

Pratiques en **psychothérapie**

# Les psychothérapies : approche plurielle

Coordonné par

**Alain Deneux**

**François-Xavier Poudat**

**Thierry Servillat**

**Jean-Luc Vénisse**

Trois courants  
principaux :

- **Psychanalytique**
- **Cognitivo-  
comportemental**
- **Systemique  
et stratégique**



**MASSON**

# Les psychothérapies : approche plurielle

## CHEZ LE MÊME ÉDITEUR



*Applications en thérapie familiale systémique*, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 288 pages.

*Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*, par J. PALAZZOLO. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 2<sup>e</sup> édition, 280 pages.

*Freud. Choix de textes*, par M.-H. LAVEYSSIÈRE. Collection « Médecine et psychothérapie ». 1997, 260 pages.

*L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie*, par M.-C. HARDY-BAYLÉ, J.-M. CHABOT. Collection « CPNLF ». 2008, 112 pages.

*L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse*, par G. FISCHMAN et coll. Collection « Psychologie ». 2009, 312 pages.

*L'évaluation en art-thérapie*, par R. FORESTIER. 2007, 200 pages.

*Les thérapies comportementales et cognitives*, par J. COTTRAUX. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2004, 4<sup>e</sup> édition, 416 pages.

*Les thérapies familiales systémiques*, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2008, 3<sup>e</sup> édition, 320 pages.

*Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, par R. ROUSSILLON et coll. Collection « Psychologie ». 2007, 720 pages.

*Manuel de psychiatrie*, coordonné par J.D. GUELFY, F. ROUILLON. 2007, 816 pages.

*Psychothérapie cognitive de la dépression*, par I.M. BLACKBURN, J. COTTRAUX. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2008, 3<sup>e</sup> édition, 240 pages.

*Soigner par l'hypnose*, par G. SALEM, É. BONVIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4<sup>e</sup> édition, 344 pages.

*Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, par Y. DOUTRELUGNE, O. COTTENCIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2<sup>e</sup> édition, 224 pages.

*Thérapies brèves : situations cliniques*, coordonné par Y. DOUTRELUGNE, O. COTTENCIN. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

Collection  
Pratiques en Psychothérapie

---

Conseiller éditorial : Dominique Servant

**Alain Deneux**  
**François-Xavier Poudat**  
**Thierry Servillat**  
**Jean-Luc Vénisse**

coordinateurs

# Les psychothérapies : approche plurielle



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

978-2-294-70493-2

---

ELSEVIER MASSON S.A.S. – 62, rue Camille Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

# Liste des auteurs

---



**Michel Amar** : psychanalyste, professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Nantes.

**Éric Bardot** : psychiatre, pédopsychiatre et psychothérapeute, formateur en hypnose et thérapies brèves, La Roche-sur-Yon.

**Julien Bethèze** : psychiatre, chef du Service d'accueil familial thérapeutique de Loire-Atlantique ; formateur en hypnose et thérapies brèves, Nantes.

**Jacques Blaize** : agrégé de philosophie, co-fondateur et ancien directeur de l'Institut nantais de Gestalt-Thérapie ; thérapeute et formateur de Gestalt-thérapeutes, Nantes.

**Dominique Bourdin** : agrégée de philosophie, docteur en psychopathologie fondamentale, psychanalyste membre de la Société psychanalytique de Paris, Paris.

**Claire Bruas Jaquess** : psychologue clinicienne, psychanalyste membre de la *Society of Analytical Psychology* et de la *British Psychoanalytic Council*, Nantes.

**Gilles Catoire** : pédopsychiatre, psychanalyste et thérapeute familial, Nantes.

**Alain Deneux** : psychiatre, analyste de groupe ; membre de l'Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame, Nantes.

**Raymond Elayli** : psychiatre, chargé de cours à l'Université Victor Segalen-Bordeaux 2, Bordeaux.

**Frédéric Fanget** : médecin psychiatre et psychothérapeute, Lyon.

**Edmond Gilliéron** : professeur honoraire de psychiatrie de l'Université de Lausanne ; professeur invité des Universités de Montréal et Québec (Canada) ; psychanalyste, Lausanne (Suisse).

**Yves Le Claire** : addictologue, médecin-chef du Centre thérapeutique La Baronnais (soins de suite en addictologie), Nantes.

**Jean-Marc Legrand** : psychiatre, Nantes.

**Isabelle Maillard** : psychologue, membre du Collège de psychanalyse groupale et familiale, CHG de Saint-Nazaire.

**Michel Marie-Cardine** : professeur émérite des universités ; médecin honoraire des hôpitaux, psychiatre consultant, SHU de psychiatrie, CH du Vinatier, Bron.

**Wilfrid Martineau** : psychiatre, chef de service à l'hôpital Saint-Jacques (CHU de Nantes) ; formateur en hypnose et thérapies brèves, Nantes.

**Manuel de Mondragon** : psychiatre, psychothérapeute, Nantes.

**Bruno Pierre** : psychiatre, thérapeute familial systémique et cognitivo-comportemental, CHS de Montbert, Nantes.

**Jean Plissonneau** : psychologue, psychanalyste, Paris et Nantes.

**François-Xavier Poudat** : psychiatre, psychothérapeute, responsable d'enseignement à l'Université de Nantes, Nantes.

**Bernard Rouchouse** : psychiatre, psychothérapeute, Lyon.

**Thierry Servillat** : psychiatre, psychothérapeute, formateur, président de la Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves, Nantes.

**Alain Vallée** : psychiatre, psychothérapeute, formateur en hypnose et thérapies brèves, Nantes.

**Jacques Van Rillaer** : psychologue, professeur à l'Université de Louvain-la-Neuve (Belgique).

**Jean-Luc Vénisse** : directeur du pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du Centre hospitalier de Nantes ; professeur à l'Université de Nantes.

Nos remerciements aux collaborateurs, ainsi qu'aux enseignants dont les contributions n'ont pu être reprises ici, bien qu'ils aient participé activement au diplôme universitaire qui est à l'origine de cet ouvrage (DU « Théories et cliniques des psychothérapies », formation continue de l'Université de Nantes).

# Introduction

---

J.-L. Vénisse



Les pratiques psychothérapeutiques se sont multipliées au cours des dernières décennies et on décrit actuellement près de 400 types de psychothérapies répertoriées dans le monde. Nous partageons l'opinion de J.-M. Thurin (2005) selon laquelle cette diversité entretient un flou croissant autour de ces approches, non seulement pour ceux qui sont en quête d'une aide ou d'un soin, mais également pour beaucoup de professionnels, avec des risques importants d'amalgame ou de repli sur telle ou telle référence exclusive.

Une telle hétérogénéité peut pourtant être une richesse du fait des limites de ce que chaque approche permet en propre, en termes de changement et d'évolution personnelle. En outre, elle laisse la possibilité de dégager un certain nombre d'invariants et de facteurs communs au processus psychothérapeutique au-delà des spécificités théoriques et techniques identifiables.

C'est à partir de ces constats et dans un souci très clinique de partager et d'élaborer des expériences de pratiques diverses qu'un petit groupe d'amis psychiatres et psychologues de la région nantaise s'est constitué en 1990 en un groupement d'études et de recherches psychothérapeutiques (GRERP), d'orientation psychanalytique.

Dans la continuité de cette expérience, enrichie par la création plus récente de deux autres associations psychothérapeutiques nantaises (dont certains des membres fondateurs étaient aussi partie prenante du GRERP), l'une dédiée aux approches cognitivo-comportementales, et l'autre aux thérapies dites « actives », a été ouvert en 2002 au sein du Département de formation continue de l'Université de Nantes un diplôme d'université : « Théories et cliniques des psychothérapies ». Ayant pour ambition de présenter les principaux courants psychothérapeutiques dans leurs diversités mais également leurs complémentarités, il a connu un vif succès et mis en évidence le besoin ressenti par des thérapeutes d'horizons et de références divers d'être sensibilisés à cette diversité, ne serait-ce que pour pouvoir poser les indications d'autres approches que la leur de façon pertinente et avec quelque chance d'être entendus. Ce diplôme universitaire n'est évidemment pas une formation à la pratique de ces diverses psychothérapies, mais une sensibilisation à ce qu'elles représentent, avec le souci d'une

appréhension large des principales références en la matière, celles qui structurent le champ et ont fait la preuve de leur validité et leur efficacité.

Le présent ouvrage est directement issu de cette démarche collective et nous espérons qu'il contribuera au nécessaire mouvement de décloisonnement et de partage des richesses et ressorts des grands courants psychothérapeutiques, dans un esprit d'exigence et de respect mutuel. Il se propose ainsi comme un contrepoint à l'évolution socioculturelle des thérapies contemporaines qui se fait selon un double mouvement plus ou moins opposé : d'une part vers les neurosciences et les thérapies biologiques, d'autre part vers le développement de psychothérapies aux références incertaines, parfois ésotériques.

Cette appréhension large du fait psychothérapeutique fait apparaître des questions qui ont été au cœur de débats récents et vifs dans notre pays concernant le cadre légal d'exercice de la psychothérapie, l'identité et le statut du psychothérapeute, ainsi que les exigences de la formation. Celles-ci ne sont que très brièvement survolées du fait qu'elles ne sont pas au cœur de notre propos.

Se posent également les questions des indications respectives des différentes psychothérapies disponibles et de leur association éventuelle, que nous évoquerons rapidement en conclusion.

## *Définitions*

Il n'y a pas de définition univoque et, si on peut parler de « l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique », Pichot et Allilaire (2003) soulignent dans leur rapport sur la pratique de la psychothérapie à l'Académie de Médecine que ces moyens « vont de l'utilisation de la parole comme unique vecteur de la guérison jusqu'à l'adjonction de techniques diverses, comme la médiation corporelle, la musique, l'art, le dessin, l'expression théâtrale par exemple... ».

Outre cette définition par les moyens, les approches psychothérapeutiques peuvent être définies par l'interlocuteur auquel elles s'adressent (sujet, groupe, famille, etc.) ou la théorie à laquelle elles se réfèrent (psychanalyse, béhaviorisme, etc.), voire parfois un auteur plus spécifiquement.

La définition empirique retenue par le plus grand nombre repose, elle, sur trois éléments :

- un objectif qui est explicitement de soulager une souffrance, ou à tout le moins de permettre une évolution vers un mieux-être ;
- une méthode qui consiste à recourir à des moyens psychologiques, ce qui exclut un appui préférentiel sur des moyens physiques ou chimiques ;
- enfin et surtout, un cadre contractuel formalisant les engagements réciproques des protagonistes et définissant la place du psychothérapeute en tant que professionnel compétent et rétribué pour cette activité. C'est ce

cadre qui, en conditionnant les modalités de déploiement du processus relationnel, lui donne sa spécificité par rapport à d'autres contextes relationnels et environnementaux.

Différents niveaux d'intervention témoignent qu'une dimension psychothérapique peut être retrouvée dans de nombreuses situations d'aide :

- le niveau de l'aide et du réconfort qui n'est pas l'apanage des professionnels de l'aide et du soin, mais caractérise plutôt le soutien social au sens large ;

- le niveau du soutien, de l'écoute et de la reformulation attentive, sous différentes formes, qui caractérise ce qu'on entend souvent sous le terme d'attitudes psychothérapiques adoptées par différents soignants dans le cadre d'une pratique professionnelle qui n'est pas tournée spécifiquement vers la psychothérapie ;

- enfin, le niveau des psychothérapies spécifiques ou systématisées qui, pour la plupart des auteurs, correspond aux psychothérapies en tant que telles, et que nous retiendrons exclusivement ici.

Régies par un cadre et un contrat clair ayant fait l'objet d'un consentement éclairé garantissant les droits de celui qui s'y engage, ces psychothérapies se mettent en œuvre dans le cadre d'un exercice libéral ou public, d'une pratique individuelle ou institutionnelle.

Dans certains cas, la démarche psychothérapique correspond à une initiative individuelle, en général par rapport à des difficultés psychologiques qui ne sont pas du registre des troubles mentaux les plus graves, et alors elle n'est souvent pas associée à d'autres soins. Ailleurs, en cas de troubles psychiatriques caractérisés, elle est un élément parmi d'autres du projet de soins (à côté des traitements médicamenteux et psychosociaux notamment), et fait alors souvent l'objet d'une indication (médicale notamment), *a fortiori* lorsque le patient n'a pas conscience de la nature de ce dont il souffre et n'est donc pas en situation de formuler une demande de soin (Guyotat, 1978).

### *Les grands courants de référence*

Concernant les grands courants de référence en matière de psychothérapie, il nous a semblé légitime d'en retenir trois principaux : psychanalytique, cognitivo-comportementaliste, et enfin systémique et stratégique. Ce choix pourra paraître arbitraire, mais outre qu'il recouvre les orientations conjuguées de notre groupe fondateur, il nous paraît réunir la grande majorité des paradigmes thérapeutiques à l'œuvre.

Une des questions les plus actuelles à propos de ces grands courants de référence, dont les développements théoriques et pratiques seront abordés tout au long de cet ouvrage, concerne la manière dont telle approche est ou

non proposée plutôt que telle autre à un patient donné ; autrement dit, le problème des indications.

Il est évident que le choix de l'approche psychothérapique dépend de multiples facteurs : la demande du patient, ses possibilités, la nature de son trouble, la disponibilité en thérapeutes là où il réside. On peut néanmoins se demander si ce choix n'est pas souvent plus contraint par un effet de rencontre initiale avec un thérapeute ayant une orientation donnée (et pas toujours choisi en connaissance de cause) qu'éclairé par une information préalable claire et détaillée du patient, tenant compte à la fois de l'évaluation du problème posé ainsi que des diverses pistes psychothérapiques envisageables.

En lien se trouvent également posées des questions de complémentarité entre ces diverses approches dans le cadre d'un projet de soins global susceptible de les articuler de façon réfléchie, dans le temps et autour d'objectifs précis. Cela suppose en règle que ce projet de soins soit porté par un intervenant reconnu à cette place par les différents thérapeutes impliqués et qu'un minimum d'échanges existe entre eux (faute de quoi, la notion de travail thérapeutique en réseau, devenu si à la mode, n'est souvent qu'une coquille vide). Ces articulations de plus en plus fréquentes témoignent en tout cas que des avancées significatives ont eu lieu par rapport au sectarisme et à la guerre idéologique qui ont prévalu pendant plusieurs décennies entre ces différentes approches (souvent au détriment des patients).

En parallèle, l'idée souvent associée au courant psychanalytique qu'il est impératif de remonter à la cause du symptôme pour le guérir a été sérieusement battue en brèche.

### *Facteurs spécifiques et facteurs communs*

L'accent a été progressivement mis sur l'importance des facteurs non spécifiques et des facteurs communs aux différentes approches psychothérapiques.

Chambon et Marie-Cardine (1999), dans leur ouvrage consacré aux bases de la psychothérapie, rappellent que dès 1986 Lambert évaluait à 30 % le poids des facteurs communs dans l'amélioration des patients en psychothérapie, 15 % étant liés aux facteurs techniques propres à telle ou telle thérapie, et plus de 50 % dus soit à des rémissions spontanées, soit à un effet placebo. De nombreux travaux comparatifs, à la suite de ceux de Luborsky et Singer (1975), vont dans le même sens. Au cœur de ces facteurs communs et non spécifiques, se situe la relation thérapeutique, cette relation patient – thérapeute, nécessairement dépendante des caractéristiques de l'un comme de l'autre, et qui conditionne la création de l'alliance thérapeutique comme la possibilité d'en faire un laboratoire d'expériences plus ou moins correctrices et structurantes.

Les facteurs curatifs communs regroupés par Chambon et Marie-Cardine à partir d'une revue de la littérature sont, sur ce socle relationnel, les méthodes très diverses qui permettent :

- d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi ;
- de réduire ou d'accroître, selon les besoins, le niveau d'activation émotionnelle ;
- d'induire des attentes d'aide et d'accroître la motivation pour la thérapie ;
- de fournir des expériences génératrices d'insight et de provoquer un changement de perception ;
- et également de susciter l'expérimentation et la pratique de nouveaux comportements, susceptibles de produire et maintenir le changement.

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

- elle 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 affronter ce qui était craint et évité. »

Le premier niveau concernerait de façon préférentielle les psychothérapies psychodynamiques, et le second les thérapies comportementales. Cependant, il semble qu'au fur et à mesure de leur développement chacune des écoles de psychothérapie tende à devenir plus intégrative, ce qui représente pour ces auteurs une raison supplémentaire de développer de telles psychothérapies intégratives et éclectiques qui stimulent leurs recherches personnelles depuis de nombreuses années dans le cadre de ce qu'ils appellent la « révolution pluraliste », préconisant une flexibilité thérapeutique bien comprise et réfléchie, qui n'est pas sans parenté avec le point de vue développé ici.

### *Cadre réglementaire et légal d'exercice*

Devant la multiplicité et la diversité de l'offre psychothérapique dans les pays occidentaux et notamment européens, beaucoup soulignent la nécessité d'un cadre réglementaire et légal d'exercice garantissant la qualité de ces praticiens et protégeant les citoyens contre des pratiques charlatanesques, voire des risques de dérapage vers l'exploitation sectaire, financière ou sexuelle (*a fortiori* dès lors qu'il s'agit de personnes en situation de souffrance psychologique et de ce fait vulnérables). C'était l'objectif explicite de l'amendement présenté à l'Assemblée nationale à l'automne 2003 par le député Accoyer proposant un statut de psychothérapeute, dont on sait quelle polémique il a déclenché (démarche législative toujours en suspens au moment où nous écrivons ces lignes).

Comme le soulignent F. Rouillon et D. Leguay (2004), cette polémique s'est nourrie des ambiguïtés et confusions concernant ce qu'on entend par

psychothérapie, sa finalité, et également la question des compétences nécessaires en la matière. En effet, les psychanalystes qui se sont vivement élevés contre ce projet sont ceux-là mêmes qui revendiquent le plus volontiers que le travail analytique qu'ils proposent n'a pas prioritairement un objectif de soin, et donc n'est pas à proprement parler du registre psychothérapique.

À un autre niveau, réserver le statut de psychothérapeutes aux seuls médecins et psychologues n'apporte pas une réelle garantie de compétences psychothérapiques dans la mesure où la formation à une technique psychothérapique structurée n'est pas dans la grande majorité des cas partie prenante de leur cursus de formation.

Dans les pays européens qui disposent d'une législation officielle réglementant la profession de psychothérapeute (Allemagne, Autriche, Finlande, Italie, Pays-Bas, Suède), celle-ci n'est jamais réservée aux seuls médecins ; elle est parfois ouverte aux médecins et psychologues, ailleurs à d'autres praticiens, notamment les travailleurs sociaux.

La définition de critères de formation susceptibles d'être reconnus par le plus grand nombre a été au centre des préoccupations de diverses associations, notamment l'*European Association for Psychotherapy* (EAP) regroupant plus de 100 000 psychothérapeutes appartenant à 39 pays d'Europe (et ce même si les conditions d'adhésion à cette association ont fait l'objet de discussions) (voir Ginger, 2002 ; Onnis, 2003).

Ces critères visent à défendre la spécificité de la psychothérapie par rapport aux différentes professions d'aide et définissent en règle une durée totale de formation de l'ordre de 5 à 7 ans, dont 4 ans de formation psychothérapique spécifique, avec une partie théorique (développement humain, changement, psychopathologie, etc.), une formation pratique à travers l'engagement dans un nombre suffisant de cures psychothérapiques supervisées, un stage dans le champ de la santé mentale, et enfin une expérience psychothérapique personnelle contribuant à la connaissance et la prise en compte de sa propre implication personnelle par le thérapeute.

On peut ajouter que de tels cursus s'appliquent en outre à des méthodes psychothérapiques et de formation reconnues internationalement à travers des publications scientifiques suffisantes. Le subtil équilibre à trouver entre la validation scientifique minimale de la méthode et la dimension singulière de chaque cure, reflet de la place centrale de la relation patient – psychothérapeute, est une donnée avancée dès que ces problèmes de formation sont discutés.

### *Évaluation et recherche*

Des questions similaires se posent en matière d'évaluation et de recherche, et le débat public à propos de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, 2004), réalisée à la

demande de la Direction générale de la santé (DGS), est venu illustrer ces enjeux. Cette expertise s'efforçait d'apprécier l'efficacité comparative de trois approches psychothérapeutiques vis-à-vis d'un certain nombre de troubles mentaux répertoriés, à partir d'une large revue de la littérature. Elle était prudente dans ses conclusions, mais il lui a été reproché de mettre en avant une certaine supériorité des thérapies cognitivo-comportementales par rapport aux autres approches, notamment psychanalytiques. Sur le plan de l'efficacité à court terme sur des troubles bien précis, comment aurait-il pu en aller autrement ? Dès lors que les différentes psychothérapies ne sauraient a priori se soustraire à l'exigence évaluative, il importe plutôt de réfléchir à la pertinence de l'objet des évaluations réalisées (Castel, 2005). C'est ce que propose J.-M. Thurin (2005), après avoir contribué à cette expertise Inserm, quand il prône un « changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie ». Soulignant que la plupart des études contrôlées ont porté sur des troubles isolés, excluant de fait la grande majorité des patients qui recourent à la psychothérapie en pratique clinique, il plaide, avec beaucoup d'autres auteurs ayant écrit sur ce thème au cours des dernières années, pour des études en conditions cliniques naturelles prenant en compte les variables intermédiaires intervenant dans le processus que sont les caractéristiques de personnalité du patient comme l'expérience et la façon de faire du thérapeute, c'est-à-dire la complexité du cas, de l'interaction et de son évolution au fil de la psychothérapie. On voit qu'il s'agit d'un retour à la méthode du cas unique, sans doute plus adaptée à la spécificité du processus étudié.

Nous ne reviendrons pas dans l'ouvrage sur ces questions pourtant essentielles afin de nous centrer sur la présentation des différents courants après une brève mise en perspective historique et épistémologique.

## Bibliographie

---

- CASTEL P.-H. (2005). — « L'Expertise INSERM sur les psychothérapies : ses dangers, réels ou supposés », *L'Information Psychiatrique*, n° 81 (4), p. 357-361.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (1999). — *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GINGER S. (2002). — « Psychothérapies en Europe : quelles méthodes ? Quel développement ? », *Cultures en Mouvement*, n° 48, p. 54-58.
- GUYOTAT J. (1978). — *Le Fait psychothérapeutique et ses conceptions. 1 : Psychothérapies Médicales*, Paris, Masson.
- INSERM (2004). — *Expertise collective : les psychothérapies*, Paris, Inserm.
- LUBORSKY L., SINGER B. (1975). — « Comparative studies of psychotherapy : is this true that everybody has won and all must have prizes ? », *Archives Gen Psy*, n° 32, p. 995-1008.

- ONNIS L. (2003). — « Pour la spécificité de la psychothérapie : les temps et les règles de la formation », *Act Med Inst-Psychiatrie*, n° 20 (4), p. 115-119.
- PICHOT P., ALLILAIRE J.-F. (2003). — *Rapport sur la pratique de la psychothérapie*, Paris, Académie de Médecine.
- ROUILLON F., LEGUAY D. (2004). — « Psychothérapies et politiques de santé mentale : de quelques problèmes et recommandations », *L'Information Psychiatrique*, n° 80 (7), p. 523-529.
- THURIN J.-M. (2005). — « Le changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie », *Pour la Recherche*, n° 44, p. 2-4.

## Pour en savoir plus

---

- COLLECTIF (2003). — *Livre blanc de la psychiatrie*, Montrouge, John Libbey Eurotext, coll. « Fédération Française de Psychiatrie ».
- DURUZ N. (1994). — *Psychothérapie ou psychothérapies ?*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- SINELNIKOFF N. (1993). — *Les Psychothérapies. Inventaire critique*, Paris, ESF.
- WIDLÖCHER D., MARIE-CARDINE M., BRACONNIER A., et al. (2006). — *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*, Paris, Odile Jacob.

# Introduction



Dans cette première partie, nous présentons brièvement trois thèmes qui n'ont à première vue guère de points communs, mais que réunit cependant l'intérêt actuel qu'ils suscitent : les origines (l'histoire), le sens (l'épistémologie) et le changement (la crise). Ces questions ne sont-elles pas en effet, avec celle de l'évaluation<sup>1</sup>, paradigmatiques des interrogations sur la signification, l'efficacité et le devenir des psychothérapies d'aujourd'hui ?

Dans le chapitre « Premiers développements », on ne trouvera pas un historique exhaustif des différentes psychothérapies de l'Antiquité jusqu'à nos jours. Aussi loin que l'on remonte, les hommes se sont interrogés sur la folie, ils ont tenté de l'expliquer et d'en modifier le cours, bien avant de parler de psychothérapie. Dans la suite de cet ouvrage, chaque courant développe l'histoire de ses idées et la genèse de sa praxis en lien avec ses théories. Il nous a donc semblé plus intéressant d'en resituer le mouvement originaire dans son contexte culturel et social : il fallut en effet une évolution de la démarche scientifique, mais aussi qu'advienne une certaine idée de l'homme, sujet épris de liberté, pour que la notion de psychothérapie émerge du fond religieux et magique où elle se tenait jusqu'alors, sans pour autant se fondre dans la stricte physiopathologie somatique ; entre philosophie et médecine, du côté des sciences humaines.

Le deuxième chapitre, « Épistémologie et modèles du fonctionnement psychique », vise à expliciter les théories et logiques de la connaissance dans le champ de la psychopathologie et des différents courants de la psychothérapie. Bien que dans la ligne de la réflexion philosophique contemporaine, l'exercice est assez peu pratiqué, sans doute parce qu'il heurte les systèmes établis, les croyances élémentaires et convictions sur lesquels chacun appuie l'exercice de son « art » psychothérapeutique.

Il est communément reconnu aujourd'hui que Freud, en abandonnant l'hypnose pour la « cure de parole », a opéré une véritable rupture épistémologique : le psychanalyste, qu'il soit ou non médecin, renonce à disposer d'objets thérapeutiques qui soigneraient le patient à son corps défendant (si l'on peut dire), pour l'amener à dénouer en lui-même les rets de son désir et de ses inhibitions. De plus, avec la découverte et la théorisation du trans-

---

1. L'évaluation et la recherche ne seront pas spécifiquement abordées : elles soulèvent des questions complexes et difficiles, voire polémiques, qui ne peuvent trouver place ici. Ce thème a néanmoins été développé dans l'enseignement du diplôme universitaire (DU), qui est à l'origine de ce livre, par M. Villamaux et B. Lamboy.

fert, il invitait à interroger la relation thérapeutique, pour en saisir les sens possibles et ne pas la confondre avec les liens de la vie réelle. Née de la médecine, la psychanalyse rompait ainsi avec sa source en affirmant son souci de ne pas influencer le patient.

Ce point de vue a profondément marqué des générations de psychothérapeutes français qui n'avaient que ce modèle de lecture des faits psychiques. On ne peut aujourd'hui en rester là ; d'autres modèles sont nés dans le sillage ou hors de la psychanalyse, en continuum, en différence ou en opposition, qui ont montré leur pertinence et qui invitent en retour à questionner les postulats freudiens. D'aucuns diront, par exemple, que le dispositif de la cure analytique est un aménagement de la relation hypnotique, que le transfert est une métaphore de la relation, l'absence de suggestion un leurre, etc., et qu'il est d'autres aménagements possibles, d'autres métaphores.

Le chapitre « Crise et psychothérapie » conclut cette première partie. La crise est de tous les discours, crise sociétale et crise existentielle : de l'adolescent, du milieu de vie, du couple, de la famille, etc. S'il ne fallait choisir qu'un terme pour caractériser notre époque, ce pourrait être celui-là.

La nouveauté n'est pas dans le mouvement de tension, d'instabilité et de rupture, avant atteinte d'un nouvel équilibre – cette rythmicité a probablement toujours scandé les destinées humaines, sans quoi il n'y aurait ni évolution, ni changement. C'est le déséquilibre lié à la crise (et la souffrance qu'il génère) qui conduit chez le thérapeute, et qui en éloigne quand la tension s'apaise. Ce qui est nouveau, ce sont les réponses offertes par le corps social : centres, cellules et unités de crise proposent leur aide avec la même immédiateté que la demande. À la lente élaboration du traumatisme selon le modèle analytique, se sont substituées les réponses « adaptatives », la victimologie, les thérapies brèves, etc. La temporalité des démarches thérapeutiques est en miroir de l'urgence de la demande de nos contemporains. C'est pourquoi ce chapitre fait essentiellement référence à l'approche systémique et stratégique.

# 1

## Premiers développements

J. Betbèze



Les psychothérapies se sont développées au cours du XIX<sup>e</sup> siècle dans un contexte historique, médical et philosophique particulier. Cette constatation souligne le fait que le vocable de psychothérapie n'a pas toujours existé : il a été employé pour la première fois par Daniel Hack Tuke en 1872, dans son livre *Le Corps et l'esprit* (édition française de 1886). Action du moral et de l'imagination sur le physique, la psychothérapie correspond à des pratiques s'inscrivant dans une nouvelle configuration historique marquée par l'importance, dans le rapport à la réalité, de la relation du sujet et de l'objet, et dans celui de l'imaginaire politique, par l'égalité et la liberté.

Ainsi, comme le rappelle Henry F. Ellenberger (1974), depuis l'origine de la culture, il existe des méthodes de guérison. « Selon une conception ancienne, la maladie se déclare comme l'âme perdue – spontanément ou par accident –, quittant le corps ou volée par des esprits ou des sorciers. Le guérisseur se met à la recherche de l'âme perdue, il la ramène et la réintègre au corps auquel elle appartient. Cette théorie de la maladie prédomine chez quelques-unes des peuplades les plus primitives de la terre. » Tout se passe comme si « l'homme portait en lui une sorte de double, une âme ou un esprit dont la présence dans le corps est requise pour pouvoir mener une vie normale, mais qui peut abandonner le corps pour un temps et aller à l'aventure, en particulier pendant le sommeil. »

Toutefois, la notion de psychothérapie au sens moderne du terme s'est développée dans un tout autre imaginaire, non pas celui des forces surnaturelles, mais celui de l'autorité scientifique, expression d'une vérité objective, dans une société considérant l'homme comme un sujet rationnel et individuel. En ce sens, comme le précise Jacqueline Carroy (2000) : « On peut plus précisément voir dans le traitement moral des aliénistes ou dans les cures magnétiques, inaugurées par le Marquis De Puységur au début du XIX<sup>e</sup> siècle, des traitements laïques sécularisés de toutes références à des forces surnaturelles, bien proches d'un traitement psychique. »

Pour leur part, Marcel Gauchet et Gladys Swain (1994), dans leurs remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie, évoquent la prise en compte de trois sources : le courant de pensée médico-psychologique attaché à « l'influence de l'esprit sur le corps » auquel se rattache le livre de Daniel Hack Tuke ; la réactivation de l'héritage psychiatrique du traitement moral à la faveur de l'émergence d'une nouvelle problématique des névroses ; et enfin la réinterprétation par l'école de Nancy (Bernheim) des phénomènes hypnotiques promus par l'école de la Salpêtrière (Charcot).

Ces différentes analyses mettent en évidence un lien étroit entre les mutations anthropologiques caractéristiques de la modernité et l'émergence du sujet de la folie qui sera une des matrices de la mise en place de l'individu moderne.

## Émergence du sujet

Le sujet a pris son essor, à partir de Descartes, à l'intérieur d'un grand partage entre d'un côté les humains se vivant comme des individus dotés de raison, de volonté et de liberté, et de l'autre l'institution d'une nature, se donnant sous la forme d'une extériorité purement observable. C'est la réflexion sur les possibilités de modification de la nature humaine « historicisée » qui va se trouver au centre de la compréhension de cette nouvelle figure de l'homme.

Ce nouveau sujet humain ne peut être tenu simplement pour un sujet rationnel, renfermé sur soi ; il possède aussi un corps et des passions du fait de son inscription dans la nature. Mais bien que ce sujet ait un corps et qu'il soit animé par des passions, il garde, au sein même de la folie, symbole de la dépossession de soi, un reste de raison, comme l'ont postulé Esquirol dans le cadre du traitement moral et Puysegur dans le cadre du somnambulisme artificiel.

La construction de cette subjectivité moderne, avec la dimension intrapsychique et interpsychique, va être pensée comme participant d'un mouvement de libération, malgré la dépendance du psychique par rapport au corps et au social.

Le sujet va apprendre à se construire dans la relation avec un autre, et c'est l'écart entre soi-même et l'autre qui va être questionné par les premières théorisations psychothérapeutiques soit d'un point de vue idéaliste, soit d'un point de vue scientifique. Le paradoxe étant que ces points de vue pourtant bien différenciés se sont par moments confondus pour faire émerger un nouvel oxymore, celui de corps psychique.

Ce paradoxe va nourrir les différentes compréhensions possibles de l'avènement du sujet moderne. Nous assistons à la possibilité, pour l'homme, de devenir réellement lui-même, dans une dimension indivi-

duelle et sociale, grâce à l'utilisation de techniques appropriées. Les médecins et les thérapeutes perçoivent ces techniques comme un moyen de promouvoir l'humanisation de personnes psychologiquement malades. Mais l'utilisation de ces techniques est liée aussi, pour certains, à la mise en place d'une société disciplinaire cherchant à contrôler et à produire de nouveaux comportements plus adaptés à un monde productif.

Nous reconnaissons là la pensée de Michel Foucault (1975) et sa critique des soubassements des psychothérapies humanistes, qui ont pourtant permis à Philippe Pinel de rendre aux fous leur humanité. En effet, pour Foucault, derrière l'idéologie humaniste et la reconnaissance de la raison aux fous, se met en place une manipulation des individus par le développement de stratégies d'autocontrôle. En ce sens, les avancées thérapeutiques et éthiques produites par le traitement moral sont également une nouvelle manière d'entretenir des rapports de pouvoir séparant les individus de leur subjectivité relationnelle. Ce paradoxe est lié aux ambiguïtés de la définition de la subjectivité depuis Descartes. Pour ce dernier, « l'être de l'homme » est rabattu sur la pensée représentative et calculatrice pour lui permettre de devenir maître et possesseur de la nature. Pour faire saisir la manière dont cette pensée de la représentation est liée au pouvoir pour produire un citoyen « libre » et obéissant, M. Foucault prend comme exemple le panoptique de Jeremy Bentham.

L'architecture du panoptique qui a servi de modèle implicite à l'institutionnalisation du traitement moral vise à mettre chaque individu dans l'obligation d'intégrer la norme. Il s'agit par ce procédé panoptique de permettre à un surveillant, représentant du pouvoir rationnel, d'avoir une totale visibilité sur la population qu'il observe, et d'amener les membres de celle-ci à agir de telle manière qu'ils soient obligés de conformer leur comportement aux idéaux sociaux, sous peine de punition automatique. Pour Foucault, les nouvelles technologies thérapeutiques s'inscrivent dans cet imaginaire disciplinaire visant à fabriquer un individu socialement construit par l'exercice d'une autodiscipline ; la dimension « auto » dans l'autodiscipline étant à la fois la marque de la subjectivité et la marque de la socialisation. Cette critique foucauldienne nous permet de ne pas oublier que, derrière tout processus de subjectivation, peut se cacher un processus d'asservissement, et de mettre en évidence la complexité de la question éthique lors de l'utilisation de techniques visant à intégrer le sujet dans la société.

C'est sur l'arrière-fond de cette critique, montrant les limites et les contradictions inhérentes à la construction de l'individu moderne, que se dessine la volonté d'aider ceux qui souffrent à trouver réellement leur place à la fois comme sujets autonomes et comme sujets appartenant à une collectivité historique.

## La question éthique

C'est à Gladys Swain et à Marcel Gauchet que nous devons la description du lien entre la naissance des psychothérapies modernes et le maintien d'une dimension éthique, dans le cadre du projet démocratique. Pour eux, cette avancée a été rendue possible en particulier par les travaux de Pinel et d'Esquirol.

Pour Pinel, malgré l'utilisation du traitement moral dans les institutions de soins, même si peu de sujets guérissent, il n'empêche que le contexte soignant vise à permettre à chaque aliéné de retrouver son humanité. En effet, cette humanité, malgré les moments de crise, reste présente dans chaque aliéné. Si en fait l'aliéné ne guérit pas, en droit la guérison reste possible.

Chaque aliéné reste un être humain pouvant rentrer à nouveau dans un processus d'échange et de coopération. Par exemple, la commensalité prescrite dans les hôpitaux psychiatriques (Gauchet et Swain, 2007), avec la création de réfectoires, ne se comprend que sur le fond de cette nouvelle humanité : le réfectoire, à la différence de la cellule individuelle, permet au sujet de retrouver son humanité par l'échange avec son semblable. Toutefois, au travers du concept de « manie sans délire », Pinel n'est pas arrivé à penser réellement les conditions anthropologiques de son innovation thérapeutique. En effet, dans la « manie sans délire », l'aliéné est décrit comme s'il y avait en lui deux hommes en lutte, l'un pouvant disposer de la raison, et l'autre possédé par la fureur au sein de laquelle le sujet est absent de lui-même.

Esquirol, élève de Pinel, franchit ensuite l'étape permettant de rendre compte des conditions de possibilité d'une psychothérapie humaniste, par la mise en évidence, dans l'aliénation, d'une contradiction au sein du même homme : la folie a toujours un sens, même si le sujet ne le maîtrise pas, car l'aliéné garde toujours une dimension réfléchie au sein même du délire. Ainsi, Esquirol, pour nous faire saisir le maintien d'une dimension de sens, pense l'aliénation dans un rapport analogique avec une passion particulière : la fureur est comprise comme une colère excessive et non comme l'image d'une animalité dans laquelle le sujet serait absent. « Esquirol ne dit pas que les aliénations sont des passions, mais comme des passions, il existe un rapport de ressemblance à partir duquel l'aliéné, même s'il est dans un trouble du rapport au sens, reste dans l'ordre du sens » (Gauchet et Swain, 1994).

C'est cet héritage qui est réactivé dans la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle avec l'émergence de la problématique des névroses, même si le traitement moral est pensé non pas à partir d'une mise en collectivité mais de la notion d'isolement. Il s'agit d'un isolement intégrant la notion d'humanité du névrosé visant à le séparer d'un contexte pathogène. Ainsi, Charcot, en 1885, quelques mois avant l'arrivée de Freud à Paris, indique : « Je ne

saurais trop insister sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où sans contestation possible, l'élément psychique joue, dans la plupart des cas, un rôle considérable quand il n'est pas prédominant... oui, il faut séparer les enfants, les adultes, de leur père et de leur mère dont l'influence, l'expérience le démontre, est particulièrement pernicieuse. » (cité par M. Gauchet et G. Swain, 1986). Bien que Charcot soit un célèbre neurologue, féru de tradition scientifique, à partir du moment où il a pu mettre en évidence la dimension psychique de l'hystérie grâce à la production artificielle de symptômes par les techniques hypnotiques, il utilise un traitement qui lui-même est d'essence psychique.

Toutefois, cette réactivation ne joue que dans un second temps, le premier plan étant occupé par la réinterprétation sous forme de suggestion par l'école de Nancy des phénomènes hypnotiques mis en valeur par Charcot.

## Suggestion et hypnose

L'histoire de la psychothérapie met parfois en évidence des courts-circuits pour le moins étonnants. En effet, c'est Charcot, clinicien cherchant dans un premier temps à réduire l'hystérie à des phénomènes physiologiques, qui va paradoxalement retrouver, par l'intermédiaire de Bucq et de la métalloscopie, la pratique de Mesmer.

### *Jean Martin Charcot (1825 – 1893)*

Après avoir travaillé avec l'utilisation d'aimants pour favoriser l'apparition d'une crise thérapeutique, Mesmer était persuadé qu'il possédait en lui-même une capacité magnétique pouvant créer chez les malades les mêmes effets que l'aimant. Le traitement magnétique consistait essentiellement à établir un « rapport » par des contacts corporels et des passes destinés à faire circuler le fluide dans le corps des patients afin de provoquer la crise libératrice. Mesmer organisait, lorsqu'il travaillait à Paris place Vendôme, des séances collectives autour d'un baquet, un petit orchestre jouant de la musique. Il était persuadé qu'un élément matériel circulait entre lui et ses patients, que le fluide était matériel. Cette réalité matérielle avait pour but avant tout de faire reconnaître le sérieux et l'aspect objectif de cette pratique thérapeutique. Les sommités médicales et savantes (Bailly, Lavoisier, Franklin) admettaient que certaines manipulations avaient été suivies d'effets curatifs, mais elles attribuaient ces effets à l'imagination des malades. Comme l'a dit Chertok (1989), « le passage du magnétisme minéral au magnétisme animal est une révolution. Pour la première fois, la dimension relationnelle devient l'objet du savoir scientifique. Le pouvoir du thérapeute réside non plus dans le maniement d'un agent extérieur, mais dans une force qui lui appartient ou qui le traverse, qui

suppose l'établissement d'un échange, une communication entre le malade et le médecin ».

