à l'homéostasie ne permet pas de rendre compte des phénomènes aléatoires, des crises et des devenirs dans un système complexe.

L'interdisciplinarité de la pensée systémique intègre des apports de différents champs de la connaissance scientifique (biologie, mathématiques, physique, logique, cybernétique...). Les progrès scientifiques dans ces domaines ont réinterrogé la façon d'aborder l'individu dans les sciences humaines et ont fourni des outils conceptuels pour modéliser de façon opératoire des situations cliniques complexes. Des apports théoriques nouveaux issus de ces sciences vont proposer des modélisations de ces phénomènes.

La théorie des catastrophes (Thom, 1972) : à partir d'une valeur critique de rupture de l'état d'équilibre, un système complexe va changer d'état de façon brutale et imprévisible et tendre vers un nouvel équilibre. Le changement d'état étant quantitatif mais aussi

qualitatif.

Les théories du chaos : elles permettent, en autres, la modélisation de phénomènes naturels complexes (par exemple, la météorologie). Elles ont mis en évidence :

- De l'aléatoire dans des systèmes déterministes qui en deviennent imprédictibles. A la notion de déterminisme s'oppose donc celle d'effet stochastique et à la notion de causalité celle de l'aléatoire et des règles probabilistes.

- Tout système peut s'organiser mais l'apparition de nouvelles structures dépend de la stabilité ou de l'instabilité du système et des événements aléatoires. Le désordre peut être à l'origine d'une nouvelle structure ordonnée.

Les modèles biologiques de l'auto-organisation :

- Les organismes vivants sont des systèmes auto-organisateurs qui à partir d'un événement aléatoire et du bruit (dépourvu de signification) font émerger la complexité et le sens.

Il existe deux sortes de Système : ouvert fermé.

Un système est fermé lorsqu'il est isolé de son environnement. Un système est ouvert lorsqu'il entretient en permanence des échanges avec son environnement. Il tend vers un équilibre stable, dont le maintien nécessite un travail. Dès lors, un système ouvert « se nourrit » d'information, de matière et d'énergie. L'ouverture d'un système met donc en évidence les échanges avec d'autres systèmes ou avec l'environnement. Le système et son environnement s'influencent mutuellement. Comme le souligne de Rosnay (Op. Cit. p.99): « Les entrées résultent de l'influence de l'environnement sur le système et les sorties de l'action du système sur l'environnement ».

3. Caractéristique d'un système

Totalité, Non-sommativité

Si un système est composé d'un ensemble d'éléments reliés entre eux, les interactions entre ces différents éléments constituent une totalité qui ne se réduit pas à la somme des parties. La modification (la variation) d'un des éléments du système peut affecter le système entier. Ainsi cette affirmation : « Le tout est plus que la somme des parties », sur laquelle Von Bertalanffy a notamment beaucoup insisté. Une « simple somme » négligerait la totalité nouvelle qui naît du fait que les éléments ne sont pas simplement juxtaposés « dans » le système, mais entretiennent des relations organisées et structurées. La non-sommativité insiste sur le fait qu'un système ne se réduit pas à la somme de ses éléments.

Equifinalité

La notion de but est quasi une hérésie scientifique, puisqu'elle semble revenir à prêter des états mentaux (des intentions) à des systèmes pourtant composés d'éléments qui en sont dépourvus. Elle fait de plus intervenir le temps, le devenir, qui n'est par définition pas observable.

Pourtant, un système ne peut être correctement décrit sans prendre en compte le fait que son comportement est orienté, ne fusse-ce que vers sa propre survie. Dans un accent cybernétique, les systèmes seront décrits comme fondamentalement « conservateurs de quelque chose ». Ils ont d'ailleurs été conçus pour cela. D'une certaine manière, le but réside dans la volonté du concepteur du système en question (exemple : régulateur de température domestique, qui mobilise pour le décrire la notion de feed-back négatif, c-à-dire de régulation réductrice). Selon ce principe, des conditions initiales différentes peuvent produire un même résultat : un même résultat peut s'expliquer par des conditions initiales différentes. Un système peut réaliser ses objectifs à partir de différents points de départ et par différents moyens. C'est ce sur quoi insiste Von Bertalanffy : « Le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents, par des chemins différents.» Il faut bien voir en quoi il s'oppose au paradigme mécaniciste, pour lequel la bonne connaissance des lois physiques, des caractéristiques des constituants et de leur position exacte à un moment et permettait de déterminer précisément leur position future.

Autre implication de ce principe : ce que l'on observe aujourd'hui du comportement d'un système est relativement indépendant de ses conditions initiales. L'observation de son fonctionnement actuel (son organisation, ses régulations…) fournit une explication suffisante, indépendamment de son histoire. Ce principe d'équifinalité souligne donc qu'il existe différentes manières d'atteindre un même but.

Rétroaction

Ce concept, issu de la cybernétique traduit le terme « feed back », élaboré dans cette discipline. Il s'agissait dans ce cadre de l'information en retour sur l'état d'un processus à un moment donné de son déroulement. Cette information permet ensuite de corriger ou confirmer l'orientation de ce processus, selon le but fixé.

Conceptuellement, la rétroaction peut être **négative ou positive**, termes qu'il vaut mieux remplacer par **réductrice** et **amplificatrice**, pour éviter toute connotation favorable et défavorable.

La rétroaction est qualifiée de réductrice (négative) lorsqu'elle vise à réduire l'écart constaté par rapport à la norme de fonctionnement du système. La rétroaction est qualifiée d'amplificatrice (positive) lorsque le mécanisme ayant pour rôle de traiter les informations collectées tend à accentuer la déviation constatée par rapport à la norme initiale. Elle conduit au changement : cela peut conduire à la croissance du système mais aussi à sa destruction.

Homéostasie

Ce terme est issu de la biologie. Il rend compte de ce que les organismes vivants tendent à maintenir un état de stabilité des composants internes de leur organisme (température, caractéristiques du sang, teneur en sel…) malgré les variations de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent. Cette stabilité n'est donc **pas à confondre avec immobilisme**. C'est une notion dynamique, qui insiste au contraire sur la permanence des ajustements nécessaires. On notera aussi la proximité avec la notion cybernétique de feed-back. 4.
Les 5 AXIOMES (principes directeurs) de la COMMUNICATION

Le premier : « on ne peut ne pas communiquer »

Tout comportement vaut communication. S'il est possible de ne pas parler, il n'est pas possible de ne pas communiquer qu'on le veuille ou non. Nous comprenons ce langage, une personne qui à les yeux fermés dans un avion, un homme seul dans un bar et regardant droit devant lui, tous 2 indiquant qu'ils ne veulent parler à personne. Les voisins comprennent le message et les laissent tranquilles, parfois une personne peut ne pas accepter le message implicite Exemple de deux personnes dans l'avion.

Comment faire pour se défendre de ce voisin loquace :

→ Soit rejeter d'emblée rejeter la tentative du loquace +- violemment, mais cela est contraire au savoir vivre et il s'en suivra un sentiment de gêne pour l'un et pour l'autre.

→ Si vous céder et commencer à répondre même du bout des lèvres, vous vous rendrez compte qui vous est difficile d'en rester là.

→ Soit invoquer un symptôme : la surdité, la fatigue, le sommeil, une maladie : le message est identique ici « personnellement je ne verrais pas d'inconvénient à vous parler mais en moi quelque chose de plus fort que moi m'en empêche, on ne peut donc m'en vouloir. »

Dans cette perspective l'utilisation du symptôme comme communication est typique de la personne qui est en prise dans un contexte où elle se sent obligée de communiquer tout en voulant éviter l'engagement inhérent à toute communication : dilemme du schizophrène. « Une communication de dingue, ainsi n'est pas nécessairement le signe d'un esprit « malade » mais peut-être la seule réponse à un contexte qui n'en comporte aucun.

Le second : la relation (ordre) et le contenu (indice).

Toute communication présente deux aspects: le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par la suite est une métacommunication. Tout message transmet

une information mais induit également un comportement. Toute interaction suppose un engagement et définit par suite une relation.

L'information, c'est le contenu de la communication : elle a valeur d'indice. La relation, c'est la manière dont on doit entendre le contenu : elle a valeur d'ordre. La relation est donc une communication sur la communication ou une méta- communication.

Métacommuniquer est donc l'action qui consiste à prendre du recul par rapport au contenu de ce que nous échangeons à l'instant t pour observer notre relation, le contexte dans lequel nous échangeons et nos différents signes non-verbaux que nous émettons l'un envers l'autre. Une relation saine est spontanée et donne priorité aux messages, donc au contenu.

Une relation perturbée ou malade est une relation qui pose problème et parasite le contenu qui passe en arrière-plan et finit par perdre toute importance.

3. Le troisième : Ponctuation des faits.

La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. De l'extérieur, une interaction peut être considérée comme un échange ininterrompu de messages, mais, de l'intérieur, chacun ponctue ces messages à sa façon. Le problème en jeu est donc un problème de dépendance, de prééminence ou d'initiative.

Il existe foule de conventions culturelles admises qui structurent notre vie sociale, avec de telles ponctuations. Dans la vie de tous les jours, on parle de leader, de suiveur, mais qui commence, et que deviendrait l'un sans l'autre?

Exemple : Monsieur Boit et Madame Crie

Monsieur a tendance qu'à ne voir que la hargne de Madame : il boit donc en conséquence.

Madame a tendance à ne voir que la beuverie de Monsieur : elle crie.

Ils ne ponctuent pas leurs échanges de la même façon. Ils ont surtout des difficultés à parler de leur relation, à méta-communiquer. Leurs communications s'organisent en dents de scie

4. Le quatrième: Analogie-Digital.

Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique.
Digital: codes sociaux et culturels, verbal, langage.
Analogie: comportement qui va être soumis à interprétation. Notion de proxémie

Edward Hall, proche de Bateson, et de l'école Palo Alto, s'attache plus à ce que les gens font qu'à ce qu'ils disent quand ils répondent à une question directe. On s'intéresse plus au « modèle », la structure de la relation qu'à son contenu. (comment un organisme utilise l'espace pour communiquer).

« Bonjour », c'est le message analogique (ton de la voix, sourire, attitude) qui va en faire un signe de politesse, de bienvenue ou de raillerie.

Nous avons tendance à vouloir « digitaliser » les comportements. Ainsi le fait qu'une personne fait la tête pourrait être interprété comme : « ça veut dire qu'elle est dépressive ». Il vaut mieux observer les comportements avant d'interpréter.

Si les messages analogiques appellent à la relation, ils sont autant de proposition concernant les règles futures d'une relation qui reste à définir.

La femme qui reçoit un cadeau inattendu de la part de son mari : différents sens sont possibles

→ « Comme il est gentil et comme il m'aime »,

→ « Il doit avoir quelque chose à se faire pardonner », → « Il a
pitié de moi et il pense à me quitter »...
Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre, le langage analogique possède bien la sémantique mais non la syntaxe appropriée à la définition non équivoque de la relation.

La communication digitale est de nature symbolique. Ces symboles sont les mots que l'on emploie pour désigner les choses, mots qui relèvent d'une convention sémantique propre à une langue donnée. La communication digitale possède une syntaxe logique souple, précise et pratique, qui se prête facilement à l'abstraction. Elle définit le contenu de la relation Par contre, toute communication non verbale est une communication de nature analogique. C'est une communication primitive et animale, riche de sens et directement compréhensible même entre espèces différentes. L'expression de nos sentiments, qui est la base de nos relations interpersonnelles, est un exemple de communication analogique. Il est, de plus, difficile de mentir dans le domaine analogique.