Comment Charcot a-t-il pu être amené à retrouver le magnétisme animal alors que cette approche avait été rejetée par les sommités médicales en 1784 comme un phénomène irrationnel ne pouvant être réduit à un savoir objectif ? Dans le partage entre le sujet et l'objet, comme beaucoup de neurologues et de psychiatres de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Charcot pense les dérèglements psychiques comme des troubles physiologiques. Toutefois, c'est à partir de son positivisme neurologique même qu'il va sortir l'hystérie de son image de simulation féminine. L'intérêt porté au fonctionnement cérébral a amené Charcot à parler d'hystérie masculine, et pas uniquement féminine, le dysfonctionnement cérébral pouvant atteindre aussi bien l'homme que la femme.

Voyons comment Charcot a rompu avec la mythologie de la fureur utérine envahissant chaque hystérique. C'est en travaillant sur les troubles de la sensibilité dans l'hystérie qu'il va comprendre la dimension psychique de ce trouble. En effet, dans un premier temps, par l'utilisation de métaux sur la peau, il permet à des malades hystériques de retrouver une sensibilité. Mais un fait particulier attire son attention : chez certains malades, les retours de la sensibilité dans des zones anesthésiées sont accompagnés d'un déplacement de l'insensibilité vers une zone saine ; ce qui est gagné du côté anesthésié est perdu du côté sensible. C'est ce phénomène de déplacement de la sensibilité qui est appelé le transfert. De ce transfert, Charcot passe à l'idée d'une production artificielle des symptômes hystériques. Dans ce cadre, le magnétisme est un moyen parmi d'autres de reproduire artificiellement des phénomènes hystériques. Dans ce contexte, le 26 août 1877, alors que les effets de l'or sont expérimentés sur la dénommée Angèle, les observateurs constatent que la malade se sent endormie, en transe, et qu'à son réveil, qui coïncide avec le retour de la sensibilité, elle ne sait pas qu'elle a dormi. Avec le cas de Pauline, une religieuse de 26 ans originaire du Cantal et qui était atteinte d'une contracture hystérique du poignet gauche, Charcot utilise ensuite l'hypnose comme le moyen de créer de manière artificielle une symptomatologie hystérique. « La malade ayant été soumise à l'hypnotisation au moment où elle venait d'être délivrée de sa contracture, celle-ci se reproduisit très forte et persista après la cessation du sommeil » (Gauchet et Swain, 1997).

Les travaux ultérieurs sur le traumatisme permettent à Charcot de développer la spécificité du fonctionnement psychique en différenciant les paralysies d'origine psychique des paralysies organiques : les paralysies psychiques étant « provoquées par une idée » sont « des paralysies par imagination et non pas des paralysies imaginaires ». De même, lors de la présentation de la coxalgie de Charvet, présentation à laquelle assiste Freud, Charcot montre que la maladie est réelle, même s'il n'y a pas de lésion organique : il est possible de reproduire la coxalgie par suggestion.

À la fin de son travail, au travers du cas de Siméon Penhouët, Charcot fait un pas de plus dans la redécouverte du corps psychique en mettant en évidence les facteurs de personnalité dans l'expression symptomatique. Ce patient, âgé de 17 ans, est entré le 2 mai 1885 à la Salpêtrière pour une paralysie consécutive à un cauchemar. C'est un jeune homme plein d'imagination, qui a fait un cauchemar dans lequel il s'est imaginé que deux voleurs étaient entrés dans sa chambre par la fenêtre : l'un d'eux s'est jeté sur lui, l'a immobilisé avec son genou et saisi à la gorge en brandissant un poignard. Lorsqu'il s'est réveillé, la contracture qu'il ressentait a rapidement évolué vers une paralysie du flanc gauche, à l'endroit où le voleur l'avait pressé avec son genou. Cette région du corps est devenue une zone hystérogène douloureuse (Gauchet et Swain, 1997). Ce cas fait apparaître une proximité inédite entre corps et psychisme, entre inconscient cérébral et inconscient psychique, retrouvant en partie la tradition mesmérisme.

### *Hippolyte Bernheim (1840 – 1919)*

Toutefois, si Charcot a pu entrevoir l'existence d'un inconscient psychique, c'est son adversaire de Nancy, Bernheim, qui, à travers le concept de suggestion, a créé autour de 1890 un engouement mondial pour la thérapie psychique.

En publiant en 1891 son livre *Hypnose, suggestion, psychothérapie*, Bernheim consacre le vocable de psychothérapie. Il cherche à développer une psychothérapie suggestive qui puisse se faire à l'état de veille. Toutefois, le mot de suggestion reste assez vague et on s'aperçoit qu'en pratique, dans ses récits de psychothérapie, il est possible de décrire en terme de suggestion différentes techniques : « conditionnement, catharsis, interprétation, injonction paradoxale, transaction » (Carroy, 2000).

Si Bernheim décrit d'un côté les effets de la suggestion de manière mécanique comme un réflexe physiologique, il insiste également beaucoup sur la participation active du suggestionné à la réussite de la suggestion. Cela n'est donc pas le suggestionneur qui provoque la réceptivité de la suggestion, c'est le sujet lui-même qui lâche prise ; le suggestionneur propose et le suggestionné dispose. Il peut ainsi refuser et résister. De même, Blanche Whitman, patiente de Charcot qui, sous influence somnambulique, s'était montrée d'une entière docilité aux plus effroyables incitations meurtrières avait en revanche refusé de se déshabiller lorsque des internes facétieux avaient entrepris de lui suggérer qu'elle prenait un bain. Comme le constate Freud : « même dans la meilleure des hypnoses le pouvoir exercé par la suggestion n'est pas illimité mais seulement d'une force déterminée » (cité par Gauchet et Swain, 1994).

## Naissance des psychothérapies modernes

C'est en réaction au risque de dépendance induite par la suggestion que Dubois de Berne et Dejerine, après 1890, insistent pour que le patient soit plus actif dans sa psychothérapie, et qu'il devienne plus indépendant du médecin. Comme le dit Dubois, le but du traitement psychique doit être de rendre au malade sa propre maîtrise. Ainsi, va naître, à l'opposé de la psychothérapie par suggestion, une psychothérapie par persuasion. Toutefois, si Dubois se situe dans le cadre d'une psychothérapie rationnelle, le traitement consistant uniquement en conversations claires sur la nature des phénomènes nerveux, il souligne qu'il est nécessaire également que s'établisse un lien puissant de confiance et de sympathie.

Avec les approches de soins qui se sont développées au XIX<sup>e</sup> siècle, et dont Pierre Janet a fait un compte-rendu détaillé en 1919 dans *Les Médications psychologiques*, se sont mis en place les différents concepts à l'origine des psychothérapies modernes. Pour chacune d'elles, nous pouvons retrouver une filiation historique et des moments d'innovation.

Les héritages du passé ont amené la mise en place de thérapies et de psychothérapies de styles différents, les innovations étant parfois la manière de créer une voie médiane conciliant des opposés grâce à leur approfondissement mutuel. Il serait possible ainsi de mettre en évidence, derrière les différentes approches, les tentatives de prendre en compte des points de vue contradictoires. De cette façon, s'il est possible de lier le développement du dispositif analytique à la transformation du système de traitement moral par intégration du pouvoir suggestif et de ses critiques, synthèse produite par Freud (1890 – 1920), c'est aussi à cette même synthèse que se sont attelées, différemment, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques. Dans ces différentes approches, les mêmes questions se posent concernant aussi bien l'éthique que les modalités pratiques de modification du rapport du sujet à lui-même, aux autres et au monde. Il ne s'agit pas de savoir quelle est la conception la plus vraie, mais d'analyser les modes de production de la vérité pour chaque approche afin de pouvoir en saisir la dimension complémentaire selon les situations.

Cette histoire des psychothérapies qui a commencé à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle avec Pinel et Mesmer pose des questions qui sont toujours d'actualité pour améliorer nos pratiques de soins, tout en nous permettant de comprendre le lien entre le développement des psychothérapies et l'émergence d'une conception du sujet comme sujet autonome et relationnel.

## Bibliographie

---

- CARROY J. (2000). — « Présentation : les psychothérapies dans leurs histoires », *Psychologie Clinique*, 2000, n° 9, p. 7-9.
- CHERTOK L. (1989). — *L'Hypnose*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, rééd. 2002.
- ELLENBERGER H.F. (1974). — *À la découverte de l'inconscient*, Villeurbanne, SIMEP.
- FOUCAULT M. (1975). — *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- FREUD S. (1890 – 1920). — *Résultats, idées, problèmes*, t. 1, Paris, PUF, 1984.
- GAUCHET M., SWAIN G. (1986). — « Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie », in *Développements actuels des Psychothérapies, Confrontations psychiatriques*, 26, Paris, Éditions Spécia, p. 19-40.
- GAUCHET M., SWAIN G. (1994). — *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard.
- GAUCHET M., SWAIN G. (1997). — *Le Vrai Charcot. Les chemins prévus de l'inconscient*, Paris, Calmann-Lévy.
- GAUCHET M., SWAIN G. (2007). — *La Pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard.
- JANET P. (1919). — *Les Médications psychologiques*, Paris, L'Harmattan, 2007, 3 vol.

## Pour en savoir plus

---

- DE PUYSEGUR (marquis de), PETER J.-P. — *Un somnambule désordonné ? Journal du traitement magnétique du jeune Hébert*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de Penser en Rond », 1999.

# 2

## Épistémologie et modèles du fonctionnement psychique

T. Servillat



### Définitions et introduction

L'épistémologie désigne l'étude critique des sciences, c'est-à-dire leur origine logique, leur valeur et leur portée. Un modèle est une représentation simplifiée d'un processus, d'un système. Le psychisme, quant à lui, est un concept d'une grande complexité, faisant partie du vocabulaire courant et dont la définition critique dépasse le cadre de cet ouvrage.

Les démarches visant à modéliser le fonctionnement psychique afin d'explicitier les fonctionnements des psychothérapies sont parvenues à l'élaboration de trois types de modèle qui représentent les trois principaux courants de la psychothérapie :

- le modèle psychanalytique ;
- le modèle cognitivo-comportemental ;
- le modèle systémique.

Avant de et pour mieux les détailler, examinons d'abord ce que l'on peut qualifier de position scientifique.

### La position scientifique

La position scientifique considère que les théories sont superflues, qu'il n'y a de savoir que positif, c'est-à-dire évident. De ce fait le positivisme (qui connu, on le sait, une dérive religieuse) ne reconnaît que ce qu'il considère comme des faits, essentiellement à un niveau biologique observable. Il ne spéculé pas, parle peu de psychologie, encore moins de psychothérapie. Il ne s'intéresse pas à l'épistémologie, et ne s'interroge pas non plus sur la définition de ce qu'on appelle la « réalité ». À bien des égards, c'est un

matérialisme qui nie la notion de psychisme en l'assimilant à un processus biologique. En dépit de ce que l'on peut penser, le scientisme conserve de nombreux partisans.

## Dogmatisme et pragmatisme

Parallèlement, la crise actuelle des idéologies amène à se questionner sur l'utilité des modèles théoriques. Nous connaissons dans notre pays – enfin, diront certains ; scandaleusement, diront d'autres – un avènement du pragmatisme en psychothérapie. L'intérêt croissant pour l'évaluation, pour ce qui est efficace amène un désintérêt relatif pour les modèles théoriques.

On peut cependant considérer qu'il est, au moins jusqu'à un certain point, indispensable de modéliser.

## Les neurosciences

Les neurosciences ne fournissent pas de modèle du fonctionnement psychique mais peuvent procurer des éléments invalidant certaines constructions théoriques, surtout lorsqu'elles s'intéressent aux relations entre corps et esprit. Le neurologue Antonio Damasio (1994), notamment, a pu exposer nombre de données et expériences cliniques démontrant l'utilité des émotions dans certains actes de décision complexe, allant ainsi à l'encontre de l'opinion cartésienne.

## Psychanalyse

L'épistémologie de la psychanalyse est relativement mal connue. Elle a pendant une longue période souffert de l'idée longtemps alléguée qu'il fallait être soi-même psychanalyste pour pouvoir l'étudier. Si l'on examine le parcours de Freud et ses écrits, il est cependant possible de relever un certain nombre de dimensions entrant en ligne de compte dans ses modélisations du fonctionnement psychique.

Freud (1856 – 1939) (voir portrait, p. 35) a au départ une formation de physiologiste et d'anatomiste. Il étudie ces disciplines chez Brücke, matérialiste faisant partie de l'école de Helmholtz. Il y acquiert l'idée que l'organisme humain est sous la dépendance des seules forces physicochimiques, forces qui sont à étudier et analyser sans faire d'hypothèse vitaliste (le vitalisme postule l'existence d'un principe vital immatériel). Pendant une grande partie de sa vie, Freud reste influencé et impressionné par les succès de la chimie (dont vient la notion d'analyse) et de la physique (succès du modèle hydraulique à l'origine de la théorie du refoulement pulsionnel ; lois de conservation et de transformation de l'énergie à l'ori-

gine de la théorie sur le devenir des pulsions refoulées). À la fin de sa vie, à une époque où d'ailleurs les évidences scientifiques sont en crise, Freud prend certaines distances avec ces points de vue.

Freud a été partisan de Darwin qui, en travaillant sur l'évolution des espèces vivantes, fut le grand savant de son époque. De ce dernier vient la place primordiale de l'histoire du sujet dans l'approche psychanalytique tout comme celle des espèces dans la pensée darwinienne. Il en est de même pour la notion d'éclairage du présent par le passé, et également pour celle de régression. Les succès contemporains de l'archéologie (découverte du site de Troie par Heinrich Schliemann) et l'intérêt de Freud pour cette discipline ont encore rajouté à ces dimensions.

Freud s'est toujours présenté comme laïque et partisan d'un savoir positiviste, d'où sa préoccupation prééminente d'explorer le fonctionnement du psychisme humain et d'en établir des bases qui seraient scientifiques.

En contrepoint, Freud s'est intéressé de façon importante à l'hypnose, ce qui ne peut apparaître que paradoxal avec ce qui vient d'être dit. Dans la querelle entre Charcot et l'école de Nancy, il a pris parti pour le premier. De son séjour chez Charcot viennent l'idée qu'il existe des phénomènes inconscients, mais aussi celle que seuls les individus malades seraient hypnotisables. Véritablement fasciné par l'hypnose (et par Charcot), il arrête rapidement de la pratiquer, et ce pour plusieurs raisons, notamment les trois suivantes :

- l'hypnose n'étant pas possible chez tout individu (c'est en tout cas l'opinion reçue de sa fréquentation de Charcot), elle ne peut constituer un outil d'investigation scientifique ;
- l'intensité des manifestations affectives suscitées chez les patients le mettait mal à l'aise ;
- on a par ailleurs évoqué le fait que Freud n'était probablement pas un excellent hypnotérapeute et n'avait donc pas des résultats jugés satisfaisants par lui.

Sur un plan épistémologique, Freud reste bien sûr tributaire des conceptions logiques de son époque, à savoir les principes aristotéliens d'identité (A est A), de non-contradiction (B ne peut être A et non A), et de tiers exclu (B est A ou est non A). Ces principes permettent un raisonnement par inférence qui va être très développé dans la modélisation freudienne (notamment la notion d'« appareil psychique » inférée des observations des malades).

On peut aussi citer l'influence du romantisme. Freud, homme cultivé et humaniste, s'est intéressé à la littérature et à la poésie, et on retrouve l'influence du romantisme dans l'importance accordée aux rêves. La question de l'influence du judaïsme, (douloureuse, Freud, qui s'est toujours dit laïc, ayant dû fuir le nazisme antisémite), n'est pas non plus négligeable (rapport au texte, formes et types d'humour). En revanche, l'environnement reste

réduit au rôle de toile de fond, conformément à la démarche scientifique de l'époque qui cherche à isoler le sujet d'étude.

## Cognitivo-comportementalisme

### *Comportementalisme*

Le comportementalisme naît, également au XIX<sup>e</sup> siècle, d'un souci d'objectivation et de connaissance, dans une démarche positiviste. Il se situe dans la continuité de Descartes et de sa vision dualiste distinguant le corps (qui peut être livré à l'investigation expérimentale) et l'âme (d'essence divine, donc ne pouvant être étudiée expérimentalement sous peine de sacrilège).

Il emprunte aussi beaucoup à l'empirisme de Locke (1632 – 1704) qui considère que nos idées ne sont pas innées ni inspirées par Dieu, mais viennent de l'expérience et sont une représentation des choses.

Le comportementalisme est également influencé par l'associationnisme de Hume (1711 – 1776) et de Hartley (1705 – 1757), postulant l'existence d'un parallélisme étroit entre sensations et idées, ce qui favorise l'avènement de la psychologie expérimentale (l'étude des sensations permet la connaissance du fonctionnement de la pensée).

Aussi les premiers psychologues expérimentaux seront-ils des physiiciens (Weber, Fechner) ou des physiologistes (Helmholtz, déjà cité), le premier laboratoire universitaire de psychologie étant fondé en 1879 par Wundt qui utilise l'introspection (seuils de sensations et de perception, temps de réaction) comme méthodologie. Par la suite, une méthodologie plus objective est adoptée (école russe : Sechenov [1829 – 1905]) avec l'étude des comportements.

Ultérieurement vont dominer les influences de Pavlov (1849 – 1936) puis de Bechterev (1857 – 1927) qui, formés eux aussi à l'hypnose, s'intéressent essentiellement à l'étude des réflexes (réflexologie), accordant une grande importance à l'apprentissage par conditionnement. Cette époque connaît une ambiance de fort conflit avec une opposition à la psychanalyse (Bechterev) et une prétention symétrique à la scientificité.

Le comportementalisme emprunte aussi beaucoup à la psychologie américaine qui est fonctionnaliste (étude des fonctions comme la mémoire, l'attention, etc.) et non structuraliste (notion de névrose, de psychose, etc.) comme la psychologie européenne.

Avec Watson (1878 – 1938), l'objet de la psychologie se limite à l'étude du comportement, et il ne peut donc y avoir de modèle du fonctionnement psychique. Le comportement est conçu comme une réponse (R) à un stimulus (S). La psychologie comportementaliste critique alors le mentalisme (entre stimulus et réponse, il y a une « boîte noire » ne pouvant être

étudiée) et se dégage de l'associationnisme. La personnalité est considérée comme la « somme totale de nos systèmes d'habitudes ». L'environnement revêt une grande importance car « seule voie pour changer la personnalité de telle manière que de nouvelles habitudes s'acquière » . À la fin de sa vie, Watson évolue vers une radicalisation mécaniciste.

Avec Skinner (1904 – 1990), le comportementalisme (aussi appelé béhaviorisme) s'intéresse au conditionnement par processus d'essais/erreurs (conditionnement opérant) en s'inspirant des travaux de Thordike sur les chats (1898), mettant en avant la notion de récompense.

En France, Janet (1859 – 1947), malgré la domination de la psychanalyse, peut lui aussi écrire : « La psychologie doit être objective, doit s'occuper de ce que l'on voit. »

### *Cognitivism*

Dans les années 1960, un nouveau courant de pensée, le cognitivisme, apparaît qui, selon l'expression de Bunge, vise à faire sortir la psychologie de la « longue et ennuyeuse nuit du behaviorisme ». Peu de temps avant a émergé le concept de cybernétique. Avec lui, c'est la conception de Newton (Dieu surveillant permanent de la nature) qui l'emporte sur celle de Leibniz (Dieu réglant par avance toute chose).

La cybernétique, en effet, utilise l'analogie systèmes naturels/systèmes artificiels (machines, horloges). Elle effectue une confusion entre énergie et information, en accordant à cette dernière la primauté sur l'énergie et la matière (Wiener). Il y a extension du concept de régulation au monde des organismes vivants, avec reprise de conceptions de Comte (« le milieu constitue le principe régulateur de l'organisme ») et de Claude Bernard (régulation par l'intérieur : homéostasie). Successivement sont élaborées :

- une première cybernétique (Wiener) avec le concept de feed-back (issu de recherches en matière de défense antiaérienne) puis l'enrichissement par la théorie de l'information (Shannon et Weaver, 1945) qui met en avant les notions d'émetteur, de récepteur, réponse, code ;

- une deuxième cybernétique ou théorie des systèmes ouverts, avec les concepts d'auto-organisation, l'étude des systèmes observants, etc.

La notion circulaire de feed-back (rétro-action) contrevient au schéma monodirectionnel comportementaliste (stimulus-réponse) et va représenter une base conceptuelle essentielle du cognitivisme.

Les travaux sur l'intelligence artificielle (IA) apportent également à cette époque un corpus de connaissances considérable. Le mental peut redevenir un objet légitime de recherche, et des modèles, nombreux, peuvent être conçus. Un « inconscient » cognitif peut être constaté et non inféré.

Lorsqu'ils se situent dans une épistémologie positiviste, cognitivistes et psychanalystes peuvent être amenés à converger dans leur démarche, même s'ils n'ont pas la même conception de l'inconscient.

Il s'exerce au sein du courant cognitiviste une influence grandissante du constructivisme, déjà présent avant la lettre dans les propos du philosophe (et empereur) Marc Aurèle (II<sup>e</sup> siècle après J.-C.) : « Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. » Est-ce la réalité qui nous affecte ou la manière dont nous la voyons ? Dans un contexte psychothérapique, le monde peut alors être considéré comme une vue de l'esprit.

## Modèles systémiques

### *Gregory Bateson (1904 – 1980)*

S'ils existent (voir plus loin), les modèles systémiques du fonctionnement psychique prennent en très grande partie leur origine dans le travail de Gregory Bateson et notamment dans sa conception de l'information en tant que « différence qui crée la différence ». D'abord intéressé par le lamarckisme (qui considère les changements organiques agis par l'influence du milieu, alors que Darwin pense que c'est le hasard qui intervient) – d'où son intérêt pour l'environnement –, Bateson porte ensuite son attention sur l'anthropologie, alors science ouverte sortant de l'évolutionnisme, puis se centre sur l'étude des interactions en s'occupant aussi de cybernétique.

Peu soucieux de se cantonner dans une démarche de spécialisation cloisonnante, Bateson s'intéresse également :

- aux théories de l'information (Shannon et Weaver);
- à la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy);
- à la théorie des jeux (von Neumann);
- à la logique (types logiques : Russell et Whitehead; non aristotéliens);
- à l'étude des familles;
- à la physique quantique (équivalences information – matière – énergie).

Ainsi, naît progressivement un nouveau paradigme scientifique qui produit et/ou établit des liens avec :

- les théories de l'organisation (Von Forster, Atlan);
- l'IA et les sciences de la cognition (Simon, Newell, etc.);
- les sciences de la complexité (Morin, Le Moigne).

Les modèles se doivent alors d'être « biodégradables » (voir la notion d'« écologie de l'esprit » de Bateson) et de conjuguer rigueur et imagination.

## Milton Erickson (1901 – 1980)

Les travaux du psychiatre de Phoenix (voir portrait p. 254) mettent avant tout l'accent sur l'importance de l'apport hypnotique hérité du « fluide » mesmérrien, en passant par Puységur, De Faria, Braid, etc. La notion d'« esprit inconscient » est surtout vue comme un « réservoir de ressources », et tout individu est hypnotisable.

Par sa mère, Erickson hérite aussi de la culture indienne (*medicine-men*, chamans, sorciers, etc.), mais récusé tout occultisme. Esprit pratique et concret, il attire l'attention des systémiciens de Palo Alto sur le « comment » (processus) plutôt que sur le « pourquoi » causal.

## École de Palo Alto

À la suite de Bateson naît un groupe de chercheurs et de praticiens :

- psychiatres (Paul Watzlawick, au départ psychanalyste jungien ; Don Jackson) ;
- travailleurs sociaux (Virginia Satir) ;
- chimistes (John Weakland) ;
- etc.

Ils vont beaucoup s'intéresser au travail d'Erickson mais aussi au zen (intérêt pour les paradoxes).

## Approches post-éricksoniennes

Après la mort d'Erickson, un certain nombre d'approches que l'on peut qualifier de systémiques (même si, depuis la deuxième cybernétique, le terme de système devient progressivement de plus en plus difficile à définir) prennent forme :

- approches solutionnistes (Steve de Shazer, Insoo Kim Berg), s'inspirant d'Erickson, de Weakland, mais aussi de Derrida, de Wittgenstein, du minimalisme (nominalisme d'Ockkam) ;
- approches narratives (Michael White, David Epston, Harlene Anderson), puisant leur réflexion dans l'école de Palo Alto mais aussi dans le cognitivisme textuel de Jerome Brunner ;
- constructionnisme social (Kenneth J. Gergen), dans les travaux sur le pouvoir de Michel Foucault, etc.

En France, le monde systémique est très en lien avec les travaux et la personne d'Edgar Morin. Chercheur multi- et transdisciplinaire, Morin reprend Pascal (« Il est impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître les parties ») et réintroduit le sujet dans la réflexion sur la science. Il effectue une critique du

rationalisme réducteur et destructeur, tout en prônant la rationalité, quitte à ne pas être loin de renoncer à la vérité pour atteindre la sagesse... Le monde systémique est aussi lié à la réflexion de René Girard sur le désir humain (hypothèse mimétique), qui comporte une critique de la démarche freudienne. Selon Girard (1972), l'inventeur de la psychanalyse a failli arriver à la compréhension de la nature imitative (mimesis) du désir humain, mais s'est trompé en focalisant sa pensée sur le complexe d'Œdipe.

Un effort de clarification semble encore nécessaire concernant les notions de :

- constructivisme : issu de la réflexion de Piaget (« L'intelligence organise le monde en s'organisant elle-même »), tourné essentiellement vers le but (téléologie), il est déjà fortement en germe chez Giambattista Vico (XVII<sup>e</sup> siècle). Tolérant envers les diverses manières de penser et de voir le monde, pragmatique (se préoccupant de ce qui est utile plus que de ce qui est vrai, de comprendre plus que d'expliquer), le constructivisme postule que la réalité est au moins en partie construite par la manière dont nous la regardons ;

- constructionnisme : proche du constructivisme, le constructionnisme postule que ce sont les relations entre les gens (et particulièrement les conversations qu'ils ont entre eux) qui permettent de définir, et donc de construire, la réalité.

Ainsi, ce qui semble distinguer avant tout l'approche systémique et hypnotique semble être une grande liberté vis-à-vis de la notion de la réalité. Le thérapeute, comme a pu l'expliciter Thierry Melchior (1998), doit parvenir à créer avec son patient un « réel » qui permette à ce dernier d'aller mieux. Ainsi, que le disait Erickson, il y a à créer un modèle théorique spécifique pour chaque patient.

## Conclusion

À l'issue de cette réflexion sur les modèles de fonctionnement psychique, nous aimerions juste susciter quelques questionnements.

- Qu'est-ce qui compte le plus, le modèle ou le thérapeute ? Le psychanalyste Jean-Jacques Kress (1986) a pu justement insister sur l'importance, au-delà du choix théorique, du rapport que nous pouvons entretenir avec la théorie. Y voyons-nous une vérité définitive ou un texte à constamment réélaborer, corriger et enrichir ?

- Que faire pour que nos patients ne soient pas victimes de nos modèles ? Une certaine modération, un détachement, une liberté définissent peut-être les grands thérapeutes.

- Peut-on être multimodèle ? Au sein de l'approche systémique et stratégique, l'école nantaise d'hypnose et de thérapies brèves le postule et le

prône, car elle voit les modèles comme des outils. Il ne peut en être de même si l'on y voit des vérités...

– Enfin, n'est-ce pas la prééminence de la clinique (écouter et observer le patient) sur les théories qui peut rendre ces dernières humanisantes ?

## Bibliographie

---

- DAMASIO A. (1994). — *L'Erreur de Descartes. La raison des émotions*, trad. fr., Paris, Odile Jacob, 1995.
- GIRARD R. (1972). — *La Violence et le sacré*, Paris, Grasset.
- KRESS J.-J. (1986). — « Les Rapports subjectifs du psychiatre avec ses théories », *Psychiatrie Française*, n° spécial, mai, p. 35-48.
- MELCHIOR T. (1998). — *Créer le réel. Hypnose et thérapie*, Paris, Le Seuil.

## Pour en savoir plus

---

- ASSOUN P.-L. (1990). — *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot.
- BERCHERIE P. (1980). — *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, la Bibliothèque d'Ornicar, Paris, Le Seuil.
- LECADET C., MEHANNA M. (2006). — *Histoire de la psychologie*, préface I. Stengers, Paris, Belin.
- MORIN E. (1977 – 2004). — *La Méthode*, Paris, Le Seuil, 6 vol.

# 3

## Crise et psychothérapie

W. Martineau



### Introduction

S'il est difficile de parler de psychothérapie de la crise, on peut cependant avancer que ce moment peut être propice à la mobilisation d'une personne ou d'un système vers la recherche d'un nouvel équilibre. Pour cela, le thérapeute doit avoir quelques objectifs précis dans la relation qu'il va tâcher d'atteindre de manière à amener la personne en crise à accepter un échange constructif.

Mais d'abord, qu'entend-on par crise ? Ce mot est employé dans tellement de contextes qu'il finit par en perdre sa valeur. Selon James et Gilliland (2004), c'est « la perception et la réponse de l'individu à cette situation vécue comme une difficulté intolérable qui déborde les ressources et les mécanismes dont la personne dispose pour faire face ».

Il y a le plus souvent émergence d'une symptomatologie pouvant être spectaculaire qui est la plupart du temps plus une réponse à la crise qu'elle n'en est le fond. Le symptôme est agi comme une protection ou un évitement de l'effondrement émotionnel qui précède son apparition. Il peut même permettre une récupération et une apparente restauration de l'équilibre antérieur. Cependant, rien n'est résolu tant que persistent des modifications de la perception de la réalité, des cognitions négatives avec ruminations pessimistes et rétrécissement du champ des intérêts.

Autrement dit, il peut y avoir une résolution adaptée de la crise quand le retour à un état d'équilibre permet la résolution de la difficulté par une solution adéquate, et que, à partir de cette expérience, se met en place un apprentissage permettant d'anticiper et de répondre à des difficultés de même ordre.

À l'inverse, la résolution est inadaptée quand elle a permis un apaisement passager mais au prix de l'évitement du problème ou de sa dissolution par un moyen violent ou dangereux à terme pour la personne ou son environnement. C'est en effet cette apparente solution qui fait le lit futur de lourdes diffi-

cultés, comme les conduites d'évitement dans les phobies ou la répétition de passages à l'acte dans certaines sociopathies, ou bien encore les troubles addictifs. L'obstacle à l'origine de la crise reste alors présent, et il y a accroissement des facteurs de vulnérabilité et maintien d'une instabilité propice à la répétition des phénomènes de crise. Cette situation demande un soutien immédiat, c'est-à-dire une rencontre. Ce peut être par une écoute téléphonique comme par un accueil dans un centre de crise ou un hôpital.

Il y a bien sûr eu différentes approches thérapeutiques de la crise et celles-ci dépendent de l'ambition que l'on a quant à ce moment thérapeutique.

Pour beaucoup, il s'agit de repérer, d'évaluer les symptômes, les problèmes, le contexte d'émergence, le fonctionnement social et psychologique habituel, puis d'orienter vers une personne ou un lieu ressource, ou bien d'activer l'environnement social, médical ou familial.

D'autres auteurs (Caplan, 1964; Aguilera, 1995) ont pu modéliser la crise et l'intervention de crise sur un petit nombre de séances. Toutefois, au-delà du repérage symptomatique, on peut dire que, selon la sensibilité de chaque thérapeute, les grandes lignes de l'intervention thérapeutique s'effectueront autour des grands thèmes suivants :

- amorcer des liens avec l'histoire, le passé (sentiment d'abandon, d'infériorité, etc.) et la réactualisation des conflits intrapsychiques sous-jacents;
- résoudre les difficultés présentes;
- développer les capacités d'anticipation;
- rechercher les ressources (personnelles, liées à l'histoire ou à l'environnement);
- recadrer les croyances désadaptées;
- préparer de nouveaux apprentissages en proposant des « tâches thérapeutiques »;
- mobiliser la famille voire l'environnement social; etc.

Au-delà de ces grandes lignes, chacun va choisir des voies fonction de ses propres présupposés thérapeutiques. Il me paraît utile de développer ici ce qui me semble au cœur de la crise : le sujet pris dans son environnement et, dans ce moment précis, les objectifs et les moyens prioritaires.

## La personne en crise

Il convient de se faire une idée assez précise de la *position* de la personne pour que l'échange verbal et le positionnement du thérapeute soient les plus ajustés possibles à la situation. Quelles sont les attentes de la personne ? Quels sont ses défenses, ses repères, ses croyances ? Comment se perçoit-elle vis-à-vis de l'entourage et plus généralement des autres ?

Toute crise est interrelationnelle. Aussi, la perception du *message* que le sujet souhaite transmettre parfois inconsciemment est une étape majeure dans le renforcement du lien qui est en train de se tisser dans cette relation. Quel est le contenu de ce message (ressentiment, quête affective, désespoir, attente d'un secours ou d'un changement, etc.) ? À qui le message est-il destiné ? Quel est le rôle du thérapeute (écho, récepteur, amplificateur, messenger, etc.) ? Enfin, à quoi le message, s'il est entendu, sera-t-il utile dans le devenir du sujet en crise ?

Toutes ces questions, l'écouter, l'accueillant ou le thérapeute doit pouvoir se les poser au moins de manière implicite, sans quoi la rencontre risque de ne porter aucun fruit et d'accroître même le sentiment de solitude vécu par la personne à ce moment de son existence. C'est pourquoi il est important de cibler quelques objectifs pour cette intervention limitée dans le temps.

## Objectifs de l'intervention

### *Alliance thérapeutique*

C'est de l'alliance thérapeutique que dépend la suite de l'intervention, et la capacité d'empathie du thérapeute est un atout indispensable pour sa réalisation.

### *Comprendre le message*

Très vite, le message de la crise doit être entendu, car c'est par la perception que la personne peut avoir de la compréhension du thérapeute que va se forger l'alliance thérapeutique. La crise et son cortège symptomatique véhiculent un message qui, s'il ne peut être mis en mots dans l'instant, ne demande qu'à être reçu. Le symptôme est avant tout un outil relationnel à défaut d'un autre (par exemple, le langage) qui n'est pas à disposition dans ce moment aigu.

### *Modifier le vécu corporel et émotionnel*

C'est sans doute le bouleversement interne et insupportable vécu par la personne qui peut expliquer l'explosion symptomatique comme une solution, certes inadaptée, à cette souffrance. On ne peut concevoir d'intervention positive sans un apaisement assez rapide de cette douleur.

### *Désamorcer les mécanismes désorganisateur actuels*

Il ne saurait y avoir de crise sans un contexte interactionnel la favorisant. Ces mécanismes relationnels peuvent être encore présents dans l'environ-

nement, et la sortie de l'état de crise ne peut se réaliser si l'on n'en a pas mesuré l'ampleur et commencé à les apaiser. Ils sont sans doute encore plus expressifs dans le cas d'une rencontre familiale ou de couple. Les neutraliser est une tâche réalisable mais rarement à court terme ; aussi se contentera-t-on d'en diminuer la puissance pour que la sortie de crise soit possible. Les mécanismes en cause sont le plus souvent l'escalade symétrique, les rivalités, les projections, les généralisations, les disqualifications, etc.

### *Corriger la représentation de la crise*

Si la crise est perçue douloureusement comme une blessure ou un échec, elle risque de s'inscrire dans l'histoire de la personne comme une fragilité durable.

Il ne s'agit pas de nier la difficulté traversée et encore moins la souffrance, mais d'en faire un passage, une ouverture vers un nouvel état d'équilibre. Élargir ainsi le point de vue facilite la reconstruction, la capacité à demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir. La crise n'est pas une rupture dans le chemin, elle tend à devenir une épreuve, certes difficile, mais qui n'entame pas la capacité à la poursuite de la route.

## Moyens de l'intervention

### *Langage thérapeutique*

Il n'est guère d'intervention thérapeutique qui puisse s'abstenir de l'échange verbal, singulièrement dans la crise. Bien sûr, la posture du thérapeute telle que l'entend F. Roustang (2003) est importante ainsi que la position basse qui permet la meilleure réactivité ; mais lors du dialogue, le choix des mots est capital. Il est des mots à éviter et probablement ceux qui métamorphosent la vie comme un combat, la situation de crise étant alors perçue comme une défaite. Ainsi, on optera pour des mots et des verbes accélérateurs du changement ou suffisamment neutres et ouverts pour que le sujet puisse percevoir l'échange comme bienveillant et qu'une certaine sécurité émerge de la rencontre. Les verbes centrés sur l'action (commencer, entreprendre, faire, etc.) et ceux centrés sur la perception (remarquer, voir, observer, sentir, faire la différence, etc.) sont les plus utiles. De même, le temps des verbes est judicieusement choisi : la crise est au passé (« *Quand vous étiez tendu tout à l'heure...* ») et les solutions émergentes sont conjuguées au présent ou au futur proche (« *Qui allez-vous appeler pour vous aider à vous sentir mieux ?* »).

De même, il est utile de s'emparer des métaphores du patient même quand on n'en perçoit pas toute la portée, car cet usage accroît l'alliance.

La crise fait souvent l'objet de telles métaphores langagières : « *Je suis face à un mur ; au fond du trou ; dans la galère ; dans un désert* », ou : « *Je pète un câble, une durite, un plomb* » ; ou encore : « *Je me noie, j'explose* », etc.

Le choix des mots est peut-être signifiant, mais ce n'est pas cela qui importe dans l'instant ; c'est la nécessité de rebondir sur ces images pour entamer le dialogue thérapeutique – souvent sous la forme de questions – qui compte.

### *Questionnement thérapeutique*

Élaboré parfois à partir des images offertes par le patient, le questionnement thérapeutique reste tout au long de l'entretien ouvert, c'est-à-dire que les types de question sont centrés sur l'accélération des processus de pensée et l'émergence des capacités, des ressources et des solutions, sans pour autant négliger la gravité des difficultés perçues.

On évite toute question intrusive, entre autres celles qui commencent par « pourquoi ? » Toutes les formes de questions sont permises dès qu'elles sont susceptibles d'élargir le cadre du patient pour le sortir de la crise dont on pourrait dire qu'elle obstrue presque toute lumière, comme si le sujet se trouvait dans un tube d'entonnoir et que le travail consistait à le tirer vers le pourtour élargi pour lui offrir un meilleur angle de vue.

La crise est un moment de repli sur l'ego même si elle a des conséquences sur l'environnement, et le questionnement doit seulement amener la personne à une exploration de celui-ci (le ressenti, les réactions des autres) en lui permettant ainsi de sortir de l'égoïsme de la crise.

Dans une perspective solutionniste, les questions seront centrées sur la recherche des ressources personnelles et de l'environnement – quitte à explorer pour cela le passé en favorisant la remémoration d'éléments positifs –, et sur l'anticipation. C'est bien cette dernière qui est la clé de la sortie de la crise. Qu'elle soit suicidaire ou simplement conflictuelle, la crise empêche de percevoir le futur sinon comme une immédiateté péjorative. Le rôle du thérapeute est d'ouvrir le futur non par un optimisme béat, mais par des questions suffisamment ouvertes pour favoriser le processus de pensée et construire des images, des perspectives alternatives incluant si besoin l'environnement relationnel. Par exemple, on pourrait dire : « *À quoi allez-vous vous apercevoir que vous êtes prêt à faire le premier pas pour sortir de cette "impasse" ?* » *Qui remarquera en premier ce changement ?* »

Bien sûr, il s'agit de favoriser la responsabilité de la personne dans le processus ; elle est libre d'agir ou de s'abstenir.

La recherche des ressources du sujet est également importante. Personne n'a réalisé sa vie sans épreuve, sans effort ou sans obstacle. Il faut donc permettre au sujet en crise de se réapproprier ses propres moyens en faisant

référence aux difficultés de l'existence qu'il a dépassées. Les ressources et compétences peuvent aussi faire référence à l'entourage et à l'activation de ce qui existe autour de la personne. Par exemple : « *Y a-t-il quelqu'un que vous connaissez qui, s'il savait vos difficultés, serait disponible pour vous aider ? Quelle aide souhaiteriez-vous qu'il vous apporte ? Que faut-il pour qu'il le fasse ?* » Etc.

On peut faire une liste de questions activatrices qui doivent bien sûr être adaptées à chaque situation et posées au bon moment, mais le principe reste celui de mettre en exergue les compétences, les ressources de la personne et sa responsabilité pour les activer.

### *Recadrages*

On peut dire que l'intervention consiste en un recadrage qui, s'il est réussi, élargit le champ de vision du sujet en crise autant en largeur qu'en profondeur.

Les méthodes de recadrage sont variées à l'infini mais on peut en citer quelques-unes :

- les reformulations qui évitent les nominalisations pouvant renforcer le problème ;
- les questions ouvertes, parfois naïves, qui éclairent d'une façon différente ce qu'est en train de vivre la personne ;
- les commentaires sur les confusions langagières favorisant des définitions moins étroites du problème ;
- l'utilisation de métaphores ou d'anecdotes qui, une fois l'alliance bien établie avec le patient, sont susceptibles de modifier les perceptions, car elles sont mieux reçues que les commentaires plus directs.

Au total, il s'agit de briser le cadre rigide dans lequel le sujet en crise est enfermé et de laisser percevoir des réalités de deuxième ordre (les réinterprétations par rapport aux faits et aux perceptions), plus favorables à l'émergence de solutions.

On peut conclure par une ébauche de ce qui pourrait être une éthique de l'approche thérapeutique de crise. Il s'agit d'une approche utilisationnelle, c'est-à-dire que le thérapeute va se saisir dans son intervention de ce qui est offert par le patient – le contexte, l'événement –, et partir ainsi de la demande initiale ou de la problématique telle qu'elle est présentée par la personne en crise.

Le thérapeute doit s'engager mais sans jamais être intrusif. Il est mobilisable, capable de sortir de ses « schémas » habituels, ouvert, permissif, contributif, car il cherche une solution avec le patient mais en lui laissant le rôle essentiel. Pour cela, l'écoute du patient est capitale comme la capacité d'empathie, mais il convient aussi d'être à sa propre écoute, de savoir

quelle résonance, pour reprendre le mot de Mony Elkaïm, la situation provoque en lui.

Le thérapeute engagé doit avoir toujours à l'esprit un présupposé, celui du « possible ». Chaque problème a sa solution et les écueils ou défaillances ne sont que des passages. Le patient comme son entourage disposent de ressources ou de compétences, mais ils n'y ont momentanément pas accès. Le rôle de l'intervenant est aussi de favoriser la récupération de ces moyens temporairement disparus et, quand c'est possible, l'émergence d'un nouvel équilibre plus propice au développement de la personne.

## Bibliographie

---

- AGUILERA D.C. (1995). — *Intervention en situation de crise. Théorie et méthodologie*, Paris, InterEditions.
- CAPLAN G. (1964). — *Principe of preventive psychiatry*, New York, Basic Books.
- ELKAÏM M. (1995). — *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Le Seuil (sections 4 et 8).
- JAMES R.K., GILLILAND B.E. (2004). — *Crises, intervention, stratégies*, 5<sup>th</sup> ed., Brooks Cole, Thomson Learning.
- ROUSTANG F. (2003). — *Il suffit d'un geste*, Paris, Odile Jacob.

## Pour en savoir plus

---

- BERG I.K. (1996). — *Services axés sur la famille, une approche centrée sur la solution*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- BERG I.K., DE JONG P. (2002). — *De l'entretien à la solution*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- DEBOUT M. (1981). — *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*, Paris, Masson.
- DE CLERCQ M. (1997). — *Urgence psychiatrique et intervention de crise*, Bruxelles, De Boeck.
- EVERSTINE J., SULLIVAN-EVERSTINE D. (1993). — *Des gens en crise. L'intervention psychologique d'urgence*, trad. fr., Marseille, EPI.
- FISH R., WEAKLAND J.-H., SEGAL L. (1986). — *Tactiques du changement*, trad. fr., Paris, Le Seuil.
- GILLIÉRON E. (2004). — *Le Premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod, 1996.
- GRANIER E. (2006). — *Idées noires et tentatives de suicide. Réagir et faire face*, Paris, Odile Jacob.
- JULLIEN F. (1997). — *Traité de l'efficacité*, Paris, Grasset.

- KAËS R. (dir.) (1979). — *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 2004.
- LINEHAN M.M. (2000). — *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Genève, Médecine et Hygiène.
- MALAREWICZ J.-A. (1992). — *Quatorze leçons de thérapie stratégique*, Paris, ESF.
- MARTINEAU W., CADIET L. (1997). — *Approches psychothérapeutiques interactionnelles de la crise*, Paris, Estem.
- NARDONNE G. (1998). — *Psychosolutions*, trad. fr., Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1999.
- NARDONNE G. et WATZLAWICK P. (1990). — *L'Art du changement*, trad. fr., Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1993.
- O'HANLON B., BEADLE S. (1997). — *Guide du thérapeute au pays du possible. Méthodes de la thérapie du possible*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- O'HANLON W.H., WEINER-DAVIS M. (1995). — *L'Orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- SABOURAUD-SÉGUIN A. (2001). — *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*, Paris, Odile Jacob.
- SHAZER S. de (1996). — *Différence. Changement et thérapie brève*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- SHAZER S. de (1999). — *Les Mots étaient à l'origine magiques*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- VAN RILLAER J. (1999). — *Les Colères*, Paris, Bernet-Danilo.
- WATZLAWICK P. (1980). — *Le Langage du changement*, trad. fr., Paris, Le Seuil.
- WHITE M., EPSTON D. (2003). — *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*, trad. fr., Bruxelles, Satas.

# Introduction



Le lecteur averti ne sera pas surpris de trouver le courant psychanalytique au début de cet ouvrage. Quoi qu'on en dise actuellement en effet, par-delà la contestation de son hégémonie ces dernières années, la psychanalyse reste la référence incontournable, historique certes, mais aussi clinique et théorique, pour aborder la diversité des psychothérapies contemporaines. Non seulement la psychanalyse a renouvelé la recherche et la compréhension de la psychopathologie au cours du  $xx^e$  siècle et initié la première démarche psychothérapique « scientifique » (au sens où Freud l'entendait à l'époque), mais encore elle continue d'imprégner l'ensemble de la culture contemporaine et constitue l'une des perspectives philosophiques fondamentales de la société moderne.

Mais il convient plutôt de parler *des approches psychanalytiques*, pour plusieurs raisons. La *diversité des dispositifs* d'abord. Il sera ici essentiellement question des références psychanalytiques dans le champ de la clinique relationnelle et psychothérapique, individuelle, familiale ou de groupe, alors que le dispositif classique de la cure (divan – fauteuil) ne sera guère développé. La littérature sur le sujet est immense, aisément accessible ; nous ne pouvions prétendre en renouveler la présentation dans l'espace qui nous est imparti. Ensuite, parce que *la psychanalyse est multiple*, selon les pratiques et les écoles – freudienne, lacanienne, kleinienne, jungienne, etc. De cette diversité, parfois déroutante pour le néophyte, nous voulons aussi témoigner sans évidemment tendre à l'exhaustivité. Chaque auteur s'exprime ici dans le langage et avec les références qui sont les siennes et qu'il a explicitées dans l'enseignement du diplôme universitaire dont est issu ce livre. Attaqués de toutes parts, les psychanalystes présentent un front de défense unitaire, oubliant les différends face à l'adversité ; il n'en existe pas moins des écarts fondamentaux entre les courants – du côté des théories plus que des pratiques d'ailleurs –, que nous cherchons d'autant moins à masquer qu'ils nous semblent une richesse, un ferment pour l'échange et la recherche – à condition bien sûr d'exclure le sectarisme et les vaines querelles de chapelle.

La « grande » question est de savoir si le « psychanalytique » a quelque chose à voir avec le champ du soin, de la thérapeutique voire du médical. D'aucuns affirmeront que la psychanalyse se perd à reconnaître sa place parmi les autres psychothérapies ; ils se situent dans un ailleurs où l'idéologie interdit tout débat. Les auteurs que nous avons sollicités sont, au contraire, tous impliqués dans la pratique clinique auprès de patients. Ils

sont psychanalystes mais aussi psychiatres ou psychologues, psychothérapeutes au service de qui leur demande de l'aide. Ils ont tous également une expérience des institutions de soin. Cela implique qu'ils sont ouverts à d'autres champs de connaissance que la psychanalyse, qui reste néanmoins la référence fondamentale de leur praxis.

Disposant de quelques dizaines de pages seulement, nous avons dû faire des choix et renoncer à développer nombre de thèmes ; ainsi en est-il, par exemple, des notions de base de métapsychologie que nous supposons connues.

Nous présentons trois « portraits » de personnalités emblématiques des écoles psychanalytiques : Freud s'imposait, Jung est d'évidence le dissident le plus fécond (remarquons aussi que de l'école jungienne sont issus des thérapeutes célèbres du courant systémique-stratégique, tels Paul Watzlawick et Ernest Rossi, élève d'Erickson), M. Klein est incontournable... mais Bion, Winnicott, Lacan, Anzieu le sont tout autant !

Concernant les ponts entre courants psychothérapiques, il faut mentionner l'intérêt des psychothérapies psychanalytiques brèves et de l'investigation psychodynamique brève selon l'approche d'Edmond Gilliéron. Contestées par les puristes – si « l'inconscient ignore le temps », on ne peut décider par avance de la durée d'une thérapie –, elles témoignent néanmoins de liens épistémologiques entre psychanalyse et systémique, bien au-delà des seules thérapies familiales et contrairement au clivage si souvent mis en avant.

### ***Avertissement concernant les références bibliographiques***

Ayant été pour certaines traduites à plusieurs reprises, les œuvres de S. Freud en français font rarement consensus. Le même titre, la même citation, peuvent sensiblement différer selon l'édition. Ainsi, par exemple, l'article de 1921 évoqué à plusieurs reprises dans les pages suivantes s'intitule-t-il « Psychologie des foules et analyse du moi » en 1981 (in *Essais de psychanalyse*, aux éditions Payot) ou « Psychologie des masses et analyse du moi » en 1991 (in *Œuvres complètes*, t. XVI, aux éditions des PUF). Nous avons laissé à chaque auteur le choix de ses références.

## Sigmund Freud – Le héros sacrilège

M. AMAR

Le paradoxe de l'histoire de Sigmund Freud (1856 – 1939) est qu'un homme aussi paisible et conventionnel que lui, libéral et centriste, ait soulevé, par des recherches scientifiques menées presque seul, de telles controverses, parfois haineuses dans les milieux médicaux et dans toute la société civile, avant d'imprimer une nouvelle orientation à nos connaissances et à notre attitude envers des questions aussi fondamentales que la sexualité, la conscience, la vie et la mort.

Parti de la neuropsychiatrie la plus classique, il devait être le père, mais aussi le héros et le héraut de sa théorie et du mouvement qu'il avait fondé. Trois aspects de sa personnalité et de son histoire permettent de mieux comprendre son œuvre.

### Naissance de la psychanalyse

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle est un moment de rupture. Une moralité patriarcale et puritaine domine la société viennoise. Techniques et objets anticonceptionnels sont vulgarisés confidentiellement. La syphilis est une maladie extrêmement répandue, grave. Les femmes sont peu admises à participer à la vie scientifique.

Pourtant, parmi les hommes qui enseignent la médecine à Freud, il en est d'extrêmement novateurs (parmi lesquels Krafft-Ebing). Beaucoup d'entre eux travaillaient à remettre en question les conceptions traditionnelles moralisatrices sur les perversions sexuelles et commençaient déjà à s'intéresser aux formes intermédiaires entre la normalité et la perversion caractérisée.

La conception freudienne de la sexualité infantile et de son rôle dans l'origine des névroses s'inscrit donc dans un domaine brûlant comme cela avait été, à la génération précédente, le cas pour les théories de Darwin.

Alors que son premier ouvrage, *L'Interprétation des rêves*, est accueilli en 1900 par l'indifférence polie des milieux scientifiques et une certaine curiosité de la société civile, la publication en 1905 des *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905b) et du cas *Dora* (1905a) décrivant la psychanalyse d'une patiente hystérique suscite l'agressivité et la colère d'une grande partie de la classe médicale de langue allemande : « Le vide qui se fit autour de moi, les insinuations qui me furent rapportées, me permirent de comprendre peu à peu que l'exposé du rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses ne pouvait être accueilli de la même façon que d'autres communications. Je compris aussi que désormais j'appartiendrais à la catégorie de ceux qui ont troublé le sommeil du monde et que je devrai cesser de compter sur l'objectivité et la tolérance » (Freud, 1914, p. 264).

Par rapport à son époque, la théorie freudienne est, en effet, triplement scandaleuse :

- elle affirme le rôle de la sexualité infantile réanimée après les transformations de la puberté dans l'étiologie des névroses;

– elle destitue la conscience en décrivant un appareil psychique pourvu d'une assez grande épaisseur et dont le système perception – conscience ne représente que la paroi la plus externe;

– elle enseigne que, dans la « cure de parole » (ainsi nommée par Anna O., la célèbre patiente de Breuer, dans les *Études sur l'hystérie* [1895]), l'analyste a le droit et même le devoir d'explorer la sexualité infantile du patient comme le gynécologue a le droit et le devoir de pratiquer un examen gynécologique.

L'hostilité qui accompagne la publication des trois essais sur la théorie sexuelle fait des premiers psychanalystes un petit groupe rassemblé autour de Freud, un peu à la manière d'une horde primitive dont il serait le père.

Certains disciples, très proches de lui au début, qui défendent ses théories de manière pugnace dans les congrès médicaux, se séparent finalement de lui sur des points importants de doctrine. C'est par exemple le cas de Jung à qui Freud a reproché d'avoir renoncé à la théorie de la sexualité infantile.

### **De la première à la deuxième topique**

Cet élargissement de la conception de l'appareil psychique et sa description sous la forme d'un système perception – conscience séparé par la censure préconsciente d'un vaste compartiment inconscient, inaccessible à l'introspection, constituent la première topique, c'est-à-dire la première représentation spatiale des psychismes.

Cette première représentation spatiale est intimement liée à la première théorie des pulsions, celle qui oppose le principe de plaisir au principe de réalité. Fidèle à une pensée dualiste qu'il a conservée jusqu'à sa mort, Freud fait de l'antagonisme pulsionnel la pierre angulaire du dynamisme psychique. C'est le conflit entre ces deux principes qui conduit au refoulement des motions pulsionnelles dans l'inconscient. Ce phénomène est appelé refoulement. Un refoulement n'est jamais totalement réussi et il se produit toujours, dans le rêve, dans l'expression des pensées diurnes et bien sûr dans la cure analytique, un retour du refoulé.

Le modèle de l'appareil psychique tel qu'il est présenté dans la première topique n'est jamais abandonné par Freud. La seconde topique, présente dans sa pensée après le tournant des années 1920, propose une autre représentation spatiale. Le moi est décrit comme la différenciation périphérique de la vésicule excitable qu'est l'être vivant. Il se trouve en quelque sorte coincé entre le ça, véritable réservoir des pulsions et le surmoi, souvent figuré comme l'introjection de l'image paternelle, mais qui tire lui-même son énergie du ça auquel il est intimement lié. Le conflit névrotique s'origine dans les tiraillements du moi entre sa vie pulsionnelle et ce qui, éventuellement, de manière justement pulsionnelle, s'oppose à la réalisation du but pulsionnel.

Progressivement, Freud constitue une deuxième théorie des pulsions, celle qui n'oppose plus principe de plaisir et principe de réalité, considérant qu'ils sont finalement étranquement proches l'un de l'autre, mais pulsion de vie et pulsion de mort.

Cette seconde théorie des pulsions, exposée dans son ouvrage *Malaise dans la civilisation* (1929), oppose une pulsion de vie, la libido, qui tend à créer des liens entre des éléments séparés et à constituer des systèmes de plus en plus complexes, d'une part, et l'étrange pulsion « non pulsion » qu'est la pulsion de mort, présente et active dès le début de la vie du sujet et qui tend à le ramener à l'état basal en supprimant toute excitation par la rupture des liens et par l'isolement d'entités psychiques peu nombreuses et peu différenciées.

### Freud philosophe

Freud se révèle alors philosophe. Il l'est devenu progressivement tout au long de son œuvre en s'interrogeant sur l'universalité du complexe d'Œdipe et les origines de la civilisation (*Totem et tabou* [1912 – 1913]), et en menant une réflexion sur la destructivité de l'homme et sur l'origine des religions (*Moïse et le monothéisme* [1939]).

Parallèlement, au décours des cataclysmes que furent la Première et surtout la Deuxième Guerre mondiale, le monde profondément modifié dans sa forme et sa civilisation a assisté à un véritable triomphe de la psychanalyse avec sa vulgarisation dans l'ensemble du monde, bien au-delà de l'univers germanophone. Toujours polémique et parfois vivement attaquée, comme en mai 68, elle a inspiré de nouvelles organisations de soins, dont en France la « psychiatrie de secteur ».

### Bibliographie

- FREUD S. (1900). — *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.  
 FREUD S. (1905a). — « Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) », in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1970.  
 FREUD S. (1905b). — *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1989.  
 FREUD S. (1912-1913). — *Totem et tabou*, in *Œuvres complètes*, t. XI, Paris, PUF, 1998.  
 FREUD S. (1914). — *Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique*, in *Œuvres complètes*, t. XII, Paris, PUF, 2005, p. 264.  
 FREUD S. (1929). — *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971.  
 FREUD S. (1939). — *Moïse et le monothéisme*, Paris, Gallimard, 1980.  
 FREUD S., BREUER J. (1895). — *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1989.

### Pour en savoir plus

- GAY P. (1988). — *Freud, une vie*, Paris, Hachette, 2002, 2 vol.  
 JONES E. (1953-1957). — *La Vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, Paris, PUF, 2006, 3 vol.  
 QUINODOZ J.-M. (2004). — *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*, Paris, PUF.  
 ROBERT M. (1964). — *La Révolution psychanalytique. La vie et l'œuvre de Freud*, Paris, Payot, 2000.  
 RODRIGUÉ E. (1996). — *Freud, le siècle de la psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2000, 2 vol

# 4

## La psychanalyse et ses courants

G. Catoire et A. Deneux



Si l'hégémonie de la psychanalyse en France dans les années 1970 et 1980 a pu susciter des réactions hostiles et retarder les recherches sur les autres psychothérapies, aujourd'hui ce sont surtout l'éclatement et la diversité du corpus théorique qui déconcertent. Cette richesse n'est pourtant pas un luxe : les points de vue s'enrichissent des confrontations à d'autres manières de penser. Soigner ne peut être le fait de pratiques automatisées : il n'y a pas de pratique cohérente sans théorie, qu'elle soit psychanalytique ou non.

### Le courant psychanalytique

Un courant peut se définir comme un ensemble fait d'un corpus théorique et de règles de praxis en relation étroite. Le corpus peut être inclusif ou exclusif par rapport au corpus freudien, ou bien encore partiellement l'un et l'autre. Il peut mettre l'accent sur un point ou un autre de l'œuvre freudienne, mais globalement, les praticiens se reconnaîtront du courant psychanalytique si sont prises en compte les notions de transfert, de monde interne ou de fonctionnement psychique, et de pulsions. Le point de vue freudien se définit par le parti pris de ne pas influencer le patient et de l'amener à s'intéresser à son fonctionnement mental. C'est ce premier pas que fit Freud en s'éloignant de l'hypnose qu'il avait d'abord pratiquée.

La pensée de Freud n'a cessé d'évoluer ; il faut lire son œuvre chronologiquement pour la comprendre. Tout en avançant, il ne renonce pas à ses hypothèses précédentes : l'idée nouvelle vient complexifier la lecture des modèles antérieurs. On peut donner deux exemples de cette manière de procéder : la question topique et la question de la séduction.

– *Le point de vue topique.* Freud définit un premier modèle du psychisme (première topique) sous la forme : conscient, préconscient et inconscient. Il continue à utiliser ce modèle jusqu'à la fin, mais il lui superpose en 1920 la

seconde topique formée par le moi, le surmoi et le ça, ce qui enrichit considérablement sa métapsychologie.

– *La séduction.* Freud considère initialement que l'origine infantile de la névrose est liée à un abus sexuel par un adulte. En 1897, il écrit à son ami Fliess qu'il « renonce à sa neurotica » et construit l'idée du fantasme comme représentation de désir inconscient vécu dans le transfert. Dans ce débat, relancé ces dernières années autour de la question des abus sexuels, certains ont prétendu que Freud ne croyait plus au traumatisme des abus sexuels et en niait l'existence. Freud indique pourtant lui-même le contraire, à de nombreuses reprises jusqu'à la fin de son œuvre.

Il procède donc par ajouts successifs qui ne sont ni inclusifs, ni exclusifs et obligent à prendre en compte la notion de point de vue ou vertex. Si l'on applique cette notion aux successeurs de Freud, on peut dire que certaines œuvres sont de véritables déviances, en opposition avec les idées freudiennes, qu'elles soient considérées comme justes ou fausses à l'heure actuelle, quand d'autres sont des ajouts ou des compléments, ou bien encore mettent l'accent sur un point ou l'autre en le développant.

Bien sûr, ces divers courants théoriques reposent sur les travaux de quelques-uns qui ont fait école. Les divergences ont pu s'élaborer ou se conflictualiser selon les contextes historiques ou l'histoire des personnes.

Nous laisserons de côté A. Adler, O. Rank et W. Reich, qui divergent sur des points capitaux concernant la théorie de l'inconscient et des pulsions. Ces dissidents de la première heure ont été pourtant des auteurs de référence pour des travaux modernes – le « traumatisme de la naissance » pour Rank et les travaux sur la délinquance de Reich, par ex. L'importance de C.V. Jung est présentée dans le portrait qui lui est consacré plus loin (voir p. 129).

Présenter les idées psychanalytiques par écoles et par pays simplifie l'exposé, mais ne donne pas une vue juste de la filiation des idées. Il est difficile d'échapper au catalogue. En réalité, les différents courants se fécondent ; on observe même actuellement une certaine mondialisation des idées psychanalytiques.

## Les écoles britanniques

Les écoles britanniques insistent sur la clinique, la relation d'objet et le fantasme.

– *Le groupe kleinien.* Melanie Klein s'installe en Angleterre en 1925. Ses travaux, sur lesquels nous reviendrons dans un portrait (voir p. 82), portent sur l'analyse des enfants, l'observation des bébés et la psychose ; ils prennent appui sur la partie de l'œuvre freudienne qui concerne la pulsion de mort et surtout la projection. Alors que le projet analytique de Freud vise

le conflit œdipien et l'accès à la génitalité, celui de M. Klein vise l'intégration des parties clivées de la personnalité. Sa technique, qualifiée de « bombardement interprétatif », a été très critiquée. Ses descendants directs sont nombreux : Herbert Rosenfeld et Anna Segal en Angleterre, Jammes Gammil en France.

– *Le groupe néo-kleinien*. Quand M. Klein meurt en 1960, de nombreux chercheurs poursuivent leur chemin à partir de ses idées. Wilfred R. Bion est le plus original. Après des travaux sur les groupes, il s'intéresse à la psychose et, surtout, au développement de la pensée. Le projet psychanalytique de Bion pourrait se traduire en terme d'accès à la possibilité de penser les pensées. Frances Tustin a travaillé sur l'autisme, domaine très peu connu à l'époque, bientôt rejointe par un chercheur plus généraliste, mais très créatif : Donald Meltzer. Celui-ci, mort en 2006, a construit une œuvre très personnelle : les dimensions géographiques du psychisme, des travaux sur la perversion, la découverte de l'Objet esthétique, etc. En France, M. Klein a inspiré de nombreux auteurs, les plus célèbres étant Joyce McDougall, André Green et surtout Didier Anzieu (voir ses travaux sur les groupes, le couple, le transfert paradoxal et, surtout, les enveloppes psychiques et le moi-peau).

– *Les théories de la relation d'objet*. Outre J. Bowlby et ses travaux sur l'attachement, D.W. Winnicott et M. Kahn forment un sous-groupe nommé « *middle group* » n'appartenant ni au courant kleinien, ni au courant d'Anna Freud. L'œuvre théorique de Winnicott, très vulgarisée, n'en est pas moins subtile et pas aussi simple qu'il n'y paraît. Elle le conduit à la notion d'espace transitionnel ou espace potentiel, après un parcours autour de la mère suffisamment bonne, la haine, la délinquance, etc. Sa clinique, très engagée émotionnellement, le rapproche des intersubjectivistes, comme le Hongrois S. Ferenczi, l'Américain H. Searles, ou l'Australien C. Trewarthen. Ce dernier pense la clinique sur le modèle de la relation mère – bébé ; avec l'Américain Daniel Stern, il a jeté des ponts entre l'observation expérimentale du bébé et la clinique psychanalytique.

– *La Hampstead Clinic et Anna Freud*. Les « Grandes controverses » (1942 – 1944) sont la transcription des discussions d'analystes réfugiés à Londres pendant la guerre, entre partisans des thèses de M. Klein ou d'Anna Freud. Fondée par D. Burlingam, la Hampstead Clinic accueillait Anna Freud qui était restée proche des idées de son père et en revendiquait l'héritage. Ces « controverses » ne peuvent se réduire à l'affrontement de deux personnalités. Des divergences théoriques et techniques opposent kleinien et freudiens, mais elles sont en réalité bien antérieures à cette période. Pour les kleinien, le transfert est en rapport avec les figures intériorisées et non avec la dépendance réelle de l'enfant aux parents ; le surmoi est une formation précoce dérivée des pulsions sadiques archaïques et non post-œdipienne comme le soutenait A. Freud. Pour M. Klein, le jeu de l'enfant est l'équivalent de l'association libre de l'adulte, ce que réfute A. Freud. À l'une la primauté du fantasme, à l'autre l'importance des influences éducatives.

Mais il s'agit surtout d'une crise institutionnelle, qui survient peu après la disparition du fondateur (S. Freud est mort en septembre 1939), à l'occasion du repli londonien de nombre d'analystes continentaux fuyant le nazisme. La scission de la Société psychanalytique britannique fut évitée de peu, grâce notamment à l'entremise du *middle group*.

Si l'on peut considérer M. Klein comme la fondatrice de la psychanalyse de l'enfant, le point de vue d'A. Freud a été largement repris dans le milieu de la pédagogie et de l'éducation; l'une et l'autre ont inspiré nombre de pédopsychiatres français.

## Les écoles françaises

Centrées sur l'étude des textes de Freud et la métapsychologie, les écoles françaises restent attachées à la notion de pulsion. Ruptures et scissions y sont nombreuses, en rapport avec des divergences sur la formation.

La Société psychanalytique de Paris (SPP) a été fondée en 1926 par R. Laforgue et A. Hesnard dans le sillage de M. Bonaparte et d'E. Sokolnicka. R. Loewenstein, l'un de ses premiers présidents, joua un rôle dans l'assomption de J. Lacan alors en formation. En 1953, 1964, puis 1969, Nacht, Lagache, Anzieu et Lacan se séparent de la SPP et fondent à côté l'Association psychanalytique de France (APF), le Quatrième groupe et l'École freudienne.

La SPP est la plus importante de ces sociétés en France. Nombre de ses membres ont joué un rôle de tout premier plan : dans la clinique de l'enfant et de l'adolescent, M. Soulé, S. Lebovici et R. Diatkine, qui sont avec P. Paumelle et P.-C. Racamier à l'origine de la psychiatrie de secteur; la psychosomatique, P. Marty; la schizophrénie, l'inceste et l'incestuel, P.-C. Racamier; le narcissisme, B. Grunberger; les perversions, J. Chasseguet-Smirgel; l'anorexie mentale, J. et E. Kestemberg, S. Decobert, etc.; sans oublier l'œuvre d'A. Green.

L'École freudienne fut l'appareil de J. Lacan, seul maître à bord. F. Dolto, S. Leclair et M. Safouan s'en démarquent cependant tout en lui restant fidèles. Lacan l'a dissoute en 1980, une année avant sa mort, pour créer l'École de la cause freudienne, actuellement dirigée par J.-A. Miller. Le paysage lacanien est aujourd'hui assez morcelé. Les thèses lacaniennes sont référées au structuralisme et à la lettre du discours. L'objectif de la cure est « l'avènement du sujet de l'inconscient », lequel est « structuré comme un langage ». La question du « désir » de l'analyste est posée (voir la fin de ce chapitre).

Mais l'intérêt des psychanalystes français déborde le champ de la cure individuelle. Depuis le début des années 1980, la recherche est intense concernant le groupe, le couple, la famille, l'institution. P.-C. Racamier, D. Anzieu, S. Decobert, C. Pigott, J.-P. Caillot, G. Decherf, R. Kaës,

S. Tisseron, A. Eiguer, etc., sont à l'origine de travaux et d'écoles (l'Ap-sygée et le Collège de psychanalyse groupale et familiale, entre autres). Les avancées théoriques portent sur le transfert groupal, l'appareil psychique familial et groupal, la transmission générationnelle, les secrets de famille, l'indistinction psychique, etc.

## Les écoles nord-américaines

Inspirées par Anna Freud, les écoles nord-américaines portent intérêt à l'adaptation, au moi et ses rapports à la réalité, comme en témoigne la « psychologie du moi » soutenue par Hartmann, Kriss et Loewenstein. À l'inverse, quelques praticiens ont fécondé en retour les chercheurs de la « vieille Europe », comme Margaret Mahler (voir son concept de séparation-individuation). Néanmoins, la description, surtout externe, des phénomènes psychiques conduit à une psychanalyse qui porte sur l'adaptation à la réalité externe au détriment de la réalité psychique. Citons encore :

- le groupe de New York : Erik H. Erikson (à ne pas confondre avec l'hypnothérapeute), Jacobson et Spitz dont les travaux sur l'attachement et l'abandon reviennent actuellement sur le devant de la scène, avec ceux de Bowlby ;

- les écoles interpersonnelles : dont H. Kohut et H. Sullivan, qui a inspiré la pensée antipsychiatrique, fondée sur l'hypothèse de la toxicité psychique de certains contextes.

Il faudrait encore de longs développements pour parler des écoles sud-américaines – très marquées par le contexte dictatorial – ou de la renaissance de la psychanalyse dans les pays de l'Est, etc. Disons simplement pour clore ce parcours que la psychanalyse évolue par transmission filiative, en lien avec les milieux sociaux et politiques dans lesquels elle se déploie et en rapport avec les pathologies qu'elle essaie d'approcher.

Dans sa diversité et sa cohérence, elle continue d'inspirer de nombreux travaux et recherches. Irréductibles à tout autre notion, le concept et l'utilisation du « transfert » et de son corollaire le « contre-transfert » traversent les courants et spécifient le caractère psychanalytique de la théorie et de sa pratique. Le transfert est la plus grande découverte de Freud, le fondement même de la psychanalyse, ce qui justifie que nous lui consacrons la dernière partie de ce chapitre, en suivant son élaboration au fil de l'œuvre.

## Transfert et contre-transfert

Le terme *Übertragung* court tout au long des textes de Freud, alors que le contre-transfert n'apparaît que par courtes notations dans des écrits tech-

niques. On peut dire que le concept de transfert est à peu près complètement élaboré à la fin de la vie de Freud, alors que celui de contre-transfert est précisé par ses successeurs.

### *Transfert*

Dès 1895, Freud nomme « amour de transfert » l'élan particulier d'Anna O. pour Breuer – lequel en était quelque peu effrayé. L'essence du transfert lui est apparue dans sa relation avec Fliess, au moment de la mort de son père. Il a compris alors que l'inhibition éprouvée à contredire son ami était le déplacement de son complexe de castration et de la peur de rétorsion paternelle.

Dans l'exposé du cas Dora, Freud donne sa première définition des « transferts » : « Ce sont de nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscients par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin. Autrement dit, un nombre considérable d'états psychiques antérieurs revivent, non pas comme états passés, mais comme rapports actuels avec la personne du médecin... »

Le patient exprime ses émotions transférentielles par tous moyens à sa disposition : la parole et le comportement. Ce discours agi, éveillé par l'effort de remémoration, exprime un événement psychoaffectif actuel, copie d'événements anciens. Les fantasmes sous-jacents sont plus ou moins conscients et l'effort du psychanalyste pour que le patient se remémore l'événement copié suscite des résistances de la part du patient. Freud gardera toujours cette conception du transfert et de l'analyse comme permettant de comprendre et de reconstruire ce qui s'est déroulé dans l'enfance.

Dans « La Dynamique du transfert » (1912), Freud précise : « Le transfert est aussi inéluctable que l'émoi amoureux [...] Il ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il est un transfert négatif ou bien un transfert positif composé d'éléments érotiques refoulés [...] La liquidation du transfert est l'une des tâches les plus importantes du traitement. »

« Pour introduire le narcissisme » (1914) souligne l'idéalisation : « Dans l'amour de transfert, le narcissisme est projeté sur le médecin : le patient aime ce qui manque à son moi pour être conforme à son Idéal du Moi. » En 1915, dans « Remémoration, répétition et élaboration », c'est la répétition : « Le transfert lui-même n'est qu'un fragment de répétition et la répétition est le transfert du passé oublié. Plus la résistance sera grande, plus la mise en acte se substituera au souvenir [...] Le transfert peut arrêter l'automatisme de répétition et le muer en souvenir ; le transfert est une maladie artificielle. » Et, toujours en 1915, la difficulté (« Observation sur l'amour

de transfert ») : « L'obstacle de la cure réside dans le maniement du transfert : l'amour de transfert ne doit jamais être repoussé mais l'analyste ne doit jamais passer à l'acte, même en paroles [...] Si l'amour de transfert sert la résistance, ce n'est pas d'elle qu'il s'origine, mais de ce qui provoque tout amour. »

Freud peut alors résumer sa pensée : « Le transfert est un phénomène qui présente des rapports étroits avec la nature de l'état morbide [...] Le transfert de sentiment sur le médecin peut être tumultueux [...] Il existe un transfert négatif, plus répandu chez les hommes. Le transfert peut être favorable au traitement ou occasionner des résistances, mais même le transfert négatif sert au progrès de l'analyse [...] » (« Introduction à la psychanalyse », 1917). Il y revient encore dans « Les Nouvelles voies de la thérapeutique psychanalytique » (1919) : « [...] il faut, en nous servant du transfert, montrer l'inutilité du refoulement de l'enfance et l'impossibilité de conduire une vie suivant le principe de plaisir [...] Le transfert qui sert de substitut à la satisfaction est le lieu de la frustration bénéfique et la source de la force qui rend supportable cette frustration. » Enfin, en 1938, dans son *Abrégé de psychanalyse*, il écrit : « Le transfert amène le malade à faire se dérouler nettement sous nos yeux un fragment important de son histoire. Tout se passe comme s'il agissait devant nous au lieu de simplement nous informer. Il n'est nullement souhaitable que le patient en dehors du transfert agisse au lieu de se souvenir. L'idéal est qu'il ne manifeste des réactions anormales que dans le transfert. »

Les travaux de Freud sur cette question restent d'actualité à propos de la névrose et de la névrose infantile. Ils sont corroborés par l'observation directe, et la reconstruction opérée par Freud de ce qui se passe dans l'enfance a été largement validée depuis. Certains vont même jusqu'à dire qu'il n'y a de psychanalyse que dans ce champ du transfert névrotique, ce qui est très restrictif. Les travaux sur les troubles graves de la personnalité ouvrent d'autres horizons, en particulier par le biais du travail sur le contre-transfert.

### *Contre-transfert*

En 1910, dans « Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique », Freud donne la définition suivante du contre-transfert : « Le contre-transfert résulte de l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin. »

Freud a toujours mis en avant la nécessité de la maîtrise du contre-transfert, qui s'obtient par l'analyse de l'analyste et plus tard par la poursuite de son autoanalyse. Mais il a eu des difficultés avec cette question : « Le problème du contre-transfert est un des plus difficiles de la technique psychanalytique [...] Ce qu'on donne au patient ne doit jamais être un affect spontané, mais doit toujours être consciemment exprimé, en plus ou

moins grande quantité selon les besoins [...] Donner trop peu à quelqu'un parce qu'on l'aime trop, c'est faire du tort au malade et c'est une faute technique » (lettre à Binswanger du 20 février 1913).

La prudence de Freud vis-à-vis du contre-transfert ayant laissé le champ ouvert, les années 1950 apportent une riche moisson de travaux. Si l'analyse du contre-transfert, pour Freud, est surtout le moyen de ne pas gêner le travail du patient, d'autres auteurs vont en faire un outil de connaissance de la situation analytique et du transfert.

Margaret Little (voir Heiman et al., 1987) résume ce que l'on entend par contre-transfert en 1951 :

- l'attitude inconsciente de l'analyste envers son patient ;
- les éléments refoulés non analysés chez l'analyste lui-même, qu'il reporte sur le patient de manière identique à celle dont le patient transfère sur son analyste ;
- quelque attitude ou mécanisme spécifique par lequel l'analyste rencontre le transfert de son patient ;
- la totalité des attitudes et comportements de l'analyste envers son patient, ce qui comporte toutes les attitudes conscientes et inconscientes.

M. Little et bien d'autres kleinienens ensuite considèrent que le contre-transfert est le moyen de connaissance de la psyché du patient dans les troubles graves de la personnalité.

M. Klein, sans jamais parler de contre-transfert, a décrit le mécanisme d'identification projective par lequel un patient se débarrasse de parties non souhaitées de son psychisme dans le psychisme de l'analyste. Cela permet de comprendre les phases précoces de la communication et de montrer comment il revient à la mère, ou à l'analyste, de penser les émotions non pensées que le bébé projette dans le psychisme de l'autre. Cela ouvre la possibilité d'étendre la psychanalyse à d'autres domaines que la névrose, aux troubles narcissiques graves et aux thérapies de groupes ou de familles.

Par l'analyse de ce qui se passe en lui, l'analyste comprend le patient qui peut ainsi se débarrasser d'affects négatifs, ou tenter de contrôler le psychisme de l'analyste, comme Rosenfeld l'a montré, voire y déposer des éléments positifs pour les mettre à l'abri.

Cette circulation des affects entre patient et analyste a été approfondie par Bion qui a montré que l'identification projective était un moyen normal de communication du bébé et qu'il était réciproque. Un affect non pensable est projeté dans l'analyste, qui l'élabore et le renvoie au patient sous la forme d'une interprétation introjectable par lui. Bion a établi un modèle de la construction de « l'appareil à penser » chez le bébé : avec les pensées introjetées, le bébé introjecte l'appareil à penser de la mère.

Ce modèle change la perspective du travail dans les troubles graves de la personnalité : le problème n'est pas de se souvenir, mais de mettre en pensée des éléments émotionnels vécus dans le *hic et nunc* de la séance. La perspective est alors renversée : la description des traumatismes passés vient éclairer le contenu de la séance.

### *Ferenczi et Lacan*

Ferenczi, avant Melanie Klein, avait voulu engager la psychanalyse du côté des cas non névrotiques ; il est le premier à avoir articulé cette question avec le désir de l'analyste. Il a cherché à vaincre les résistances du patient par des interventions actives, mais Freud ne l'a pas suivi. Lacan, plus tard, s'appuie sur ses travaux pour interroger la « résistance de l'analyste ». Lacan parle de « l'impropriété conceptuelle du terme contre-transfert » en le rattachant à la fonction de l'ego du psychanalyste. « Aucun de ces auteurs (de l'après-guerre) ne peut éviter de mettre les choses sur le plan du désir » : ce propos de Lacan, s'il ne résout rien, a le mérite d'interroger le désir de l'analyste et de le mettre en rapport avec son éthique.

## Bibliographie

---

- FREUD S. (1887-1904). – *Lettres à W. Fliess*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1905). – « Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) », in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1910). – « Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1912). – « La dynamique du transfert », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1914). – « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1915). – « Remémoration, répétition et élaboration », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1915). – « Observation sur l'amour de transfert », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1917). – « Introduction à la psychanalyse », in *Œuvres complètes*, t. XIV, Paris, PUF, 2000.
- FREUD S. (1919). – « Les nouvelles voies de la psychanalyse », in *Œuvres complètes*, t. XV, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1938). – *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1970.
- FREUD S., BINSWANGER L. (1908-1938). – *Correspondance*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- FREUD S., BREUER J. (1895). – *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1989.
- HEIMANN P., LITTLE M., TOWER L., REICH A. (1987). — *Le Contre-transfert*, Paris, Navarin.