La communication analogique définit la relation. Elle est très intuitive et signifiante mais manque de souplesse, et peut s'avérer ambiguë par manque de discriminant. Par exemple, les larmes peuvent exprimer la joie ou la peine, tout dépendra du contexte.

Elle manque aussi d'indices et de fonctions logiques, comme les fonctions " ou bien...ou bien", "si... alors", et plus encore, elle ne sait pas exprimer la négation. On ne peut nier une émotion ou un sentiment, on ne peut que le vivre. Pour lever dans certains cas l'ambiguïté propre à ce mode de communication, il faut le traduire, c'est-à-dire passer de l'analogique au digital, ou encore parler sur la relation, c'est-à-dire méta- communiquer. Naturellement, cette traduction, comme toute traduction, soulève le problème de la distorsion et de la perte d'information.

5. Le cinquième: Symétrie- Complémentaire

Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.

Une relation symétrique est une relation d'égalité qui minimise la différence, c'est une position de rivalité. Poussée à l'extrême, elle engage la rupture quand elle devient rigide. La dégradation symétrique se fait dans une escalade symétrique, vers le bas ou vers le haut c'est une position de rivalité (fatigué, et moi donc...)

Une relation complémentaire, au contraire, maximise la différence, avec deux positions, l'une est dite haute, l'autre basse. Chacun toutefois se comporte d'une manière qui présuppose et en même temps justifie le comportement de l'autre (relations parents/enfants, prof/élèves). Il y a une position haute et une position basse,

Quand il y a une dégradation des relations complémentaires (la position haute continue de monter, la position basse de baisser). Attention la position basse n'est pas forcément une position de faiblesse : l'anorexie mentale qui est la position basse est certes peu enviable mais elle permet d'obtenir des choses : pouvoir, contrôle...

Couple complémentaire: D'abord basé sur la différence en termes de rôles complémentaires. Or quand rigidifié = pose le problème en vieillissant => notamment quand le besoin de suppléer le manque de l'autre se fait sentir. Quand une personne est dépressive l'autre se fait fort d'aller bien or quand le traitement fait que dépressif va mieux, l'autre tombe malade.

La triangulation

La triangulation est un autre concept important à analyser dans la communication. Bowen, parla de l'importance des triangles dans l'interaction familiale : la triangulation est un processus qui s'observe dans toutes les familles et dans tous les systèmes humains. Lorsque l'angoisse augmente dans un système, deux personnes peuvent faire coalition contre une troisième : une mère avec son fils qui parle de façon discréditant pour le père, au lieu de s'adresser directement à lui.

Dans un système familial, il y a plusieurs jeux de triangulation, un système tient en équilibre avec plusieurs triangulation possible au sein du système (M.BOWEN « les différenciations de soi »).

L'autorégulation interne, permet de réguler les tensions émotionnelles. Quand ces possibilités de régulations internes sont épuisées les possibilités de triangulation sont extérieures et là apparaît la demande. => D'où l'intérêt de clarifier la demande, y

compris quand la demande est contrainte (elle est déjà triangulée) par un juge, par un tiers.

Qu'est-ce que l'on nous demande? Quelle place a la demande et dans quelle place elle nous met? Idée que toute demande est une demande de triangulation. Dans une relation à 2 il y a un système d'autorégulation, mais quand il y a du stress important, la dyade arrive à une difficulté à faire diminuer la tension entre eux 2 (A-B). Du coup il peut y avoir la recherche d'une 3è personne, afin d'éviter la rupture

(C) => Trianguler le 1/3 va jouer un rôle particulier: Quand il y a des tensions au niveau parental, c'est un des enfants qui est triangulé. Les informations sont comportementales et implicitement demande à l'enfant de trianguler, et l'enfant de par sa loyauté va prendre ce rôle particulier.

Exemples: Rôle de soutien du père, de la mère.

Rôle d'arbitre/ juge, l'enfant a ici un sacré pouvoir.

Rôle de thérapeute.

Rôle de médiateur.

Dans notre cadre professionnel nous pouvons nous aussi être triangulé, d'où l'intérêt de s'intéresser au contexte qui va donner un sens à la commande ou au mandat qui est confié au travailleur social. Quand les frontières ne sont pas claires et provoquent une confusion des contextes, cela permet de protéger quelqu'un, de modifier ou d'empêcher la modification d'une frontière ou d'annuler l'action d'intervenants précédents.

Dans le système familial, le lien familial se définit par deux paramètres fondamentaux : l'alliance qui peut se défaire et la filiation (lien biologique) qui ne peut symboliquement s'interrompre.

Au sein d'une même famille, différents jeux d'alliance s'observent. Tout les cas de figures sont possibles. Le plus souvent, les membres se regroupent par deux ou par trois selon leurs affinités, leur sexe ou par âge.

Exemple : Dans une famille de 3 enfants.

• Soit possibilité d'alliance entre les deux aînés (alliance de conservation) et cela pourrait mener le 3ème à une position d'écrasement.
• Soit une alliance révolutionnaire entre les deux plus jeunes qui risque de retirer à l'aîné sa place privilégiée.

• ENFIN, il peut exister une alliance illégitime entre le premier et le dernier pouvant laisser le moyen dans une position inconfortable et disqualifiée.

Les relations parentales influencent les relations à la génération suivante.

• Si l'alliance parentale est forte, aucun enfant n'a la possibilité de former une coalition gagnante avec l'un des parents contre l'autre. On s'attend alors à une alliance entre enfants et une solidarité générale entre frères et sœurs.
• Si un parent domine l'autre, une coalition entre le plus faible des parents et l'un des enfants pourrait se dessiner. L'enfant « choisi » est en général sensible à la faiblesse du parent et cherche à le soutenir. En échange, il risque de supporter les coalitions du reste de la fratrie contre lui.

S. Minuchin décrit des triangles rigides où un enfant est utilisé par ses parents afin d'éviter ou de dénier les conflits conjugaux. Il s'agit d'une triangulation où chaque parent demande à l'enfant son alliance « contre » l'autre.

J. Haley décrit les triangles pervers avec les 3 caractéristiques suivantes : « Au moins 2 des personnes en alliance appartiennent à des générations différentes ; une coalition entre deux personnes de générations différentes s'exerce contre la 3ème et enfin, cette coalition est déniée ou activement cachée.

Les frontières entre les générations sont alors diffuses, la hiérarchie familiale n'est plus respectée. Un individu ne peut se développer, ni une famille se perpétuer, sans franchissement de ses limites propres et formation de nouvelles alliances avec

l'extérieur.

➢ **La famille et l'individue en thérapie familiale systémique**

L'approche systémique est née aux Etats-Unis au milieu du siècle dernier. Au départ, la démarche, issue de la recherche scientifique, avait une visée essentiellement pratique. Devant l'éclatement des familles traditionnelles, d'une part, et, d'autre part, devant les problèmes de comportement que posaient certains patients dans les hôpitaux psychiatriques, il s'agissait avant tout d'essayer de comprendre les éléments pouvant jouer un rôle dans l'étiologie de la schizophrénie et particulièrement le rôle de certains facteurs tels que la diminution de la qualité des relations familiales (Watzlawick et al., 1972). Cela permit de constater un phénomène : quand, parmi les membres d'une famille, celui qui était désigné comme le porteur du problème allait mieux, c'était quelqu'un d'autre qui allait moins bien (Elkaïm, 1995).

C'était là, déjà, une nouveauté. En effet, jusque-là, les thérapeutes limitaient leur intervention à l'approche individuelle de patients qu'ils recevaient abstraction faite de l'entourage dans lequel ils vivaient, même si sans doute on en parlait avec eux – comment faire autrement ? Certains thérapeutes commencèrent donc à rencontrer, non plus seulement des individus, mais des familles entières, pour essayer de comprendre ce qui se passait. Bien évidemment, les outils conceptuels dont on usait auparavant se sont rapidement avérés inapplicables dans cette nouvelle situation. Il fallait en inventer de nouveaux

L'approche systémique se distingue des autres approches par sa façon de comprendre les relations humaines. En effet, la personne n'est pas le seul élément analysé dans la démarche. L'intervenant accorde aussi une importance aux différents systèmes dont elle fait partie (familial, professionnel, social, etc.). Cette personne est influencée à la fois par ses intentions, celles des autres, et celles des possibilités du milieu et/ou du système.

L'anthropologue Grégory Bateson a contribué à l'application l'approche systémique en psychothérapie. Bateson ne s'est pas demandé pourquoi cette personne-ci se comporte de manière folle. Il s'est demandé dans quel système humain, dans quel contexte humain, ce comportement peut faire du sens. » (Elkaïm, 1995, p. 161)

Les thérapeutes familiaux ont comparé analogiquement les familles à des systèmes ouverts, en état d'équilibre, et les symptômes à ses rétroactions négatives. Les comportements symptomatiques des patients, ainsi compris, purent désormais être décrits comme des « tentatives de protection » d'un ensemble familial trop peu flexible pour supporter le changement.

La famille a commencé à être perçue comme un système relationnel qui a une organisation, une structure, faite de triangles, de rôles, de règles, de buts et de finalités. Il s'agit d'un système capable d'autorégulation, constitué d'individus ayant des échanges continuels et circulaires entre eux.

Cette conception est centrée sur des concepts d'homéostasie et d'auto-correction. Le Dictionnaire clinique des thérapies familiales nous dit que « dans le modèle de l'homéostasie, tout changement est considéré comme une erreur à corriger ou à freiner. Ceci est de règle en particulier dans les familles rigides, les familles à transaction schizophrénique et de façon plus générale encore, dans toute famille dysfonctionnelle. » (Benoit et coll., 1988, p. 240) »

Cette nouvelle épistémologie implique une compréhension différente de la pathologie. D'une lecture linéaire où les symptômes étaient liés à un traumatisme ou à un conflit venant du passé du patient et relégué dans l'inconscient ou à un désordre organique, nous découvrons une lecture circulaire nous montrant l'interinfluence de la communication et du comportement de chacun sur chaque membre du système.

L'individu et son symptôme

C'est dans la mouvance du courant de l'antipsychiatrie, pendant les années 1960 et 1970, avec des praticiens tels que Laing (1991), Cooper, Esterson, Shatzmann, et Elkaïm qui coordonne le réseau « Alternative à la psychiatrie », que la thérapie familiale fait son entrée en Europe.

La question que se posent ces praticiens devant les obstacles qu'ils rencontrent dans leur pratique est celle-ci : peut-on réduire le patient à sa maladie ? Peut-on comprendre le symptôme comme quelque chose qui serait uniquement interne, pour ainsi dire, au seul patient ? Peut-on occulter la dimension sociopolitique de ce qu'il vit et fait comme s'il vivait n'importe où, n'importe quand, avec n'importe qui, en faisant abstraction du contexte dans lequel un jour s'est manifesté son symptôme (Elkaïm, 1981; Laing, 1991) ? Ainsi en sont-ils venus à penser qu'il était nécessaire, pour comprendre ; de resituer l'individu dans son contexte et que, pour intervenir efficacement, il était indispensable de traiter ensemble et l'individu et son contexte.

Pour le systémicien, l'individu seul n'existe pas, il s'agit toujours d'un individu en interrelations avec d'autres dans un contexte donné. L'individu est donc toujours replacé dans son écosystème : le groupe humain.

Bien que ce soit l'individu qui soit porteur d'un symptôme, le paradigme systémique confère au symptôme un sens et une fonction différentes qu'en clinique médicale ou psychanalytique. En médecine, le symptôme signe la maladie. En psychanalyse, le symptôme renvoie symboliquement au conflit intrapsychique. En systémie, le symptôme indique l'existence de dysfonctionnements interrelationnels et communicationnels dans le système.