## Pour en savoir plus

---

- BERCHERIE P. (1988). — *Géographie du champ psychanalytique*, Paris, Navarin, coll. « Bibliothèque des Analytica ».
- BOURDIN D. (2000). — *La Psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Rosny, Bréal.
- DELRIEU A. (1997). — *Sigmund Freud. Index thématique*, Paris, Anthropos.
- DESGROSEILLERS R. — site internet « La Psychanalyse », <http://pages.globetrotter.net/desgros/>
- FREUD A. (1936). — *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1972.
- FREUD S. — *Œuvres complètes*, Paris, PUF, publication en cours.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). — *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- MIJOLLA A. de (dir.) (2002). — *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Hachette, 2005.
- MIJOLLA A. de, MIJOLLA-MELLOR S. de (dir.) (1996). — *Psychanalyse*, Paris, PUF.
- NEYRAULT M. (1974). — *Le Transfert*, Paris, PUF, 2006.
- QUINODOZ J.-M. (2004). — *Lire Freud*, Paris, PUF.
- RACKER H. (1979). — *Étude sur la technique psychanalytique. Transfert et contre-transfert*, Meyzieux, Cesura, 1997.
- ROUDINESCO E. (1982). — *La Bataille de Cent Ans. Histoire de la psychanalyse en France*, Paris, Ramsay – Le Seuil, 1986, 2 vol.
- ROUDINESCO E. (1993). — *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Paris, Fayard.

# 5

## La psychopathologie psychanalytique

M. Amar



La découverte de la psychanalyse par Sigmund Freud a profondément modifié les conceptions psychopathologiques, se distinguant à la fois de la suggestion hypnotique et des conceptions neurophysiologiques ou psychodynamiques procédant des notions de dégénérescence ou de tempérament qui lui étaient contemporaines. Par la méthode d'investigation psychanalytique qu'il met au point et en postulant l'existence d'un appareil psychique distinct de la seule conscience, Freud va ouvrir un vaste champ de travail et de réflexion où s'élaborera une nouvelle psychopathologie caractérisée par des notions encore très actuelles comme les notions d'investissement, de défense, de complexe. Plus récemment, les développements de la psychopathologie freudienne vers les notions de dépression essentielle, d'identification projective et d'adhésivité ont abouti à des extensions de ce domaine vers la psychosomatique et vers l'autisme, tandis que les travaux du pédiatre anglais Winnicott conciliaient pédiatrie et psychanalyse.

L'étude de la psychopathologie psycho-analytique doit reposer sur un bref rappel de notions fondamentales.

### L'inconscient et le refoulement

Dans le chapitre 7 de son ouvrage *L'Interprétation des rêves* (*Die Traumdeutung*, littéralement : rendre le rêve accessible, en langue allemande – première publication 1900), Freud décrit l'appareil psychique comme un appareil doué d'une certaine profondeur dont la conscience ne représente qu'une extrémité. Il s'agit d'une extrémité qui peut être en rapport avec le monde extérieur par les organes des sens et avec le monde intérieur par l'introspection. On pourrait dire que, d'une certaine manière,

les deux pôles conscience de l'analysant et de l'analyste sont au contact l'un avec l'autre.

Séparé du pôle perception – conscience par la ligne de démarcation, parfois comparée à un poste de douane, du préconscient, l'inconscient s'étend très largement en profondeur. Il est dans sa majeure partie à tout jamais inconnaissable et il fonctionne selon un processus qualifié de primaire, procédant à des condensations, des associations, des regroupements par assonance sans véritable travail de conscience. En permanence, des motions pulsionnelles, composées d'un formant d'affect et d'un formant de représentation, se fraient un chemin vers la conscience. La plupart du temps, que le sujet soit en train de rêver ou qu'il laisse venir ses pensées comme le propose le psychanalyste, ce processus d'acheminement vers la conscience bute contre la censure préconsciente, le poste de douane, et se voit barré l'accès à la conscience. Le retour dans les profondeurs de l'inconscient de la motion pulsionnelle ainsi refoulée s'accompagne de la dissociation de ces deux formants et d'une nouvelle combinaison de l'affect avec une autre représentation unie à la précédente par certaines connexions, mais différente.

Notre organisation pulsionnelle tente en permanence de se frayer un chemin jusqu'à la conscience et se trouve en permanence refoulée. Le refoulement fait partie de la vie psychique de l'individu normal, il en est même une des caractéristiques. Une bonne perméabilité du préconscient lui permet de laisser passer parfois des motions pulsionnelles qui associent l'affect à des représentations de plus en plus éloignées de la représentation initiale. Le travail du rêve, qu'il se produise pendant la nuit ou pendant l'étape de veille, est un constant remaniement, un constant travestissement des affects pour les amener à la conscience malgré la censure préconsciente.

C'est bien l'interprétation du rêve et non pas le rêve lui-même qui est la voie royale d'exploration de l'inconscient. La polarité de l'appareil psychique d'un inconscient profond vers un système perception-conscience, protégé par la censure préconsciente, rend illusoire toute exploration solitaire par l'introspection. Tourner la conscience vers les productions de l'inconscient renforce la censure préconsciente ou modifie et complexifie encore le travail du rêve. C'est ici qu'intervient le psychanalyste.

## La séance analytique

La représentation la plus fréquente du cadre analytique est celle d'une pièce insonorisée avec un divan et un fauteuil; un patient allongé sur le divan parle, un psychanalyste silencieux l'écoute. Cette représentation n'est pas fausse, mais ne décrit que la partie externe et matérielle du cadre. La notion de cadre telle qu'elle est décrite par Freud est en fait une notion

plus intériorisée, plus psychique, un cadre au sens figuré et non seulement au sens propre. Ce serait la rencontre de deux appareils psychiques, celui de l'analysant et celui de l'analyste.

Winnicott a beaucoup insisté sur le fait que la relation entre le patient et l'analyste était une relation asymétrique comme l'a été autrefois la relation entre le nourrisson et sa mère. Le nourrisson ignore qu'il est une personne et que sa mère est une autre personne existant dans un monde réel peuplé de nombreuses autres personnes. Le patient qui n'a pas encore eu l'expérience de la psychanalyse personnelle et qui débute dans cette démarche n'a au mieux qu'une connaissance livresque de ses phénomènes inconscients, préconscients et conscients; il en découvre peu à peu le fonctionnement en analysant, avec l'aide de l'analyste, c'est-à-dire avec les interprétations construites dans l'appareil psychique de l'analyste, le contenu et la signification de ses propres rêves.

Le cadre analytique est donc la mise en contact de deux appareils psychiques protégés par la règle d'abstinence qui précise que ces deux personnes ne se rencontrent que le temps de la séance analytique selon une périodicité définie au début. Selon les règles de l'Association psychanalytique internationale (International Psychoanalytical Association [IPA]), les séances durent au moins trois quarts d'heure et sont au nombre de trois ou de quatre par semaine.

Le patient est invité à parler librement de ce qui vient à son esprit et de ses rêves. L'analyste se doit de l'écouter et de traiter dans son esprit les éléments manifestes qui lui sont apportés pour en découvrir un sens latent.

## Remémorer-répéter-perlaborer

Si le rêve ou plutôt l'interprétation du rêve est la voie royale d'exploration de l'inconscient, il existe une autre voie pour cette exploration. Il s'agit de la méthode des associations libres. Le patient est invité à dire ce à quoi il pense, même si cela peut paraître saugrenu ou bizarre. Une des découvertes de Freud est que, dans l'expression de ses pensées et de ses paroles, peuvent survenir trois phénomènes qui caractérisent le processus psychanalytique, la remémorisation, la répétition et la perlaboration (1914b).

Se remémorer, c'est retrouver par association d'idées sur ses paroles, ses lapsus, ses rêves des souvenirs anciens qui émergent naturellement au fur et à mesure de l'acquisition d'une capacité à accueillir ce qui vient de la profondeur de son inconscient sans le refuser, le censurer ou sans résister. Cette remémoration débouche souvent sur l'acutisation de ce qui a constitué un traumatisme dans l'enfance du sujet. Les deuils, les séductions infantiles, les abandons ou événements ressentis comme des abandons sont remémorés et cette prise de conscience éclaire le fonctionnement psychique du sujet à ses propres yeux.

La répétition correspond à un passage en force d'éléments plus profondément ancrés dans l'inconscient ou suscitant de plus fortes résistances de la censure préconsciente. À son insu, le sujet répète avec l'analyste des attitudes ou des propos que celui-ci peut mettre en rapport avec des événements de la vie infantile du patient. Cette répétition n'est pas seulement concrète, matérialisée à travers des actes manqués ou des propos, elle est également profondément psychique, s'exprimant dans ce que les psychanalystes appellent le transfert, c'est-à-dire le transfert sur l'analyste de sentiments autrefois éprouvés vis-à-vis d'une autre personne, par exemple d'un des parents. Dans cette perspective, le transfert peut être, pour le même analyste, homme ou femme, un transfert tantôt masculin, tantôt féminin, tantôt porteur de loi et interdicteur, tantôt contenant et consolateur. L'analyste accepte de se voir revêtu du transfert du patient pour pouvoir donner plus de force à ses interprétations qui se situent idéalement dans le transfert.

Au transfert dans l'esprit des patients répond le contre-transfert dans l'esprit de l'analyste, ensemble de sentiments ou de transferts d'affect ou de représentations projetées sur le patient. Le lien analytique est un lien vivant, comme celui qui unit la mère au nourrisson. Comme celui-ci, il est asymétrique, l'analyste ayant acquis par sa propre analyse et par sa formation une maîtrise suffisamment bonne de son contre-transfert de manière à ce qu'il puisse l'utiliser comme un élément d'exploration de sa relation avec son patient, sans se laisser conduire à des passages à l'acte vis-à-vis de lui.

La perlaboration est le troisième élément du processus. Elle est la capacité du sujet à remodeler son fonctionnement psychique, à assouplir ses défenses, à accepter, à reconnaître ce qui vient de son inconscient. Les conflits névrotiques peuvent se dénouer, libérant une grande énergie et une grande créativité qui étaient précédemment immobilisées.

## La psychopathologie freudienne et postfreudienne

La notion d'appareil psychique vient donner un éclairage original à la distinction très ancienne des psychiatres classiques établie entre psychose et névrose. Cette distinction est abordée par Freud dans son article fameux de 1914 : « Pour introduire le narcissisme » (dans la théorie psychanalytique). Intéressé de voir ce que sa pratique et sa théorie apportaient à la connaissance et au traitement des troubles névrotiques, Freud souhaitait étudier de quelle manière elles pourraient être utilisées pour comprendre et traiter les psychoses. La réflexion autour de la notion de narcissisme menée chez des psychiatres qui étaient ses contemporains l'amène à décrire le petit être humain comme une vésicule excitable. Ouvert à toutes sensations, à toutes stimulations et protégé uniquement par ses organes des sens et son tégument, le bébé humain est un infirme sur le plan moteur, incapable de

saisir, de se déplacer, de subvenir seul à ses besoins. Cette néoténie joue un grand rôle dans l'organisation du narcissisme primaire.

## Répéter l'imaginaire : le narcissisme

Freud définit le plaisir comme le retour à l'état basal après une excitation. Ce n'est pas l'excitation qui est le plaisir, c'est la fin de l'excitation.

Il définit l'enfant, vésicule excitable, comme le siège, au début, d'une multitude de petites principautés, les narcissismes partiels. Lorsque, sous l'effet d'un facteur extérieur qui est sans doute constitué par les soins maternels, l'enfant parvient à unifier tous ses érotismes primaires, il constitue le narcissisme primaire.

### *Libido narcissique et libido objectale*

Le narcissisme est une sorte de protection contre l'agression extérieure, de doublure interne de la peau, en même temps qu'il est une force potentielle qui s'exprime à travers ce que Freud dénommera libido. Initialement concentrée autour du corps propre et du narcissisme primaire, la libido est décrite comme libido narcissique. Elle est une force pulsionnelle, c'est-à-dire se situant à la jonction du somatique et du psychique ; elle a besoin de s'investir sur un objet. Le mouvement par lequel la libido narcissique se dirige vers l'objet est une transformation que Freud dénomme libido objectale. Le jeu entre libido narcissique et libido objectale, un jeu souple d'investissement – désinvestissement des objets, est un jeu à somme nulle. Quand la libido objectale se développe, la libido narcissique s'appauvrit et l'excitation autocentrée du corps s'affaiblit. En ce sens, l'objet est un peu la source de la pulsion, comme l'a affirmé le psychanalyste français Jean Laplanche (1997).

Mais que l'objet vienne à faire défaut, parce qu'il est absent ou parce qu'il est accaparé par un autre souci, et l'investissement libidinal objectal peut refluer vers le narcissisme, provoquant une excitation importante que le sujet a du mal à traiter. Ce mouvement de transformation de la libido narcissique en libido d'objet est à l'origine d'une très importante distinction freudienne, celle qui isole les structures narcissiques des structures objectales, les premières restant autocentrées, les secondes ayant accès à la rencontre avec un objet « autre que », « différent », susceptible lui-même de les confronter à la multiplicité des objets et en tout premier lieu au personnage tiers incarné par le père.

Ceux qui ne parviendront pas à réinvestir un objet externe et à établir des liens objectaux ou une « relation objectale » demeureront autocentrés. La psychanalyse ne se prononce pas sur la cause ultime de ce renoncement à l'objectalité, de cette impossibilité à établir une relation objectale. Elle est,

plus que d'autres voies d'abord, sensible à son aspect défensif et psychique, mais il est concevable que des données somatiques constitutionnelles puissent gêner l'établissement de leur action d'objet et concourir au repli narcissique de la libido tel qu'on l'observe dans certaines pathologies comme l'autisme infantile. Chez d'autres sujets qui, malgré un reflux narcissique de la libido excessif, prononcé et durable, sont parvenus à rétablir une certaine forme de relation d'objet, il sera légitime de parler d'enclaves autistiques lorsque certains traits de personnalité marqués par le reflux narcissique de toute libido s'expriment de manière prépondérante, comme c'est le cas chez certaines anorectiques mentales par exemple.

### *Développements postfreudiens*

L'époque du narcissisme primaire est une période de la vie du bébé qui a beaucoup inspiré certains analystes, élèves de Freud : Melanie Klein et les auteurs postkleiniens, parmi lesquels Esther Bick.

La conception kleinienne de l'étayage du bébé par les soins maternels est que la mère fournit au bébé un objet interne, au fonctionnement psychique duquel le bébé peut s'identifier, parvenant à concevoir alors le fantasme d'un monde intérieur et d'un monde extérieur. Par un autre cheminement que Freud, Melanie Klein en vient à concevoir les relations précoces et psychiques entre le nouveau-né et le monde extérieur, c'est-à-dire la mère mais également le père et les personnes concourant aux soins au bébé, comme marquées par un phénomène normal, ayant fonction de défense contre l'angoisse, mais susceptible de prendre une dimension pathologique par son excès d'intensité et sa rigidification.

Il s'agit de l'identification projective. Elle est la phase négative de cette introjection identificative qui a marqué la manière dont, avec les premières expériences d'alimentation mais également de tenue dans les bras de la mère et de contacts peau à peau, le bébé a introjecté un objet interne maternel suffisamment bon pour le protéger et l'animer.

Mais il y a des moments où le bébé est tourmenté par des douleurs, des insatisfactions, des malaises internes souvent d'origine somatique. Il les projette alors hors de lui et a besoin, pour que ces éléments négatifs ne lui reviennent pas dessus comme un boomerang, d'un objet qui puisse les recevoir en lui et les contenir. C'est le mécanisme de l'identification projective qui s'accompagne toujours d'un clivage de l'objet en bon et mauvais objet, « bon sein » et « mauvais sein » selon la terminologie de Melanie Klein (1952). L'enfant évolue entre deux positions que Melanie Klein prend beaucoup de soin à distinguer des stades freudiens : la position schizoparanoïde et la position dépressive dont l'alternance est figurée par le schéma SP ↔ D, schéma que reprendra Bion dans ses *Éléments de psychanalyse* (1963). La position schizoparanoïde est caractérisée par la persécution, le clivage de l'objet, mais également la crainte de rétorsion de la part de l'objet blessé,

endommagé ou agressé fantasmatiquement. La position dépressive, qui peut s'établir clairement à partir du sixième mois, correspond à la capacité de l'enfant à concevoir un objet d'amour unifié, une personne unique éventuellement irremplaçable et qui pourrait être perdue.

Les personnes qui resteront obstinément fixées sur une position schizoparanoïde sont plus que d'autres exposées au risque de clivage et de persécution qui caractérise les grandes psychoses de l'adulte, mais aussi certaines psychoses infantiles : la paranoïa, l'état paranoïde, le déni de la réalité. Ces pathologies fonctionnent par identification projective, pathologique, permanente et rigide. Le mécanisme psychique lui-même de l'identification projective peut cependant se repérer chez des individus que nous ne décrivirions pas comme des malades mentaux, tel le sentiment persécutif de l'automobiliste coincé dans les embouteillages.

De même, une difficulté particulière à tenir la position dépressive dans ce qu'elle a de fécond et de créatif, de reconnaissance de l'unicité et de l'individualité de la personne humaine peut déboucher, sous l'effet par exemple d'un sentiment de culpabilité inconscient, sur le sentiment de douleur morale profonde d'avoir irrémédiablement perdu l'objet d'amour, comme on l'observe dans la dépression mélancolique ou dans les fortes dépressions par perte d'étayage de l'enfant et de l'adolescent.

L'échec de l'élaboration de la position dépressive et l'incapacité à identifier un objet d'amour peut conduire le sujet à demeurer dans une situation d'objectalité sans objet qui caractérise la dépression essentielle selon Pierre Marty (1976). Le sujet, plus exposé que d'autres à la survenue de maladies somatiques, est alors psychiquement dépendant d'un environnement faste mais peu différencié. Son organisation psychique est marquée par la création d'un clivage entre l'inconscient et les capacités conscientes, comme si la zone de démarcation préconsciente était anormalement étanche, ne permettant pas une liaison souple et harmonieuse des pulsions inconscientes de manière à les laisser pénétrer la perception consciente.

## Répéter le traumatisme, le lit de la névrose

La conception psychanalytique de la névrose fait d'elle une défense contre le traumatisme et retrouve comme source fréquente de traumatisme l'angoisse de castration. Freud décrit dans son article « Inhibition, symptôme et angoisse » (1926) les similitudes qui existent entre l'angoisse de la naissance, l'angoisse du sevrage et l'angoisse de la découverte de la différence des sexes. Chez le garçon tout particulièrement, l'angoisse de castration provient de la découverte de la différence anatomique des sexes. Les petites filles sont-elles des garçons qui avaient un pénis et qui l'ont perdu ? Le petit garçon risque-t-il de subir le même sort ? Deux grandes voies s'ouvrent alors au petit garçon en proie à l'angoisse de castration :

– celle qui va vers l’assomption de l’angoisse, l’attribution au père du rôle castrateur et finalement la constitution du complexe d’Œdipe qui n’est certainement pas une maladie mais au contraire une étape maturative du psychisme humain ;

– celle du déni de la perception de la différence des sexes et d’une organisation fétichiste marquée par la recherche effrénée de quelque chose qui matérialiserait ce qui n’existe pas : le pénis féminin. Ce pourrait être un détail vestimentaire, talons aiguilles, bas de soie, chapeau, nattes, etc.

Chez la petite fille, la constitution de l’Œdipe est plus complexe. Les descriptions très phallo-centrées de Freud ne nous paraissent pas toujours correspondre à la complexité de la psyché féminine. Le rôle des identifications est sans doute plus fort, et les distinctions entre identification au féminin de la mère et identification au maternel de la mère rendent compte d’un point de vue embrassant plus la totalité du corps que le simple pénis qui caractérise le psychisme féminin. Celui-ci est par ailleurs beaucoup plus imprégné de narcissisme disait Freud, et l’angoisse sera plus celle d’être abandonnée ou de voir sa beauté volée que celle de la castration pure et simple qui tourmente le petit garçon.

La répétition du traumatisme n’est pas toujours la répétition d’un traumatisme réel : abandon, menace réelle de castration voire séduction ou abus sexuel. Elle est parfois la répétition actualisée par un objet phobogène ou un malaise somatique d’une angoisse ressentie autrefois et oubliée, refoulée mais réactivée dans l’après-coup au moment de l’adolescence. C’est ce schéma qui explique la plupart des troubles névrotiques et permet, selon la nature des mécanismes de défense contre l’angoisse de castration, de distinguer des organisations névrotiques de nature hystérique, phobique ou obsessionnelle.

## La haine de l’amour et les défenses violentes contre l’angoisse dépressive

Ce sont deux notions n’entrant ni dans le monde de la psychose ni dans celui de la névrose et qui revêtent une certaine importance psychopathologique à l’heure actuelle. Impliqués dans les pathologies perverses et addictives, dans l’hyperactivité avec déficit d’attention de l’enfant et de l’adulte, ces types de défense sont caractérisés par la déception du lien objectal liée soit à la qualité insuffisamment bonne de l’objet, soit à une trop forte agressivité du sujet dans son identification projective.

L’organisation libidinale de ces structures qui s’intégreraient assez bien dans les états limites les porte à se détourner d’une relation affective avec un objet humain, toujours aléatoire dans sa réponse, et à se tourner préférentiellement vers une relation avec un objet concret et les sensations qu’il peut induire : la drogue chez le toxicomane, l’alcool chez l’alcoolique, la faim chez l’anorexique. Dans d’autres cas, c’est vers un état de tension

somatique aboutissant à la non-pensée, à la destruction de tout lien affectif profond que se tourne l'enfant par ce curieux syndrome qu'est l'hyperactivité avec déficit d'attention.

En fin de compte, la psychopathologie freudienne, marquée par l'hypothèse selon laquelle il existe un appareil psychique qui comprend une grande partie inconsciente, et celle selon laquelle cet appareil psychique se façonne au fil des expériences somatiques et psychiques vécues avec l'environnement, constitue une psychopathologie marquée par une conception fondamentalement dynamique faite de mouvements d'investissement, de désinvestissement, d'élans affectifs et de peurs de rétorsion. Il s'agit d'une psychopathologie qui insiste beaucoup sur les notions de défense, d'adaptation, sur les vicissitudes de la relation à l'objet. Elle retrouve cependant les grandes catégories de la psychopathologie classique auxquelles elle donne une profondeur et une signification en rapport avec l'appareil psychique et la sexualité infantile.

## Bibliographie

---

- BION W.R. (1963). — *Éléments de psychanalyse*, Paris, PUF, 1979.
- FREUD S. (1900). — *L'Interprétation des rêves*, in *Œuvres complètes*, t. IV, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1914a). — « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 81-105.
- FREUD S. (1914b). — « Remémoration, répétition et élaboration », in *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970, p. 105-115.
- FREUD S. (1926). — *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1951.
- KLEIN M. (1952). — *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
- LAPLANCHE J. (1997). — *Le Primat de l'autre en psychanalyse*, Paris, Flammarion.
- MARTY P. (1976). — *Les Mouvements individuels de la vie et mort en psychanalyse*, Paris, Payot.

## Pour en savoir plus

---

- BERGERET J. (dir.) (1972). — *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, Paris, Masson, 2000.
- BRUSSET B. (1988). — *Psychanalyse du lien. La relation d'objet*, Paris, Le Centurion.
- HARRIS WILLIAMS M. (dir.) (1998). — *Les Écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2007.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). — *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1973.

# 6

## Clinique des premiers entretiens

J. Plissonneau



La relation qui deviendra le support d'une psychothérapie, peut-être d'une psychanalyse, ou simplement d'une consultation, va se nouer dès la première rencontre. C'est ce qu'on appelle le transfert et son pendant, le contre-transfert. Pour certains, l'ensemble est regroupé dans le seul transfert selon l'idée que tout ce qui s'éprouve dans la relation est apporté par le patient et est à interroger comme un symptôme (« Le contre-transfert, c'est tout ce qui est apporté par le patient et qui est refoulé par l'analyste », Lacan, 1956 – 1957). Comme on le sait, le symptôme n'est pas la « maladie », mais son expression. De même, du point de vue de la psychanalyse, concernant la psyché, les manifestations sont des représentations de la souffrance du patient, qu'elles soient physiques (maux en tous genres, atteintes de certaines fonctions, etc.) dans le comportement ou dans le mode de pensée (inhibition, angoisses, etc.).

Ainsi, dans les premiers entretiens, il va y avoir ce que le patient dit de sa souffrance (avec « preuves à l'appui »...) et ce qu'il ne dit pas mais que l'on doit entendre, repérer, y compris dans ce que cela provoque en nous, comme un dire. Ces mots cachés dans des maux ou des désordres expriment inconsciemment la douleur. Le but de ces premiers entretiens est de faire comprendre au patient qu'on entend autre chose que ce qu'il dit sans savoir et, surtout, sans interpréter quoi que ce soit qui serait purement imaginaire de notre part et d'une grande violence pour le sujet. Le but est d'ouvrir des portes et non de les fermer. C'est le *temps des questions*.

Dans les premiers entretiens, il me semble important de distinguer deux temps : le premier entretien en soi, avec ses spécificités selon qu'il s'agit d'un adulte, d'un enfant ou d'un adolescent, et l'ensemble des premiers entretiens avec leurs visées, contenu et durée. La première partie se veut une clinique différentielle de ces trois catégories; il n'y a aucune recette à en tirer, chaque rencontre est à inventer. Chaque situation est différente et originale, nous obligeant sans cesse à puiser dans nos ressources pour en dégager l'essence et les ressorts en jeu.

## Le premier entretien selon l'âge

Lors du premier entretien émerge une *demande* que nous devons entendre. Mais il importe de ne pas se cantonner à la demande manifeste en reconnaissant le malheur de la personne, ni de se contenter de donner conseils pour aller mieux ou changer. Il s'agit plutôt de dégager ce qui serait la demande latente, au sens où : « toute demande est une demande d'Amour » (Lacan, 1960).

### *Avec l'adulte*

Ce qui paraît le plus évident est souvent *ce qui cache le mieux la demande*. L'adulte qui vient voir le psychanalyste ou le psychothérapeute n'est pas toujours porteur de sa demande. Il arrive très souvent qu'il relaye la demande de quelques autres : sa femme, son mari, son médecin etc. ; mais il n'a pas intériorisé cette demande et ne fait qu'y concéder. C'est tout l'intérêt du premier entretien que d'ouvrir sur la question de cette concession – au sens également de l'espace laissé à l'usage d'une famille pour y enterrer ses morts dans un cimetière... La relation thérapeutique ne peut se nouer qu'avec un sujet en présence et non par procuration.

Le cas le plus fréquent est malgré tout la *plainte généralisée avec la mise en avant des symptômes* ou de l'anamnèse au sens factuel – c'est-à-dire que si on l'écoute bien, il n'y a plus rien à entendre tellement l'explication est déjà là avant même de savoir où « ça fait mal » : « *Mon père battait ma mère, il était alcoolique...* » ; ou : « *Nous étions une famille sans problème, j'adorais mon père qui aimait ma mère et ses enfants vraiment il n'y a rien à voir de ce côté!* » Tout vient alors du mari, de la femme ou d'une situation extérieure.

L'*anamnèse*, évoquée plus haut, est cruciale, mais elle ne prendra de l'intérêt que bien plus tard, quand elle viendra faire sens dans le récit du patient. C'est en ce sens que l'on dit parfois que tout est déjà dans le premier entretien. L'anamnèse est la trame qui permet au sujet de tisser du sens pour son histoire. Pour s'en convaincre, il faut comparer le récit de l'anamnèse d'un patient au début et à la fin d'une thérapie. En voici un exemple.

M<sup>me</sup> X., jeune femme de 35 ans, s'adresse à moi après que la thérapeute de son fils énurétique, de 6 ans à l'époque, lui a proposé de faire sa propre démarche tant elle prenait de place dans les séances de celui-ci pour parler d'elle.

Il est évident, dans ce premier entretien, qu'elle a grand besoin de parler et de raconter comment son couple va mal. Son concubin, père de leur enfant, est un homme « *infernal, qui pique des crises, est immature, ne la comprend pas* », etc.

Deuxième d'une fratrie de trois, elle porte un prénom neutre qu'elle attribue à l'attente de ses parents d'un garçon, qui arrivera peu de temps après elle. Certes,

ce garçon va être très investi par leur mère, mais elle aura une « *tellement bonne relation* » avec son père qu'elle juge alors avoir eu une enfance très satisfaisante et sans problèmes majeurs. Elle a été très éprouvée par le décès de ce père il y a une petite dizaine d'années, mais aujourd'hui, elle en « *a fait son deuil* ». Elle, elle est forte et responsable ; d'ailleurs, on lui a confié un poste à responsabilité dans son entreprise où ses qualités et sa fiabilité son reconnues. Non, le problème n'est pas là, il est bien dû à cet homme sans compréhension qui la rend malheureuse, et son fils avec d'ailleurs...

Devant une telle présentation du problème et sur une pente aussi propice à indiquer le mari comme bourreau, ce qui peut évidemment durer des heures, je l'interromps pour lui poser, avec grandes précautions, la question suivante : « *Dites-moi, j'entends comme la situation est difficile et douloureuse mais, si je peux me permettre, pourquoi avez-vous justement choisi cet homme-là pour en faire votre mari et faire votre enfant ?* » L'effet immédiat est saisissant : elle est sidérée et me regarde comme si je ne comprenais rien à ses problèmes. Cependant, elle commence alors à raconter qu'elle l'a rencontré peu de temps après la mort de son père dont elle avait « *marqué le deuil* » pendant un an. Ensuite, elle avait voulu un enfant alors qu'il n'était pas prêt et, enfin, après la naissance de celui-ci, elle s'était consacrée quasi exclusivement à son fils. Le simple fait de changer de place face à son propre discours lui permet alors d'entendre que ce qu'elle doit interroger ce sont ses propres choix. Les entretiens suivants feront vite apparaître son manque de confiance en elle et l'angoisse, qu'elle combat par le contrôle et la maîtrise mais qui la débordent.

Elle débute son analyse assez rapidement pour y découvrir au long des années comment sa vie affective avait été conditionnée par son attachement à son père et le dépit envers l'amour que sa mère avait porté au petit frère, tout en disant qu'avoir un garçon était le désir du père. M<sup>me</sup> X. avait trouvé refuge dans l'amour de son père au prix de vouloir le satisfaire en faisant « *comme un garçon tout en étant une fille* »... La complicité entre eux allait jusqu'aux essayages de sous-vêtements pour la mère que le père faisait faire à sa fille lors d'après-midi de shopping quand elle avait 17 ans. Le choix de son concubin n'avait été au fond qu'un moyen de poursuivre sa relation particulière avec son propre père. Ses pseudo-force et maturité n'étaient au contraire que fragilité et immaturité qui la conduisaient vers l'échec et l'insatisfaction.

Il a fallu plusieurs années d'analyse pour qu'elle retrouve sa place de femme (au-delà de son divorce) en confiance, avec plaisir dans la relation amoureuse et satisfaction dans les grands aspects de sa vie. Mais tout était déjà là dans le premier entretien...

## Avec l'enfant

Le premier entretien pour un enfant est un moment très important. Il n'est pas rare de ne pas avoir de suite à un premier entretien, surtout en institution. Contrairement à ce que beaucoup de jeunes étudiants et particulièrement étudiantes pensent, avant de commencer avec des enfants, il faut généralement une bonne dose d'expérience avec des adultes. Depuis Françoise Dolto, on a mesuré l'importance de considérer l'enfant comme une personne à part entière ; donc de prendre en compte ses dires, ses mani-

festations, ses symptômes comme un langage, comme l'expression de sa demande à lui. Cependant, la *demande des parents* est la première chose à laquelle on a affaire quand on reçoit un enfant. On imagine facilement combien la situation est délicate et comment il est aisé de se trouver – pour peu qu'on mette un peu trop son cœur à l'ouvrage – inquiet voire angoissé de ne pas pouvoir réparer le « trésor ». Ce serait alors être pris par la demande des parents. C'est pour cela qu'il me paraît extrêmement important de prendre le temps d'écouter les parents en présence de l'enfant et de lui demander à lui ce qu'il pense de ce que ses parents disent ; de le placer, lui, au cœur de l'entretien non pas comme objet mais comme sujet pour lequel je suis là. Je ne suis pas là au service des parents mais au service de l'enfant.

En revanche, l'anamnèse est dans ce cas de première importance, car elle situe *la place de chacun à travers le récit* que les parents en font : les événements, parfois bénins, mais aussi le parcours du devenir parent, les désirs du père et de la mère, leur fonction. C'est aussi à ce moment qu'on peut entendre les non-dits parfois énoncés devant l'enfant en disant qu'il ne le sait pas. Ce n'est pas l'enfant qui peut donner le texte de son histoire ; mais c'est lui qui mettra par la suite la ponctuation et les accents.

De ces deux premiers points découle, comme préalable à toute suite possible à la consultation, l'*accord des parents* et particulièrement du père. Il n'est pas rare de voir l'un des deux parents soit être trop menacé par une éventuelle amélioration de la situation, soit risquer d'être dépossédé d'une place majeure si elle est négligée par l'autre parent<sup>1</sup>. Dans les institutions, quand la situation est compliquée, que la demande est souvent celle de l'école et que l'enfant est manifestement en souffrance ou en risque, on peut parfois se passer de l'accord du père à partir du moment où il ne s'y oppose pas formellement.

Poser le cadre de la parole est aussi l'une des choses les plus importantes à faire dès le premier entretien. Ainsi, on doit garantir l'enfant de la *protection de sa parole*. Il s'agit de lui dire clairement que, dans le cadre des séances, il pourra nous dire absolument tout ce qu'il veut car le secret le protège et que nous ne le répéterons pas sans son accord, même aux parents<sup>2</sup>.

Personne ne peut savoir ce qu'il me dit, mais lui peut répéter ce qu'il veut à qui il veut. Par ailleurs, tout ce que j'apprendrai sur lui par quiconque, je le lui répéterai. Dans les entretiens avec les parents, il est parfois nécessaire

1. Dans son livre préfacé par Françoise Dolto, *Le Premier rendez-vous chez le psychanalyste* (1965), Maud Mannoni dépile une vingtaine de premiers entretiens qu'il est très intéressant de lire.

2. Il convient ici de préciser que nous devons respecter la loi sur le secret. Le cas échéant – ce qui est très rare –, il se peut que nous soyons *autorisés* à, ou *obligés* de lever le secret professionnel. Si tel est le cas, ce sera après en avoir longuement parlé avec l'enfant et expliqué en quoi nous sommes nous-mêmes soumis à des règles.

de faire sortir l'enfant pour écouter ce que les parents peuvent avoir à raconter de leur histoire d'adulte. On peut alors séparer les deux discours et dire à l'enfant que ce qui concerne les histoires des grands, il n'a pas à le savoir; cependant, ce qui le concerne, il le saura. Construire cet espace d'expression du psychisme est la seule possibilité pour qu'une vérité se dégage.

K. est un petit garçon de 4 ans, que sa mère, venue d'Afrique subsaharienne, me présente comme étant son troisième et dernier enfant. Elle est adressée à la consultation du CAPP<sup>1</sup> par l'école maternelle qui est très inquiète. K. ne parle pas, n'investit aucune activité, semble ne rien comprendre de ce qu'on lui dit; malgré une première année de petite section, il commence une moyenne section en présentant de fait un retard inquiétant. Il est collé à elle, inhibé quand il en est séparé, mais parle normalement à la maison et semble avoir un bon développement, me raconte la mère qui parle et lit très bien le français, comme son mari me dit-elle. Avec leurs trois enfants, ils sont très bien intégrés. Elle m'explique qu'ils n'ont pas eu d'autres enfants comme signe de cette intégration.

Les séances commencent. Même si K. peut rester seul avec moi, il ne parle pas. S'il peut investir les animaux, il ne raconte rien avec, il reste dans son coin tout en prenant des objets pour les mettre ailleurs. Le dessin est très pauvre, une forme non fermée, une sorte de début d'aller retour, avec un autre trait au milieu qu'il fait avec application. Cependant, K. est dans la relation et me regarde l'air content tout en disant parfois son prénom. Malgré tout, c'est le genre de séance qui laisse l'impression que rien ne se passe. La mère ne semble pas inquiète, avec une certaine nonchalance; elle semble trouver les choses normales, ne voit rien de particulier dans leur vie, même si elle coopère facilement.

Après plusieurs entretiens sur ce mode, je ne vois rien bouger et ne comprends pas grand-chose de ce qui visiblement empêche K. de grandir en dehors de la présence de sa mère. Je reçois la mère avec lui une séance sur trois, pensant que c'est dans cette présence qu'il y aurait quelque chose à entendre. Lors d'une de ces séances, je lui demande de me reparler de la grossesse et de la naissance de K. Elle raconte alors que la naissance s'est un peu précipitée car elle faisait des crises d'éclampsie et qu'une d'entre elles l'a plongée dans un coma de plusieurs jours. L'équipe médicale a alors décidé de faire naître le bébé prématurément à 8 mois et une semaine, par césarienne. Elle ne le voit que 4 jours plus tard alors qu'il est en couveuse. K. écoute attentivement ce que dit sa mère après que je lui ai dit que l'on parle de son histoire. Je décide alors de lui dire : « *Ce que me dit ta maman c'est que quand tu es né elle n'était pas là. Peut-être as-tu eu peur tout seul, ou pour maman, peut-être t'es-tu senti perdu ?* » La mère écoute et semble acquiescer à mes propos comme s'ils faisaient enfin délivrance...

Elle me confirme que cette épreuve l'a beaucoup inquiétée et que la décision de ne pas avoir d'autres enfants vient de là. Elle dit encore qu'elle s'en est consolée avec K., ce petit dernier. À la fin de la séance, je le garde seul et lui redis l'histoire que sa mère vient de raconter. Il fait alors un dessin qui représente deux formes rondes fermées avec chacune un trait en dessous et l'une avec un autre petit rond à l'intérieur. Je lui demande où il serait dans le dessin : il m'indique le petit rond

1. Centre d'adaptation psycho-pédagogique.

tout en disant « *maman* » pour le deuxième rond. Il est à l'intérieur et en même temps à l'extérieur. La thérapie peut enfin débiter, K. n'a plus besoin de sa mère dans les séances. À partir de là, il va commencer à raconter des histoires et, pourrait-on dire, à reparcourir le chemin depuis sa naissance. Les premiers entretiens ont été nombreux (une dizaine) pour dégager une parole qui puisse faire lien pour l'enfant avec le monde. Dégager aussi de l'anamnèse quelque chose qui fasse histoire pour lui, contrairement à la première version qui m'avait été contée...

### *Chez l'adolescent*

Le premier entretien avec un adolescent est placé en dernier car il constitue un hybride des deux autres. S'il y a un point essentiel avec un adolescent, c'est de *séparer d'emblée sa demande propre de celle de ses parents*. Aucun travail réel ne pourra s'amorcer sans l'adhésion du jeune patient. Contrairement à l'enfant, je reçois généralement l'adolescent seul dans le premier temps de l'entretien, puis avec ses parents. Il est primordial d'adopter le vouvoiement qui place immédiatement l'adolescent à une place différente. Il y a en outre un paradoxe très délicat à dépasser dans le travail avec les adolescents : l'adolescence en soi est un passage pour tout individu, une crise au sens du remaniement plus ou moins brutal qu'elle représente. La représentation pathologique que s'en font les parents n'est pas forcément fondée – c'est même plutôt rarement le cas. Toutefois, cette traversée peut être particulièrement agitée, et les angoisses très fortes de part et d'autre. Reconnaître chacun dans un espace propre et légitime semble être le préalable à tout travail possible.

Plus que dans tout autre entretien, la priorité est d'*établir le contact* avec le jeune sujet. Il ne s'agit surtout pas de chercher à devenir un « copain », et surtout pas de faire semblant, pas plus que de se faire l'avocat des parents. Je suis là pour lui mais pas avec lui ni contre ses parents. Il convient de lui adresser une parole vraie qui lui reconnaît une vraie place de devenir homme ou femme, mais aussi une vraie difficulté à y trouver ses repères.

Quand l'opposition de l'adolescent est flagrante, il est possible de proposer une sorte de contrat, de quelques séances par exemple, ce qui permet au jeune de se situer et peut-être de découvrir un peu plus sa propre demande, comme dans l'exemple suivant.

J., jeune garçon de 14 ans, commence son premier entretien en parlant de ses inquiétudes devant une baisse de ses notes et de plusieurs petites peurs qui le poursuivent depuis l'enfance. Pourtant, quoique d'apparence un peu frêle, il dégage une énergie tout à fait positive. Son intelligence est vive, pleine de finesse et d'humour. Il est grand lecteur et pianiste confirmé ainsi que joueur de tennis. Dernier d'une fratrie de trois, il est scolarisé dans un très bon collège depuis peu, suite au déménagement des parents. C'est ce point qui constitue le seul événement notable de sa vie ces dernières années. Il se décrit volontiers étourdi, mais rajoute que son père l'est aussi...