Dans une famille par exemple, l'individu porteur du symptôme est appelé patient désigné car c'est le problème au niveau du système (famille, couple..) qui crée le symptôme individuel. La fonction du symptôme renvoie donc au rôle du symptôme dans le système. L'apparition d'un symptôme indique ce que le système doit produire pour continuer à fonctionner.

Le symptôme traduit la lutte du système entre maintenir sa cohésion et changer. Ainsi, dans une famille, l'apparition d'un patient désigné, porteur d'un symptôme est analysée comme solution la plus adaptée possible trouvée par la famille compte tenue de son histoire et de son mode de fonctionnement actuel.

La théorie des systèmes permet certes de rendre compte de la façon dont un système se maintient en équilibre par le jeu de ce que l'on appelle l'homéostasie, mais elle ne permet pas d'imaginer comment le système pourrait changer.

L'exemple classique du fonctionnement homéostatique est celui de la thermorégulation : si, dans une maison dont la température moyenne est assurée par un thermorégulateur dont le propriétaire a verrouillé le système, un locataire veut qu'il fasse plus frais, quelle solution a-t-il ? Celle de mettre un chauffage d'appoint soufflant de l'air chaud sur le thermorégulateur. Ainsi accentue-t-il la tendance de celui-ci à bloquer le système de chauffage pour maintenir le nonchangement programmé de la température moyenne. Le principe vaut, analogiquement, dans les cas où l'hôpital remplit la même fonction, par exemple quand il y a un problème dans une famille : la tension monte, un des membres de la famille en accuse le coup, il va à l'hôpital, la tension baisse, il revient en famille, la tension remonte, et ainsi de suite indéfiniment. **Le symptôme est alors la solution que la famille a trouvée pour retrouver son équilibre quand il est trop compromis par la montée de la tension**. Or le problème pour le thérapeute est de trouver comment déverrouiller le système, s'il veut éviter que le patient ne devienne un patient « chronique » – ce qui se vérifie trop souvent.

La difficulté réside dans le fait, qu'en générale pour une famille c'est le patient désigné qui est le problème, le symptôme n'est pas perçu dans sa valeur positive d'autorégulation voire prophylactique (le symptôme est la soupape de sécurité pour éviter que le système n'éclate). En fait, la demande de changement portée par la famille concernant le patient désigné pourrait être énoncée de la façon suivante
: **faites que cela change pour lui, mais que rien ne change pour nous**
(implicite).

Or, la théorie des systèmes implique la différenciation des niveaux d'observation et d'analyse tels que :

• Chaque niveau est caractérisé par un fonctionnement qui lui est propre
(l'individuel n'est pas le couple, ni la famille, ni le réseau...);

- On ne peut pas prédire ce qui se passe à un niveau supérieur à partir du niveau inférieur;
- Les relations entre les niveaux ne sont pas uniquement d'inclusion mais fonction de la résonance entre eux.

A partir de cette analyse, la disparition du symptôme implique de fait, un changement dans le système, d'où l'importance accordée en thérapie systémique à l'analyse actuelle des aspects interrelationnels et communicationels, c'est à dire à l'analyse synchronique du symptôme.

Principes en thérapie systémique familiale

Le thérapeute systémique est donc amené à intervenir dans le système famille, en respectant ses mythes, sa construction de la réalité, ses modalités interrelationnelles et communicationnelles. Il ne pourra le faire que s'il n'impose pas sa propre construction de la réalité (mythe, valeurs personnelles...) et s'il s'adapte à la réalité du système. L'alliance thérapeutique est donc essentielle et doit permettre de définir avec la famille les problèmes et les objectifs à atteindre. Toute intervention visant à forcer le changement entraînerait le système à augmenter sa rigidité. Le thérapeute occupe donc une position basse (et non d'expert, ni de supposé savoir) visant à faire émerger des possibilités de fonctionnement autres tout en laissant à la famille le choix de la solution.

L'accent est mis sur la valeur positive du symptôme et sur le repérage des compétences organisationnelles de la famille et de ses membres, ce qui permet d'éviter la culpabilisation, et de soutenir le recours à ses propres potentialités. Cette hypothèse renvoie aux théories de l'apprentissage selon lesquelles tout individu peut apprendre à apprendre. Ainsi, le thérapeute considère que le patient, la famille ont les ressources pour trouver une solution mais qu'ils ont besoin d'aide dans ce cheminement.

L'enjeu de la thérapie systémique réside donc dans la communication thérapeutique. Les patients souffrent de leur construction de la réalité c'est à dire de leurs interrelations et

communications dans des contextes données (couple, famille, réseau...). En discutant avec le(s) thérapeutes, les patients parlent de leur relation à eux même, aux autres, au monde; ils modifient ainsi la construction de leur réalité9 . Le thérapeute ne se considère pas comme un observateur externe à la famille mais comme un agent permettant aux membres de la famille de modifier leur construction de la réalité. Cette modification vise à accroître les possibilités fonctionnelles et la souplesse du système et par-là même à réduire la souffrance des membres de la famille

Les différents types de thérapie systémique familiale :

A l'origine des thérapies familiales systémiques, on trouve les travaux de l'école de Palo Alto qui ont contribué à l'élaboration de la pensée systémique et de la théorie de la double contrainte. Par la suite, différentes thérapies systémiques se sont développées, selon le modèle de référence utilisé, l'évolution de la pensée systémique et les champs d'intervention des thérapeutes.

La thérapie stratégique : thérapie pragmatique et interventionniste ou l'objectif est d'amener le patient ou la famille à ne plus utiliser des résolutions inadaptées (symptômes) aux problèmes et à développer leurs compétences pour trouver de nouvelles solutions. Le symptôme est donc le résultat d'une séquence de comportements dysfonctionnels dans un contexte donné. Le terme de stratégie renvoie à un plan global d'action (analyse du problème, définition des objectifs et des moyens). Le thérapeute s'avère également un fin tacticien (techniques des injonctions comportementales paradoxales) pour utiliser les résistances dans une perspective de changement.

La thérapie structurale : le symptôme signe une structure familiale dysfonctionnelle. La structure familiale est une configuration relationnelle dans un contexte particulier. L'objectif est donc d'agir sur la structure familiale pour que le symptôme perde sa fonction et son sens. Le thérapeute doit donc s'affilier à la famille pour pouvoir la restructurer. L'évaluation et l'analyse de la structure passent par la représentation de la famille en terme d'espaces et de frontières entre les sous-systèmes composant la famille (technique de la carte familiale).

La thérapie intergénérationnelle : les problèmes actuels renvoient à des conflits intériorisés dans le passé familial (plusieurs générations peuvent être impliquées). Deux types de transmissions sont repérés : transgénérationnelle (ex. : incorporation des fantasmes parentaux de façon brute et non métabolisée) et intergénérationnelle (legs psychiques métabolisés moins invalidants).

La thérapie expérientielle : c'est l'expérience vécue du présent qui permet une connaissance du passé. La thérapie privilégie ce qui est de l'ordre inconscient et émotionnel. L'implication du thérapeute est importante mais il n'est qu'un catalyseur des compétences de la famille. Ces thérapies ne se fondent pas sur un corpus théorique spécifique.

Thérapie systémique selon l'approche constructiviste : le thérapeute s'intéresse à la co-construction de la réalité du système familiale, celle-ci passant par la communication thérapeutique. Ce qui aliène et qui est source de souffrance est relatif à la façon dont les patients ont construit leur monde. La reformulation des problèmes et la nouvelle narration qui en résulte (c'est à dire la façon de se représenter en relation dans son système et au monde) est le moteur du changement.

➢ **Techniques en thérapies systémiques :**

Toutes ces techniques visent l'analyse des interrelations et modes de communication replacés dans leur contexte. Certaines rendent possible l'analyse de la participation de l'observateur (thérapeute) dans ses interactions avec le système famille.

Exemples de techniques :

L'entretien familial : entretien en présence des différents membres de la famille où la fonction du thérapeute est d'assurer la libre circulation de l'information par une conversation vivante (importance de la narration) et de faciliter l'expression des points de vue de chacun. Le thérapeute doit maintenir un discours ouvert et avoir recours à des questions circulaires et non linéaires (en terme de causalité). La finalité étant la mise en place de l'alliance thérapeutique.

La cothérapie : le travail en équipe (a minima deux thérapeutes) permet de se décentrer et de réfléchir sur les fonctions d'observateur participant et d'individu dans un système de soins. La cothérapie autorise des projections différenciées et donc une analyse plus claire.

La glace sans tain, les enregistrements audio et vidéo, et le reflecting team permettent aux thérapeutes de se décentrer et d'analyser avec d'autres thérapeutes qui observent; ce qu'il ce passe dans "l'ici et le maintenant", au niveau communicationnel et interrelationnel. Ces techniques sont bien évidemment expliquées et soumis à l'accord des participants.

Le génogramme, l'historiogramme et la cartes des réseaux permettent de saisir sous la forme écrite la façon dont le patient a construit sa réalité (représentation des relations avec la famille, les événements de vie et l'ensemble de l'éventail relationnel). L'intérêt de ces techniques est bien sûr informatif mais leur aspect projectif renseigne également sur l'implication émotionnelle et son impact sur cette construction personnelle.

Jeu de rôle et psychodrame familial en systémie visent à reproduire par simulation une scène qui actualise une situation précise mais dans un contexte autre (contrôlable) favorable au changement.

Indications des thérapies familiales systémiques :

Elles sont indiquées dans des situations cliniques où des dysfonctionnements relationnels sont source de souffrance et/ou le contexte joue un rôle important. Le champ de la pédopsychiatrie (l'enfant problème), des troubles de l'adulte tels que la schizophrénie, l'anorexie, les toxicomanies, les troubles du comportement (violence, délinquance...) font l'objet de prises en charge systémique, ce qui en retour, a contribué à proposer des modèles de compréhension autres de ces dysfonctionnements. Les thérapies systémiques procèdent ainsi de la rechercheaction (Miermont, 1994) où réflexion (construction d'hypothèse, repérage du niveau d'intervention, analyse du problème) et action (intervention, prescription, ajustement en fonction de la validité de

l'hypothèse) participent à la coconstruction d'une nouvelle réalité.

Résumé

Les thérapies systémiques familiales considèrent la famille comme un système où chaque membre est interconnecté, traitant les symptômes individuels en modifiant les interactions et la communication. Les techniques visent à débloquer des crises, favoriser la souplesse et transformer la dynamique familiale.

Techniques de communication et de questionnement :

- **Questionnement circulaire :** Technique centrale invitant un membre à imaginer les relations entre deux autres, permettant de découvrir des perceptions différentes et de briser les visions linéaires.
- **Questionnement socratique :** Poser des questions plutôt que d'affirmer, pour bousculer en douceur les certitudes et impliquer activement les participants.
- **Recadrage (reframing) :** Donner un sens nouveau, plus positif ou fonctionnel, à un comportement perçu comme problématique.

Outils de représentation visuelle et narrative :

- **Génogramme :** Représentation graphique de l'arbre généalogique incluant les informations relationnelles, émotionnelles et médicales sur plusieurs générations.
- **Carte familiale :** Outil visuel plus simple que le génogramme, se concentrant sur la configuration actuelle (couples, enfants, cohabitation) pour repérer rapidement le contexte de vie.
- **Sculpture familiale :** Technique non verbale où un membre représente physiquement les relations (distance, posture, hiérarchie) en disposant les autres membres dans l'espace.