Lorsque je fais rentrer le père, je me rends compte que ce déménagement a particulièrement modifié l'équilibre familial et visiblement fait surgir de l'anxiété chez les parents. Tous les deux professeurs, le père a obtenu sa mutation mais pas la mère, qui s'absente donc la moitié de la semaine. Déjà très soucieux de l'éducation de leurs enfants, il semble que tous deux redoublent d'efforts pour veiller sur J. qui est au cœur de leur préoccupation comme s'il s'agissait encore d'un tout petit. Ils trouvent que ses notes sont basses, qu'elles sont loin de refléter ses capacités, et que J. semble très absorbé par les jeux d'ordinateur.

À la deuxième séance, je lui demande ce qu'il pense de l'inquiétude de ses parents. J. me raconte alors qu'ils sont tous les deux très anxieux et qu'ils sont « *beaucoup sur son dos* », à lui dire comment il doit travailler, ranger sa chambre, préparer son cartable et réciter ses devoirs. Il ne peut prendre une demi-heure pour parler avec les copains après la fin des cours sans créer un climat de suspicion. Il dit que tout est très organisé à la maison et raconte comment sa mère, par exemple, prépare pendant le week-end tous les repas pour la moitié de la semaine où elle n'est pas là, les met dans des boîtes étiquetées avec l'ordre dans lequel il faut les prendre...

Il se rend compte tout en parlant que l'angoisse qui circule n'est pas vraiment la sienne. Il peut alors dégager ce qui lui appartient : la difficulté à quitter son lieu d'enfance, à se refaire une bande de copains, le niveau du collège qui est nettement meilleur que celui d'où il vient et le poids du regard parental. Il comprend aussi qu'il se soustrait à cela par l'étourderie, la désorganisation de sa chambre comme de son travail, et parfois par les jeux d'ordinateur, ce qui l'ennuie. Il reconnaît avoir besoin de ses parents pour l'aider à travailler, mais aimerait créer un dialogue plutôt qu'être contraint à l'exécution.

Après quelques séances, il demandera que je l'aide à formuler, à sa mère en particulier, la consistance de sa place singulière, distincte de celle que les parents imaginent. Une place en évolution avec les aléas ordinaires de toute transformation. Les premiers entretiens ont suffi à rendre la place de chacun audible pour les autres.

## Problématique des premiers entretiens

Au cours des premiers entretiens, tous les pièges sont à repérer et à éviter. Les premiers sont d'abord les nôtres qui nous poussent vers la compassion, mais il y a aussi le désir de réparer, de soigner, d'agir pour soulager la souffrance de l'autre. Les seconds sont ceux que le patient tend, et que l'on peut déjouer si on est au clair avec les premiers. Ainsi, les consultations qui se terminent sur une demande d'attestation pour servir dans un divorce, dans une plainte ou quoi que ce soit d'autre sont fréquentes. Les seules attestations que j'accepte de fournir sont celles de la présence à un rendez-vous – ce qui est souvent bien décevant...

Une fois passé le premier entretien, s'il y en a d'autres, il faut bien convenir que, pour autant, rien n'est vraiment engagé. Il faut *un certain nombre de rencontres* pour que le transfert qui s'est amorcé dès le début se noue suffisamment solidement et permette une thérapie. Il ne s'agit en aucun cas

d'affinité sentimentale puisque, justement, ce qui peut permettre au sujet de sortir de son puits, c'est la solidité d'un lien transférentiel qui pourra résister à tous les affects en jeu. Le transfert consiste en de l'Amour, à ne surtout pas confondre avec des sentiments amoureux ni avec les désirs qu'il emporte.

Si le premier entretien permet de commencer à dégager une demande et à poser le cadre de l'échange, les suivants vont permettre de dégager des *éléments diagnostiques*, d'*arrimer le transfert* et de *poser une indication*. En effet, ce n'est pas parce que l'on est psychanalyste que tous les patients ont besoin d'une cure type...

En quelque sorte, les premiers entretiens servent à défricher et à déchiffrer. Il est fréquent de voir des patients qui, passé le troisième entretien, ne savent plus quoi dire, comme si tout était dit, alors qu'au fond ce n'est qu'à partir de là que quelque chose peut peut-être commencer à se dire. C'est souvent après ces trois premiers entretiens que les choses en restent là. Il y a un effet de soulagement de la confession qui donne l'impression que tout va mieux, et surtout un effet de fermeture devant l'étendue de ce qui n'est pas dit et qui risque de déstabiliser le sujet. Qu'on se dirige vers une thérapie ou vers une analyse, ou qu'on en reste à la consultation, la *visée est que le patient s'approprie sa demande*, ses questions, sa souffrance – alors que la première démarche est de venir nous demander de résoudre, de traiter, de savoir ce qu'il en est de leur histoire : « *Dites-moi ce que vous savez de ce que je ne veux pas savoir.* » C'est ce qui nous différencie du médecin : nous n'avons pas de remèdes, pas de potions magiques. De même, surtout avec les enfants, les premiers entretiens peuvent conduire à reconnaître qu'il n'y a pas de problèmes particuliers. Je crois pour ma part qu'il faut se garder de se substituer aux parents et d'agir en amont de difficultés qui ne se sont pas présentées. Qui dit thérapie dit pathologie, c'est-à-dire que nous intervenons dans un après-coup et non dans une anticipation de ce qui pourrait arriver.

Le contenu des premiers entretiens est l'essentiel de l'ensemble du travail qui en découlera. C'est là que les grandes lignes diagnostiques doivent être dégagées. Ainsi, il nous faut nous repérer sur la *structuration psychique* de l'individu qui nous parle, et en tout premier lieu, différencier la psychose de la névrose, car la conduite du traitement que nous allons proposer doit permettre au patient sinon de guérir, du moins d'aller mieux au sens de vivre plus facilement. Si justement il faut quelque temps, c'est que le diagnostic que l'on doit élaborer ne repose pas sur des signes visibles mais sur des aménagements identitaires singuliers audibles. C'est dans le récit, dans le dire des patients que l'on doit entendre à quelle organisation psychique l'on a affaire.

Ainsi, un épisode délirant n'a jamais signé la psychose, pas plus qu'une prescription de neuroleptiques dans le parcours du patient. Entendre quelqu'un parler de ses manifestations ne prouve en rien la réalité de la chose, tout au plus la véracité de sa perception. De même, il y a des névroses réellement invalidantes qui peuvent avoir des versants déficitaires, particu-

lièrement chez les enfants. Se repérer dans les grandes lignes de la structure, ce n'est pas avoir bouclé un schéma qui nous dirait par avance ce qui va se dérouler dans le traitement ; cela revient à dégager des repères structuraux sur lesquels nous pouvons nous appuyer.

Par ailleurs, il ne faut jamais perdre de vue dans les premiers entretiens que les *défenses* du sujet, qu'elles soient psychotiques ou névrotiques, n'ont pas été nommées « défenses » par hasard. Il s'agit en effet de protéger le sujet – on sait parfois à quel prix –, mais ce sont malgré tout des remparts. C'est même en général parce que les défenses commencent à ne plus être efficaces que le patient vient consulter. Faire tomber ces défenses trop brutalement ou sans savoir ce que l'on fait est extrêmement dangereux. On ne tiendra pas la même position face à un paranoïaque dont il faut limiter le champ de persécution que face à un obsessionnel qu'il faudra amener à assouplir ses défenses rigides. La clinique qui est la nôtre est une *clinique du sens* et non une clinique du signe. Cela doit constituer le travail des premiers entretiens ; il s'agit de passer de ce qu'on nous donne à voir à ce qu'il y a à entendre. Le diagnostic dont il est question ici est une élaboration logique du sens qui préside à l'organisation psychique du sujet. Cela peut prendre un peu de temps... c'est celui du praticien.

La durée des « entretiens préliminaires » est variable. Il faut surtout tenir compte du *temps du sujet*. En effet, avant d'engager un patient dans une thérapie, il faut s'assurer qu'il est prêt à en supporter les conséquences. Nous ne devons jamais perdre de vue qu'il n'y a jamais aucune garantie de mieux-être. Nous n'avons rien à promettre mais seulement à soutenir. Nous devons savoir que les remaniements qui sont à l'œuvre dans une psychothérapie peuvent faire traverser des moments particulièrement douloureux et difficiles. C'est le temps nécessaire au sujet pour s'approprier sa propre démarche comme une exploration intérieure ; le temps de nouer un lien avec le thérapeute – et le thérapeute avec lui – suffisamment puissant et solide pour le tenir debout pendant toute la traversée, même par avis de tempête, sans jamais pour autant devenir son directeur de conscience, son juge, son amant, sa maîtresse, ni quoi que ce soit d'autre qu'une oreille attentive et bienveillante. On ne peut évidemment pas dire combien d'entretiens cela nécessite.

## Bibliographie

- 
- LACAN J. (1956-1957). — « La Relation d'objet », in *Le Séminaire, Livre IV*, Paris, Le Seuil, 1994.
- LACAN J. (1960). — « Subversion du Sujet et dialectique du Désir », in *Les Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 813.
- MANNONI M. (1965). — *Le Premier rendez-vous chez le psychanalyste*, Paris, Denoël.

## Pour en savoir plus

---

- CASTORIADIS-AULAGNIER P. (1976). — « Le Droit au secret : condition pour pouvoir penser », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 14, p. 141-157.
- DOLTO F. (1982). — *Séminaire de psychanalyse d'enfants*, Paris, Le Seuil, 2 vol.
- FREUD S. (1912-1915). — *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.
- FREUD S. (1920). — « Au-delà du principe de plaisir », in *Essai de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980.
- GILLIÉRON E. (1994). — *Le Premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- LACAN J. (1958). — « La Direction de la cure et les principes de son pouvoir », in *Les Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.
- MATHELIN C. (2000). — *Qu'est-ce qu'on a fait à Freud pour avoir des enfants pareils ?*, Paris, Denoël.

# 7

## Cadre et processus

G. Catoire



*[...] Mon ami sourit gentiment, avec indulgence :  
– Tu vois bien... ce n'est pas un mouton, c'est un bélier. Il a des cornes...  
Je refis donc encore mon dessin... Mais il fut refusé comme les précédents...  
Alors, faute de patience, comme j'avais hâte de commencer le démontage  
de mon moteur, je griffonnai ce dessin-ci.  
Et je lançai :  
– Ça c'est la caisse, le mouton que tu veux est dedans.  
Mais je fus bien surpris de voir s'illuminer le visage de mon jeune juge :  
– C'est tout à fait comme ça que je le voulais! [...]*

A. de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*, 1946.

### Définition du cadre

L'extrait ci-dessus est apparu illustrer à merveille mes propos sur le cadre. Le psychisme individuel est ainsi fait que la naissance et l'élaboration d'une pensée se font en relation avec un autre psychisme qui ne peut pas produire systématiquement l'objet du besoin. La caisse qu'a dessinée Saint-Exupéry peut se comprendre comme la métaphore d'un cadre : cadre contenant la rencontre du Petit Prince avec Saint-Exupéry, soutien de l'élan pulsionnel du Petit Prince, contenant de ses angoisses, doutes et conflits.

### *Le cadre est aboutissement et point de départ*

Le cadre est l'aboutissement d'un chemin plus ou moins long, qui mène le patient à vouloir soigner sa souffrance par la voie de l'échange verbal, de la réflexion, de la communication et, de ce fait, demande de l'aide à quelqu'un d'autre. Ce chemin ne se fait pas en un jour ; le psychanalyste n'en a pas la maîtrise, ce qui ne veut pas dire qu'il ne puisse pas le proposer.

Il faut savoir patienter pour que l'alliance se fasse et qu'un minimum de régularité soit accepté.

Le cadre est aussi le point de départ et le lieu d'une aventure. Dans ce lieu se déroule, se pense, s'inscrit une histoire des découvertes psychiques successives et des significations psychiques successives. Le cadre analytique, avec ses règles de libre association et d'abstinence, ses conditions matérielles, vient offrir un support au psychisme du patient, psychisme qu'il va envelopper, protéger. Freud a montré que l'histoire d'une découverte est en même temps la découverte d'une histoire, laquelle se répète, se rejoue sous différentes formes, en utilisant, en empruntant à l'analyste et au cadre les éléments qui servent de support aux significations en manque de lettres, de signes, pour être dits et pensés.

### *Les fonctions du cadre*

Le cadre a plusieurs types de fonctions : les fonctions limitantes, contenantes, identitaires et symboligènes. Il peut aussi servir de dépôt.

– Il est *limitant* en ce que les actes n'y sont pas permis et le corps physique est mis au repos, mais la parole, elle-même, est limitée dans le temps, avec un début et une fin à la communication, située à des moments précis dans la semaine, les semaines actives s'interrompant aux week-ends et aux vacances. Si l'on peut y entrer, nous dit Racamier (2001), on peut aussi en sortir.

– Il est *contenant* dans le sens que la parole y est accueillie de manière neutre, sans jugement négatif, sans reproche. L'analyste essaie d'être en empathie, sensible aux émotions et aux souffrances du patient, et tout ce que le patient dit est pris au sérieux, même s'il n'est pas pris au mot contrairement à ce que soutient l'école lacanienne. De toute évidence, le cadre s'inspire de la relation mère – enfant, et Winnicott a mis à l'épreuve les termes de *holding*, de *handling* et d'*object presenting*. En ce sens, le cadre est fait pour l'hébergement psychique (Racamier, 2001) et, à ce titre, il n'est pas fait seulement d'espace, il est fait de personnes en relation. Pour suivre Bion, la contenance, c'est la relation contenant – contenu. Mais il est aussi filtrant, « pare-excitation » dirait Freud, et il protège contre les fracas du monde en ce sens qu'il stabilise les tempêtes de la psyché.

– Il est *identitaire* en ce que l'ensemble des règles qui le composent sont un repère et qu'elles s'appliquent autant au patient qu'à l'analyste ; le mépris des règles et le mépris du cadre vont de pair avec le mépris de la vérité. Il est à la fois symbolique et concret, et modèle de cette association, comme nous vivons à la fois dans un monde symbolique et concret. Pour Bleger (1966), le cadre constitue un monde fantôme grâce à quoi le moi est identifié par rapport à ce qu'il est, autant que par rapport à ce qu'il n'est pas. Il est une sorte de soubassement, le modèle pour l'image du corps, réceptacle vivant et cependant muet, tant qu'il est tenu en équilibre stable

par l'analyste et qu'il reste investi par le patient. Il peut être rigidifié, fétichisé, mais d'autres fois perdu ou rompu. Racamier y voit plutôt une matrice qu'un monde fantôme. Paul Valéry disait : « Il ne faut pas que des dieux demeurent sans toits et les âmes sans spectacles. »

– Il est *symboligène* en ce sens qu'il est fait pour qu'émergent les mots pour dire, pour nommer ce qui n'a pu l'être auparavant. Ida Macalpine fut la première à montrer que c'est la situation analytique qui génère l'analyse dans sa dimension transférentielle et contre-transférentielle. Et c'est la situation analytique qui génère le processus.

On l'aura compris, seuls les sots prennent le cadre pour un carcan (Racamier, 2001).

## Définition du processus

H. Sauguet soulignait « l'identité du processus analytique avec les processus psychiques de maturation ». À propos de la structure du psychisme, et de la nature du processus analytique, Meltzer (1967) écrit, lui, « que la seconde représente un produit naturel de la première. Plus précisément on pourrait dire que ce qui fait la valeur du processus analytique, c'est la mesure dans laquelle il est déterminé par la structure du psychisme. Le lien est, bien entendu, le transfert et le contre-transfert en tant que fonctions inconscientes et infantiles des psychismes du patient et de l'analyste ». L'analyste travaille à contenir les aspects infantiles du patient et s'impose seulement de communiquer à leur sujet. C'est là que Meltzer situe l'interprétation. Mais pour lui, l'essentiel du travail de l'analyste est la création de la situation analytique au sein de laquelle les processus transférentiels du psychisme du patient peuvent se découvrir et s'exprimer. Le cadre analytique c'est aussi ce qui rend le processus analysable.

Mais Meltzer va plus loin encore : « L'espoir de l'analyste est que la partie adulte du patient réussira à augmenter son contrôle sur l'organe de la conscience et ainsi sur le comportement, dans le but non seulement d'une meilleure collaboration, mais aussi du développement ultérieur de la capacité d'auto-analyse. Il en résulte qu'une distinction peut être tracée entre l'analyse du patient en tant que processus pouvant s'étendre à la vie entière et se faire analyser en tant que méthode permettant la mise en route de l'auto-analyse. »

Les phases du processus analytique sont les suivantes.

– La première phase est constituée par le *rassemblement des éléments du transfert*. Cette phase est plus évidente chez les enfants que chez les adultes, souvent plus rapide, et amène une amélioration rapide des symptômes. On a souvent appelé cela guérison par le transfert. Il faut fréquemment en prévenir l'entourage pour qu'il n'interrompe pas l'analyse. En général,

tous les procédés connus utilisant l'omnipotence sont essayés, mais ils seront abandonnés progressivement, si l'analyste parvient à maintenir la situation analytique. Le travail de l'analyste va consister à interpréter ces défenses dilatoires. La plupart du temps, il s'agit de défenses liées à l'approfondissement transférentiel qui fait ressortir plus douloureusement les séparations.

– La deuxième phase correspond au *tri des confusions géographiques*. Cela concerne la distinction entre le bon et le mauvais, puis la reconnaissance du rôle joué par l'envie, avant que ne s'installe la jalousie possessive. Cette deuxième phase est caractérisée par un manque général de confiance dans l'analyste. Mais il se peut que cette phase s'accompagne d'un retournement de la relation adulte – enfant : le procédé d'un retournement des rôles risque de verser subtilement dans l'exercice d'un contrôle omnipotent de l'analyste.

– Le *tri des confusions de zone et de modes* constitue la troisième phase. Il s'agit par exemple de distinguer, dans les problèmes d'excitation, l'excitation mauvaise des états maniaques, de la capacité aux plaisirs sensuels. Les activités masturbatoires font leur apparition pour lutter contre le fantasme œdipien. Les principales angoisses liées à la diffusion de la génitalisation résultent des explorations du sadisme en réponse à la frustration. Les frustrations mettent en œuvre les défenses narcissiques. Une issue fréquente à ce moment est la fuite vers les idéalizations mutuelles ; elle entraîne par exemple vers le fantasme de sociétés secrètes protégeant de toutes les frustrations. Mais il faut considérer que l'idéalisation mutuelle est aussi une tendance réparatrice. Néanmoins, dans cette idéalisation, les produits corporels peuvent être confondus : l'urine égale le sperme égale la salive ; les fèces égalent le pénis égale un bébé ; la bouche égale le vagin égale l'anus, etc. Le travail de l'analyse consiste à résister à la séduction.

– La phase du seuil de la *position dépressive* est considérée comme la plus difficile, mais aussi la plus importante. L'idéalisation est corrélative de clivages sous-jacents. C'est en quelque sorte la réduction de ces clivages qui va apporter un meilleur rapport à la réalité externe. Mais on peut assister à des réactions de panique provoquée par la *présence de symptômes* somatiques, des réactions hypochondriaques voire des traits d'addiction ou de perversité. Le problème est celui du *sentiment de responsabilité* de sa réalité psychique en même temps que l'analyste est reconnu dans sa réalité tout entière. L'acceptation de sa responsabilité est le début d'un effort d'auto-analyse.

– La dernière phase est le *processus de sevrage*. Quand l'analyse n'est pas interrompue par une impasse ou une rupture, le plus impressionnant dans le processus de sevrage est cette coexistence entre une douleur de séparation et l'expression du sentiment de beauté vis-à-vis du déroulement du processus analytique. En général, les patients, à ce stade, portent un intérêt très grand au processus et à leurs rêves, avec une capacité chaque jour plus grande à l'auto-analyse. Mais ce processus de sevrage est souvent

commencé, des années auparavant, au moment des séparations liées aux vacances, et se remarque par le fait que la douleur est surmontée suffisamment pour que le patient assume consciemment la responsabilité de son état mental et comportemental.

## Le processus dans la séance

Si l'on considère le processus analytique dans son ensemble, il est aussi intéressant de considérer le processus dans la séance, ce que Meltzer a déjà laissé entendre.

Les raisons d'entendre la séance comme une totalité sont le modèle du rêve comme objet fini, même s'il faut distinguer le vécu du rêveur, l'expérience du rêve et le récit, le fait de raconter le rêve en séance. Le rêve, comme la séance, est un objet fini, même s'il peut y avoir une progression d'une même idée, d'un même problème d'un rêve à l'autre comme d'une séance à l'autre.

La séance comme lien à l'objet est une rencontre qui a un début et une fin, un déroulement et un contexte. On y trouve, comme dans toute relation, le désir de fusion, l'angoisse de séparation, la crainte de perte, c'est-à-dire le modèle analytique de la relation d'objet avec l'expression de l'amour, de la haine et de la connaissance, comme nous le disions plus haut. Manquée ou réussie, cette rencontre a eu lieu, et elle ne sera pas la même que la précédente ou que la suivante, même si celles-ci se ressemblent.

## Le travail technique de l'analyste

Pour favoriser le rassemblement des éléments du transfert, l'analyste va examiner la *distribution différentielle du signifiant* : le discours, le comportement, l'énonciation (la mise en acte qui se différencie de la notion de passage à l'acte) et les affects peuvent être cohérents ou non. La disjonction entre ces différents éléments indique un premier niveau de travail de l'inconscient. Cette attention particulière va entraîner un « accordage » et des modalités d'intervention particulières à ce patient-là, au lieu de provoquer une conduite de refus ou de rejet des productions signifiantes par le thérapeute.

Une autre attention ou, plutôt, une autre modalité d'attention est celle qui est portée à la *réalité psychique* : le discours doit correspondre à ce qui se passe dedans, mais aussi dehors. C'est assez subtil à repérer, mais correspond au fait que l'analyse doit conduire à une modification de la conduite de vie du patient, et la vie en séance ne doit donc pas être clivée de la vie extérieure à la séance. Au maximum, on peut voir des patients pour lesquels la relation avec l'analyste est la seule relation qu'ils ont dans leur vie.

Le *travail du négatif* se signifie dans une équation qui met en équilibre le travail de création et de production par opposition au travail d'évacuation ou d'exclusion. C'est très sensible en thérapie familiale, mais aussi en thérapie individuelle. Évacuer ou exclure signifie que le patient ne pense pas ce qu'il est en train de dire, consciemment ou inconsciemment, et qu'il n'a même pas conscience qu'il était en train d'évacuer quelque chose. Ce problème concerne tout particulièrement la question du travail technique dans l'identification projective et le travail de la pensée dans les troubles graves de la personnalité. Mais on considère qu'une part d'évacuation et d'exclusion est normalement à l'œuvre dans le travail de production et de création.

La *position du thérapeute par rapport au transfert* est un autre point important. De la manière dont le thérapeute assume ou pas sa position dans le transfert, va dépendre le déroulement de ce processus décrit plus haut ou, au contraire, le décentrement du processus. Cette position doit être articulée entre le temps dans la séance et le temps hors la séance. Dans la séance, ce qui est écouté, ce sont le processus primaire, groupal, ou bien la résonance fantasmatique, et ce qui manifeste la transformation des éléments de pensée, du type déplacement et condensation. Ce qui est écouté dans l'après-coup, dans la modélisation théorique, c'est la reprise des processus secondaires après l'élaboration du contre-transfert. Il y a donc une oscillation rythmique entre les éléments les plus archaïques du transfert, et les éléments les plus élaborés de la pensée secondaire, entre progression et régression.

## La question de la temporalité

Une première idée est que ce qui se passe dans la séance, étayé sur le cadre, vient éclairer ce qui se passe à l'extérieur (en dehors de la séance ou en dehors de la pensée consciente) et dans le passé. Le repenser en séance vient mettre du sens sur le passé et, du même coup, vient mettre en place la temporalité secondaire : « *Ah! Ainsi, cela s'est passé comme ça, je comprends mieux ce qui me gênait!* » Mais l'association inversée est aussi fondamentale : ce qui est décrit du passé est une association libre qui rend compte de l'état actuel de la pensée émotionnelle dans la séance. Par exemple, un patient qui parle de sa mère qui n'entendait rien peut signifier que l'analyste n'entend pas, n'a pas entendu ce que le patient cherche à lui communiquer.

Ainsi, le temps de la séance est éclaté en permanence, puisque l'on parle en même temps de la vie infantile, de la compulsion de répétition qui est actuelle, et de l'avenir, du désir et de l'idéal.

Enfin, le discours peut être un travail d'historicisation de la séance à l'encontre duquel il ne faut pas aller, puisqu'il concourt à fabriquer l'enveloppe narrative générationnelle et peut-être aussi transgénérationnelle.

## Bibliographie

---

- BLEGER J. (1966). — « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in KAËS R. (dir.), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1990, p. 257-276.
- MELTZER D. (1967). — *Le Processus psychanalytique*, trad. fr. J. Bégouin, Paris, Payot, 1971.
- RACAMIER P.-C. (2001). — *L'Esprit des soins. Le cadre*, Paris, Éditions Du Collège.
- SAINT-EXUPÉRY A. de (1946). — *Le Petit Prince*, Paris, Gallimard, 1959.

## Pour en savoir plus

---

- CAHN R. (2002). — *La Fin du divan ?*, Paris, Odile Jacob.
- DONNET J.-L. (1995). — *Le Divan bien tempéré*, Paris, PUF.
- FERENCZI S. (1927-1933). — *Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1982.
- HOUZEL D., CATOIRE G. (1994). — *La Famille comme institution*, Paris, Apsygée.

# 8

## Interpréter, un acte psychanalytique

D. Bourdin



De la même manière qu'un rêve n'est interprétable que si nous disposons des associations du rêveur, l'acte interprétatif, en psychanalyse, ne se comprend que sur le fond des associations libres de l'analysant et de l'attention flottante du thérapeute. Pour le comprendre, il nous faut situer doublement l'interprétation psychanalytique, d'une part parmi l'art général de l'interprétation, d'autre part au sein de la séance analytique (ou de celle du traitement en face à face ou du psychodrame), avant d'en dégager les enjeux.

### Interprétation dans la séance

Interpréter est une activité humaine universelle, intrinsèque à l'existence de la pensée et du langage. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, les études historiques et historico-critiques (notamment appliquées à la Bible par les exégètes du protestantisme libéral) développent systématiquement cette conscience de la nécessité d'un processus interprétatif pour déterminer les faits humains et en rendre compte. C'est donc la volonté même d'objectivité qui met en évidence combien un fait humain s'inscrit dans un contexte historique et mental précis, qui fait partie de la compréhension que l'on pourra en donner, dans une dialectique irréductible, avec les présupposés de celui qui veut ainsi dégager et comprendre un événement. La philosophie allemande du XIX<sup>e</sup> siècle s'aperçoit, notamment avec Dilthey, que nous ne parlons et ne pensons, et même que nous n'avons de contact avec le monde qu'au travers du langage. Gadamer précise cette situation évidente et pourtant longtemps inaperçue (même si Platon posait déjà dans le *Cratyle* la question de l'être du langage) que toute pensée s'énonce sur la base de préconceptions déjà actives qui déterminent un horizon du sens. En France, c'est Ricœur qui

reprend le plus directement cet héritage herméneutique (du grec *herméneuo* : j'interprète) et en montre l'importance pour penser la temporalité (*Temps et récit*, 1983 – 1985) comme pour reconnaître sa propre identité, c'est-à-dire l'altérité du rapport à soi-même (*Soi-même comme un autre*, 1990).

L'interprétation psychanalytique n'est cependant pas un simple cas particulier de l'herméneutique. Elle tient avant tout à la différence découverte par Freud, d'abord à propos des rêves : derrière le contenu manifeste, il est un *contenu latent*, révélateur de désirs et de conflits inconscients. Le rêve est un rébus, précise-t-il au début du chapitre VI de *L'Interprétation des rêves* (1900). Et, surtout, la relation entre chaque élément du contenu manifeste ne renvoie pas de manière univoque à un élément du contenu latent : chacun renvoie à de multiples contenus de l'autre niveau, en un très complexe réseau de relations multiples, toujours surdéterminé. C'est aussi pourquoi l'interprétation n'est jamais simple, et ce qui est prononcé pour donner sens ou proposer un sens jusque-là latent est toujours – que l'interprète en soit ou non conscient – un des multiples sens possibles des réseaux sémantiques que le rêve, le lapsus, l'acte manqué ou simplement le mouvement de la pensée associative ont suscités.

Si l'interprétation psychanalytique est un art (au sens grec d'une compétence technique qui requiert aussi un savoir-faire, une habileté), c'est qu'elle requiert deux conditions nécessaires : viser une vérité, donc être rationnelle et non arbitraire, c'est-à-dire venir de l'écoute et de la compréhension du « matériel associatif » produit par l'analysant (et non de la seule créativité du thérapeute, fût-elle brillante, ni de son savoir préalable); mais aussi venir au bon moment, dans un contexte qui la rende accessible et utile à celui qui la reçoit. C'est bien pourquoi une interprétation « sauvage » (c'est-à-dire prononcée hors du contexte analytique), si juste soit-elle, n'est pas réellement psychanalytique : elle est une intrusion dans la réalité psychique d'autrui, qui peut d'autant plus lui faire violence qu'il n'y a pas de cadre analytique ni de relation de transfert établie pour contenir les affects et les réactions suscités par l'interprétation. L'interprétation psychanalytique est *toujours une interprétation en séance*, et implique la relation transféro-contre-transférentielle.

*L'acte d'interpréter* intervient donc dans un cadre et dans un flux : le cadre de la relation analytique, le flux du mouvement associatif de l'analysant, en même temps que celui d'une écoute flottante qui se permet d'errer pour sentir et entendre un ensemble, sans pré-supposés ni tri préalable. L'interprétation vient donc trancher, opérer une coupure. C'est une saillance qui a potentiellement la possibilité de désorganiser pour réorganiser, de désorienter pour réorienter les propos ou l'atmosphère de la relation. Ainsi, lorsque cette analysante rapporte son cri de colère : « *Ça suffit!* » proféré avec force contre les membres de sa famille qui la trouvaient trop critique dans l'évocation d'un grand-père décédé, puis énumère tout ce qui doit

désormais changer (ça suffit de se taire, ça suffit de subir, ça suffit d'être utilisée, etc.), l'analyste reprend ses mots pour murmurer : « *Les mots, ça suffit* », rappelant ainsi le travail analytique venu désormais en place des passages à l'acte parfois très graves (addictions, tentatives de suicide). Ainsi, à cet homme qui voulait supprimer des séances pour partir plus souvent en week-end, ne supportant plus la ville et le quotidien, l'analyste souligne la dimension de résistance transférentielle de son projet : « *Je me sens devenir étouffant* », comme le furent autrefois les parents du patient.

Les enjeux de l'interprétation ne sont pas seulement la relance ou la réassurance qui permettent de se sentir entendu. Ces interventions sont parfois nécessaires, elles ne relèvent pas de l'interprétation. Celle-ci est bien le *tranchant d'une altérité* qui propose d'entendre autrement, ou simplement – souvent – de s'entendre vraiment. Ce n'est en principe jamais une proposition de l'analyste qui ne prendrait pas appui sur le discours du patient. Le refus de la suggestion est la première caractéristique de l'interprétation analytique. La deuxième caractéristique est qu'elle naît de l'écoute et non d'un savoir préalable. C'est bien pourquoi elle consiste souvent à faire un lien entre des éléments qui ont été énoncés par l'analysant, mais que celui-ci n'avait pas mis en rapport entre eux. Elle vise aussi à dévoiler ce qui est latent, car, si l'analyste ne sait pas plus que le patient ce que celui-ci sait sans savoir qu'il le sait, il sait que le sujet est divisé et que son discours se soutient aussi de quelque chose d'essentiel qui lui échappe, qui est demeuré ou devenu inconscient.

Les deux référents majeurs de l'interprétation analytique restent l'*inconscient* et la *sexualité infantile*. Cette dernière est le moteur caché des désirs que réactive la situation analytique, et des défenses répétitives qui se mobilisent contre ceux-ci. Je ne sais pas d'avance quel est pour cette analysante le rapport entre l'érotisation des mots et le drame ancien de l'inceste subi (« *ça suffit* »), mais je sais que son rapport aux hommes et l'excès d'excitation de son existence se sont érigés à partir de ce traumatisme qui a éveillé trop fort et trop tôt sa sensibilité sexuelle en même temps que ses terreurs. Je ne sais pas comment cet homme se dégagera d'une relation primaire étouffante à sa mère, mais s'il doit la fuir physiquement, elle ou l'analyste, c'est que le rapproché évoque une relation d'intimité impensable. Ce que l'analyste sait de l'existence de processus inconscient et de la force de la sexualité infantile ne donne ni réponse ni recette, simplement un éveil pour entendre ce qui resterait ininterrogé.

## Questions cliniques

La réflexion de Freud l'a conduit à passer de l'interprétation des rêves à l'interprétation en séance. Celle-ci est d'abord incontestablement centrée sur les rêves, les lapsus, les actes manqués, puis sur les grands complexes : l'Œdipe et la castration. C'est que Freud cherche aussi à vérifier ses théori-

sations. Ainsi, consacre-t-il beaucoup d'efforts à établir à quelle date précoce l'homme aux loups (voir « L'Homme aux loups : une névrose infantile », 1918) aurait assisté à la relation sexuelle entre ses parents : c'est justifier notamment contre Jung sa conception de la sexualité infantile et de l'importance qu'y tiennent la réalité et les fantasmes construits autour de la scène primitive. Non seulement celui qui chercherait aujourd'hui à interpréter en « appliquant » les thèses freudiennes ne serait pas dans une attitude analytique, mais de plus, Freud lui-même, dès 1914, remet explicitement en cause cette conception de l'interprétation.

D'abord parce que beaucoup de patients ne retrouvent pas leurs souvenirs refoulés. Ils répètent au lieu de se remémorer (voir « Remémoration, répétition et perlaboration », 1914), et c'est ce qu'ils vivent (et font vivre à l'analyste) qui va servir de guide pour comprendre. Mais aussi parce qu'en l'absence de souvenirs directs, les « constructions » proposées par l'analyste pour rendre compte de l'histoire et de la sexualité infantile du patient, établies par la mise en rapport d'éléments de la cure, ont une effectivité tout aussi importante que les souvenirs directs (voir « Constructions dans l'analyse », 1937). *L'interprétation au sens strict devient ainsi une des modalités de la construction analytique*, co-crée par l'analyste et le patient au cours du travail analytique.

Reste à savoir sur quoi l'analyste fera porter prioritairement ses interventions, interprétations ou constructions. Faut-il interpréter seulement les résistances ? Interpréter l'Œdipe ? Interpréter le prégénital ? Ou le traumatique ? Ou le processus ? Nos prédécesseurs avaient des conceptions très précises sur la marche à suivre et l'ordre dans lequel se risquer à interpréter. La diversification des types de patients a considérablement modifié la donne et complexifié le problème ; en effet, il est risqué de formuler une interprétation de « contenu », œdipien ou prégénital, chez un patient somatisant qu'une parole perçue (inconsciemment) comme trop violente peut précipiter dans une rechute de sa maladie. Inversement, se limiter à une interprétation des contenus œdipiens « avant » de s'attacher au prégénital risque d'immobiliser dans l'insignifiant une cure de patient aux fixations narcissiques importantes. À moins que ce soit tout simplement inefficace pour limiter les passages à l'acte de tel autre. Ce sont bien le mouvement et le processus de telle cure qui seuls peuvent guider l'analyste. La tendance des discussions actuelles est de souligner que rien ne peut être sacrifié et que la cure d'un patient dont les mécanismes de défense sont principalement névrotiques et l'organisation clairement œdipienne doit également entendre les zones traumatiques qui se manifestent. Inversement, les angoisses archaïques prévalentes ne peuvent faire oublier l'importance de nommer aussi ce qui se cherche du côté des fantasmes originaires (fondamentalement œdipiens), même s'ils n'ont pas pu suffisamment lier et organiser la psyché.

Dire que c'est dans le mouvement de la relation analytique que se jouent l'opportunité des interprétations et leur mise en œuvre éventuelle sur

plusieurs registres à la fois, c'est souligner le *lien entre interprétation et transfert*. Il est d'usage commode de distinguer entre les interprétations de transfert qui nomment ou décryptent directement la relation transférentielle et les interprétations énoncées dans le transfert, qui peuvent porter sur autre chose, mais trouvent leur force ou contiennent l'effet traumatique des propos et leur portée par la qualité de la relation transférentielle et celle du contre-transfert de l'analyste. Ce n'est pas l'interprétation la plus brillante qui est la meilleure interprétation analytique, mais celle qui vient à point, opérant une certaine déstabilisation économique permettant un remaniement, sans pour autant désorganiser le patient. C'est, souvent, celle qui est suscitée par une « chimère » (De M'Uzan, 1978) – une co-création des deux psychismes du patient et de l'analyste –, ou celle qui la suscite...

Encore faut-il préciser que le transfert en situation analytique est double : transfert sur la parole en même temps que transfert sur la personne de l'analyste (Green, 2002). Le transfert sur la parole, qui suscite l'investissement de la parole associative, amène à souligner aussi, pour des patients en mal de capacité associative ou de relation confiante à un autre, l'importance et le rôle des figures de soi : une image de soi, qui surgit dans l'échange (« *fauve blessé* », « *bateau échoué cassé* », « *passerelle de lianes sans corde pour faire rampe* », etc.), peut devenir entre les deux partenaires de la relation analytique le premier lien, avec des images très condensées, chargées de sens, qui ne se décrypteront que peu à peu, mais permettent de se représenter provisoirement, dans une sorte d'espace transitionnel, ce qui se cherche et se reconnaît dans le mouvement de la cure.

L'interprétation est très difficile à vivre pour certains patients. Certains ne supportent que le silence, et quelques mots qui reprennent ce qu'ils ont déjà dit. D'autres ne supportent ni le silence, perçu comme indifférence ou mépris, ni les paroles d'un autre qui montre toujours qu'il n'a rien compris et dont l'altérité même leur fait violence. En effet, l'interprétation révèle et suppose la capacité de coexister et de se parler entre deux personnes différentes, qui ne perçoivent pas forcément exactement la même chose et qui peuvent se reconnaître et s'épauler dans et par leur différence même. Cela suppose d'être sorti du fantasme de n'exister ou de n'être aimé qu'en se confondant avec l'autre dans une fusion sans limites, comme de la terreur d'être tué ou de tuer si l'on exprime son être et son désir. L'interprétation ne fonctionne sans heurt excessif que lorsque la capacité de relation objectale avec un autre que soi est vraiment construite.

Les *destins de l'interprétation* sont donc essentiels : comment l'analysant entend-il, comprend-il, reçoit-il ce que lui propose l'interprétation de l'analyste ? Haydée Faimberg (1981) propose de développer *l'écoute de l'écoute* : écouter comment est entendu ce que l'on dit. Si l'intervention de l'analyste est récusée ou rejetée, c'est souvent qu'elle a été comprise autrement qu'il ne le croyait ou ne le souhaitait. Quelles résistances narcissiques ont joué, parfois chez l'analyste qui ne s'est pas aperçu que ses propos

seraient violents pour son patient, souvent chez le patient, qui fait qu'il entend ce qui lui est dit sur le modèle de ce qui fonctionnait dans sa configuration familiale infantile ?

Alors l'obstacle devient chemin. L'incompréhension, le malentendu, la déformation permettent de supposer quelle relation narcissique établissaient les parents de cet analysant avec lui lorsqu'il était enfant. Ce qui se rejoue dans le transfert, c'est sa configuration œdipienne : non seulement le mouvement œdipien de ce patient (amour envers le parent du même sexe, hostilité envers l'autre, et éventuellement formes inversées, et toutes les complexités éventuelles), mais aussi la façon dont ses parents l'ont investi, et sur le plan narcissique (complément d'eux-mêmes, double, fierté ou honte, etc.), et sur le plan objectal (comment l'ont-ils aimé, supporté, accueilli, rejeté, etc. ?). L'Œdipe ainsi « revisité » (Faimberg, 1981) inclut donc le narcissisme des parents, à partir des identifications de leur enfant à leur propre fonctionnement, que le mouvement transférentiel et le processus de la cure devront peu à peu mettre au jour pour pouvoir les dénouer.

## Modalités interprétatives

On voit que les modalités interprétatives sont complexes déjà chez Freud, et depuis Freud. Sans pouvoir ici développer nos propos, nous indiquerons pour conclure, schématiquement, les thèses de quelques auteurs de référence.