Techniques d'intervention en séance :

- **Chaise vide :** Faire parler un membre à une chaise vide représentant une personne absente ou avec qui le dialogue est difficile.
- **Jeu de rôles inversés :** Les membres échangent leurs rôles (ex: parent jouant l'enfant) pour favoriser l'empathie et la compréhension des positions de chacun.
- **Prescription de tâches (paradoxales) :** Donner des consignes comportementales, parfois "paradoxales" (demander de répéter le symptôme), pour déstabiliser le jeu relationnel rigide.
- **Récit familial (ou contes) :** Utilisation de métaphores et d'histoires pour contourner les résistances intellectuelles et aborder les émotions.

Ces interventions sont souvent menées dans le cadre d'un entretien semi-directif qui implique le groupe dans son ensemble, mettant l'accent sur les échanges "ici et maintenant"

V. La psychothérapie d'orientation humaniste centrée sur la personne et expérientielle

Les psychothérapies humanistes à orientation expérientielle sont nées aux Etats-Unis dans le milieu des années cinquante sous l'impulsion d'A. Maslow, F. Perls, W. Reich, C. Rogers… Elles sont fortement influencées par les courants existentialistes et phénoménologiques : Heidegger, Buber, Sartre, Merleau-Ponty… Elles ont en commun de mettre l'être humain et son vécu subjectif au centre de la psychothérapie. C'est en lui-même et par le développement de ses propres ressources que le consultant, avec l'appui du psychopraticien, va chercher la réponse réparatrice à ses souffrances. Pour y parvenir, les courants humanistes ont élaboré des approches originales. Parmi les plus caractéristiques on trouve : l'approche émotionnelle, la place donnée au corps, les techniques de respiration, le toucher thérapeutique, la pratique de séminaires résidentiels…
Toutes ces approches innovantes ont donné naissance à différentes méthodes de psychothérapie. Parmi les plus connues, on trouve : la gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle, l'analyse psycho-organique, la psychosynthèse, la psychothérapie centrée sur la personne…, et plus spécifiquement dans le champ de la thérapie psychocorporelle : la bioénergie, l'intégration posturale psychothérapeutique, la psychologie biodynamique, la végétothérapie, la somatothérapie.

Le thérapeute place l'**accent sur le moment présent** (ce que les psys appellent « l'ici-et-maintenant ») et la thérapie est basée sur la reconnaissance de la vocation naturelle de l'être humain à prendre en main son existence, à affronter ses peurs et réaliser ses désirs, et ainsi à trouver en soi les ressources créatives pour se réaliser pleinement (voir cours d'entretien psychologique vu au 1er semestre). Le thérapeute crée les conditions pour que la personne prenne conscience de ses difficultés actuelles, les comprenne et les modifie, et ainsi, en conséquence, modifie sa façon d'être ou d'agir dans le présent de

la thérapie, avec son thérapeute. Le travail se base sur une alliance thérapeutique que l'on pourrait appeler égalitaire et fait une part belle à l'empathie du thérapeute, à la qualité de sa présence dans ce qui se veut une *rencontre*.

Dans son ouvrage « *L'art de la thérapie* », le thérapeute et romancier mondialement connu, Irving Yalom présente une des formes que peut prendre cette école *centrée sur la personne et expérientielle*. Un des intérêts de son ouvrage consiste dans le fait que l'on voit bien ici un thérapeute expérimenté intégrer les approches humaniste, existentielle et psychanalytique. Yalom possède la maturité nécessaire que pour faire les choix qui s'imposent en fonction de la situation du patient : tantôt dans le dialogue *ici-et-maintenant*, tantôt dans la compréhension d'un rêve qui parle pour une partie inavouable du patient, tantôt dans le dialogue à propos du *transfert* (voir thérapies à orientation analytique ci-haut).

5.1. Petit détour historique

Classiquement, la psychologie humaniste et la psychothérapie humaniste qui en découle est appelée «Troisième force de la Psychologie», les deux premières étant la psychanalyse et le Behaviorisme ou comportementalisme

Les thérapies humanistes sont aussi appelées « Les Nouvelles Thérapies » et comme le dit très bien Patrick Traube dans son ouvrage consacré aux psychothérapies humanistes : « Cette appellation n'est pas fausse puisqu'elles sont nées après la seconde guerre mondiale, dans la seconde moitié du XXè siècle alors que la Psychanalyse et la Thérapie comportementale datent de la fin du XIXè siècle. Mais elle doit être nuancée car les psychothérapies humanistes puisent leurs racines dans un terreau très ancien. »

Protagoras, sophiste présocratique du Vè siècle avant notre ère dit que : « **L'homme est la mesure de toute chose** ». Placer l'homme au centre des préoccupations et lui assigner cette tâche d'être la mesure de toute chose introduit au **relativisme** : c'est du point de vue de l'homme que le bien et le mal, le vrai et le faux prennent leur définition. Hegel dira des siècles plus tard : «Il n'y a de vérité qu'historique », ce qui est donné comme vrai à une époque ne l'est plus forcément à une autre.

L'énoncé peut aussi signifier que **c'est l'homme qui crée les différences** en ce qui concerne le langage, le savoir, la sensibilité ou les perceptions. Alors, toute affirmation faite par un homme n'aurait de signification absolue que pour cet homme.

Cette citation introduit à l'anthropologie humaniste, anthropologie à laquelle le courant humaniste se réfère et qui sous-tend les différentes modalités d'intervention des psychothérapeutes humanistes en général.

Le mot « Humanisme » vient du terme latin « humanités » qui signifie à l'origine « culture ». C'est important car la culture, les lois de la culture ne sont pas toujours identiques aux lois de la nature. L'Humanisme est avant tout un courant culturel européen qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les valeurs. Le nom de ce courant a été donné à postériori, au XIXè siècle. En réalité, le mouvement a commencé au XVè siècle en Italie, principalement à Florence au moment de la Renaissance. Cette époque est marquée par de grands bouleversements dans différents domaines : artistique, scientifique, philosophique. Un monde nouveau est en marche.

Le mouvement commence dans le monde des arts avec la **libération** de l'expression artistique. Par exemple, jusqu'à cette époque, les seules représentations picturales de la femme sont celles des Madones, les célèbres Vierge à l'enfant peintes par de très grands maîtres. Or, nous pouvons voir chez un peintre comme Giovanni Bellini qu'il commence sa carrière en peignant des Madones et la termine en peignant des femmes nues.

Ce concept de **liberté** est très important dans l'esprit humaniste. Il marque une véritable césure avec la période précédente, celle du Moyen Age, même s'il y a eu des moments de renaissance durant le Moyen Age.

A cette époque, certaines grandes découvertes vont réintroduire le relativisme. Ainsi, par exemple, les découvertes de nouveaux mondes vont favoriser les échanges commerciaux, mais bouleverser l'ordre politique. Des alliances vont se créer, mais aussi des rivalités entre les différents pays européens. Les massacres opérés dans le Nouveau Monde, la rencontre avec l'étranger amène à se poser des questions sur soi, des questions sur son « humaine condition » dira Montaigne. La découverte de Copernic confirmée par Galilée qui place le soleil au centre de notre galaxie et plus notre terre comme les anciens le pensaient est comme le dira plus tard Freud une énorme blessure narcissique infligée à l'homme.

Le courant humaniste est considéré comme un courant qui unit les penseurs de la Renaissance. Tous ces hommes communiquent entre eux, voyagent et sont animés par une même soif d'apprendre, de découvrir l'homme et le monde dans lequel il vit.

Cette philosophie a continué à se développer parallèlement à d'autres conceptions de l'homme pour devenir ce qu'elle est aujourd'hui.

Ainsi, si nous nous plaçons au XIXè siècle, en Europe occidentale, nous constatons que cette époque est marquée par une révolution technoéconomique de grande envergure : **l'avènement de l'ère industrielle et sa conséquence : le début du processus de remplacement de l'énergie humaine par celle de la machine**. Cette révolution technologique va avoir une influence directe sur le mode de vie des individus et sur leur manière de considérer le monde. Comme le fait remarquer Patrick Traube : « *La société occidentale enfourche, comme cheval de bataille intellectuelle, le scientisme mécaniciste, héritage du philosophe Descartes et du physicien Newton* ». Il est vraiment très important de bien se rendre compte de l'influence de cette conception mécaniciste car la psychothérapie se trouve encore et toujours aujourd'hui au cœur de cette bataille.

Qu'est-ce que le scientisme mécaniciste ? C'est une façon hyper rationnelle de concevoir les phénomènes naturels comme résultants d'une succession de causes à effets. Cet idéal s'est retrouvé dans toutes les sciences, y compris dans la sociologie positiviste d'Auguste Comte qui n'hésite pas à parler de la science de la société comme d'une « physique sociale », soit d'une transposition des règles du comportement moléculaire au comportement des individus dans la société.

La même conception mécaniciste va se retrouver dans la Psychologie qui veut s'ériger en science et se distinguer de la philosophie. Deux courants vont alors émerger, celui de la psychologie expérimentale qui va observer les comportements humains et des animaux en laboratoire pour tenter d'en dégager des lois semblables à celles de la physique et le courant psychanalytique qui à bien y réfléchir s'attache aussi à dégager les forces inconscientes, donc non contrôlées, qui régissent les conduites humaines. Ces deux courants vont donner naissance à deux approches qui se veulent opposées, à savoir le « behaviourisme » et la « psychanalyse », mais qui en réalité se rejoignent dans une conception mécaniciste de l'homme : déterminisme pulsionnel inconscient, lois de cause à effet, circulation énergétique, principe d'homéostasie etc.

Tout cela est bien sûr à nuancer car d'autres développements succèderont à cette première conception. Ainsi, si nous suivons d'un peu plus près l'évolution de la psychanalyse, nous voyons que très vite il y a eu des dissidences. Par exemple, Ferenczi critiquera la rigidité de la technique analytique, sa froideur et son aspect impersonnel. Parmi ces psychanalystes « dissidents », certains feront école et peuvent être considérés comme précurseurs pour les thérapeutes humanistes. Ainsi, Jung et son concept d'inconscient collectif prépare à la psychothérapie de groupe et son élaboration de l'animus et de l'anima se retrouvera dans les recherches sur le masculin et le féminin. Reich – quant à lui – est considéré comme le précurseur des thérapies psychocorporelles et l'approche de Ferenczi prépare à la construction d'un « dispositif chaud » à l'inverse du « dispositif froid » de la psychanalyse freudienne, dispositif chaud que l'on retrouvera dans toutes les thérapies humanistes. Ainsi, à une science de la psyché purement **explicative** au sens des sciences de la nature va venir s'opposer progressivement une psychologie **compréhensive**. Ce sera **Wilhelm Dilthey** (1833-1911) qui initiera le mouvement. . Pour les promoteurs de cette nouvelle attitude de pensée, les sciences humaines ne sont pas réductibles aux sciences naturelles. Elles obéissent à d'autres critères épistémologiques. « Leur tâche est de comprendre les phénomènes dans leur intimité et leur spécificité, non de les expliquer selon des modèles importés de la physique et de la chimie ». Ceci ne veut pas dire, comme le souligne Robert FRANCK qu'elles doivent être privées d'explication, mais que si les sciences de la nature peuvent se passer de compréhension, les sciences humaines ne peuvent s'en passer sinon à réduire l'homme à une machine. Pour cela, il est nécessaire de s'extraire d'une perspective mécaniciste, causaliste et élémentariste et appréhender l'homme dans sa SINGULARITE, sa TOTALITE (l'homme forme un tout) et sa COMPLEXITE.

L'histoire de la psychologie clinique se poursuit donc sur deux versants : **la pensée explicative** qui donne notamment naissance à la psychanalyse et sur l'autre versant, la dasein-analyse (ou analyse phénoménologique) créée par Ludwig Binswanger et Eugène Minkowski qui s'appuient sur les philosophies de Husserl, Dilthey et Heidegger. Pour la dasein-analyse (Heidegger), l'homme n'est pas réductible à une mécanique pulsionnelle. S'il est déterminé par ses pulsions, il ne se réduit pas à cette seule détermination. Il est d'abord un **être-en-devenir**, mu par un **besoin d'autoréalisation**. Pour la philosophie existentielle, la vie de l'homme est orientée par un projet, un mouvement de propulsion vers l'avant. Cette capacité donne à l'être humain une **liberté** qui le différencie des autres espèces du vivant. Mais cette liberté donne du coup une énorme **responsabilité** à l'homme envers sa vie et son destin. « *L'angoisse existentielle en est le revers indissociable.* (…) *Lorsque le patient s'exprime en thérapie, il parle de son univers personnel, des significations qu'il donne aux situations qu'il vit. Si le thérapeute veut appréhender cet univers singulier, il doit faire le deuil de ses propres significations, de ses propres catégories, de son cadre de référence personnel* » (Patrick Traube).

En résumé, la psychologie humaniste hérite à partir de penseurs tels que : Dilthey, Husserl, Bergson et Heidegger, de **l'approche phénoménologique**, elle-même héritière du mouvement humaniste de la Renaissance. En effet, on retrouve dans cette psychologie, les mêmes concepts que dans la philosophie humaniste, la phénoménologie et l'existentialisme ; à savoir : **l'actualisation des potentialités individuelles, la réalisation de soi, la possibilité d'une croissance personnelle** donc d'un **projet existentiel**. L'individu humain est considéré comme **libre et responsable de son destin**.

Ces concepts vont ensuite être opérationnalisés par des psychothérapeutes américains qui vont d'une certaine manière (…) « **donner à la psychologie humaniste, les moyens de ses ambitions** » (Patrick TRAUBE). Plusieurs noms contribuent à cette réalisation : Erich FROMM, Abraham MASLOW, Carl ROGERS, Fritz PERLS, Eric BERN, Alexander LOWEN et Irvin YALOM.

- ✓ De Fromm, nous retiendrons l'accent mis sur l'unité de la personne par-delà la diversité de ses aspects, sur l'apaisement des antagonismes entre les différentes facettes du sujet, sur la recherche d'une synthèse des opposés.
- ✓ De Carl Rogers nous trouverons la première systématisation d'une nouvelle attitude clinique : le thérapeute est une **personne réelle**, **authentique** et **congruente**. Rogers sera également l'initiateur d'une nouvelle forme d'écoute qu'il nommera **empathie**.
- ✓ Maslow sera l'initiateur du Mouvement du Potentiel humain dans les années septante. Il est avec Mikaël Murphy à l'origine de la création de l'Institut d'Esalen en Californie où des méthodes comme la Gestalt-thérapie (F.PERLS), l'Analyse Transactionnelle (E.BERN), l'Analyse bioénergétique (LOWEN) ainsi que le Rebirthing (L.ORR) verront le jour.

5.2 Evolution

Comme le souligne très bien Edmond Marc dans son ouvrage consacré aux Fondements des Psychothérapies, la psychologie humaniste-existentielle s'est trouvées diluée et un peu noyée dans cet ensemble de modalités thérapeutiques. Les approches américaines se sont développées un peu partout dans le monde et paradoxalement ont presqu'oublié leurs racines européennes (K.Jaspers, L.Binswanger, J-P. Sartre, V.Frankl, E. Minkowski, R.Laing…). Ce n'est que récemment et avec l'apport d'Irvin Yalom que les différentes écoles psychothérapeutiques qui se réclament du courant humaniste ont renoué avec leurs origines existentialistes donnant à ce mouvement un corpus théorico-clinique cohérent fondé sur une anthropologie commune.

En résumé :

1. « La démarche humaniste apparaît tout d'abord comme une approche **historique**. L'être humain est un être engendré, il s'inscrit dans une histoire. Cette histoire sera réécrite dans la relation thérapeutique avec l'espoir d'en corriger certaines failles et d'en résoudre certains conflits » (Patrick Traube). La démarche humaniste est aussi une démarche **holistique** (qui vise la totalité de l'être) et **systémique**. Elle a favorisé des recherches, des nouvelles théories et l'émergence de nouvelles approches thérapeutiques valorisant le corps et la communication non verbale. Elle intègre aujourd'hui l'apport des neurosciences.

2. Comme la psychanalyse, la thérapie humaniste est une démarche **psychodynamique**, elle prend en compte les dimensions inconscientes et préconscientes ou infra-consciente. Cette position l'amène à tenir compte de la signification des symptômes, des phénomènes de résistance au changement, des mécanismes de répétitions, des bénéfices du symptôme etc.
Mais elle est également une thérapie dynamique dans le sens où elle considère que la personne est confrontée à des conflits existentiels qui mettent en scène les fondamentaux de l'existence pour reprendre l'expression d'Irvin Yalom : le rapport à la mort, la liberté, l'isolement fondamental et la question du sens.

3. La démarche humaniste est une démarche **interrelationnelle**. La psychothérapie est une nouvelle histoire qui se tisse entre le patient et son thérapeute : cette expérience relationnelle occupe une place prépondérante dans le processus thérapeutique. A cette expérience originale, peuvent s'ajouter des relations multilatérales dans un groupe thérapeutique ou dans une thérapie de couple.

4. L'entrée dans la thérapie est le fruit d'une décision, expression de la volonté du patient à reprendre du pouvoir sur son existence. La démarche et le postulat qu'elle contient est donc une démarche **décisionnelle**. Suivre une thérapie humaniste, c'est accepter implicitement que l'humanité de l'homme n'est ni un donné, ni un acquis. Elle est, au contraire, un processus d'humanisation toujours en cours.

5. Comme la thérapie comportementale, la thérapie humaniste vise le changement, ce qui en fait une démarche pragmatique et opérative, dans le sens où elle cherche à se donner les moyens d'intervention pour aider au mieux au processus de guérison. 3. 4. Le psy "centré sur la personne" (les ressources du patient)

5.3. Style adopté par le psy. d'orientation humaniste

Et voilà le bon vieux labrador : toujours là pour vous et affectueux. Attentif à la moindre de vos réactions, il vous accompagne dans vos vécus.

> *Ce psychologue ou ce thérapeute adopte explicitement une position emphatique et bienveillante à votre égard.*

Cela se traduit notamment par un sentiment de "chaleur humaine". Il interagit avec vous de façon

dynamique en manifestant de l'empathie. Pour cela, ce psy vous écoute « activement ». Et il vous accompagne là où vous voulez aller, **tout en centrant l'échange vers vos vécus personnels et vos ressentis profonds** (émotions). Pourquoi ?

Parce que l'expérience montre que cela permet la libération de puissantes forces de changement et d'évolution par rapport à toutes sortes de problématiques.

Tout cela se passe dans le cadre d'un dialogue "co-construit" : on avance ensemble ! Il vous proposera donc de chercher « à deux » les solutions aux problèmes que vous rencontrez et aux questions que vous vous posez. Pourquoi ?
Parce qu'il considère que vous avez les solutions en vous et que son rôle est de vous aider à les trouver, puis à les mettre en œuvre.

> *Sa démarche sera donc de vous aider à libérer vos potentiels de changement et de "guérison" !*

C'est pourquoi il refusera généralement de réduire votre problème à un diagnostic, à vous mettre dans une "case". Et bien qu'il puisse vous donner certains conseils, il évitera de vous donner des solutions « toutes faites ». Il préférera chercher avec vous les moyens de réveiller votre pouvoir de résilience.
En bref, sa démarche favorise la qualité du lien et la prise de conscience de vos ressources comme moteur d'un changement positif et d'une évolution personnelle.

> *Il vise l'éveil de votre "pouvoir intérieur"*

Info complémentaire :
Ce type de professionnel se réfère généralement au courant humaniste. Il existe un grand nombre de psychothérapies dans ce domaine.
Quant au professionnel, il peut s'agir d'un psychologue d'orientation humaniste mais la plupart d'entre eux sont psychothérapeutes ou simples thérapeutes.

VI. Les psychothérapies intégratives

L'approche intégrative en psychothérapie est issue d'une recherche d'amélioration des dispositifs thérapeutiques. Il s'agit généralement :

- D'intégrer les points forts des certaines méthodes dans de nouveaux protocoles thérapeutiques ;
- Combiner certaines méthodes déjà existantes en les utilisant alternativement.

C'est grâce à ce travail que de nouveaux protocoles de psychothérapie sont progressivement crées. Cette tendance à l'innovation et la remise en question de vieilles habitudes (pour certains) font que les psy "intégratifs sont parfois mal-aimés de certains collègues (psychologues, psychiatres ou autre).
Pourquoi ? Parce qu'ils bousculent l'ordre établi. Et comme vous le savez, ça ne plait pas trop, même dans le monde de la psychologie et de la psychothérapie
La Psychothérapie Intégrative inclut une attitude envers la pratique de la psychothérapie qui affirme la valeur inhérente de chaque individu. C'est une psychothérapie unifiante qui répond de façon appropriée et effective à la personne sur les niveaux de fonctionnement affectif, comportemental, cognitif et physiologique et tient en compte également la dimension spirituelle de la vie.

Le terme 'intégrative' dans 'Psychothérapie Intégrative' a plusieurs sens :

a) Il renvoie au processus d'intégration de la personnalité : l'incorporation des aspects désavoués, ignorés ou non résolus du 'self' dans une personnalité cohésive, réduisant l'utilisation des mécanismes de défense qui empêchent la spontanéité et limitent la flexibilité dans la résolution des problèmes, l'entretien de la santé, la relation aux personnes, pour être de nouveau en plein contact avec le monde.

C'est le processus de " rendre entier". Par l'intégration, il devient possible pour les personnes de faire face à chaque moment de manière ouverte et disposée, sans la protection d'une opinion, une position, une attitude ou une espérance préformée.

b) La Psychothérapie Intégrative se rapporte également au **rassemblement des systèmes affectifs, cognitifs, comportementaux, et physiologiques** chez une personne, avec une conscience des aspects sociaux et transpersonnels des systèmes dans l'entourage de la personne. Ces concepts sont utilisés dans une perspective de développement humain dans lequel chaque phase de la vie présente des taches développementales spécifiques, des sensibilités aux besoins, des crises et des opportunités pour de nouveaux apprentissages.

Dans sa pratique, la psychothérapie intégrative met en place des stratégies thérapeutiques **variées**, **globales**, structurées et **créatives**, empruntées aux différents courants et

techniques de la psychothérapie.

La Psychothérapie Intégrative tient compte de beaucoup de façons d'approcher le fonctionnement humain. Les thérapies psycho - dynamiques, centrées sur le client, comportementales, cognitives, familiales, Gestalt thérapie, les psychothérapies corporelles, les théories de relations d'objet, la self-psychologie psychanalytique, et les approches de l'analyse transactionnelle sont prises en considération dans une perspective de systèmes dynamiques.

Chacune de ces approches fournit une explication partielle du comportement et chacune est renchérie lorsqu'elle est ponctuellement intégrée en continuité avec d'autres aspects de l'approche du thérapeute.

Les interventions thérapeutiques utilisées dans la psychothérapie intégrative sont basées sur la recherche et les théories développementales, décrivant les défenses protectrices de l'individu, utilisées lorsqu'il y a interruption dans le développement normal.