– *Freud, de « Dora » (1905) à « L'homme aux loups » (1918)*. Dans la cure de Dora, Freud centre l'exposé de son travail sur deux rêves minutieusement interprétés et révélateurs des symptômes, des défenses et du transfert. Dans la cure de l'homme aux rats, il faut souligner l'importance de l'interprétation de transfert, où Freud, poussant son patient à parler de ce qui lui fait horreur, est lui-même le « capitaine cruel », est essentiel. À propos de l'homme aux loups, le rêve révélateur du souvenir refoulé de scène primitive et l'interprétation de la castration à partir du fantasme hallucinatoire du doigt coupé vécu dans l'enfance sont des moments essentiels qui réfèrent l'interprétation aux fantasmes originaires.

– *Melanie Klein et le hic et nunc anglais*. À la suite de Melanie Klein et de l'attention qu'elle porte aux angoisses archaïques, la psychanalyse anglaise tend à privilégier les interprétations portant sur l'actuel immédiat de la relation entre l'analysant et l'analyste, et prête une attention particulière au rôle du contre-transfert.

– *Donald W. Winnicott*, dans cette ligne, a écrit de remarquables articles, d'une part sur la haine dans le contre-transfert, d'autre part sur la perception par l'analyste « fou » de la *réalité psychique interne* de son patient, qui peut différer de son être social habituellement reconnu (ainsi : c'est un homme qui me parle et c'est une femme que j'entends). De plus, Winnicott

*relativise l'interprétation* proprement dite : elle ne manifeste jamais que les limites de ce que l'analyste a pu comprendre.

– Toujours dans la psychanalyse anglaise, *Wilfred Bion*, souligne l'importance de distinguer chez le patient entre la part psychotique et la part non psychotique de la personnalité. Centrant avec beaucoup d'audace ses interprétations sur le transfert, Bion souligne la force des *attaques contre les liaisons*, notamment chez le patient psychotique. Ainsi interprétation des résistances dans le transfert, ou interprétation du transfert pour vaincre les résistances consistent-elles à rétablir les liens (liens entre les significations, liens entre le thérapeute et le patient) sans cesse mis à mal.

– Italien disciple de Bion, *Antonino Ferro* prête toute son attention aux « *dérivés narratifs* » : les propos du patient, récits, rêves, réflexions, descriptions, associations, sont des dérivés narratifs qui mettent en forme de façon diverse son monde interne. L'interprétation consiste à entrer avec lui dans une co-narration transformationnelle.

– Revenant un peu en arrière chronologiquement, et en France, nous évoquerons la conception particulière de *Jacques Lacan* : il refuse les interprétations de transfert et plus largement toute interprétation sur le contenu latent (le signifié), qui serait toujours suspecte de suggestion et nourrirait les leurres de l'imaginaire, dont il s'agit au contraire de se dépouiller au profit de l'ancrage dans le symbolique par la continuité interrompue des *signifiants*, permettant parfois l'inattendu d'une parole qui témoigne du *sujet de l'inconscient* et au prix d'un désêtre qui signe la défaite de l'imaginaire.

– *André Green* met en évidence, dans le flux des associations libres, la *position phobique centrale* qui entraîne les dérives associatives par lesquelles le patient, tout en associant, tente d'éviter d'être confronté à son conflit fondamental. L'interprétation vise à déjouer la défense par l'évitement. De son côté, *Michel de M'Uzan* souligne l'importance de la dimension d'ébranlement de l'économie psychique du patient pour qu'une interprétation soit mutative, et donc le choix du moment interprétatif.

## Bibliographie

- 
- FAIMBERG H. (1981). — « Une des difficultés de l'analyse : la reconnaissance de l'altérité. L'écoute des interprétations », *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 45, n° 6, p. 1351-1367.
- FREUD S. (1900). — *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
- FREUD S. (1905). — « Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) », in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1970.

- FREUD S. (1914). — « Remémoration, répétition et perlaboration », in *La Technique psychanalytique*, 7<sup>e</sup> éd., Paris, PUF, 1981.
- FREUD S. (1918). — « L'Homme aux loups : une névrose infantile », in *Cinq psychanalyses*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, PUF, 1970.
- FREUD S. (1937). — « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985.
- GREEN A. (2002). — *La Pensée clinique*, Paris, Odile Jacob (notamment le chapitre 4 : « La position phobique centrale »).
- M'UZAN M. de (1978). — « La bouche de l'inconscient », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 17, p. 89-97.
- RICŒUR P. (1983-1985). — *Temps et récit*, Paris, Le Seuil, coll. « Points Essais », 1991, 3 vol.
- RICŒUR P. (1990). — *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, coll. « Points Essais », 1998.

## Pour aller plus loin

---

- BION W.R. (1983). — *Réflexion faite*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, PUF, 2001.
- COLLECTIF (1977). — *Comment l'interprétation vient au psychanalyste*, Journées Confrontation, Paris, Aubier Montaigne.
- COLLECTIF (1999). — *Interprétation I. Un processus mutatif*, Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF.
- GREEN A. (1983). — « Le Langage dans la psychanalyse », in *Langages, Deuxièmes rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*, Paris, Les Belles Lettres, 1984.
- RICŒUR P. (1965). — *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Le Seuil, coll. « Points Essais », 1995.
- STOLOFF J.-C. (1993). — *L'Interprétation. De la rationalité à l'éthique de la psychanalyse*, Paris, Bayard.
- URTUBEY L. de (1999). — *Interprétation II. Aux sources de l'interprétation : le contre-transfert*, Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF.
- WINNICOTT D.-W. (1971). — *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

## Melanie Klein – « La tripière de génie<sup>1</sup> »

G. CATOIRE

### Sa vie

Melanie Klein est née à Vienne en 1882 (et décédée à Londres en 1960), d'un père remarié à Libusa Deutsch, une très jeune femme, avec laquelle il a eu quatre enfants. Melanie est la dernière enfant et son père a 50 ans à sa naissance. Ce père, qui avait été marié de force, se rebelle contre l'orthodoxie juive et fait des études de médecine en secret avant de se remarier avec Libusa. La famille, dans les petites années de Melanie, vit dans la pauvreté et Libusa ouvre un magasin qui permet des conditions de vie meilleures. Melanie a une grande admiration pour les qualités intellectuelles de ce père distant et peu affectif. À l'inverse, Libusa se montre une mère plus proche, courageuse et sereine. Comme Melanie, elle garde quelques attaches avec la religion juive.

Malgré cet intérêt pour la religion, Melanie Klein est athée. Sa sœur, Sidonie, de 4 ans plus âgée qu'elle, lui apprend à lire et à écrire et meurt à 9 ans de maladie. Son frère, Emmanuel, de 5 ans plus âgé, est un garçon brillant, musicien et qui fait des études de médecine. Malheureusement, il meurt lui aussi à 25 ans d'un rhumatisme cardiaque. Elle a une autre sœur, Émilie, de 6 ans plus âgée. On a attribué les traits dépressifs de Melanie Klein à ces décès.

Melanie se fiance à 19 ans avec Arthur Stephen Klein, un ingénieur qu'elle suit dans ses déplacements. Elle met au monde deux enfants : Hans en 1907 et Melitta en 1910. Il semble que Melanie se soit ennuyée dans cette période de sa vie où elle se consacre à ses enfants, et où elle regrette l'atmosphère intellectuelle qu'elle avait connue auparavant. Elle quitte son mari en 1919.

En 1910, elle se fixe à Budapest, lit Freud et se passionne pour la psychanalyse. Elle fait une analyse avec Ferenczi. Dès 1917, elle présente son premier article (« Le Développement d'un enfant » in *Essais de psychanalyse*), ce qui lui permet de devenir membre de la Société de psychanalyse de Budapest.

Entre 1919 et 1922, elle rencontre Abraham, qui soutient ses recherches de psychanalyste d'enfants. Elle ouvre un cabinet en 1921 à Berlin et vit une liaison amoureuse. En 1924, elle commence une analyse avec Abraham qui dure jusqu'à la mort de ce dernier, 9 mois plus tard. Ses travaux sur la psychanalyse d'enfants et la technique du jeu lui valent des attaques des partenaires d'Anna Freud.

Elle s'installe en Angleterre en 1926, à cause de la montée du nazisme. Ses enfants deviennent tous deux des psychanalystes. Cette période d'une dizaine d'années est très productive, malgré la mort de son fils Hans en

1. Le « compliment » est de Jacques Lacan, 1957.

montagne en 1933 et les mauvaises relations qu'elle a avec sa fille. Elle conçoit son concept de position dépressive.

Avec l'arrivée de la famille Freud en 1938, commence la célèbre période dite des « controverses », où elle s'affronte vigoureusement avec Anna Freud et ses partisans. Entre 1940 et 1960, date de sa mort, elle produit encore des travaux considérables sur les mécanismes schizoïdes, l'identification projective et publie *Envie et gratitude* (1957).

Les personnes qui l'ont approchée sont partagées : certains la trouvent chaleureuse, tolérante et facile à vivre, d'autres intolérante et exigeante. Elle est certes une passionnée qui défend son œuvre avec acharnement. On l'a dite d'une grande coquetterie, avec une vitalité extraordinaire, mais avec un intérêt réel pour les gens, et particulièrement pour les bébés qu'elle pouvait observer pendant des heures.

### Son œuvre

Quand Melanie Klein commence son œuvre, elle a 42 ans; elle s'intéresse, avec le soutien d'Abraham, à la psychanalyse des enfants. Elle se penche sur les mécanismes de la psychose et les rapproche de la vie des bébés chez lesquels elle les présente comme effectifs et identiques. Elle s'est intéressée à l'observation directe de la vie des bébés. Elle semble avoir, dès le début, une conception très concrète de la notion de « monde intérieur » et pense que les bébés affrontent presque d'emblée la pulsion de mort. Ce serait pour cette raison que le bébé chercherait par tous les moyens possibles à installer un bon objet dans son monde interne; pour cela, il doit rejeter le mauvais à l'extérieur en clivant l'objet et en idéalisant la partie bonne en lui. Elle nomme ce mécanisme « position schizo-paranoïde ». Par ce mécanisme, le moi se cliverait aussi. Le problème central de cet éclatement va être logiquement de réintégrer les parties clivées et de reconstruire un « objet total ». Vis-à-vis de cet objet total, Melanie Klein pense que le bébé va éprouver de la culpabilité et des désirs de réparation vis-à-vis de l'objet; elle nomme cet ensemble de mécanismes « position dépressive ». Ainsi, l'un des buts de l'analyse pour Melanie Klein est l'intégration des parties clivées et l'élaboration des souffrances liées à la position dépressive (qui va de pair avec la capacité de sollicitude, le *concern*, c'est-à-dire le souci pour l'objet, ainsi que Winnicott le montrera ultérieurement). Ces mécanismes sont observables fréquemment dans les groupes et, pour cette raison, elle a des élèves, comme Bion ou Foulkes, qui ont continué des travaux sur les groupes.

Elle avance aussi que le désir de connaître, la « pulsion épistémophilique », est activé par l'angoisse.

Un autre concept très important de Melanie Klein est l'invention du concept d'identification projective. Par ce mécanisme, le mauvais en soi est projeté à l'intérieur de l'objet, avec pour but de s'en débarrasser, mais aussi de connaître et contrôler l'objet. Parmi les éléments mauvais en soi, le bébé aurait une terreur particulière vis-à-vis des objets morts, dont la projection engendrerait de la claustrophobie.

Melanie Klein a également distingué la vraie réparation de la réparation maniaque, l'envie de la jalousie et avancé qu'il existe un Œdipe beaucoup plus précoce que ne le proposait Freud (vers 2 ans et demi pour lui, dès les premières semaines chez Melanie Klein). Elle a aussi nommé « l'objet combiné » : il s'agit du fantasme qui représente le père et la mère combinés dans une relation sexuelle, ou bien des parties du père et de la mère combinées. Ce fantasme serait un élément de la force du moi qui peut susciter des attaques envieuses.

Les travaux de Melanie Klein, souvent considérés comme austères, sont cependant incontournables pour l'étude du fonctionnement psychique des bébés, des enfants psychotiques et des psychoses en général. L'idée de monde interne a été un angle de vue nouveau par rapport au concept freudien d'appareil psychique, et elle a évidemment rendu l'espoir de pouvoir faire quelque chose pour les enfants en général, pour les enfants psychotiques en particulier. Mais c'est aussi pour ces raisons qu'elle a été critiquée : on lui reproche sa technique d'interprétation trop active (un « bombardement interprétatif » a-t-on dit), et son idée des bébés quasi psychotiques. En revanche, l'idée d'un transfert à part entière chez l'enfant, très critiquée par Anna Freud au début, a fait son chemin et a été largement reconnue. On lui a reproché aussi de ne pas prendre en compte l'environnement, ce qui, aux dires de ses élèves directs, n'était pas vrai dans sa pratique : elle était très sensible aux difficultés des parents qu'elle écoutait et recevait régulièrement (information de James Gammil [1998], élève direct, qui a beaucoup contribué à introduire ses idées en France).

### Bibliographie

GAMMIL J. (1998). — *À partir de Melanie Klein*, Meyzieu, Cesura.

KLEIN M. (1921-1945). — « Le développement d'un enfant », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, p. 29-89.

KLEIN M. (1957). — *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968.

LACAN J. (1957). — « La Psychanalyse et son enseignement », conférence du 23 février 1957, *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, t. XLIX, n° 2, p. 65-101.

### Pour en savoir plus

KLEIN M. (1952). — *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1979.

SEGAL A. (1964). — *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*, Paris, PUF, 1969.

SEGAL A. (1979). — *Melanie Klein. Développement d'une pensée*, Paris, PUF, 1982.

# 9

## Spécificités des psychothérapies psychanalytiques avec les enfants et adolescents

G. Catoire



La spécificité de la psychanalyse avec les enfants a souvent fait débat : certains pensent que la psychanalyse est « Une », mais d'autres suggèrent que si la méthode est la même, les cadres peuvent être différents, les modalités d'échanges particulières et les fonctionnements psychiques très spécifiques. Le recul que l'on a pris depuis les écrits des grands fondateurs de la psychanalyse montre que tous ont probablement raison et que le champ est immense à explorer. Le point central réside dans la possibilité de considérer, d'un point de vue psychique, l'enfant comme une personne à part entière, même si sa dépendance à l'environnement est plus cruciale que chez l'adulte. Si l'on donne une réponse positive à cette question, notre avis est qu'il est intéressant de s'appliquer à comprendre comment « fonctionne » l'enfant en utilisant la méthode analytique et de décrire les particularités que vont faire apparaître les différences d'âge ou les pathologies.

### L'histoire de la psychanalyse d'enfants et ses difficultés

Dans l'histoire du mouvement psychanalytique, la psychanalyse avec les enfants a toujours fait l'objet de questions, parfois de manière conflictuelle, sur sa spécificité et sur la spécificité nécessaire ou non de sa formation dans les écoles de psychanalyse. Freud lui-même pensait que la psychanalyse des enfants ne pouvait être conduite que par les parents eux-mêmes. Anna Freud (1949) resta, un temps, marquée par la position de son père ; elle écrivait qu'il n'y avait pas vraiment de transfert chez l'enfant du fait de la

dépendance réelle à ses parents. Elle pensait qu'il était nécessaire de « séduire l'enfant » au cours des entretiens préliminaires pour susciter l'investissement transférentiel. Elle a rejoint, à la fin de son œuvre, les positions de Melanie Klein sur ce point spécifique : le transfert chez l'enfant, même très jeune, existe bel et bien.

Melanie Klein, à la suite d'Hermine von Hug-Hellmuth (1871 – 1924), a mis au point la technique du jeu en séance, jeu qu'elle considérait comme un équivalent de la règle d'association libre de l'adulte. Cette position est très cohérente avec sa théorie selon laquelle il existe d'emblée chez le bébé un moi et une relation d'objet, aussi fragiles et particuliers soient-ils.

Esther Bick (voir Delion, 2004), une élève contemporaine de Melanie Klein, pensait que le peu d'investissement de l'analyse d'enfant par les écoles de psychanalyse et par les psychanalystes eux-mêmes tenait à plusieurs facteurs.

– Les *contraintes extérieures* sont particulières : il est nécessaire de disposer d'une plus grande disponibilité en temps et donc en argent. Les enfants ont tendance à ne pas venir pendant les vacances et il est nécessaire de rester au contact des parents et de passer du temps avec eux.

– Les *contraintes intérieures* des psychanalystes sont faites de sentiments de responsabilité accrus du fait de l'immatunité du moi, d'appréhensions concernant les modes de communication de l'enfant et des craintes de contre-transfert : se retrouver en direct avec les hostilités et les désirs sexuels de l'enfant vis-à-vis des parents. Ces craintes s'expriment souvent sous la forme de crainte de s'attacher à l'enfant (ce qui conduit à une rigueur trop grande vis-à-vis de lui) ou bien de lui faire du mal (ce qui conduit à le réassurer ou à en appeler à la raison de l'enfant).

– Les *angoisses de contre-transfert* sont, pour E. Bick, l'influence qu'exerce le patient sur l'inconscient de l'analyste. Elle les considère comme beaucoup plus vives qu'avec les adultes. Les identifications inconscientes à l'enfant contre les parents ou aux parents contre l'enfant conduisent à des projections sur l'enfant ou à des attitudes critiques, ou à trop dépendre de l'approbation des parents.

– Les *particularités techniques* existent : il n'est pas simple de distinguer la dépendance normale de la dépendance infantile liée aux difficultés internes de l'enfant. Il faut apprendre à composer avec les parents. Le contenu du matériel est aussi particulier : l'intensité des transferts négatifs et positifs, la nature primitive des fantasmes, les projections concrètes et violentes, la souffrance de l'enfant qui suscite chez le psychanalyste des sentiments parentaux sont constamment à élaborer. Le mode d'expression chez l'enfant oblige à entendre plusieurs registres : verbal, mais aussi pictural, ludique et comportemental. Il met l'analyste dans une grande dépendance à son fonctionnement inconscient. La rapidité de l'engagement transférentiel, la sensibilité de l'enfant à l'interprétation et à l'attitude de

l'analyste et la rapidité des processus nécessitent un entraînement et une formation particuliers.

– La psychanalyse avec les enfants apporte aussi des *gratifications particulières* : c'est l'occasion unique de voir à découvert les couches intimes de l'inconscient. Le privilège de la confiance de l'enfant et de ses parents est souvent émouvant, ainsi que la potentialité d'obtenir par l'analyse des modifications psychiques de toute la vie.

## Les particularités en fonction de l'âge

Les particularités sont beaucoup plus tranchées que chez l'adulte dans la mesure où l'appareil psychique est en voie d'organisation jusqu'au-delà de l'adolescence. Ces particularités sont liées à l'équilibre du jeu des instances psychiques qui sont toutes en construction : si le moi est constitué dès les premières semaines de vie, ou même avant pour certains auteurs, la puissance des forces pulsionnelles est relativement écrasante, et la construction d'un surmoi œdipien ne va se terminer qu'à l'adolescence.

### *Le bébé*

Chez le bébé, on a considéré longtemps que le moi n'existait pas ; Melanie Klein puis la psychologie expérimentale sont venus démontrer le contraire. Ainsi, chez le bébé, les techniques de psychothérapie mère – bébé restent les plus fréquemment employées, mais il est souvent montré que les difficultés propres aux parents empêchent de prendre en compte celles du bébé. Pour entrer en relation directement avec ce dernier, il faut se saisir des niveaux de symbolisation qui lui sont propres : la présymbolisation corporelle, le dialogue moteur et tonique et la communication par identification projective normale.

### *L'enfant*

Une fois l'indépendance motrice à peu près assurée, toutes sortes d'étapes vont jaloner le développement de l'enfant, ses équilibres psychoaffectifs, ses modalités de défenses et aussi les modalités de la communication : le contrôle de l'objet et des orifices, l'acquisition de l'outil langagier avec ses degrés de symbolisation croissants, et l'avènement du conflit œdipien et du refoulement. Jusqu'à cette période, les modalités interprétatives doivent intégrer ces éléments et procèdent le plus souvent par hyphénation, c'est-à-dire que les mots significatifs sont reliés entre eux par des traits d'union et les phrases sont simplifiées au maximum ; par exemple : « *Hector-tout-mou cherche des-mains-fortes-et-douces-de-papa-a.* » Le souci premier de l'analyste est la sensibilité aux émotions archaïques, la nécessité de les contenir et de lutter contre le clivage.

Jusque-là, les émotions œdipiennes sont exprimées « à ciel ouvert », mais la conscientisation de la différence sexuelle, la question des origines, la liaison entre ces observations et les questions qu'elles suscitent se confrontent avec la menace de rétorsion. L'entrée dans les niveaux les plus symbolisés du langage est concomitante de la mise en place du surmoi et du refoulement. C'est l'avènement de la *période de latence* qui s'accompagne des sublimations et d'un fantasme masturbatoire central. Cette période propre aux acquisitions intellectuelles laisse libre cours à des inhibitions d'autant plus puissantes et larges que les angoisses de castration n'ont pas été élaborées antérieurement. Les positions narcissiques phalliques et narcissiques génitales de cette période de latence vont revenir de l'extérieur à la préadolescence.

### *L'adolescent*

À l'adolescence, la puberté et les changements corporels génitaux et non génitaux vont activer un bouleversement considérable. La problématique corporelle est corrélative de la problématique sexuelle et agressive, et c'est tout le chantier œdipien qui est repris à partir des bases établies dans les jeunes années pour le sujet, augmenté des réactions contre-œdipiennes des parents. La conflictualité psychique est externalisée dans le théâtre intrafamilial et sur les scènes groupales que représentent les groupes scolaires et extrascolaires. Les refoulements secondaires (datant de la période œdipienne) sont remis en chantier, mettant à nu le psychisme. Les besoins narcissiques et leurs équilibres fragiles s'expriment largement, ce qui oblige l'adolescent à mettre en place des défenses accrues et nouvelles : les sublimations, l'idéalisation et l'intellectualisation sont les moins pénalisantes, mais la tendance à l'agir, le refuge dans les conduites addictives peuvent devenir pénalisants pour l'avenir. Ces tendances sont d'autant plus difficiles à remettre en question qu'elles s'accompagnent de l'impossibilité narcissique pour les adolescents à soutenir une demande en bonne et due forme et d'une crainte massive de l'intrusion. L'issue est souvent de remettre à plus tard le travail d'élaboration de la séparation-individuation, le deuil de la dépendance infantile. En revanche, il s'agira de trouver dans de nouvelles identifications des solutions à la recherche d'identité et aux conflits identificatoires. Ainsi, le thérapeute trouve des limites à la disponibilité de l'adolescent à l'élaboration.

### Les psychothérapeutes face aux pathologies particulières

Les progrès en formation et en moyens des années 1980 – 2000 ont permis l'exploration psychothérapique de pathologies dont on ne pensait pas forcément qu'elles étaient accessibles avec bonheur aux psychothérapies analytiques. Elles sont non seulement intéressantes, mais aussi efficaces

à la condition de prendre en compte les modalités de fonctionnement psychique desdites pathologies et de s'entraîner à faire face à ces particularités, sans oublier le sujet qui les habite. Les détracteurs, parfois très virulents, de la psychanalyse le sont souvent devenus pour des raisons plutôt idéologiques et du fait de la souffrance psychique qu'à cause d'une information élargie et sereine auprès de thérapeutes compétents, expérimentés... et disponibles.

Nous ne pouvons ici qu'énumérer quelques exemples de particularités liées à des pathologies qui imposent des techniques particulières, qu'elles soient de l'ordre de l'interprétation ou d'attentions particulières données au cadre.

### *Enfants autistes*

Dans l'autisme, qui a le plus suscité de détracteurs vis-à-vis de la psychanalyse ces dernières années, les attentes à l'égard des résultats doivent être très modestes, mais peuvent être spectaculaires. Il faut considérer que ces derniers sont plus actifs en ce qui concerne le développement général que les mécanismes autistiques eux-mêmes. La séduction, voire la fascination, que les enfants autistes sont capables d'exercer sur les thérapeutes doit être élaborée et la conduite de la cure doit être très ferme. L'atemporalité du monde autistique, le démantèlement du psychisme et les troubles de la symbolisation altèrent considérablement les capacités d'entendre et de penser du thérapeute et peuvent le conduire à connaître des moments de désespoir intense. La préparation à être sensible aux angoisses primitives équivalentes à celles qu'on trouve chez le bébé permet de mieux comprendre les besoins défensifs de l'enfant et d'y faire face.

### *Enfants déficitaires*

Chez les enfants déficitaires, ce sont les troubles de la symbolisation qui sont au premier plan et la vision globale et peu discriminante du monde à laquelle le thérapeute doit s'adapter. Pour l'interprétation, le thème importe plus que la personne et l'indistinction générale impose de procéder par phrases courtes et idées simples pour être compris. Souvent associée à des troubles organiques ou organopsychiques, la dimension déficitaire n'empêche nullement la souffrance, la dépression ou la rage envieuse qu'il faut accompagner avec tact.

### *Enfants psychotiques*

Avec les enfants psychotiques ou présentant des angoisses psychotiques importantes, l'évaluation de la force du moi est prépondérante pour juger ce qui peut être interprété ou ce qu'il est prématuré de dire. L'appui sur la

régularité du cadre, sa fiabilité, sa délimitation claire entre le dedans et le dehors soutient les frontières du moi à condition d'avoir un nombre suffisant de séances par semaine. La sensibilité aux angoisses primitives telles que l'explosion, l'éclatement, la liquéfaction, le sentiment de dilution dans l'espace, de légèreté insupportable ou, à l'inverse, d'écrasement, comme aux angoisses d'étouffement permet de mieux s'identifier à l'enfant en détresse et de l'aider à symboliser ses scénarios imaginaires.

### *Enfants maltraités*

Les particularités propres aux enfants maltraités sont également indispensables à prendre en compte si l'on ne veut pas amplifier les troubles du comportement qu'ils manifestent souvent : il ne faut pas rechercher la bonté qui déclenche des attaques envieuses, ni montrer trop de tendresse qui déclenche la dépression, ni de la pitié qui blesse le narcissisme et suscite l'arrogance. Mais la peur d'être maltraitant, pour le thérapeute, conduit souvent à de telles tendances. Chez les enfants abusés sexuellement, la gentillesse est immédiatement suspecte pour l'enfant et la facilité à tomber dans la confusion des sentiments et des langues doit être soigneusement travaillée par le thérapeute avant de le travailler avec l'enfant.

### *Enfants agités et instables*

Avec les enfants agités et instables, l'organisation psychique sous-jacente est très variable, mais même si ces enfants ne semblent « pas trop malades », leur narcissisme est très fragile et leur propension à être le mauvais ou le méchant engendre des tendances réparatrices excessives qui les poussent à ne plus se sentir responsables d'eux-mêmes : ils sont des « enfants hyperkinétiques » et voilà tout ! Nous sommes là très près des enfants endurcis ou pervers qui nécessitent une technique très déterminée et ferme, refusant le déni et le clivage, ce qui suppose d'avoir une vue suffisante sur l'ensemble de la vie de l'enfant et une alliance de travail très sûre avec son entourage. Mais il faut pouvoir en même temps rester sensible aux souffrances particulières de ces enfants-là, à leurs angoisses claustrophobiques dans le lien à l'objet, et à leurs sentiments d'inexistence.

## Conclusion

Le développement de la psychothérapie d'enfant, en nombre d'enfants traités et en nombre de thérapeutes en France, dans les 30 dernières années, a été considérable. Mais la demande ne cesse de croître et les modalités de formation et de recherche sont restées presque confidentielles, au bon vouloir de quelques individus ou associations. Si l'on ne se préoccupe pas

de ce problème, on risque le rejet par l'opinion publique de l'outil psychanalytique au profit de techniques très diverses (ce qui est une richesse), mais aussi beaucoup plus ésotériques...

## Bibliographie

---

- DELION P. (sous la dir.) (2004). — *L'observation du bébé selon Esther Bick. Son intérêt dans la pédopsychiatrie d'aujourd'hui*, Ramonville St-Agne, Erès.
- FREUD A. (1949). — *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 2006.

## Pour en savoir plus

---

- GEISSMANN C., HOUZEL D. (2003). — *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard Compact.
- GUTTON P. (2000). — *Psychothérapie et adolescence*, Paris, PUF.
- JEAMMET P. (1997). — « La Violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration », *Adolescence*, n° 15, p. 1-26.
- KERNBERG O. (1979). — *Les Troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod, 1997.
- LAUFER M., LAUFER E. (1984). — *Adolescence et rupture de développement*, Paris, PUF, 1989.
- MALE P. (1964). — *Psychothérapie de l'adolescent*, Paris, Payot, 1980.
- QUAGLIATA E., RUSTIN M. (1994). — *Le Processus d'évaluation dans la psychothérapie d'enfant*, trad. fr. M.-C. Reguis-Simeloff, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2004.
- SCHAEFFER J. (1997). — *Le Refus du féminin*, Paris, PUF.

# 10

## L'agir et l'acte au sein de la représentation psychique

I. Maillard



Les propositions d'interventions thérapeutiques auprès de familles, de groupes ou d'institutions impliquant des personnes souffrant de troubles narcissiques ou identitaires graves invitent à reposer sans cesse la question de la jonction et de l'articulation entre l'agir, l'acte et la représentation psychique.

Les élaborations menées dans le cadre des thérapies familiales ou groupales psychanalytiques ont conduit à s'intéresser au devenir de l'*objet-sensation* (Maillard, 2002) comme un carrefour possible entre corps et psyché, entre individu et groupe. L'introduction de cette notion implique de retracer l'historique de ce que les thérapeutes psychanalytiques de la famille et du groupe ont nommé « *objet-groupe* » et « *objet-famille* ».

### Historique

Dès 1912, dans *Totem et tabou*, S. Freud suggère la description du groupe comme *Corps – Imaginaire – Idéal* du groupe totémique. Mais c'est en 1921, dans « Psychologie des masses et analyse du moi », qu'il explicite la distinction entre psychologie individuelle et psychologie sociale.

Freud questionne l'influence exercée sur l'individu par un grand nombre de personnes avec lesquelles il est relié d'une certaine manière mais qui lui demeurent étrangères par bien des aspects alors même que l'avis d'un nombre restreint, investi affectivement, lui sert de guide préférentiel. Il s'interroge : « La pulsion sociale n'est peut-être pas originelle et indécomposable et les débuts de sa formation peuvent être trouvés dans un cercle plus étroit, comme par exemple dans celui de la famille. »

S'inspirant des travaux de Le Bon sur la « masse psychologique », il s'intéresse à ce phénomène surprenant que l'individu ne se comporte abso-

lument pas comme on serait en droit de l'attendre dès lors qu'il est inséré dans une foule humaine : « Isolé, c'était peut-être un individu cultivé, en foule, c'est un instinctif, par conséquent un barbare. » Le Bon repère la suggestibilité dont il voit les effets dans la contagion qu'il associe à l'état de fascination de l'hypnotisé entre les mains de l'hypnotiseur : il y a prédominance de la personnalité inconsciente.

Freud réfléchit également à ces deux fonctionnements de masse artificielle que constituent l'église et l'armée. Pour assurer la cohésion du groupe, chaque individu accepte de substituer à l'Idéal du moi de chacun un *Objet-chef*. Il estime que l'état de panique devant le danger est une des productions les plus nettes du « *group mind* » (esprit de groupe). Il constate qu'on arrive à ce paradoxe : l'âme de la masse se supprime elle-même dans l'une de ses manifestations les plus frappantes, l'état de panique. La panique signifie la désagrégation de la masse : toutes les attentions dont les individus faisaient preuve les uns à l'égard des autres cessent. En somme, l'individu en groupe régresse au point de perdre son identité individuelle.

Les travaux anglo-saxons donnent une nouvelle ampleur aux conceptions psychanalytiques à propos du groupe. W. Bion, en 1961, initie une nouvelle perspective avec sa recherche sur les petits groupes menée dans le cadre de sa fonction de psychiatre militaire. Il repère que la régression propre au groupe conduit à une croyance partagée des participants en une réalité propre, transcendant l'addition des individualités.

En 1964, S.H. Foulkes émet l'idée de l'existence du fonctionnement d'une psyché de groupe. D.W. Winnicott, lui, signe l'alliance de la pédiatrie et de la psychanalyse en mettant l'accent sur la nécessité pour le développement physique et psychique du bébé de bénéficier d'un environnement suffisamment bon. Il occupe une position intermédiaire dans le conflit qui oppose Melanie Klein et Anna Freud au point de créer le « *middle group* » en Angleterre.

En France, J.-B. Pontalis (1963) considère que le *groupe peut devenir un objet au sens psychanalytique du terme*, puis D. Anzieu (1975), à partir de son étude de l'illusion groupale, imagine l'enveloppe psychique du groupe ; elle correspondrait à la création d'un moi-idéal commun qui servirait l'établissement de l'*Objet-groupe*. Cette hypothèse implique que le groupe serait à la recherche d'un *Corps-Imaginaire-Commun* devenant l'objet des interrogations les plus fécondes. La question de la présence de l'individuel sur le groupal dans le développement psychique n'est plus de mise ; il s'agit surtout d'en repérer et d'en comprendre les articulations. Il s'efforce dès lors de dégager ce qu'il nomme les phénomènes groupaux inconscients.

Bien que rarement énoncées, toutes ces préoccupations sur les phénomènes groupaux étaient hantées par le traumatisme de la Deuxième Guerre mondiale et du génocide perpétué à l'encontre de certains groupes et du peuple juif.

S'appuyant sur tous ces travaux, J.-P. Caillot et G. Decherf (1989) ont avancé la notion d'« *Objet-Famille* » pouvant être entendu comme le prototype des objets-groupes. Il s'agit bien du fantasme de la famille comme objet, au sens psychanalytique du terme. Les auteurs font référence au travail de J. Lacan sur les complexes familiaux de 1938 : « Tout ce qui constitue l'unité domestique de groupe familial devient pour l'individu à mesure qu'il est plus capable de l'abstraire, l'objet d'une affection distincte de celles qui l'unissent à chaque membre de ce groupe. »

## Aux limites de la pensée

La famille est le lieu privilégié où s'équilibrent les échanges entre l'objet partiel pré-génital, objet de la pulsion, et l'objet total, objet d'amour qui deviendra l'objet génital. Trois modes de fonctionnement fondamentaux vont se rencontrer : le fonctionnement individuel qui a l'individu comme objet, le fonctionnement duel ayant le couple comme objet, et le fonctionnement groupal et familial ayant la famille pour objet.

Or, les situations cliniques nous offrent bien souvent l'occasion d'observer que le groupe-famille peut s'opposer à la différenciation de ses membres ; l'*individuation* est vécue comme une menace de destruction de l'ensemble des membres de la famille. On assiste à une oscillation entre le *fantasme-non-fantasme* (Racamier, 1992) d'une famille unie, en un seul bloc, et celui d'une famille cassée, désagrégée, fantasme-non-fantasme éprouvé et partagé par l'ensemble des membres de la famille.

Force est de constater que ces fonctionnements familiaux nous confrontent à des situations vécues sur le mode paradoxal caractérisé par la formule : « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer serait mortel* » ou « *ce qui nous relie nous anéantit* » que J.-P. Caillot (1989) a nommé « *position narcissique paradoxale* ».

Cette approche nous permet de pressentir la notion d'*objet-sensation* aux confins du senti-vécu non encore représentable, déterminant le sentiment d'exister ou pas, au sein de la famille, du groupe et peut-être du couple.

Les auteurs anglo-saxons ont initié une autre voie de recherche à partir de leur travail avec les *enfants autistes*.

F. Tustin (1992) s'est interrogée sur la fonction de la recherche incessante d'une répétition de sensations toujours identiques chez les enfants autistes. Pensant que leur psyché restait fixée à un stade très précoce du développement, un état autistique, elle considère dans un premier temps qu'apprendre à l'enfant à différencier les sensations pourrait le mettre sur la voie de la relation à autrui. Ayant observé à la suite des travaux de D. Meltzer combien l'enfermement dans les sensations nuisait au développement de la relation et de la pensée, elle remet en cause ses hypothèses lorsqu'elle constate, à la lumière des observations faites auprès des nourrissons, combien ils sont compétents dès leur naissance.

À partir des années 1990, elle révisé donc ses positions théoriques et suggère que « les objets-sensations-autistiques » et les « formes-sensations-autistiques » peuvent désigner des hallucinations tactiles qui entretiennent l'illusion d'être enveloppé dans une coquille (Tustin, 1992). Le toucher est surinvesti au détriment du visuel et de l'auditif. Elle suppose que l'autisme a pu se développer comme défense contre la schizophrénie. Ces enfants, pense-t-elle, ressentent le danger d'être arrachés et bousculés hors de l'existence par des rivaux prédateurs en concurrence pour leur être-là.

J.-P. Caillot et G. Decherf parlent d'« *objet-groupe-sensation* » en mentionnant les travaux de F. Tustin (Caillot et Decherf, 1989).

La rencontre entre ces deux grands courants de recherche, celui qui se penche sur l'étude du fonctionnement groupal ou familial et celui qui décortique les difficultés autistiques, conduit à la définition suivante : *l'objet-sensation est un objet-paradoxal : corps et psyché s'y confondent pour naître, objet et sujet s'y fondent pour exister.*

## Perspectives cliniques

La difficulté thérapeutique vient de ce qu'un état psychique ne peut se déduire de la simple observation d'un comportement ; dès lors, quelle place accorder à l'observation comportementale ? Il faut bien admettre que l'observation des comportements est au cœur de toutes les thérapies ; mais il faut insister sur la place et la signification accordées à ces observations, très différentes suivant les orientations des praticiens.

Dans le cadre des consultations thérapeutiques, il y a dans l'observation minutieuse, reformulée, interrogée à deux ou à plusieurs, une fonction de « holding-miroir » et une forme de « handling » qui sont offertes à la réflexion groupale, que ce soit en famille ou en institution. Ce cheminement ensemble, de façon répétée et régulière, peut conduire à de nouvelles possibilités de compréhension et de fonctionnement.

D'un point de vue psychanalytique, c'est la mise au jour des processus inconscients qui est recherchée. Lorsque le problème des limites se pose de façon répétitive, ce travail rencontre des obstacles qui peuvent parfois conduire le thérapeute psychanalytique à « adapter » le cadre de travail, voire à se tourner vers d'autres modes d'intervention thérapeutique. L'accent n'est plus mis sur ce que chacun peut représenter pour l'autre, même si cet aspect demeure présent, mais davantage sur le champ d'investigation des limites de l'investissement tolérable à la vie en famille, en groupe ou en couple.

Le cheminement ensemble est d'une tout autre nature ; il implique d'accepter l'idée d'une co-création dont il peut être énoncé que les bases échappent à tous et ne constituent pas un modèle applicable à l'infini.

Les familles frappées d'un important dysfonctionnement, source d'une souffrance excessive de l'un ou de plusieurs de leurs membres, présentent parfois des similarités troublantes avec le fonctionnement de certaines institutions. L'atmosphère d'impasse qui leur est propre ne se résout pas avec la parole uniquement, mais avec l'élaboration progressive de ce qui est suscité par la tension, l'emprisonnement, l'enfermement et l'annulation de l'espace de liberté qui caractérise l'espace de la pensée.

De nombreux auteurs ont illustré l'articulation entre paradoxes, secrets et qualité particulière de la perception.

En mettant l'accent sur « le sentiment d'être frappé d'un verdict de non-existence » lorsque le patient a brusquement été envahi par une sensation, une proprioception au point de n'être plus qu'« une fonction percevante indissociablement liée au perçu », Piera Aulagnier (1985) a tenté de cerner le type d'angoisse lié à cette situation dans un cadre analytique individuel : « Imaginez quelqu'un qui tombe brusquement dans un précipice et qui ne tient que raccroché par une seule main à l'unique et fragile saillie d'un rocher. Pendant ce temps, il ne sera plus que cette union "paume de la main-morceau de pierre" et il doit n'être que cela s'il veut survivre. Tant que cette perception tactile persiste, il est assuré qu'il vit... »

Dans ces atmosphères particulières où les sentiments de chute en abîme peuvent être ressentis et repérés, la *paradoxalité* s'exerce à tous les niveaux : elle est à la fois « un fonctionnement mental, un régime psychique et un mode relationnel » (Decobert, 1998).

Le poids du secret empêche l'expression des souffrances et impose une communication fautive ou chargée d'excitation et d'agirs qui vise à ne surtout rien exprimer ou laisser paraître de la souffrance endurée. Qu'il s'agisse du cadre familial, groupal ou institutionnel, l'enfermement dans une position sacrificielle est-elle ici en jeu ?