Le but d'une psychothérapie intégrative est de faciliter la complétude de façon à ce que la qualité d'existence de la personne et son fonctionnement dans l'espace intra-psychique, interpersonnel et socio-politique soit maximisé avec tout le respect dû aux limites personnelles et les contraintes externes/extérieures de chaque individu.

Dans ce cadre on reconnaît que l'intégration est un processus dans lequel les thérapeutes doivent également s'engager. Ainsi, l'attention est centrée sur l'intégration personnelle des thérapeutes.

Cependant, bien que l'attention portée sur la croissance personnelle du thérapeute soit essentielle, il faut également un engagement à la recherche de connaissances dans le secteur de la psychothérapie et de ses domaines annexes.

Il y a une obligation éthique particulière pour les psychothérapeutes intégratifs, de dialoguer avec des collègues de différentes orientations, et de se tenir au courant des développements dans le domaine.

Certains de ces dispositifs thérapeutiques permettent des rémissions de symptômes ou de problématiques parfois en **2 à 3 séances**, avec une moyenne qui se situe entre 3 et 6 séances, ce qui est extrêmement bref par rapport aux accompagnements plus classiques (15 à 30 séances).

Et que penser des approches psycho-corporelles ?!

Les approches psycho-corporelles utilisent comme porte d'entrée le corps notamment grâce aux perceptions sensorielles. Ces méthodes impliquent un travail corporel ou une médiation par le corps. La sophrologie en est un exemple mais il y a de nombreuses autres approches. Certaines formes de Yoga en sont une autre.

Actuellement, nous observons de plus en plus d'intégration de ces approches "psycho-corporelles" dans des protocoles de psychothérapie modernes. Et c'est bien lié au constat d'une efficacité de ces méthodes.

Les approches psycho-corporelles ne constituent pas une façon de se positionner dans la relation au patient. Il s'agit plutôt de techniques particulières. Elles peuvent donc être utilisées dans le cadre d'un des 4 positionnements que nous avons vu ci-dessus.

Les approches intégrées employant la porte d'entrée du corps très prometteuses.

Mais qu'est-ce qui est le mieux alors ? C'est une question difficile.

Ce qui est sûr, c'est que vous devez vous sentir "bien", "à l'aise" ou "en confiance". Eh oui, l'alliance thérapeutique c'est 30% de l'effet d'une thérapie. Le truc, c'est que l'implication du patient joue également un rôle très important dans l'effet thérapeutique (40% du bénéfice).

Or l'implication d'un patient qui vient de s'engager dans un travail va être rapidement et fortement modulée par la qualité de l'alliance. Il semble donc raisonnable de penser qu'un psy qui adopte une attitude favorisant l'alliance et qui utilise une méthode motivante pour le patient aura plus de chances d'être efficace. C'est en tout cas ce qu'on constate en pratique.

Entre psy intégratifs et psy simplement ouverts d'esprit…

Les approches intégratives en psychothérapie prennent mieux en compte les deux paramètres évoqués ci-dessus. Pour quelle raison ? Justement parce qu'elles sont en général construites dans le cadre de cette recherche de ce qui fonctionne ou non.

De cette façon elles potentialisent certains leviers puissants des anciennes approches tout en évitant certains écueils ! C'est pourquoi, pour un travail de psychothérapie, j'aurais plutôt tendance à vous recommander :

- Soit un **psy intégratif** et si possible, formé à une méthode de thérapie brève ;
- Soit un psy utilisant une méthode classique tout en étant **ouvert d'esprit** sur ces questions (quelque que soit son style dominant).

Quoi qu'il en soit, deux choses sont certaines :

- Même la meilleure méthode à peu de chances de fonctionner avec le “mauvais psy”.
- Votre ressenti est ce qu’il y a de plus important à écouter pour savoir si c’est “un bon psy” pour vous.

Attentions aux psy rigides qui présentent des avis très tranchés

En effet, certains résultats de travaux récents laissent penser que : *Trop s’attacher à une méthode thérapeutique en particulier (pour un psy), nuit aux bénéfices du traitement*

Donc autant choisir un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre qui ne s’y accroche pas. Je dirais même que cela devrait même être un indicateur pour vous.

En fait, tout psychologue, psychiatre ou autre qui présente :

- Une attitude ou une vision rigide des psychothérapies ou d’autres professionnels ;
- Qui critique sans nuance d’autres approches ou professionnels ;
- Et qui prétend détenir la vérité ou bien que sa méthode soit la voie royale vers la “guérison” ;… montre qu’il manque de recul et que probablement, il n’a pas suffisamment travaillé sur lui-même. Ou alors désolé de le dire comme ça, mais la méthode employée ne fonctionne pas très bien !

En effet, de mon point de vue, **l’attitude résultant d’un travail sur soi efficace** conduirait plutôt :

- à une prise de recul et recherche d’amélioration de sa façon de travailler
- à moins d’attachement pour la méthode en elle-même et plus d’attention aux besoins du patient ;
- et une plus grande humilité

VII. La psychothérapie de groupe

La psychothérapie de groupe est un mode de psychothérapie qui permet de prendre en compte la personne et son entourage, ou un groupe de personnes souffrant de la même maladie. De nombreux troubles psychiatriques peuvent être traités par une psychothérapie de groupe.

7.1. Qu'est-ce que la psychothérapie de groupe ?

La psychothérapie de groupe permet d'aider une personne souffrant d'un problème psychologique en lien avec son entourage (familial, professionnel ou amical), ou bien avec l'aide d'autres personnes souffrant d'un problème similaire. Ce type de thérapie est toujours mené par un ou plusieurs psychothérapeutes formés spécifiquement pour orienter la parole de chacun.

Ce type de psychothérapie permet de sortir la personne de son isolement. Les échanges avec les autres membres du groupe permettent de prendre du recul sur sa situation et de confronter les expériences et les points de vue. En se confrontant au regard des autres et en confiant sa souffrance, la personne trouve progressivement des solutions et un soulagement dans sa vie quotidienne.

7.2. Techniques principales :

L'analyse de groupe: les membres du groupe s'expriment verbalement et échangent librement. Le ou les thérapeutes aident à comprendre et résoudre les difficultés rencontrées. Chaque membre partage sa propre expérience pour aider les autres.

Le psychodrame : chacun se met en scène et joue une situation de sa vie actuelle ou passée pour l'aider à prendre du recul et comprendre ce qui s'est passé dans cette situation.

Un groupe se compose, en général, d'au moins deux personnes et peut aller jusqu'à 15 personnes maximum. Certains groupes sont composés de personnes souffrant des mêmes symptômes, mais ce n'est pas toujours le cas. Les séances ont souvent lieu une fois par semaine et durent 1 à 2 heures. Plusieurs années sont parfois nécessaires car l'expérience passée enrichit les échanges au fur et à mesure.

7.3. Caractéristiques de la psychothérapie de groupe

La psychothérapie de groupe utilise à la fois le retour d'expérience, l'échange des opinions, et l'effet « miroir » que renvoie chaque participant vers la personne qui souffre. Le ou les thérapeutes sont là pour guider les échanges de façon constructive.

La psychothérapie de groupe se caractérise par :

- ✓ L'utilisation de la résonance entre chaque participant qui amène son regard et son expérience en fonction de ce que les autres apportent.
- ✓ La lutte contre l'isolement grâce au partage de ses difficultés avec les autres membres du groupe.
- ✓ Le renforcement de l'affirmation de soi et du sentiment d'existence à travers le regard des autres.
- ✓ La compréhension des transferts (relation inconsciente aux autres) et de son propre fonctionnement psychologique.
- ✓ La lutte contre l'inhibition en incitant chacun à s'exprimer en toute confiance, sans jugement et dans le secret du groupe.
- ✓ La construction d'une image positive de soi.
- ✓ L'écoute des autres, de leurs expériences et de leur opinion.
- ✓ Le soutien du groupe lorsque la personne en a besoin.

7.4. À qui s'adresse la psychothérapie de groupe ?

Toute personne souffrant d'un trouble psychique ou physique peut bénéficier d'une psychothérapie de groupe. Les problèmes principalement traités sont :

- ✓ Les addictions (alcool, drogues ou comportementales) ;
- ✓ La dépression ;
- ✓ Les troubles anxieux (attaque de panique ou agoraphobie par exemple) ;
- ✓ Le trouble bipolaire ;
- ✓ Les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie);
- ✓ Les troubles du comportement (violence ou inhibition et manque de confiance en soi par exemple) ;
- ✓ Les phobies ;
- ✓ Les troubles psychosomatiques ;
- ✓ La schizophrénie ;
- ✓ La famille (thérapie familiale).

La psychothérapie de groupe ne contre indique pas une prise en charge individuelle qui s'avère parfois nécessaire. Avant de commencer une thérapie de groupe, il est préférable de faire le point avec un psychothérapeute pour être sûr que ce partage d'expérience soit bénéfique.

7.5. Quels bienfaits ?

La thérapie de groupe permet, au travers du regard des autres, d'apprendre des choses sur soi et apporte de nombreux bienfaits :

- ✓ Une augmentation de la confiance en soi ;
- ✓ Un recul face à ses difficultés ;
- ✓ L'enrichissement personnel à travers les expériences des autres ;
- ✓ L'amélioration de sa capacité d'écoute de l'autre ;
- ✓ Une affirmation de soi ;
- ✓ Un meilleur contrôle de ses émotions ;
- ✓ Une compréhension de son fonctionnement personnel ;
- ✓ Une aide pour les autres à travers le partage de sa propre expérience. ;
- ✓ Un soutien du groupe

Conclusion générale

Que retenir à propos des techniques psychothérapeutiques ?

a). Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Il s'agit d'une expérience existentielle d'interactions subjectives et constructives tant pour le consultant que pour la personne qui vient consulter. Deux individus s'enrichissent mutuellement de l'expérience de l'autre.

Celui qui prend rendez-vous fait la démarche personnelle de se débarrasser de ses difficultés. Il confronte sa vision du monde et de lui-même au regard, supposé éclairé, du soignant.

Dans ce contexte se tisse un échange de conceptions subjectives de l'univers et de la façon de fonctionner au mieux en interaction avec lui.

L'objectif de la personne est de reconstruire une relation avec elle-même, les autres et le monde qui lui soit plus facile à vivre, de meilleure qualité ; se débarrasser d'angoisses ou de troubles psychosomatiques (grec soma, somatos = corps) ; retrouver un état de santé psychique et physique (latin : sanitas = état de celui qui est sain).

Le cadre de la psychothérapie relève d'une éthique (grec : ethicos = morale) et d'un code déontologique (grec : deon, ontos = ce qu'il faut faire ; logos = discours). Ceux-ci concernent le lieu, l'horaire, la durée, la fréquence et le paiement des consultations. L'éthique et la déontologie englobent également le mode d'intervention spécifique du thérapeute et dicte le type de relation d'aide psychologique qu'il a avec le consultant. Ces éléments sont déterminés par l'enseignement qu'a reçu le thérapeute par l'école qui l'a formé.

L'une des règles basiques de toute psychothérapie est constituée par l'interdiction d'un passage à l'acte, agressif ou sexuel des deux protagonistes. Toutefois, certaines écoles, essentiellement américaines, travaillent sur la dimension de plaisir, grâce au contact physique et notamment aux massages, ce qui a donné lieu à certaines transgressions de cette loi générale, sous couvert d'une théorisation des plus discutables. Même en occident, le sacro-saint divan des psychanalystes, à force d'être le lieu de l'expression de la sexualité, a connu quelques dérapages plutôt incontrôlés. Bien sûr, un passage à l'acte est condamnable, discrédite et jette le thérapeute sur le banc des accusés. La transgression de la loi promulguée remet en question l'intégrité et la moralité du soignant et ne peut être que du ressort de la justice.

D'autant que s'élabore au fur et à mesure des séances une relation affective et transférentielle entre les deux protagonistes. Cette relation induit d'une certaine manière une régression (latin : regressio = retourner en arrière). La personne se retrouve dépendante du thérapeute, de son savoir, de son mode d'intervention et du cadre fixé dans les séances.

Quelle que soit son orientation, le thérapeute est perçu comme faisant autorité dans la discipline qu'il incarne. Comme diraient les systémiciens, il est en position haute alors que le client est en position basse.

Son travail (on pourrait presque parler de vocation) consiste à apporter son aide à celui qui vient le trouver. Les deux protagonistes élaborent a priori ensemble une relation complémentaire visant à trouver des solutions aux difficultés du client.

Par opposition à cette interaction (cette influence réciproque), la relation symétrique se résume à une lutte pour le pouvoir entre deux ou plusieurs individus.

Certaines orientations psychothérapeutiques utilisent la symétrie dans une perspective stratégique de changement.

b) Envisageons maintenant les présupposés qu'engendre le cadre de la thérapie :

- Le présupposé de base me semble être le fait que le thérapeute entretient la croyance qu'il a la possibilité d'apporter l'aide dont la personne a besoin. S'il n'en est pas convaincu, conformément à son éthique, il adressera la personne à l'un de ses confrères mieux armés pour faire face au problème.

La personne qui consulte a l'espoir de trouver grâce à son travail psychothérapeutique des moyens d'être soulagée de ses difficultés. Elle est cependant confrontée à des résistances au changement qui lui ont interdit de trouver seule une solution à ses conflits. C'est la raison de sa présence auprès d'un spécialiste.

- A travers les différentes approches, un autre présupposé est l'existence de l'inconscient. Bien sûr, en fonction des écoles, cet inconscient donnera lieu à divers modes d'intervention.

Quoi qu'il en soit, comme dans toute relation interpersonnelle, il y a communication entre les consciences et les inconscients des protagonistes, et ce, de façon réflexive, circulaire et croisée. La conscience de la personne communique avec son propre inconscient, ainsi qu'avec la conscience et l'inconscient du thérapeute. Il en est de même pour l'inconscient et pour les deux protagonistes.

Par ailleurs dans toute communication s'observe un langage digital (verbal) et analogique (comportements, attitudes, gestuelle, mimiques, ton de la voix, émotion dégagée, etc.)

- À travers les différentes approches thérapeutiques, le corps et l'esprit sont envisagés dans un continuum. La majeure partie des psychothérapeutes en sont d'accord, les symptômes physiques constituent autant de moyens qu'a l'inconscient pour adresser des messages à soi et aux autres. Au travers des symptômes, l'objectif de l'inconscient peut se résumer à mettre à la lumière de la

conscience tel conflit ou tel paradoxe vécu par l'individu.

- Enfin, un autre présupposé commun à toutes les thérapies est que l'individu possède en lui-même les ressources pour opérer un changement.

Le thérapeute fait office de guide pour donner les moyens à la personne d'utiliser ses potentialités. Il l'encourage à exprimer ouvertement ses sentiments, affects et émotions, ce qui lui vient à l'esprit dans l'ici et maintenant de la séance.

c) Focalisons-nous à présent sur la relation psychothérapeutique :

De façon explicite ou implicite, le thérapeute offre son écoute (latin : auscultare = prêter l'oreille pour entendre [latin : entendere = appliquer son esprit]).

Il est centré sur ce que la personne exprime dans une attitude de bienveillance, de respect, de réceptivité (latin : recipere = accepter, prendre ce qui est offert) et de compréhension (latin : comprendere = renfermer en soi). En d'autres termes directement issus de l'étymologie, le thérapeute applique son esprit, accepte ce qui est offert et le renferme en soi.

De ces éléments émerge une loi : **le secret professionnel** que le thérapeute doit garder. La dérogation de ce précepte doit toutefois être envisagée lorsque le secret menace la sécurité d'un autre individu (ex : un attentat sur une personne) ou l'équilibre d'un enfant (ex : en cas d'inceste ou de pédophilie). Le thérapeute est alors tenu de se délivrer de son secret et de s'adresser à la justice afin de cesser d'être le complice silencieux d'un criminel. En dehors de ces cas extrêmes, le contexte thérapeutique constitue une invitation à une permissivité par rapport à l'énonciation.

Le consultant peut tout dire car le thérapeute ne porte pas de jugement de valeur.

Il peut s'exprimer dans un contexte de confiance (latin : confidentia = communication d'un secret), de sympathie (grec : sumpatheia : sun = avec ; pathein = ressentir) et d'empathie (grec : empathein : en = dans ; pathein = ressentir).

L'attitude du thérapeute témoigne de congruence (latin : congruus = qui convient à une circonstance donnée), de consistance (latin : consistere = se tenir ensemble) voire de compassion (latin : cum = avec ; pati = souffrir). Cette attitude ouvre à une communication (latin : communicari = s'associer à) dont l'émotion sera contenue.

A mon sens, un bon thérapeute, de façon consciente ou inconsciente, se synchronise avec celui qu'il reçoit. Il se modèle affectivement et comportementalement à l'autre ; est attristé par son désespoir, se réjouit de ses progrès...

Cette synchronisation se calque sur le mode d'être de la personne qu'il a en face de lui, ce qui favorise la création d'une alliance thérapeutique. Cette alliance permet d'aborder un processus de changement, grâce au rapprochement affectif qui se construit au fil des séances entre les deux protagonistes.

d) Les caractéristiques de l'intervention thérapeutique.

En fonction de l'enseignement reçu, est élaborée une stratégie thérapeutique. Celle-ci est spécifiquement adaptée à la personne et à ses difficultés. Avec l'anamnèse (l'histoire de la maladie) le thérapeute explore un terrain inconnu, découvre les écueils, les gouffres ou les sables mouvants dont la personne a été victime. Il identifie les pièges et poursuit son exploration, à la recherche du trésor de ressources qu'il pourra mettre à jour et offrir à la personne qui s'en croit démunie.

Par rapport aux informations qu'il estime signifiantes, le thérapeute renvoie une certaine métacommunication, de façon métaphorique ou littérale ; il communique son analyse du message reçu. Cette métacommunication est le fruit de son expérience, son intuition et bien sûr de sa subjectivité. Elle prend la forme d'une reformulation qui aboutit à un recadrage, un changement de perspective amenant la personne à envisager ses difficultés de façon nouvelle, différente.

Cette communication vise à faire sens, et créer une motivation nouvelle de se débarrasser de ses troubles. Elle donne à la personne qui consulte de bonnes raisons de fonctionner d'une façon qui lui soit plus confortable et plus adaptée quant à son mode d'être idéal. Ce mode d'être est parfois défini avec le thérapeute, sous la forme d'un objectif, ou d'un contrat, ce qui permet une économie de temps et d'énergie. La dynamique relationnelle est basée sur l'espoir de voir sa condition s'améliorer.

L'objectif thérapeutique, l'enjeu pour le thérapeute, est de faire accéder la personne à une restructuration de ses potentialités. L'aider à utiliser ses propres ressources conscientes mais surtout inconscientes.

Les symptômes constituent souvent des situations paradoxales pour l'individu. A la fois, ils l'empêchent de s'adapter à une situation et en même temps ils l'y contraignent. Le paradoxe de la situation symptomatologique est hérité d'un système de croyances contre-adaptatif.

Le thérapeute invite la personne à adopter un système de croyances qui soit plus adapté à la réalisation des aspirations de son client.

Deux processus distincts et complémentaires sont à l'œuvre dans toutes les thérapies, y compris dans les démarches de type psychanalytique :

* Celui de modification de l'état de conscience. Il semble graver en mémoire consciente et inconsciente de nouveaux apprentissages avec plus de facilité ; donner accès à de nouvelles ressources, à un nouveau mode d'être.

* Et celui de suggestion, (latin : suggerere = procurer) qu'elle soit directe ou indirecte, concrète ou abstraite, réelle ou métaphorique. La suggestion est partout, même dans le plus nu des silences, dans le plus subtil mouvement, tout comme d'ailleurs dans son absence.

De la même façon que l'on ne peut pas ne pas communiquer, on ne peut pas, ne pas suggérer. La suggestion est un peu comme la sève de toute communication. L'essentiel est de suggérer avec intégrité.

Pour donner les moyens à la personne de résoudre ses difficultés, grâce à toutes ces techniques et avec le temps, le thérapeute amène la personne à augmenter sa motivation de se débarrasser de ses symptômes. L'espoir de soulager ses maux constitue à la base une motivation potentielle que le soignant peut utiliser comme un puissant levier thérapeutique.

Selon Erickson dans un article rédigé en 1959 : " *L'aspect psychologique de la médecine constitue son art et transforme le médecin d'un habile mécanicien ou technicien en un être humain dont on a besoin, source de vérité, d'espoir, d'assistance, et plus important encore, de motivation pour accompagner le patient vers la santé physique et psychique, et le bien-être*."

Il incombe donc au praticien d'utiliser toute sa créativité pour susciter la motivation du client à espérer ce changement, ne serait-ce qu'inconsciemment.

D'ailleurs, cette motivation n'est-elle pas déjà présente à l'esprit de la personne en difficulté lorsqu'elle rêve, avant même la première séance, d'une vie débarrassée de ses problèmes et de psychothérapie ?

La motivation de se débarrasser de ses difficultés est intimement liée à l'espoir d'y parvenir. **Explorons à présent cet indispensable ingrédient du processus de guérison.**

1°) Devenez votre propre thérapeute en vous inscrivant dans une démarche de développement personnel. Ecrivez régulièrement sur tout ce qui vous préoccupe, sur vos souffrances et vos difficultés. Regardez-vous en face, sans complaisance mais avec lucidité. Définissez clairement vos modes de pensées et de comportements. Déterminez vos fonctionnements psychologiques et ce que vous souhaitez modifier en vous. Définissez de petits objectifs précis.

2°) Créer un état de relaxation

Elaborez la façon dont vous pourrez y accéder en imaginant ces objectifs en train de se réaliser.
Lâchez prise et laissez venir les solutions que vous souffle votre inconscient.
Soyez à son écoute et suivez ses conseils à condition d'être pleinement en accord avec eux.
3°) Concrétisez vos séances par la mise en place de plans d'action chronologiques précis.

Expérimentez ce que vous avez élaboré et conservez-en trace dans votre journal de bord.

Vous pouvez, bien sûr, au cas où vous en ressentiriez le besoin, *vous faire aider par un spécialiste*. Je vous invite toutefois à tenter d'abord l'expérience de devenir votre propre thérapeute par vous-même. Laissez-vous surprendre par le résultat.

e) Résumons les facteurs communs aux psychothérapies

Depuis l'article de Rosenzweig, des praticiens et des chercheurs ont tenté de définir les facteurs communs essentiels. En 1990, Lisa Grencavage et John Norcross ont publié une liste de 89 facteurs trouvés dans 50 publications. Les quatre les plus cités, par ordre de fréquence :

- ❖ La catharsis (l'opportunité d'exprimer des émotions),
- ❖ L'acquisition et la pratique de nouveaux comportements,
- ❖ L'explication « rationnelle » des troubles (pas nécessairement correcte, mais ayant le mérite de remplacer une conception démoralisante),
- ❖ Le sentiment de mieux se comprendre.

Il semble vain de vouloir établir une liste consensuelle, car les facteurs communs ne peuvent pas être manipulés expérimentalement, contrairement à ce qui est possible pour des composantes spécifiques (par exemple comparer des thérapies de phobies avec ou sans « exposition »).