Dans le cadre des remaniements institutionnels, le thérapeute peut avoir le sentiment d'être au cœur d'un groupe jeté à corps perdu dans un mouvement que plus rien ni personne ne contrôle ; ceux-là mêmes qui en avaient été les instigateurs, les concepteurs, se retrouvant comme l'apprenti sorcier spectateur d'une danse du balai mue par la folie du monde, le chaos.

## Perspectives thérapeutiques

Dans ces contextes, il convient de distinguer *agressivité* et *violence*, et de considérer que la violence spécifie le régime paradoxal quand l'agressivité se situe dans le registre œdipien (voir Caillot et al., 1997).

La *capacité d'élaboration des situations paradoxales* implique l'établissement de paramètres et de repères partageables par tous en accord avec les perceptions de chacun. Elle se heurte aux limites d'autorité, de territoires et de pouvoir établies. Le groupe familial ou institutionnel malmené par les

traumatismes répétés s'offre au décryptage avec réticence et y oppose une complexité dans les codes de communications et de relations.

En régime paradoxal, le *signe*, loin d'être porteur de réassurance, est un *objet de terreur* et une menace d'aspiration et d'engloutissement dans le non-sens. Il est signe pervers. Il n'est pas utilisable pour le travail de penser : il le décompose.

Dans ce climat de déflagration psychique, une forme de sublimation sous terreur peut survenir, surtout lorsqu'une menace de mort a été formulée dans la réalité familiale ou sociale, menace pour soi-même ou pour les êtres chers essentiellement. Mais il s'agit alors d'une élaboration qui ne touche pas au secret, qui laisse la crypte intacte et qui, loin d'organiser le chaos, se contente de construire autour. Cette forme d'élaboration est une bombe à retardement à la façon dont un fruit à l'aspect séduisant renfermerait un noyau pourri qui en aurait déjà gâté le goût.

Cet état caractérise les *pathologies de l'addiction*. L'environnement, au sens le plus large, y occupe une place prépondérante, sommé de recharger *ad vitam aeternam* les batteries d'un fonctionnement intellectuel détaché de son enracinement affectif. Celui-ci prend alors la place d'un sein inépuisable, contraint de fournir inlassablement les nourritures que l'affectivité n'aura pas rencontrées, parce que demeurées fixées sur les expériences gardées secrètes, marquées du sceau de l'indicible. Nous voyons ici une origine possible aux ravages de la pulsion de mort.

Le comportement addictif qui donne à voir la destruction pour mieux cacher ce qu'il tient encrypté assomme l'entourage des effets dévastateurs de la gangrène interne construite à partir et autour du secret. Ce secret peut parfois concerner des événements extérieurs à la famille. Bien souvent, l'entourage tait le plus longtemps possible la destructivité à laquelle il assiste dans l'impuissance ; l'emprise s'exerce en ricochet sur tous ceux qui aspirent à un changement. La nécessité de garder le secret s'est déplacée : elle incombe désormais à ceux qui, autour, regardent et accompagnent, envahis par des sentiments de terreur et d'impuissance. *L'affectivité encryptée chez l'un devient douleur d'aimer chez les autres.*

Le repérage et la localisation de la souffrance psychique dans le groupe familial ou institutionnel conduisent à la verbalisation des points névralgiques actuels et passés. Ceux-ci constituent bien souvent des points d'agrippement paradoxal de l'investissement affectif de chacun et du groupe. M. Hurni et G. Stoll (2002) ont largement illustré ces phénomènes dans leur ouvrage sur la perversion narcissique dans les familles.

Il est possible que la clé de voûte de la symbolisation se situe dans la possibilité de lier au sein de rêveries fantasmatiques conscientes (équivalent des histoires racontées par les enfants) le jeu entre mensonges et vérités, reflet de la bascule entre vie et mort. Elle est en premier lieu *narration de la vie vécue ensemble*. Ces échanges, lorsqu'ils peuvent se dérouler dans

une atmosphère relativement sereine, contribuent à développer le sentiment d'une réalité partagée. Nous ne sommes pas en quête de l'exactitude mais de la mise en mots de la vérité psychique propre à chacun. L'activité de liaison psychique s'illustre là.

Ce sont la qualité de la rêverie construite et, plus encore, la qualité émotionnelle du climat régnant dans la famille, tendue, amusée, émue, angoissée au fil des rencontres, qui permettront de nouvelles liaisons avec l'histoire vécue, connue, ignorée, reconnue, identifiée et retenue comme ayant une pertinence avec une vérité du sujet. Ce type particulier d'intervention pourrait être désigné comme une élaboration vers un climat incestuel bien tempéré (Racamier, 2001).

Ce travail peut donner lieu à des remaniements relationnels et psychiques susceptibles d'engendrer de nouvelles représentations. Il revient au thérapeute d'essayer de déjouer les enlacements familiaux en se servant des différents niveaux d'intervention dont il dispose. Cela peut s'apparenter à des moments psychodramatiques intégrés à la rencontre ou à l'énoncé d'une configuration censée représenter le mode des échanges dans la famille.

Ces commentaires ne rendent pas compte d'un savoir mais plutôt d'une *métaphore* en perpétuel mouvement susceptible d'offrir à la psyché du groupe de nouveaux points d'agrippement. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de faire, ni de réaliser, ni surtout de donner une matérialité à la construction. Il y aurait un contresens à vouloir l'écrire pour en garder la trace ou espérer garder un témoignage d'une histoire vécue à plusieurs. L'intérêt réside dans ce qui sera conservé ou effacé par les uns et les autres; c'est surtout la qualité de l'activité de tissage en elle-même et pour elle-même qui importe à ce niveau. En ce sens, elle est construction mais sur un mode paradoxal, car éphémère dans le contenu et fondatrice dans la forme. Sa qualité tient à sa possibilité de transformations incessantes. Lorsqu'elle se répète et se fige, elle devient enlacement. Elle peut ainsi devenir le garant du tissage de la liaison et de la déliaison psychiques sans cesse remises à l'épreuve du temps, du vécu ensemble.

L'émotion contenue et partagée assure un *nouage affectif* qui avait été écarté. En d'autres termes, il s'agit d'établir les bases de fonctionnement d'un appareil psychique familial qui pourra tolérer la séparation psychique de chacun de ses membres.

À l'origine de ce travail, se trouvent souvent les modes de perception retenus, reflets de l'investissement affectif et psychique de chacun. Il sera parfois primordial pour l'économie psychique d'une famille de maintenir une alliance mère – fille contre père – fils pour se préserver de désirs incestueux inconscients, sans prendre la mesure d'autres désirs inconscients ainsi satisfaits. L'alliance maintenue coûte que coûte (parfois, mais pas toujours, en lien avec des traumatismes familiaux) viendra conditionner et peut-être même imposer autoritairement ce qui a été vu, senti, vécu au sein

de la famille ou, plus exactement, ce qu'il est autorisé d'énoncer. La remise en question de cette stigmatisation ne peut se faire sur un mode violent sans dommage ; l'activité de tissage évoquée plus haut est indispensable à la création d'un climat de confiance susceptible de rendre les changements d'investissements tolérables.

Il serait tentant de vouloir établir des contours précis à des configurations stables élaborées au cours des rencontres. Il importe de ne pas perdre de vue que ces constructions doivent demeurer mouvantes : elles sont le signe de la vitalité psychique du travail en cours.

## Configurations institutionnelles

Dans le cadre de l'institution, le travail de penser se heurte à la nécessité de maintenir un consensus : dévoiler, reconnaître ce qui a eu lieu peut être l'objet d'un vaste marchandage suivant les intérêts mis en jeu. Le pouvoir est étroitement dépendant de ce que les uns ou les autres acceptent de démasquer. Si les intérêts communs peuvent mettre relativement à l'abri des actes de trahison, nul ne peut être assuré que ces intérêts demeureront communs très longtemps ni qu'ils ne deviendront pas le prétexte à des règlements de compte dictés par l'intérêt contraire ou l'affectivité, ou de façon plus inconsciente par la résonance fantasmatique. Il est évident aux yeux de beaucoup que se rejouent dans les entreprises la tragédie des complexes familiaux chers à chacun et que la scène sociale nous offre le spectacle des drames familiaux à grande échelle.

Dans ces contextes, l'information erronée ne peut être entendue comme le reflet d'une vie fantasmatique, mais bien comme une manœuvre destinée à injecter dans l'autre la confusion, le désordre ; l'individu peut ainsi se débarrasser des éventuelles sources de conflit interne, mais il est possible aussi qu'il se mette au service de secrets à garder ; il le fait pour le groupe, au nom du groupe. Cela est sous-tendu par la dénégation et le clivage, et vise à induire l'étranger en erreur, disqualifiant du même coup sa compréhension et ses interventions à venir.

Les situations complexes nouées autour de ces phénomènes sont sources d'engrainement ; le secret autour du meurtre psychique crée cependant un lien de nature beaucoup plus mortifère que celui partagé par les participants à un projet collectif cherchant à sensibiliser, à partager, voire à convaincre du bien-fondé de leurs propositions.

Quelle peut être alors l'orientation thérapeutique la plus adéquate ? Doit-elle comporter une action syndicale, politique ? Le thérapeute doit-il s'en soucier ? Son intervention va-t-elle rencontrer l'intérêt de l'institution ou s'y opposer ?

Ces manœuvres peuvent être destinées aux yeux de certains à protéger un projet, à écarter des ennemis réels ou supposés, risquant de s'opposer à

la réalisation d'un rêve ! Ces situations ne sont-elles qu'une forme particulière, exposée sur la scène sociale, du fantasme inconscient de scène primitive ? Nous en retrouvons bien des « ingrédients »...

Dans le cadre de la famille, du groupe ou de l'institution, la plus grande difficulté réside dans le fait de devoir partager l'atmosphère de complicité pour en saisir la complexité. Il ne s'agit pas d'émettre des verdicts dignes du milieu judiciaire, de rechercher des preuves relatives au domaine policier, même si ces disciplines peuvent requérir parfois une collaboration, mais de situer l'échange résolument dans un autre registre, inconnu ou soigneusement écarté par la famille ou le groupe.

## Conclusion

Les questions relatives à la recherche du cadre de travail adéquat pour penser les pathologies des limites impliquent de ne pas restreindre la difficulté au seul champ de la cure psychanalytique, qu'elle soit familiale, groupale ou institutionnelle. Il est indispensable que les partenaires sociaux pensent ensemble les modes d'intervention souhaitable. Arrangement, collaboration, entente cordiale ne peuvent suffire. Les pathologies des limites entrent en résonance avec une organisation familiale, groupale, sociale à plusieurs niveaux, dans des formes d'emboîtement qui nécessitent un décodage et une élaboration capables de donner naissance à des représentations psychiques susceptibles d'engendrer un changement.

## Bibliographie

---

- ANZIEU D. (1975). — *Le Groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
- AULAGNIER P. (1985). — « Le Retrait dans l'hallucination : un équivalent de retrait autistique ? », *Lieux de l'Enfance*, n° 3, p. 149-164.
- BION W.R. (1961). — *Recherche sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.
- CAILLOT J.-P., CHÉNÉ A., MAILLARD I. (1997). — « Métapsychologie de la violence familiale », *Groupal*, n° 3, p. 159-177.
- CAILLOT J.-P., DECHERF G. (1989). — *Psychanalyse du couple et de la famille*, Paris, Apsygée.
- DECOBERT S. (1998). — « Transaction paradoxale », in *Vocabulaire de psychanalyse familiale et groupale*, Paris, Éditions Du Collège, p. 279-283.
- FOULKES S.H. (1974). — *Therapeutic group analysis*, Londres, Georges Allen and Unwin ; trad. fr.: *Psychothérapie et analyse de groupe*, Paris, Payot, 1970.
- FREUD S. (1912-1913). — *Totem et tabou*, in *Œuvres complètes*, t. XI, Paris, PUF, 1998.
- FREUD S. (1921). — « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres Complètes*, t. XVI, Paris, PUF, 1991, p. 5-83.

- HURNI M., STOLL G. (2002). — *Saccages psychiques au quotidien, Perversion narcissique dans les familles*, Paris, L'Harmattan.
- LACAN J. (1938). — « Les complexes familiaux », in *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.
- MAILLARD I. (2002). — « L'Objet-sensation », *Groupal*, n° 11, p. 139-150.
- PONTALIS J.-B. (1963). — « Le Petit groupe comme objet », in *Après Freud*, Paris, Gallimard, 1968.
- RACAMIER P.-C. (1992). — *Le Génie des origines*, Paris, Payot.
- RACAMIER P.-C. (2001). — *L'Esprit des soins*, Paris, Éditions Du Collège.
- TUSTIN F. (1992). — *Autisme et protection*, Paris, Le Seuil.

## Pour en savoir plus

---

- ANZIEU D. (dir.) (1987). — *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 2000.
- BION W.R. (1976). — *Quatre discussions avec Bion*, Paris, Ithaque, 2007.
- BION W.R. (1987). — *Séminaires cliniques*, Paris, Ithaque, 2008.
- KHAN M. (1979). — *Passion, solitude et folie*, Paris, Gallimard, 1985.
- MAILLARD I. (2005). — « "C'est pas du jeu." Les objets-sensations dans la famille », *Groupal*, n° 17.
- RACAMIER P.-C. (1995). — *L'Inceste et l'incestuel*, Paris, Éditions Du Collège, 2004.

# 11

## Les thérapies familiales psychanalytiques

G. Catoire



### Historique

Si des thérapies familiales systémiques étaient déjà très pratiquées de longue date en Europe et en Amérique du Nord, les thérapies familiales psychanalytiques (TFP) ont fait leur apparition en France et en Italie vers 1975.

Des élèves de Pichon Rivière, Berenstein et Puget, travaillaient alors en Amérique du Sud, de manière psychanalytique, avec le couple. En France, quelques travaux psychanalytiques s'étaient intéressés à la famille (Laforgue et Leuba, « La Névrose familiale » en 1936, et Lacan et « Les Complexes familiaux » en 1938, par exemple), mais à l'évidence, les prérequis théoriques sur le fonctionnement psychique du groupe manquaient trop pour fonder une réelle psychanalyse familiale. Les années 1970 ont permis de produire et mettre en perspective les conceptions groupales (Bion, Anzieu, Missenard, Kaës) avec les recherches cliniques sur le couple et la clinique familiale.

Il devenait évident que la psychanalyse individuelle de certains enfants et des troubles graves de la personnalité butait sur des forces indépensables si l'on ne prenait pas en compte la famille et le couple parental. Dans les années 1970, A. Ruffiot, à Grenoble, pratiquait des thérapies familiales. Il ne mettait plus l'accent sur les interactions comme dans les thérapies systémiques, mais sur l'intra- et l'interpsychique. Sa théorisation nettement psychanalytique (référence au transfert et au fantasme) empruntait à R. Kaës et D. Anzieu. J.-B. Pontalis avait décrit, en 1968, un « objet groupe ». Caillot et Decherf (1989) en ont repris le principe sous la forme d'un « objet-couple » et d'un « objet-famille ».

C'est dans les années 1980 que l'Apsygée (Association pour la psychanalyse de groupe) opère le rassemblement des personnes et des conceptions

qui vont fonder le cadre analytique pour le couple et la famille, et commencer à en décrire les limites, les objectifs et les processus. Ces travaux sont publiés dans la revue *Gruppo*.

De très nombreux auteurs, ayant la famille et le couple comme objet d'étude, vont contribuer à cette œuvre collective : P.-C. Racamier et D. Anzieu, mais aussi J.-G. Lemaire (1979, 2007), C. Pigott, A. Eigner, S. Tisseron, A. Carel, E. Granjeon, D. Houzel, G. Catoire, etc. Ce foisonnement va aboutir en 2004 à la création de l'Association internationale de psychanalyse du couple et de la famille (AIPCF) à l'initiative d'A. Eigner.

## Définition des champs et organisateurs généraux

Freud, dans « Psychanalyse des masses et analyse du moi » (1921), avait remarqué que « les signes perçus d'un état affectif sont de nature à susciter automatiquement le même affect chez celui qui perçoit ». La description de la « résonance fantasmatique » par A. Ezriel (1966) se retrouve dans la famille et le couple. D. Anzieu (1975 – 1981), dans ses travaux sur le groupe, décrit la fomentation d'un imaginaire groupal et dessine son organisation. Repris dans la famille par R. Kaës (1976, 1987), ses travaux conduisent à concevoir un appareil psychique familial groupal, différent de l'appareil psychique individuel décrit par Freud, mais qui le contient et s'articule avec lui. Ainsi, la psychanalyse familiale vient bousculer la conception moniste et autonome du psychisme individuel.

Les productions imaginaires du groupe familial ne sont pas seulement des échanges de fantasmes entre les membres d'une même famille. Il s'agit en fait des théories explicatives des phénomènes familiaux (la naissance, la castration, la différence sexuelle, la scène primitive), que Freud nomme fantasmes originaires, semblables aux théories sexuelles infantiles et qui prendront le nom de mythes familiaux. Les mythes familiaux empruntent leurs matériaux aux récits et mythes sociétaux, eux-mêmes venus des rites anciens (les rites sont l'expression du conflit existant entre un désir interdit et une croyance). Ces productions imaginaires vont se « colorer » et s'organiser de manière « imaginaire » (le fantasme est une représentation de scénario et l'imgo, une représentation de personne).

Ces fomentations imaginaires sont particulières au couple et à la famille dans la mesure où ces deux entités se différencient du fonctionnement du groupe par le fait que le couple est le lieu d'exercice réel de la sexualité adulte et que la famille, incluant le couple, répond dans la réalité à des besoins fondamentaux des individus : habillage, lavage, nourrissage, protection, échanges affectifs très puissants, etc. À ce titre, la famille a pour fonction la transmission de l'héritage des savoir-faire des générations précédentes.

Mais il ne faut pas oublier que la famille a aussi pour fonction de contenir et faciliter le développement psychique des individus. En particulier, sa structure et son fonctionnement imaginaire servent de matrice à la distinction entre le moi et le non-moi, entre le dedans et le dehors, à la construction des enveloppes personnelles ainsi qu'à la création et au développement de « l'appareil à penser les pensées » chez le bébé (Bion) par le biais de la transformation des sensations, affects et émotions en pensées (identification projective normale).

Ainsi, l'incorporation, par l'enfant, des formes de pensées, de comportement et de langage avec leur coloration particulière à telle ou telle famille, acceptées ou refusées en fonction des orientations affectives vis-à-vis de la famille (que l'on pense à « Famille je vous hais ! »), va servir de base à la construction de l'identité personnelle des individus par le biais du « sentiment d'appartenance » à la famille.

Le partage d'un espace commun, dès le début de la vie, entre les membres d'une même famille, et les caractéristiques de cet espace commun obligent ses membres à se confronter à des échanges de différents niveaux tout à fait spécifiques, qui vont être marqués par les structures préexistantes dans la psyché des parents. L'aspect concret de cet espace que réalise l'habitat « devient le support de représentations internes qui président à l'édification de la cohésion familiale et au maintien de sa cohérence » (A. Eiguer, 2004). Cet habitat familial formera un contenant du groupe familial, et les représentations internes et les investissements affectifs concernant cet habitat vont contribuer à constituer l'enveloppe psychique familiale et participer aux représentations d'un corps familial groupal (« La famille est un individu sans corps » disait Anzieu). Mais ces dernières ne sauraient être les seules : les qualités des structures préexistantes dans la psyché des parents vont y contribuer en se combinant, se confondant ou s'opposant, et se transmettre de façon particulière selon chaque famille. Ces qualités structurelles préexistantes chez les parents concernent en particulier l'intégration des interdits fondamentaux que sont l'interdit du meurtre et l'interdit de l'inceste.

## Couple ou famille ?

Cette préexistence donne au « choix du conjoint », tel qu'il est décrit par Freud, une importance considérable. R. Kaës et E. Granjeon vont mettre au jour dans ce processus la constitution de pactes dits « dénégatifs » dans le lien d'alliance (voir notamment Kaes, 1993). Ces pactes inconscients entre conjoints tendent à laisser certaines réalités concrètes ou imaginaires en dehors de la possibilité d'un questionnement qui, lorsqu'il survient pour des raisons diverses (rencontres aléatoires avec des événements de la vie sociale ou familiale : maladies, naissances, besoins éducatifs nouveaux, etc.), peut mettre en danger de rupture le lien d'alliance et le confronter à

une crise. On remarquera que le lien d'alliance est un lien choisi, alors que le lien de filiation est un lien subi qui, de plus, détermine une place assignée. Lorsque ces pactes inconscients sont transmis inconsciemment, leur contenu devenant inconnu et inconnaissable par la génération suivante, on parle de la constitution d'une crypte (phénomène décrit par N. Abraham et M. Torock, 1987).

C'est dire que les études psychanalytiques du couple et de la famille, si elles donnent lieu à des développements distincts et donc à des indications séparées, sont aussi très intriquées. Les conjoints, s'ils sont amants, n'en sont pas moins enfants de leurs parents. M. Dupré La Tour (1995) remarque « que la conjugalité se construit dans le deuil des anciens objets. La prime de plaisir associée à la satisfaction sexuelle rend possible l'élaboration ou la réélaboration de deuils jamais terminés ». On conçoit par cette remarque que le couple, dans la famille, est le lieu par où la famille s'inscrit dans l'ordre des générations, par où la différence sexuelle se reconnaît ou se confirme, par où encore l'exercice de la sexualité se manifeste concrètement, quoique de manière théoriquement cachée, par où encore se transmettent les interdits fondamentaux, mais aussi qu'il est un lieu de transformation des héritages et de créativité.

Un problème d'indication entre la TFP et la thérapie de couple se pose et les critères de choix sont complexes. On peut les éclairer par un repérage que J.-M. Blassel (2005) a fait des rapports entre conjugalité et parentalité : il distingue des familles où ces deux fonctions sont différenciées et complémentaires (type œdipien), et des familles où les deux fonctions sont enchevêtrées (type névrotique où en général la parentalité absorbe la conjugalité). Dans le troisième type, ces liens sont indiscriminés (familles incestueuses), et dans le quatrième, les liens sont antagonistes (une fonction exclut l'autre). Une autre manière de s'orienter entre l'indication de couple ou de famille est proposée par D. Houzel et G. Catoire (1994) sous la forme de trois questions : qui porte la souffrance psychique ; où se trouve la conflictualité ; et avec qui peut s'établir l'alliance de travail ?

Ainsi, le groupe familial s'inscrit au croisement de l'alliance et de la filiation, au croisement de la réalité et du fantasme (les personnes en thérapie comme dans la vie sont présentes en chair et en os), au croisement de l'histoire de la famille et de celle des familles de ses membres fondateurs, au croisement des psychés individuelles et de la psyché familiale.

## Le cadre, la posture et le processus

Ainsi armés de quelques théories et conceptions, nous pouvons avancer vers la pratique clinique : il s'agit pour un ou plusieurs psychanalystes (idéalement un couple de thérapeutes), formés et préparés à cette rencontre de recevoir dans un cadre concret les membres d'une famille qui en ont exprimé la demande ou, tout au moins, ont manifesté leur accord. Il arrive

souvent que tous ne soient pas, dès le premier entretien, intéressés ou demandeurs ; la souffrance ou la conflictualité n'est pas également répartie, et souvent se manifestent des phénomènes de « bouc émissaire ». C'est de cette façon que se manifeste l'ambivalence familiale.

Le travail qui va se mettre en place a pour but de réduire la souffrance familiale. Il est ordonné par quelques règles simples ayant pour fonctions de tendre à des degrés plus élevés de symbolisation, passant par la mise en mots des vécus de tous et de chacun. Avec de jeunes enfants, il est souvent utile de permettre la communication par le dessin, l'écriture ou le jeu. Il n'est pas attendu que chacun dise tout, comme en analyse individuelle, mais que chacun puisse dire ce qui lui paraît important. La disposition en face à face et en rond permet un contact visuel et une écoute visuelle par les thérapeutes ainsi que les membres de la famille ; cela met en lumière toutes les formes de communication, mimiques et gestuelles, qu'elles soient en accord ou non avec l'expression verbale. Il est parfois indispensable d'adjoindre à la règle d'association libre un interdit de se toucher, et de distribuer la parole afin que tous puissent y accéder. L'une des premières fonctions des thérapeutes est de sécuriser cet accès à la parole, parfois en énonçant la règle d'un interdit de se servir de ce qui est dit en séance par un membre de la famille contre un autre en dehors des séances. Il est aussi souvent demandé de restituer en séance ce qui a pu être dit à l'extérieur concernant les séances ou les thérapeutes.

Pour que le travail soit familial, il est nécessaire que soient présentes au moins deux générations (ce qui n'est pas le cas pour le couple) et, si possible, toutes les personnes vivant sous le même toit (en particulier en cas de familles recomposées). Mais il arrive fréquemment que soient réunies les personnes d'une même famille ne vivant pas ou plus ensemble.

Le nombre de personnes concernées ne permet pas souvent de réaliser des fréquences bihebdomadaires ; le rythme est souvent d'une séance par semaine, parfois moins.

Le cadre temporel et formel est plus souvent co-créé qu'imposé au cours des premiers entretiens, avec ses modalités également spatiales et financières. Ainsi, une certaine adaptation du cadre aux besoins et aux possibilités concrètes de la famille doit être la règle, mais cette adaptation n'est pas uniquement formelle ; elle témoigne d'un accordage élaboré aux besoins spécifiques de chaque famille et le cadre qui en découle prend alors valeur d'« action parlante » (forme actée d'interprétation qu'on utilise quand la parole est déqualifiée). Cette attention au cadre et à sa construction est d'autant plus nécessaire que les difficultés de la famille portent plus sur sa structure même et que, dans ces cas, une contractualisation verbale n'a aucune chance d'avoir valeur d'engagement assumable (on parle d'« attaque du cadre »).

Quoi qu'il en soit, pour que le processus analytique se déploie, il est indispensable que les thérapeutes puissent se tenir dans une posture très

spécifique à ce genre de travail, posture qui prend en compte les positions transférentielles, contre-transférentielles et intertransférentielles.

Cette posture commence par être sensible à la distribution différentielle du signifiant entre le discours, le comportement et l'émergence des affects. La position face à face permet de repérer les discordances, les ambivalences et de rester accordé au plus près de la réalité psychique de la famille. Les thérapeutes sont aussi sensibles au « travail du négatif », ce qui signifie que ce qui est produit en séance (création) n'est pas moins important que ce qui est exclu (dénier ou détruit).

L'attention au transfert familial groupal est primordiale et ne doit pas s'égarer à l'écoute des transferts individuels (séduction par l'un des membres de la famille par exemple). Ce qui est écouté, c'est le processus primaire groupal, la résonance fantasmatique avec ses modalités spécifiques que sont les déplacements et les condensations : on écoute une famille un peu comme on écoute un rêve, mais en plus il faut écouter chaque personne et son lien spécifique à l'objet groupe (desir de fusion avec l'objet groupe, angoisse de séparation, angoisse de perte, etc.).

Les thérapeutes doivent être capables d'une présence à temporalité particulière ; le plus souvent, la présence en séance est un étayage des pensées des locuteurs et les pensées qui surviennent dans l'après-coup éclairent ce qui s'est passé en séance. Le temps dans la séance est fréquemment éclaté entre la vie infantile des sujets, la préhistoire mythique de la famille, l'enfance de la famille qui, souvent, est encore actuelle, et l'avenir considéré comme déjà être arrivé (temps à venir de l'idéal). Par exemple, la crainte obsessionnelle d'un accident à venir peut être l'expression d'un divorce catastrophique survenu à la génération précédente.

Le travail sur l'intertransfert (ensemble des pensées, émotions et ressentis par les thérapeutes entre eux) est capital tant cet éclatement peut distribuer les éléments de façon différente dans la psyché des thérapeutes ; au maximum, comme si les thérapeutes ne recevaient pas la même famille.

On voit que la posture spécifique des thérapeutes familiaux n'est pas acquise, ni formelle, mais qu'elle réside dans un travail constant et assidu pour éviter trois écueils fondamentaux : faire l'analyse d'un membre de la famille devant les autres ; entrer dans une communauté de déni familial et considérer comme « naturels » des phénomènes hautement défensifs ; et enfin entraver le travail d'historicisation de la séance.

## Transfert familial groupal et indications

Dans les premiers temps de la thérapie familiale, les familles prises en charge étaient essentiellement des familles de psychotiques. Depuis, les indications se sont étendues à toutes sortes de pathologies en dehors des pathologies névrotiques. Ces pathologies ont en commun de toucher aux

problèmes concernant la distinction des personnes, à la construction de leurs enveloppes psychiques, mais aussi aux difficultés de construction de la pensée et de symbolisation, aux troubles comportementaux et interactifs des relations perverses, et même aux troubles psychosomatiques. Dans tous les cas, le narcissisme des personnes est gravement défaillant et le transfert familial groupal comporte une paradoxalité plus ou moins délétère qui peut susciter un contre-transfert paradoxal.

En revanche, on ne considérera pas comme paradoxal de traiter des problèmes d'individuation-séparation en thérapie familiale, car c'est bien d'individuation psychique que l'on traite et non des manifestations d'indépendance comportementale, qui sont plutôt à comprendre comme des fuites devant les relations intrafamiliales.

Les indications des TFP sont moins fonction des diagnostics psychiatriques, qui n'ont de valeur que pour l'individu, que liées aux conceptions que l'on se fait du fonctionnement psychique du couple ou de la famille et des types de transfert que l'on peut supporter ; par exemple, les troubles portant sur les limites individuelles ou familiales (impossibilité de construction des enveloppes psychiques, difficulté à s'individualiser et à se séparer, impossibilité à vivre ensemble, ou les deux à la fois) dessinent des modalités de travail transférentielles de type paradoxal.

Mais ces mêmes troubles peuvent être abordés sous l'angle des dysfonctionnements de la pensée avec tendance aux agirs ou aux équivalents d'agir (agirs psychiques : disqualification, mots blessants, manœuvres d'attaque de la pensée, etc.) qui peuvent s'organiser en perversité ou en perversion plus ou moins intense. On parlera de transfert pervers dans ces cas.

Les passages à l'acte ont très souvent été interprétés par les psychanalystes en terme d'externalisation de conflits intrapsychiques. Mais plusieurs recherches semblent converger aujourd'hui vers le constat de la possible absence de traces psychiques dans des situations traumatiques extrêmes ; citons : la *pulsion aveugle* (D. Widlöcher), l'*objet non transformable* (R. Kaës), la *transmission brute* (A. Ciccone). La question de la trace laissée dans le psychisme par le traumatisme reste ouverte, mais cette approche permet de montrer que, derrière les tendances émergées des agirs, se dissimulent les troubles parfois très graves de la symbolisation.

Un autre angle d'approche consiste à considérer l'assignation des places dans l'ordre des générations et les troubles qui s'ensuivent, lesquels sont mêlés avec des confusions graves de l'affectivité et de la sexualité : il peut s'agir d'inceste, mais surtout de ses équivalents, beaucoup moins évidents à repérer. P.-C. Racamier a, ainsi, fait une percée théorico-clinique considérable en montrant que les dommages occasionnés par les traumatismes incestueux pouvaient exister hors même l'existence de manœuvres corporelles concrètes, et il a nommé ce champ d'inceste sans inceste « l'incestuel ». Il a montré aussi que de réelles manœuvres et manipulations entre les personnes de la famille ayant valeur d'inceste se produisaient et qu'elles

passaient à l'écart du psychique : il a nommé ce champ « topique interactive ». Ces modalités de fonctionnement vont infiltrer la relation au couple de thérapeutes et dessiner un « transfert incestuel ».

Enfin, on pourra aborder la question par le biais de la communication des contenus et des contenants de pensée dans la famille (question des secrets de famille et des limites entre le droit au secret et l'obligation de transparence) ainsi que de la transmission des héritages (transmission transgénérationnelle, cryptes, etc.). Ces problématiques dessinent très souvent dans les cures des formes de transfert « énigmatiques ».

Bien entendu, toutes ces formes transférentielles peuvent émerger dans la même cure, à des moments différents, l'une ou l'autre pouvant alors prévaloir. Le fait que le fonctionnement psychique individuel de la majorité des membres d'une famille soit névrotique n'empêche nullement que le transfert familial groupal soit d'une nature anti-œdipienne, c'est-à-dire loin des canons du fonctionnement névrotique.

## Conclusion

Les thérapies familiales psychanalytiques sont un outil exigeant en formation et en mise en œuvre, mais elles permettent la reprise de la croissance psychique de la famille, la requalification des personnes, la restauration de leurs narcissismes perdus et de la valeur de l'échange verbal comme voie vers la symbolisation. Ces processus rencontrent inévitablement sur leur route toutes sortes de deuils à traverser. Racamier écrivait que tout travail psychique évité était inéluctablement mis à la charge des autres et qu'à ce jeu-là, les souffrances de la vie courante étaient commuées en souffrances inélaborables pour les descendants ou l'environnement social.

## Bibliographie

---

- ABRAHAM N., TOROK M. (1987). – *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- ANZIEU D. (1975-1981). — *Le Groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod, 1999.
- BLASSEL J.-M. (2005). – « Le conjugal et le familial », in *Le maternel et le féminin, Dialogue*, n° 169.
- CAILLOT J.-P., DECHERF G. (1989). — *Psychanalyse du couple et de la famille*, Paris, Apsygée.
- CICCONE A. (1999). – *La transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod.
- DUPRÉ LA TOUR M. (1995). – « La solitude dans le couple », in *Le sentiment de solitude. Seul ou mal accompagné ?*, *Dialogue*, n° 129.
- EIGUER A. (2004). – *L'inconscient de la maison*, Paris, Dunod.

- EZRIEL A. (1966). — « Le Rôle du transfert dans le traitement psychanalytique de groupe », in SCHNEIDER P. et al., *Pratique de la psychothérapie de groupe*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1921). — « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres complètes*, t. XVI, Paris, PUF, 1991.
- HOUZEL D., CATOIRE G. (1994). — *La Famille comme institution. Introduction à la psychanalyse familiale*, Paris, Apsygée.
- KAËS R. (1976). — *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1987). — « Le Malaise du monde moderne et l'expérience transitionnelle du groupe », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 7-8, p. 147-163.
- KAËS R. et al. (1993). — *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- LACAN J. (1938). — « Les complexes familiaux », in *Ecrits*, Paris, Le Seuil, 1966.
- LAFORGUE R., LEUBA J. (1936). — « La névrose familiale », *Revue française de psychanalyse*, vol. 9, n° 3.
- LEMAIRE J. G. (1979). — *Le Couple, sa vie, sa mort*, Paris, Payot.
- LEMAIRE J.-G. (2007). — *L'Inconscient dans la famille*, Paris, Dunod.
- PONTALIS J.-B. (1963). — « Le petit groupe comme objet », in *Après Freud*, Paris, Gallimard, 1968.
- RUFFIOT A. (dir.) (1990). — *La Thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.

## Pour en savoir plus

---

- BLEGER J. (1967). — *Symbiose et ambiguïté*, trad. fr., Paris, PUF, 1981.
- MINUCHIN S. (1974). — *Familles en thérapie*, Paris, trad. fr., Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1998.

# 12

## Groupe et psychodrame psychanalytiques

A. Deneux



Longtemps les psychanalystes se sont désintéressés des thérapies de groupe. Ceux-ci ont rapidement reconnu les possibilités offertes par le psychodrame, mais l'analyse de groupe peine encore à obtenir en France la place qu'elle mérite. Les pratiques groupales sont néanmoins nombreuses, essentiellement dans les institutions soignantes et sous forme de groupes à médiation (musicothérapie, relaxation ou expression corporelle, art-thérapie, etc.).

L'évolution des pathologies, à savoir l'effacement des névroses classiques pour lesquelles Freud a élaboré le dispositif de la cure, et le développement des troubles narcissiques qui appellent des aménagements de ce dispositif, les prises en charge du couple et de la famille, le travail sur l'institution, ainsi évidemment que la reconnaissance progressive des travaux consacrés au groupe par des psychanalystes de renom ont permis d'affirmer la pertinence théorico-clinique des démarches psychanalytiques groupales.

### Repères historiques

#### *Les fondateurs*

Les groupes à but thérapeutique remontent à l'Antiquité, mais c'est Jacob Levy Moreno (1892 – 1974) qui, le premier, parla de psychothérapie de groupe. Il inventa le *psychodrame*. À la même époque (les décennies 1930 – 1940), Kurt Lewin (1890 – 1947), immigré comme Moreno aux États-Unis, conçut le premier dispositif d'analyse en groupe : les « groupes de diagnostic ».

#### *Apport des psychanalystes*

Opposé à la psychanalyse en groupe, Sigmund Freud s'est néanmoins beaucoup intéressé aux faits sociaux et à la culture. Son texte de référence,

« Psychologie des masses et analyse du moi » (1921), débute ainsi : « Dans la vie d'âme de l'individu, l'autre entre en ligne de compte très régulièrement comme modèle, comme objet, comme aide et comme adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée, simultanément, psychologie sociale, en ce sens élargi mais tout à fait fondé. » Freud décrit le grand groupe (la foule, la masse) comme étant le lieu de *régression* des individus par *identification* les uns aux autres dans l'attachement commun à la figure du chef; cette imago paternelle vient alors prendre la place de l'Idéal du moi de chacun.

L'œuvre de Wilfred Ruprecht Bion (1897 – 1979), bien connue quant à ses développements sur la genèse des processus de pensée, est considérée comme première référence psychanalytique du groupe. Bion propose en effet de nouveaux concepts : il met en évidence une affectivité groupale spécifique et étudie les mécanismes de défense qui s'y développent.

En France, les écrits de Didier Anzieu (1923 – 1999) ont largement contribué à légitimer le point de vue psychanalytique groupal. Il associe ses recherches sur les *enveloppes psychiques* et celles sur les groupes, dans une perspective proche de celle du conteneur de Bion d'une part, et des *phénomènes transitionnels* de Winnicott, d'autre part.

## Approche théorico-clinique

### *Approche de Bion*

Selon Bion (1961), tout groupe fonctionne à deux niveaux : le *groupe de travail*, qui vise à réaliser la tâche pour laquelle les participants sont réunis, et le *groupe de base*, c'est-à-dire la dimension émotionnelle sous-jacente qui perturbe la réalisation de cette tâche. Le groupe suscite des mécanismes de défense pour circonvenir le conflit existant entre les désirs individuels et la mentalité globale qui s'installe dans le groupe, mécanismes nommés *présupposés* ou *hypothèses de base* (*basic assumptions*), de couplage, d'attaque-fuite, et de dépendance :

- le couplage (*pairing*) se reconnaît par l'établissement ou le projet d'établissement d'une relation duelle, dont il est attendu que quelque'un ou quelque chose de grandiose adviendra pour le groupe ; ce qui s'apparente à un fantasme originaire ;

- l'attaque-fuite (*fight-flight*) consiste à s'en prendre à quelque ennemi imaginaire, en principe au-dehors du groupe, et ainsi à se détourner des conflits intra- et intersubjectifs dans le groupe ; c'est une sorte de confrontation à une imago paternelle externalisée ;

- la peur est le mobile de la *dépendance* à l'égard d'un leader choisi pour soulager l'angoisse dans le groupe, à la manière d'une imago maternelle toute-puissante.

Le groupe a une fonction de transformation qui favorise les processus de pensée. Sa « *fonction alpha* » en fait un « appareil à penser les pensées ». Bion prolonge les théories kleinienne qui l'ont inspiré pour comprendre les mécanismes de défense les plus souvent observés dans les groupes : *clivage* et *identification projective* notamment.

Ce sont précisément les aspects les plus archaïques des psychés individuelles qui sont sollicités dans les groupes. À cet égard, on cite volontiers les travaux J. Bleger pour ses études sur le *synchrétisme*<sup>1</sup> dans les cadres psychothérapeutiques et dans les institutions.

### *Hypothèse d'une entité groupale spécifique*

L'hypothèse d'une entité groupale spécifique, dotée d'une réalité psychique propre, qui résulterait de la conjonction des subjectivités individuelles et de l'intersubjectivité groupale, a été avancée par nombre d'auteurs sous des termes variés : « matrice groupale » de S.H. Foulkes (contemporain de Bion et, comme lui, immigré en Angleterre), « appareil psychique groupal » de R. Kaës, par exemple. Il ne s'agit cependant que d'un modèle peu utile au praticien, lequel se réfère plutôt, comme J.-C. Rouchy (1998), à la notion d'« *espace analytique groupal* ». Car la visée du clinicien est toujours in fine la position de chaque individu : comment le groupe sert ou inhibe son développement personnel.