Nous présentons ici des facteurs classiquement cités, en soulignant qu'*ils apparaissent dans beaucoup de thérapies, mais pas dans toutes*, et que lorsqu'ils sont présents c'est *à des degrés différents*. Ainsi, l'analyse freudienne confronte les patients à l'objet de leurs anxiétés (en en parlant et en les « analysant »), mais ne le fait pas de façon active et systématique comme dans le cas des thérapies comportementales et cognitives (TCC).

•***La foi dans le traitement***. En 1897, J.-M. Charcot affirmait, dans *La foi qui guérit,* que «la *faith-healing* opère souvent lorsque tous les autres remèdes ont échoué ». Ce facteur peut être cité en premier lieu pour trois raisons : il est évoqué depuis longtemps, il détermine l'engagement dans la thérapie et de nombreuses recherches ont montré son importance. Les patients qui, avant une thérapie, croient qu'ils vont changer, évoluent mieux que ceux qui ont des doutes. Déjà le fait de se trouver sur une liste

d'attente entraîne des améliorations significatives.

•***L'alliance de travail.*** Cette expression désigne la confiance du patient dans le thérapeute, ainsi que leur accord sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre. De nombreuses recherches ont montré une corrélation particulièrement élevée entre ce facteur et les résultats de psychothérapies ou de traitements psychopharmacologiques.

•***Le contact affectif***. L'être humain est un mammifère social. Comme d'autres animaux, il a tendance à rechercher du contact affectif (et physique) quand il est angoissé. La majorité des psychothérapeutes offre une relation sécurisante et plus ou moins chaleureuse. La qualité de la relation dépend aussi des patients. Elle est en corrélation (à vrai dire faiblement) avec des événements antérieurs à la thérapie : les patients qui ont eu de mauvaises relations avant le traitement développent une moins bonne relation avec le thérapeute que ceux qui ont bénéficié de relations de qualité.

Carl Rogers, dont le nom reste attaché à l'importance de la rencontre – au sens fort du terme –, a souligné les dangers de faire montre d'un excès de chaleur. Le thérapeute d'emblée très chaleureux s'expose à ne pas pouvoir maintenir cette attitude ou risque de favoriser des relations amoureuses ou sexuelles. On peut ajouter qu'une relation très affectueuse risque de s'éterniser. Elle dispense d'établir d'autres relations et induit la « corumination » : le thérapeute écoute interminablement les mêmes doléances au lieu d'inciter à expérimenter de nouveaux comportements.

•***L'écoute empathique.*** La plupart des psychothérapeutes encouragent à parler librement de questions embarrassantes ou angoissantes. C'est parfois la première occasion de parler de secrets humiliants ou culpabilisants. Les thérapeutes font alors preuve de compréhension du vécu des patients et s'abstiennent de jugements moraux.
Dans une recherche comparant diverses techniques comportementales pour réduire la consommation d'alcool, les auteurs ont demandé aux patients d'évaluer le degré d'empathie du thérapeute à leur égard. Six à huit mois après le traitement, les changements de comportement apparaissaient fortement corrélés avec leur évaluation de l'empathie ($r = 0.82$).

•***La modification de significations***. Les psychothérapies sont l'occasion de prises de conscience et de nouvelles façons d'envisager les problèmes. Les nouvelles significations sont loin d'être toujours bien fondées, mais leur adéquation à la réalité importe moins que le sentiment de compréhension et de contrôle qu'elles apportent. La principale composante de la « thérapie cognitive » – inaugurée par Albert Ellis et Aaron Beck – est précisément de modifier activement et méthodiquement des façons de percevoir et de penser.
Parmi les types de restructurations cognitives, notons la prise de distance et la dédramatisation. Freud a reconnu que c'était un de ses principaux outils. En concluant les *Études sur l'hystérie*, il écrivait qu'il répondait aux patients qu'il ne parvenait pas à aider : « *Il devrait être plus facile au destin qu'à moi d'enlever votre souffrance, mais vous pourrez vous convaincre que beaucoup a été acquis si nous réussissons à transformer votre misère hystérique en malheur commun* ».

•***L'expérience de nouveaux comportements***. La psychothérapie fonctionne comme une sorte de *brainstorming* et est ainsi l'occasion d'imaginer de nouvelles actions. Or l'expérimentation de nouvelles façons d'agir est une voie royale pour découvrir de nouvelles significations et changer en profondeur. C'est un des principes essentiels des thérapies comportementales. Albert Bandura, un des plus célèbres chercheurs sur les effets des thérapies, concluait son article sur la « self-efficacy», selon lui le facteur le plus important : « *Le changement comportemental est médiatisé par des processus cognitifs, mais ce qui induit et modifie le plus rapidement ces processus cognitifs, ce sont des actions menant à l'expérience d'un contrôle effectif* ».

f). Les facteurs communs vus par les patients

Lambert, Shapiro et Bergin ont fait une revue de recherches sur les explications données par des patients pour la réussite de leur traitement (psychanalytique, comportemental, rogerien, etc.). Ils concluent que, du point de vue des patients, l'efficacité du traitement est attribuée principalement à des facteurs non spécifiques : le *sentiment d'être accepté* par le thérapeute, son *implication active* et son *aide pour mieux comprendre* les troubles.
Les constatations de Paul Roazen, qui a interrogé plusieurs anciens patients de Freud, vont en ce sens. Citons l'exemple d'Albert Hirst, un des rares patients satisfaits de sa cure. Roazen écrit : « *Selon la théorie de Freud, le transfert devrait permettre de susciter des souvenirs et l'évocation du passé libérerait le patient des ombres de la névrose. Mais Hirst déclarait clairement que le simple fait de parler à Freud avait eu plus d'effet thérapeutique que tout ce qu'il avait pu lui dire. Autrement dit, c'est la relation elle-même, et non le contenu des interprétations de Freud, qui avait été l'élément thérapeutique essentiel* »

Ce qui s'est passé réellement dans le cabinet de Freud – et de ses disciples – semble très éloigné des films hollywoodiens où le ressouvenir d'un événement refoulé apporte la guérison comme par miracle.

g) Indications de durée, fréquence des séances des psychothérapies

Une démarche peut être qualifiée de psychothérapique indépendamment de sa durée. Elle peut varier d'une consultation unique à une prise en charge au long cours. La notion de psychothérapie est liée à la nature de l'acte et non à sa durée.

Néanmoins, la plupart des psychothérapies demandent à ce que soit établi un cadre précis dont le thérapeute se portera garant : définition d'un lieu, de modalités techniques, de la fréquence et de la durée des séances, paramètres qui seront à adapter selon les patients et selon la technique psychothérapique utilisée. Parfois la durée du traitement peut être établie à l'avance, dans les psychothérapies focales ou fondées sur l'apprentissage en particulier ; parfois elle ne pourra pas l'être, en particulier dans les psychothérapies psychodynamiques, où le processus thérapeutique doit pouvoir se dérouler selon le propre rythme de chaque patient jusqu'à son terme naturel.

Généralement, sauf cas particulier, les thérapeutes travaillent dans le cadre de séances qui durent entre 45 et 60 minutes. Dans certaines circonstances, ils proposent deux séances par semaine de manière durable ou en temps de crise. La plupart du temps, ils proposent une session hebdomadaire, voire une session par quinzaine. Les thérapies de couple ou familiales se produisent le plus souvent à des intervalles allant de deux à quatre semaines.

La durée des psychothérapies varie en fonction des écoles dont il est question ici. La durée d'une thérapie dépendra aussi de l'attente du ou des patients : un patient peut attendre ce que l'on appelle du *soutien* pour passer un cap difficile sur base d'un objectif à atteindre (plus ou moins pratique ou fermement délimité, en fonction des écoles). Mais il peut attendre un travail de fond, pour faire le point sur son histoire et au-delà, sur sa vie. Nous passons alors de quelques mois à quelques années. Une thérapie de couple ou familiale est en général aussi plus courte qu'une thérapie individuelle.

Il est évident que faire retour sur soi-même et éprouver la relation prend plus de temps que de se centrer sur un problème pour le résoudre pas-à-pas sur un mode plus proche de l'apprentissage (voir TCC ci-haut), voire de l'hypnose qui fonctionne pour la plupart des hypno-thérapeutes sur le mode de la fixation d'un objectif et sa réalisation. Il ne faudrait cependant se laisser « prendre » par la promesse du bonheur en trois voire dix sessions. En pratique, même les psychothérapies dites « brèves » durent plusieurs mois, à moins qu'il ne s'agisse plus de *psychothérapie* mais de l'effacement d'un comportement extrêmement limité tel que l'arrêt du tabac.

Je propose d'éviter les clichés qui mènent à penser qu'une thérapie dite brève prend nécessairement quelques semaines et qu'une thérapie dite psychanalytique prend des années.

Prenons un exemple d'un psychologue qui travaille à partir d'un référent principalement psychanalytique ; il reçoit des personnes à partir de leur cadre professionnel, personnes qui sont mal en point. Il peut avoir un nombre de séances limitées (3 à 10 séances, séances payées par l'employeur), sous la garantie d'un code déontologique qui oblige au secret professionnel (voir cours de déontologie), il aide à « recoller les morceaux » en mixant son principal référent théorique psychanalytique avec d'autres référents. Il aborde comment les événements professionnels résonnent avec une histoire personnelle (des blessures du passé), comment les rêves ou les cauchemars parlent de ce que vit la personne. Mais cela n'empêche qu'il puisse prendre le temps de penser avec le patient à la manière d'éviter de prendre la place du mort dans l'institution de manière plus systémique. Il arrive aussi d'aborder la relation ici-et-maintenant. Certes, ce sont des entretiens que l'on appellerait entre psys, de **soutien** et en organisation de **coaching**, il n'empêche que si le but n'est pas psychothérapeutique, les effets, eux peuvent fort bien l'être : aller durablement mieux, reprendre goût à la vie, être un peu plus libre de soi et des autres.

Alors, quant aux questions de la durée des psychothérapies ou de la fréquence des sessions, questions qui semblent en inquiéter plus d'un : je suggère que le patient n'hésite pas à faire part du temps qu'il aimerait consacrer avant de refaire *le point*. A charge du thérapeute d'accepter (parce que pour lui, la durée proposée entre dans le concevable) ou alors de refuser et d'offrir une autre adresse où les conditions proposées par le patient pourraient se réaliser.

Nous terminons en disant qu'avec cette synthèse, vous serez à mesure de profiter de votre stage en interrogeant les différentes approches et en évaluant celle qui serait profitable à chaque cas que vous rencontrez. Le stage sera aussi l'occasion de vous interroger sur le courant thérapeutique que vous choisiriez à approfondir dans vos études du cycle de Master

Références bibliographiques

Elkaïm M. (2003). *Psychanalyses, psychothérapies : Les principales approches*. Paris, Editions du Seuil.
Chambon O., Marie-Cardine,M.(1999). *Les bases de la psychothérapie*. Paris, Dunod.
Huber W. (2002). *Les psychothérapies*. Paris, Nathan.
Samuel-Lajeunesse B. Mirabel-Sarron CH. Vera L. Mehran F. et coll.(1998). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive.* Paris,Dunod.
Chapelle Fr. Monié B. Poinsot R. Rusinek S. (2018). Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod.
Brusset B. (2003). *Les psychothérapies*. Paris, PUF.
Maisondieu J. Métayer L. (2001). *Les thérapies familiales*. Paris, PUF.
Chapelier J-B. (2015). *Les psychothérapies de groupe*. Paris, Dunod.