### *Approches de D. Anzieu et R. Kaës*

En 1966, D. Anzieu établit une analogie entre le groupe et le rêve, comme étant deux possibilités d'actualiser les désirs inconscients. Sa première étude sur l'*illusion groupale*<sup>2</sup> date de 1971. On lui doit également des notions aussi fondamentales que celles d'organisateur groupal<sup>3</sup> et de résonance fantasmatique<sup>4</sup> (voir Anzieu, 1975-1981).

1. La part synchrétique concerne les éléments les plus archaïques de la personnalité, celle qui se confond avec le cadre thérapeutique dans lequel le sujet s'investit. Au fond de toute personnalité, elle unit à leur insu les individus dans des liens symbiotiques, indifférenciés, qui sont le socle même de tout groupement.

2. État psychique collectif, caractérisé par le sentiment d'être bien ensemble, de constituer un bon groupe avec de bons thérapeutes ; s'opposant à la mise en évidence des processus psychiques individuels, cet état illusionnel est nécessaire à la construction du groupe comme objet commun, mais s'il se prolonge exagérément, il fait obstacle à la thérapie.

3. D. Anzieu a initialement décrit trois organisateurs psychiques inconscients du groupe : le fantasme individuel et ses effets de résonance ; l'imgo qui est une représentation inconsciente de personne ; et les fantasmes originaires (c'est-à-dire ceux qui portent sur l'origine : scène primitive, fantasmes de séduction, de castration, notamment). Ultérieurement, il a ajouté le complexe d'Édipe – pour le groupe familial – et, avec réserve, l'imgo du corps propre.

4. C'est-à-dire : « le regroupement de certains participants autour de l'un d'entre eux qui a donné à voir ou à entendre, à travers ses actes, sa manière d'être ou ses propos, un de ses fantasmes individuels inconscients. »

R. Kaës, disciple d'Anzieu, a élaboré une œuvre personnelle. On lui doit notamment quelques notions et concepts communément admis : l'« appareil psychique groupal<sup>1</sup> », les « fonctions phoriques<sup>2</sup> », le « pacte dénégatif<sup>3</sup> », le fonctionnement idéologique<sup>4</sup>, entre autres. Par analogie aux transfert et contre-transfert, il a proposé le terme d'intertransfert pour spécifier la relation inconsciente qui s'établit entre les thérapeutes d'un groupe ou d'une équipe.

### *Le point de vue psychanalytique en groupe*

La pertinence du point de vue psychanalytique en groupe ne peut être soutenue que dans la mesure où la rigueur qui préside au *maintien du cadre* est assurée (la règle d'abstinence en particulier) et où les concepts psychanalytiques fondamentaux ne sont pas dévoyés. Ces concepts doivent être réélaborés, ainsi que Bion l'a montré, pour la pratique groupale. Prenons trois exemples : la règle des associations libres, le transfert et l'interprétation.

– La *règle psychanalytique des associations libres*, qui vise à porter l'attention sur la vie psychique en suspendant l'action, doit évidemment être adaptée pour le groupe. Dire ce qui vient à l'esprit pendant la séance de groupe, rapporter ce qui survient hors le groupe et le concerne cependant (règle de restitution), respecter le secret des expressions personnelles, telles sont les consignes habituelles au début d'un groupe d'analyse. On y ajoute : jouer dans le faire-semblant, si le groupe comporte du psychodrame (ou d'autres indications spécifiques selon la médiation proposée). La parole s'organise à partir de ces règles, sous la forme d'une chaîne associative groupale où l'expression de chacun est déterminée par l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux.

– Le *transfert en groupe* diffère du transfert de la cure individuelle. Il est diffracté et déplacé sur plusieurs objets : le ou les thérapeutes, les autres du groupe et le groupe dans son ensemble, voire l'extérieur. Cela rend le groupe plus accessible aux personnalités narcissiques qui supportent mal l'intensité de l'investissement d'un seul objet dans la relation duelle. Certains cliniciens, dont C. Vacheret (2005) qui a beaucoup travaillé sur les

---

1. « Le modèle de l'appareil psychique groupal est centré sur les articulations entre le sujet et le groupe, précisément sur les nouages des effets de groupe avec les effets de l'inconscient » (Kaës, 1987).

2. La fonction phorique se dit de celle d'un participant qui porte (ou apporte ou supporte) l'autorité (leader), l'agressivité (bouc émissaire), les rêves ou symptômes, etc., et occupe ainsi une place particulière résultant de la rencontre entre sa problématique personnelle et la problématique du groupe.

3. « J'ai appelé pacte dénégatif ce qui, dans tout lien, de couple, de groupe ou d'institution est voué d'un inconscient et commun accord, soit à être l'objet d'un refoulement, soit à ne pas trouver inscription » (Kaës, 1987).

4. « Il existe un messianisme de groupe [...]. Les utopies, les projets millénaristes, les idéologies sectaires soutiennent ce messianisme groupal » (Kaës, 1987).

groupes à médiation, parlent aussi d'un *transfert par dépôt* (modalité d'identification projective) : le groupe ou quelques personnes du groupe, voire l'objet de médiation, peuvent être dépositaires de parties clivées, irréprésentables, d'un participant. De sorte qu'au sein du groupe, tel propos ou telle attitude peuvent avoir valeur d'interprétation en explicitant ce dépôt, alors même que le ou les analystes du groupe n'en auront rien dit.

– *L'intervention interprétative* en groupe se construit au fil de l'élaboration groupale, dans l'échange associatif, dans ou après le jeu si psychodrame il y a. Même si sa place et sa parole sont irréductibles à celles des patients, l'analyste n'a pas en groupe le monopole de l'interprétation, tous y participent. Quand le processus est véritablement engagé, la question ne se pose guère d'avoir à choisir entre interventions individuelles ou groupales, les unes et les autres étant indissociables (Deneux, 2006).

## Dispositifs et techniques

Les dispositifs d'analyse de groupe et ceux de psychodrame ont bien des points communs : réunion régulière de cinq à dix participants, un ou plusieurs thérapeutes, séances à durée fixe (d'une demi-heure à 2 heures, selon l'âge et les pathologies), groupe fermé ou ouvert selon qu'il admet ou non de nouveaux membres au cours de son évolution. La tâche est « centrée sur le groupe », sans autre projet qu'élaborer l'expérience des vécus et relations qui s'y développent.

### *Dispositifs de psychodrame*

Moreno a conçu le psychodrame sur le modèle de l'improvisation théâtrale pour favoriser la catharsis des émotions. Le psychodrame repensé par la psychanalyse vise la *mobilisation psychodynamique*, par le jeu des représentations, l'émergence des fantasmes, la scénarisation des conflits inconscients, la prise en compte des mouvements régressifs, des identifications et projections, etc., dans l'effet de surprise et la spontanéité induite par le mouvement et la participation corporelle. De nombreux dispositifs de psychodrame se réfèrent à la psychanalyse.

– Le *psychodrame individuel* met au service d'un seul patient (le protagoniste) plusieurs thérapeutes (les auxiliaires), sous la direction d'un thérapeute principal (le psychodramatiste). Ce psychodrame a ses indications propres – les états psychotiques et les troubles identitaires sévères – en rapport avec la gravité clinique. On peut faire du *psychodrame individuel dans un groupe de patients*, en centrant l'attention sur un seul protagoniste ; dans ce dispositif, chacun est protagoniste à son tour.

– En *psychodrame de groupe*, chacun joue sa partition dans un scénario commun : on peut dire qu'il n'y a pas de protagoniste ou que tous les parti-

cipants sont d'une façon ou d'une autre protagonistes. C'est le cas habituel des groupes de *psychodrame d'enfants* : l'histoire qui sera jouée est choisie au cours d'une discussion préalable. Chacun prend le rôle qu'il souhaite y tenir. Par leurs interventions dans le choix, la mise en scène et le déroulement du jeu, les thérapeutes font en sorte de préserver à la fois la dimension ludique du psychodrame et sa fonction thérapeutique. Ce dispositif est parfois retenu aussi pour les adolescents.

– Le *psychodrame en analyse de groupe* (Falguière et al., 2002) est proposé depuis de nombreuses années par l'Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame (IFAGP)<sup>1</sup>, avec pour option de travailler en permanence sur l'articulation entre l'individu et le groupe, entre les fantasmes individuels et les productions imaginaires groupales. Le psychodrame s'insère alors dans la vie du groupe : le déroulement du jeu est certes important, mais son contexte l'est tout autant, voire davantage.

### *Techniques psychodramatiques*

Par-delà ces différences, quelques règles sont communes. Le jeu est toujours un « *faire comme si* », jamais un agir incontrôlé. Tout manquement à cette règle doit conduire le psychodramatiste à l'interrompre. Les accessoires sont à proscrire ou limiter au maximum (quelques sièges par exemple). L'espace de parole et l'espace du jeu doivent être bien distingués : distinction spatiale quelquefois, ou distinction temporelle seulement. Une séance comporte trois temps : de parole préalable au jeu, de jeu, et d'après-jeu (le « retour au groupe », c'est-à-dire la reprise par la parole pour élaborer ce qui vient de se passer).

Cette topique situe le jeu du côté de l'*imaginaire*, sert le « faire comme si », et protège du passage à l'acte. Les temps de parole sont des temps forts de l'analyse qui concourent pleinement au processus thérapeutique.

Nous ne pouvons développer ici les nombreuses techniques de jeu ; citons seulement :

- l'*aparté*, qui permet au patient d'exprimer ce qu'il ressent dans la situation, ce à quoi il pense ;
- la pratique du *double*, qui consiste à exprimer à haute voix, en empathie, les sentiments ou le vécu que l'on prête au patient, pour l'aider à s'exprimer ou lui permettre de reconnaître un contenu psychique préconscient. De véritables interprétations peuvent ainsi être proposées ;
- le *renversement de rôles*, qui consiste à mettre le protagoniste dans le rôle d'un des personnages significatifs de son scénario, ce qui dévoile le jeu des identifications et projections dans un effet de surprise souvent saisissant.

1. Il a été fondé en 1955 par A. Ancelin-Schützenberger – à la demande de Moreno – sous le nom de Groupe français d'études de sociométrie ; l'orientation psychanalytique remonte aux années 1980.

## Un ou plusieurs thérapeutes ?

Doit-on travailler seul ou en co-thérapie ? Quelle place fait-on à d'éventuels observateurs ? Dans l'hypothèse d'un couple de thérapeutes, doit-il représenter les deux sexes – comme le couple parental –, ou peut-on accepter une co-thérapie homosexuée ? Une option souvent défendue mais non exclusive pour les groupes d'enfants en période de latence est celle d'enfants de même sexe avec un couple thérapeutique bisexué, afin d'approcher au plus près la problématique œdipienne. Quel que soit le choix, on ne peut faire l'économie de la prise en compte de l'intertransfert lorsqu'on travaille à plusieurs. Chaque co-thérapeute a ses habitudes, qui dépendent du contexte institutionnel et de sa formation, et de sa personnalité autant que des pathologies traitées.

## Indications

### *Indications du groupe, avec ou sans psychodrame*

Le groupe réalise un *espace psychique externe partagé* à plusieurs – espace transitionnel au sens de Winnicott – dans lequel ou sur lequel chacun pourra actualiser, projeter, déposer, etc. quelque chose de sa problématique pour la travailler. Le psychodrame offre en outre la possibilité de sa mise en représentation scénique.

La constance du cadre, sa fonction de *pare-excitation*, la sécurité du « faire comme si » et de la mise à distance des objets dangereux (diffraction du transfert), la mise en mouvement du corps dans le psychodrame, etc. favorisent la mise en représentation, et de là, en pensée et en mots.

Les indications concernent donc toutes les difficultés liées aux *manques à symboliser et aux obstacles à la mentalisation*, ainsi que les *vicissitudes de la relation à l'objet* susceptibles d'obérer le transfert. C'est dire que le champ est vaste :

- les organisations psychiques où dominent l'inhibition ou l'appauvrissement des processus de pensée au profit des agirs et des somatisations, quelles qu'en soient les formes symptomatiques ;
- les échecs et achoppements de la phase de latence chez l'enfant ;
- le vaste groupe des états limites aux multiples tableaux cliniques, dont l'adolescence qui est en elle-même une sorte d'organisation limite.

## Conclusion

Une mise en garde s'impose. Il est facile d'apprendre les techniques du psychodrame ou d'encadrer une activité de groupe ludique ou occupationnelle, mais il est difficile d'apprécier la dynamique et l'économie d'un

groupe, de mesurer les implications transféro-contre-transférentielles et intertransférentielles qui sont propres à la situation groupale. Une *formation spécifique est toujours nécessaire*, qui ne se réduit pas à un apprentissage technique et passe par une implication personnelle en situation groupale.

## Bibliographie

---

- ANZIEU D. (1975-1981). — *Le Groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod, 1999.
- BION W.R. (1961). — *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.
- DENEUX A. (2006). — « L'Individuel et le groupal : vraie question, faux débat ? », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 46, p. 1.
- FALGUIÈRE J., et al. (2002). — *Analyse de groupe et psychodrame. Fondements théoriques, dispositifs et pratiques en institution*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- FREUD S. (1921). — « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres complètes*, t. XVI, Paris, PUF, 1991.
- KAËS R. (1987). — « Le Malaise du monde moderne et l'expérience transitionnelle du groupe », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 7-8, p. 147-163.
- ROUCHY J.-C. (1998). — *Le Groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- VACHERET C. (2005). — « Pourquoi le groupe et l'objet médiateur dans le soin psychique ? », in DE CAEVEL H., BASS D. et al. (dir.), *Au fil de la parole, des groupes pour dire dans le secteur psychosocial*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.

## Pour en savoir plus

---

- AMAR N., BAYLE G., SALEM I. (1988). — *Formation au psychodrame analytique*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (dir.) (1975). — *Le Travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.
- CHOUVIER B. et al. (dir.) (2002). — *Les Processus psychiques de la médiation. Créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (dir.) (1982). — *Le Travail psychanalytique dans les groupes. 2. Les voies de l'élaboration*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1993). — *Le Groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.

# 13

## Des techniques de psychothérapie brève à l'investigation psychodynamique brève

E. Gilliéron



### Introduction

Dès ses débuts, le mouvement psychanalytique a été secoué par de nombreuses crises qui ont abouti à de multiples scissions. Les plus graves étaient des crises d'ordre théorique, « idéologique » pourrait-on dire (Adler, Jung, Reich, puis différentes scissions de sociétés psychanalytiques). D'autres étaient dues aux questionnements portant sur la technique. C'est essentiellement l'école hongroise (Ferenczi, Balint, etc.) qui a amorcé ce dernier mouvement. Ces prises de position techniques ont rarement provoqué des scissions, mais les auteurs de ces questionnements ont toujours été l'objet d'une certaine suspicion de la part d'un grand nombre de psychanalystes, comme s'il était plus dangereux de s'interroger sur l'*activité* du psychanalyste que sur ses *théories*.

Ce sont les questionnements sur la technique qui ont donné naissance aux *psychothérapies brèves*. Ces dernières se distinguent de la psychanalyse par différents paramètres, pouvant varier d'un auteur à l'autre, mais dont les caractéristiques générales sont :

- une attitude active du psychothérapeute visant à simplifier le traitement en renonçant à l'attention flottante propre à la psychanalyse pour se focaliser sur un problème donné ;
- une limitation temporelle plus ou moins rigoureuse établie d'emblée ;
- un passage au « face à face » par opposition au « divan – fauteuil » psychanalytique ;

– une procédure relativement précise et quelque peu rigide marquant la spécificité de la méthode proposée (Alexander, French, Balint, Malan, Sifneos, etc.).

Le lecteur trouvera un résumé des principales méthodes dans Gilliéron (1989).

Par comparaison à ces méthodes, la technique que j'ai développée ne se fonde pas sur l'attitude active du psychothérapeute mais simplement sur l'étude de la dynamique spécifique suscitée par le dispositif : *limitation temporelle et face à face*. Dans ce dispositif, le psychothérapeute adopte la même attitude d'attention flottante qu'en psychanalyse, mais doit s'efforcer, entre les séances, d'analyser son propre *comportement* dans la psychothérapie, ce qui donne une information importante sur les *interactions* entre le patient et son thérapeute. Selon nos observations, le cadre institué permet le déroulement d'un processus comparable au processus psychanalytique lui-même, la principale caractéristique étant un processus associatif avec insight susceptible de susciter d'importants changements psychiques.

Par ailleurs, cette méthode a évolué au cours des années au fil des découvertes que nous avons pu faire. Par exemple, les interactions entre le thérapeute et son patient fournissent un indice très clair du *transfert de base* de ce dernier. Ce transfert est en rapport direct avec les motivations qui l'ont poussé à consulter, ce qui nous permet de savoir en quoi le patient « focalise » sa demande, ce que nous avons appelé « focalisation par le patient ». C'est d'ailleurs ce phénomène qui m'a permis de proposer la technique dite d'*investigation psychodynamique brève* (IPB), qui consiste en une investigation en quatre séances (E. Gilliéron, Suisse ; Y. de Roten, Suisse ; G. Esagian, Grèce ; L. Lescourgue, France ; P. Petrini et M. Baldassarre, Italie, etc.).

## Les psychothérapies brèves : modèle lausannois

Le modèle de psychothérapie brève développé à l'Université de Lausanne est le fruit d'un travail théorique et clinique continu portant sur la question du *changement psychique*. Les différentes questions étudiées sont, dans l'ordre historique :

- le diagnostic précoce en psychiatrie et en psychothérapie ;
- le cadre thérapeutique et son influence sur le processus psychothérapeutique ;
- l'organisation de la personnalité et son importance pour déterminer la démarche thérapeutique d'inspiration psychanalytique ;
- le système d'interactions spécifiques s'instaurant dans la relation thérapeutique selon l'organisation de la personnalité.

Ces éléments sont clairement interdépendants. Examinons-les plus en détail.

## Le diagnostic précoce

La question du diagnostic est celle qui m'a le plus frappé au début de ma pratique. En effet, sur la base de recherches comparatives sur les communications intrafamiliales dans divers types de troubles psychopathologiques (familles comportant un membre schizophrène, borderline, ou déprimé, etc.), j'ai pu mettre en évidence certaines caractéristiques relativement spécifiques de chacune de ces catégories diagnostiques. Par la suite, j'ai constaté que ces observations, *transposées dans le cadre de la relation patient – thérapeute*, permettaient un *diagnostic extrêmement précoce*, surtout lorsque l'entretien était fondé sur une écoute psychanalytique du patient. Cela signifie qu'un regard systémique portant sur une relation psychanalytique offre un outil diagnostique précoce incomparable par sa qualité et sa fiabilité.

## La question du cadre thérapeutique et son influence sur le processus

Mon intérêt pour le dispositif et le cadre thérapeutique est, là encore, essentiellement fondé sur des bases empiriques.

Dans mon service, d'orientation psychanalytique, nous examinons et traitons toutes les catégories diagnostiques, allant des patients les plus graves aux patients les plus légers, ce qui nous conduisait automatiquement à envisager différentes formes de stratégies thérapeutiques. Ainsi, nous avons été amenés à nous intéresser à différentes approches thérapeutiques selon les problèmes des patients : familiale, groupale, individuelle en face à face ou divan – fauteuil.

Par la force des choses, cette situation nous obligeait à confronter les différentes approches, et certains collègues s'efforçaient d'adopter une stratégie « *systémique* » lorsqu'ils avaient affaire à une famille ou à un réseau thérapeutique, une stratégie plus *psychanalytique* lorsqu'ils se trouvaient dans une relation individuelle. En bref, cette situation poussait à une souplesse théorique et à une forme d'éclectisme thérapeutique qui n'était pas sans poser problème. Cela m'a poussé à développer un modèle de référence unique permettant de donner une certaine cohérence à ces pratiques. Et c'est un *regard systémique portant sur les différentes pratiques inspirées de la psychanalyse* qui m'a fourni la clé de ce modèle en me contraignant à m'intéresser de près aux rapports entre l'acte et la pensée, entre le réel et l'imaginaire, entre le réel et le fantasme.

C'est ainsi que j'ai pu mesurer l'impact du *cadre temporel ou spatial* ou du *nombre de participants (groupes)* sur le déroulement des psychothérapies. Par exemple, l'intensité des échanges émotionnels varie selon qu'un traitement est limité ou non dans le temps, en face à face ou en « divan – fauteuil ». Cela me confrontait clairement au fait que des *dispositifs différents conditionnent des processus différents*.

À chaque fois, la dynamique transférentielle varie, et la connaissance de ces phénomènes permet de choisir le traitement le plus efficace, tout en se référant clairement à la théorie psychanalytique. Ainsi, selon cette conception, les traitements les plus brefs sont ceux pour qui le cadre choisi est le mieux adapté à la problématique du patient.

### *La dynamique de la relation thérapeutique*

On sait qu'en psychanalyse on est attentif à la question des rapports *transfert – contre-transfert*. Il s'agit principalement de savoir ce que le patient et le psychanalyste vivent, ressentent, imaginent, fantasment à l'intérieur de la relation psychanalytique. On ne s'intéresse guère à ce que l'un et l'autre font dans ladite relation, à savoir les interactions. En ce qui me concerne, le simple fait d'avoir perçu l'intérêt de l'approche systémique pour un diagnostic précoce et fiable (voir plus haut) m'avait amené, de manière de plus en plus précise, à m'intéresser au point de rencontre entre la théorie systémique et la théorie psychanalytique. L'idée centrale était que psychanalystes et systémiciens s'intéressent à la même question, à savoir la *relation patient – thérapeute*. Mon hypothèse était que, si ces deux théories (psychanalytique et systémique) s'intéressent au même objet, il devait y avoir obligatoirement des ponts possibles entre l'une et l'autre. Ainsi, cette hypothèse fut au centre d'une approche empirico-théorique articulant diagnostic, changement psychique et approche thérapeutique.

Au fil des années, en affinant ma connaissance des processus psychiques, je me suis de plus en plus intéressé aux caractéristiques des différentes organisations de personnalité pour en arriver à considérer les symptômes conduisant le patient à la consultation non plus comme le simple reflet d'un conflit interne, mais comme le résultat d'une *rupture de l'équilibre psychosomatique global de la personnalité*. Cela permettait de définir clairement la meilleure approche psychothérapeutique ou thérapeutique au sens large. Cette approche, fondée sur l'analyse du transfert précoce du patient lié à son fonctionnement psychique, permet de définir la nature du traitement susceptible de produire les changements psychiques souhaitables dans les meilleurs délais.

Ainsi, le système d'interaction qui s'installe très précocement entre le thérapeute et son patient permet à la fois de déduire la *problématique de crise* qui conduit ce dernier à la consultation et de poser un *diagnostic d'organisation de la personnalité* avec un degré extrêmement élevé de pertinence.

L'approche thérapeutique visera, à plus ou moins long terme, à conduire au changement attendu par le patient ou, au contraire, au rétablissement de l'équilibre antérieur. Mais pour ce faire, toute démarche thérapeutique doit être précédée d'une phase d'investigation permettant de mesurer claire-

ment les motivations du patient et d'établir une saine alliance thérapeutique. C'est cette phase d'investigation que j'ai dénommée « investigation psychodynamique brève ».

## L'investigation psychodynamique brève (IPB)

Cette approche se fonde sur ce que j'ai dénommé « triple étayage de l'équilibre psychique, à savoir l'étayage somatique, objectal (relationnel) et intrapsychique ».

En effet, on peut considérer que tout équilibre psychique se fonde sur un triple appui :

- biologique, ne se résumant pas au simple facteur constitutionnel, mais concernant aussi l'état physiopathologique du sujet tout au long de l'existence ;
- intrapsychique : organisation endopsychique individuelle telle que la conçoit la psychanalyse ;
- relationnel : l'équilibre du sujet se fonde non seulement sur ses relations objectales internes (imagos), mais encore sur les relations interpersonnelles significatives, ce que j'ai dénommé « étayage objectal ».

La période d'investigation, d'importance extrême pour l'avenir de la relation thérapeutique, a pour but d'évaluer ces différents facteurs sur la base de la dynamique s'établissant dans les entretiens initiaux entre un patient et son thérapeute. Le but en est toujours le même : offrir au patient la possibilité de « choisir » soit de *réaménager rapidement son système de défense* dans un changement à minima, soit de viser un *changement en profondeur*.

La technique en est assez bien codifiée et peut se résumer ainsi : pour chaque nouveau patient consultant, le thérapeute dispose de quatre séances à la fin desquelles il doit décider, d'un commun accord avec son malade, soit de terminer la prise en charge, soit de s'engager dans un traitement quelconque, de plus ou moins longue durée. Cela doit être notifié au patient dès le premier entretien. Le déroulement est le suivant.

### *Première séance*

La première séance se déroule comme suit.

– Mise en évidence des éléments fondamentaux permettant d'émettre une *hypothèse psychodynamique* expliquant les motifs préconscients ayant poussé le patient à consulter.

– Recherche des éléments fondamentaux permettant d'infirmer ou de confirmer l'*hypothèse psychodynamique*.

– *Interprétation initiale*, donnée d'ordinaire en fin de séance ou au début de la deuxième séance. Cette verbalisation au patient de l'hypothèse psychodynamique doit permettre d'indiquer au patient :

- la nature de la crise qu'il est en train d'affronter et les angoisses que cela provoque ;
- le rapport de ces angoisses avec le passé du sujet.

Cette interprétation initiale, qui consiste en une *reformulation des éléments rapportés* par le patient permet de :

- mettre en évidence le *contexte relationnel critique* dans lequel sont apparus les symptômes ;
- montrer le conflit interne auquel est confronté le patient par la crise actuelle ;
- donner éventuellement une signification aux symptômes (« interprétation » d'essai) si l'on présuppose une structure de personnalité névrotique.

De telles interprétations initiales ont une valeur mutative indéniable en ce sens qu'elles peuvent permettre au patient de percevoir le conflit interne qui est à l'origine de ses difficultés et de passer ainsi du registre de l'agir répétitif à la mentalisation ou, au contraire, de mettre en évidence un refus clair d'affronter les conflits inconscients anxiogènes. Dans les deux cas, le psychothérapeute aura une vision plus précise de la faisabilité de certaines démarches thérapeutiques. L'efficacité de la technique de l'IPB tient au fait que le patient consulte presque toujours dans une situation critique où ses *liens objectaux réels* sont en danger. Le recours au psychothérapeute est inconsciemment motivé par le désir d'une sorte de *lien substitutif* : le thérapeute devrait pallier la défaillance de l'objet ; par exemple : « *Si je n'ai plus d'ennemi, mon thérapeute fera l'affaire* », semblent se dire nombre de patients qui réagissent négativement à toutes les propositions thérapeutiques que l'on peut leur faire. Cette mise en échec du thérapeute, caractéristique des hystériques, vise, en réalité, leurs partenaires de vie. Dans ces cas, la consultation a lieu au moment où le conjoint, las des réticences de son épouse, noue une liaison extraconjugale ou songe à divorcer. Le double jeu joué par la patiente vise à préserver le lien au mari : « *Ce n'est pas à mon mari que je résiste, mais au thérapeute* » semblent vouloir dire ces patientes...

Un autre exemple caractéristique est celui de jeunes patients psychotiques qui consultent, d'ordinaire poussés par leur famille, au moment où ils doivent s'émanciper et s'affirmer dans le monde du travail, ce dont ils sont évidemment incapables. De manière générale, toutes les mesures thérapeutiques (psychotropes, tentatives de réadaptation, entretiens psychothérapeutiques, etc.) se révèlent peu efficaces et la situation évolue inéluctablement vers la chronicité. Le point de vue de l'étayage objectal met en évidence le fait que cette évolution dissimule l'inadéquation du

couple parental, comme si le patient voulait prouver que ce ne sont pas ses parents qui ne l'ont pas aidé à s'adapter à la société mais les soignants... Là encore, il est possible de prendre des mesures préventives relativement efficaces.

Un autre exemple encore est celui de certains hommes présentant d'importants troubles dépressifs vers la cinquantaine alors qu'ils sont encore en pleine santé. Les traitements antidépresseurs se révèlent inefficaces. Le point de vue de l'étayage objectal permettra de voir qu'en réalité la dépression « résistante » dissimule plutôt un mouvement de révolte contre un milieu familial (épouse, enfants) particulièrement frustrant en ceci que tous se sont entièrement appuyés sur le patient, sans se préoccuper des besoins de ce dernier. Cette situation ne faisait que répéter ce que le patient avait vécu dans son enfance. La mise en échec des psychiatres est en réalité une répétition : personne ne l'aide ! Mais cette répétition permet au patient d'éviter d'affronter sa famille réelle...

### *Deuxième et troisième séances*

Ces séances sont consacrées à l'élaboration des réactions du patient à l'interprétation initiale.

### *Quatrième séance*

C'est la séance de la décision thérapeutique. L'effet de cette procédure est remarquable et permet d'établir une alliance thérapeutique solide fondée sur une saine appréciation du travail qui sera fait par la suite.

En réalité, certains patients décident de terminer leur traitement au quatrième entretien, en apportant les preuves d'un *changement de fonctionnement* beaucoup moins superficiel qu'on ne l'imagine de prime abord.

## Exemple clinique

Voici un exemple déjà très ancien qui peut illustrer ces propos.

Une femme de 36 ans, mariée, consulte pour un état dépressif caractéristique qui dure depuis plusieurs mois. D'origine étrangère, elle vit en Suisse, depuis quelques années, en raison de l'activité professionnelle de son mari. Elle avait réussi à nouer des liens d'amitié avec quelques voisines, grâce à quoi elle se sentait bien intégrée ; toutefois, à la suite d'une dispute avec l'une d'elles, au cours d'une excursion, elle perd progressivement tout sentiment de sécurité, doute d'elle-même et sombre dans une profonde dépression dont elle n'arrive pas à sortir, malgré tous ses efforts (tristesse, manque d'élan, ralentissement psychomoteur, etc.).

Interrogée sur les circonstances de l'éclatement du conflit, elle dit avoir honte de leur aspect anodin, mais raconte tout de même les faits, en pleurant abondamment :

« J'avais fait la connaissance de mes amies, immédiatement après mon arrivée en Suisse. Tout d'abord Mireille et Julia, qui étaient mes voisines, ensuite Stéphanie avec qui nous avons sympathisé. Nous étions très proches les unes des autres, nous passions nos vacances ensemble, nous partageons nos loisirs. L'été dernier, nous avons décidé de louer un bus pour aller visiter un village typique de Suisse centrale. C'était très sympathique, mais, en fin de journée, tout le monde était épuisé et voulait rentrer, seule Stéphanie était d'un autre avis. Elle voulait absolument poursuivre la visite et, contre l'avis de tous, elle la prolongea. Il fallut l'attendre deux heures. Je me suis fâchée contre elle, je n'en pouvais plus. Depuis lors, on ne se parle plus. J'ai perdu non seulement Stéphanie, mais aussi mes deux autres amies qui refusent de me parler. J'ai essayé d'oublier, d'occuper mon temps en travaillant, mais je n'arrive pas ; je me sens sans valeur et, depuis 6 mois, je n'arrête pas de pleurer ! »

Je lui demande alors si elle peut se confier à quelqu'un ; elle me répond : « Ma mère, je ne lui en parle pas ; depuis toute petite j'ai appris à ne pas lui donner trop de problèmes... Mon mari, lui, m'écoute, mais cela ne m'aide pas assez. »

Je l'interroge alors sur son passé et j'apprends qu'elle est orpheline de père depuis l'âge d'un an : « Ma mère a été mariée pendant 2 ans et, après son veuvage, elle ne s'est jamais remariée ; j'étais trop jalouse. » Après avoir évoqué un conflit opposant sa mère à sa belle-famille, elle poursuit : « Ma mère est très seule, très fragile, elle s'appuyait beaucoup sur moi. Elle me confiait tous ses soucis... » Je passe tous les autres éléments de l'entretien qui mettaient en évidence constamment la même dynamique. Ma patiente se montrait une personne généreuse, ayant beaucoup d'amis qui se confiaient à elle, vraie boute-en-train, mais ayant grand besoin de se sentir aimée par son entourage.

Après avoir rassemblé tous ces éléments, en fin d'entretien, je lui dis à peu près ceci : « L'incident avec Stéphanie vous a confrontée à la nécessité d'un changement radical dans votre existence : jusqu'ici vous avez eu tendance à vous entourer d'amies qui s'appuyaient beaucoup sur vous, attendaient beaucoup de vous et vous le rendaient bien peu. Votre mari, lui-même, qui vous aime profondément, comme vous l'avez dit, semble avoir pris l'habitude de compter essentiellement sur vous. Vous en aviez déjà pris l'habitude dans vos relations avec votre mère qui, elle aussi, s'appuyait sur vous, à un âge où vous auriez eu besoin d'elle. L'égoïsme de Stéphanie, à un moment où vous étiez épuisée, vous a confrontée à la nécessité d'un changement. Mais un tel changement est une remise en question radicale de votre passé. On sent en vous beaucoup de rancœurs accumulées, en particulier contre l'égoïsme de votre propre mère et celui de votre entourage, rancœurs que vous supportez très mal. C'est tout cela qui vous pèse maintenant. »

Elle ne paraît pas trop surprise par ce que je lui dis et elle apparaît, lors du deuxième entretien, totalement transformée. Elle me dit d'emblée : « Cela m'a fait beaucoup de bien de vous voir, j'ai été étonnée que vous releviez que j'étais fâchée contre l'égoïsme de ma mère, mais cela m'a aidée et calmée. Ma dépression a disparu. Pour moi c'était tellement important de faire plaisir à ma mère, mais, cette fois, j'ai changé et la vie me paraît moins "stressante". Ma mère est revenue me voir récemment, elle a dû sentir le changement, car notre rencontre s'est beaucoup mieux passée que d'habitude. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est que j'ai fait beaucoup moins d'efforts pour elle que les autres fois et, paradoxalement, notre relation était bien meilleure. Je me sens soulagée. »

Cette évolution est typique de ce que j'appelle « changement initial » ; on assiste non seulement à une amélioration symptomatique, mais encore à une modification du comportement tant intérieur (reconnaissance de ses droits et besoins) que relationnel (relation à la mère et au mari).

La question suivante est : la patiente s'en contentera-t-elle ou désirera-t-elle élaborer ces problèmes plus à fond ? C'est ce qui doit être ensuite exploré. Cette phase est particulièrement délicate en ceci que la grande majorité des patients seraient prêts alors à s'engager dans une longue psychothérapie, mais ce dans un but d'évitement : plutôt parler de ses problèmes que les résoudre...

## Résumé et conclusion

En résumé, dans ces quelques lignes, j'ai voulu montrer :

- l'importance fondamentale, lors de la première consultation, du déplacement sur la personne du thérapeute de l'investissement d'un objet réel significatif défaillant ;

- qu'une interprétation initiale, fondée sur la compréhension de ce mécanisme, peut être mutative, en ceci qu'elle facilite le deuil de relations à des objets internes, en quelque sorte « anachroniques » ;

- que l'efficacité d'une telle interprétation tient au fait que le patient consulte d'ordinaire dans un état de crise plus ou moins larvée, où ses investissements objectaux (internes et externes) sont ébranlés ;

- que la nature de la crise peut être comprise par une investigation approfondie du contexte relationnel du patient, et ce selon le modèle psychanalytique (problématique inconsciente motivant la nature des liens aux objets externes significatifs) ;

- que l'application de ces conceptions a permis de développer une technique d'investigation de très brève durée (IPB) qui peut, en certains cas, avoir valeur thérapeutique, et dans tous les autres permettre l'établissement d'une solide alliance thérapeutique.

L'idée de base sous-tendant mes travaux est que le patient qui consulte se trouve au carrefour de trois voies, au moment de sa rencontre avec le psychothérapeute :

- celle qui le conduirait à refuser de reconnaître ses conflits internes et ses angoisses : voie du *recouvrement* ;

- celle qui le conduirait à reconnaître le droit de changer ses comportements existentiels : voie du *changement initial* ;

- celle qui le conduirait à reconnaître l'existence et l'importance du monde de l'inconscient : voie de l'*élaboration psychanalytique*.

C'est la tâche du psychothérapeute que de permettre au patient de choisir sa voie.

# Bibliographie

---

GILLIÉRON E. (1989). — *Les Psychothérapies brèves*, Paris, PUF.

## Pour en savoir plus

---

- BELLAK, SMALL (1968). — *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*, New York, Grune et Stratton.
- DAVANLOO H. (1978). — *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*, New York, SP Medical and Scientific Books.
- FERENCZI S. (1919). — « La Technique psychanalytique », in *Psychanalyse II*, Paris, Payot, 1973.
- FREUD S. (1918). — « Les Voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique », in *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.
- GILLIÉRON E. (1992). — « Cadre et processus », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 18, p. 77-86.
- GILLIÉRON E. (1994). — *Le Premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod, 1996.
- GILLIÉRON E. (1997). — *Manuel de psychothérapies brèves*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Dunod, 2004.
- HAYNAL A. (1987). — *La Technique en question*, Paris, Payot, chap. I, p. 13-29.
- LEBOVICH M.A. (1981). — « Short-term psychotherapy for the borderline personality disorder », *Psychotherapy and Psychosomatics*, n° 35 (4), p. 245-257.
- LEWIN K. (1970). — *Brief encounters*, St-Louis, Missouri, Warren H. Green.
- MALAN D.H. (1963). — *A study of brief psychotherapy*, Social Science Paperbacks, Tavistock Publications Limited.
- SIFNEOS P. (1972). — *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*, Bruxelles, Mardaga, 1977.
- STRUPP H.H., BINDER J.L. (1984). — *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Harper Collins.

## Carl Gustav Jung – L'héritier discordant

C. BRUAS JAQUESS

À partir de 1900, Jung (1875 – 1961) travaille comme psychiatre au Burghölzli, la clinique psychiatrique de Zürich (Suisse) où le docteur Bleuler l'introduit aux idées de Freud, alors très nouvelles et controversées. Jung entame une correspondance avec Freud : une amitié et une collaboration professionnelle se développent. Jung trouve en Freud, son aîné de 19 ans, une image paternelle forte et valorisée. Freud voit en Jung son « héritier ».

En 1909, Jung s'installe en tant que psychanalyste, mais il tient à ses propres conceptions. Des tensions apparaissent dans la relation entre les deux hommes, à l'occasion de divergences conceptuelles sur la *théorie de l'énergie psychique*. Jung trouve qu'il n'est pas pertinent d'étendre la théorie de la libido sexuelle aussi loin que Freud souhaite le faire.

Jung ne pense pas que la libido sexuelle, même en tenant compte du développement sur la sublimation, puisse être à la source des productions culturelles et de la vie spirituelle. Sa théorie à lui expliquera l'apparition de productions culturelles et spirituelles comme émergeant directement d'un inconscient capable de produire des symboles.

En 1912, Jung publie *La Psychologie de l'inconscient* (qui deviendra *Transformations et symboles de la libido*), texte qui précipite la rupture avec Freud. La « psychologie analytique » est née, Jung se consacrant à ses idées sans plus s'intéresser aux développements freudiens. À 37 ans, il jouit d'une réputation internationale, mais il traverse après cette rupture une crise personnelle.

Il est convaincu de l'existence d'une activité psychique autonome, non volontaire et non consciente. C'est dans la période 1912 – 1919 que s'ancre son œuvre spécifique et originale, née de sa grande confrontation avec l'inconscient. À partir de ses expériences personnelles, Jung va peu à peu articuler toute une psychologie de l'être humain. Intéressé par le destin de l'homme moderne, Jung pense en moraliste critique de la société : « Je mis le plus grand soin à comprendre chaque image, chaque contenu, à l'ordonner rationnellement – autant que faire se pouvait – et, surtout, à le réaliser dans la vie. Car c'est cela qu'on néglige le plus souvent. On laisse, à la rigueur, monter et émerger les images, on s'extasie peut-être à leur propos, mais le plus souvent, on en reste là. On ne se donne pas la peine de les comprendre, et encore moins d'en tirer les conséquences éthiques qu'elles comportent » (Jung, 1961, p. 15).

Pour Jung, contrairement à Freud, le psychisme ne se forme pas à la naissance ; il comporte des dispositions inconscientes qui rendent possible l'existence humaine et l'organisent, qui sont des conditions a priori de l'expérience actuelle. C'est à partir des manifestations de l'inconscient chez ses patients et en lui-même que Jung fait l'hypothèse de ce qu'il appellera en 1919 les *archétypes*. Dès 1910, il écrit : « L'être humain est en possession de bien des choses qu'il n'a jamais acquises par lui-même, mais qu'il a hérité de

ses ancêtres. Il ne naît pas *tabula rasa* mais simplement inconscient. Il apporte en naissant des systèmes organisés spécifiquement humains et prêts à fonctionner, qu'il doit aux milliers d'années de l'évolution humaine. [...] Les systèmes hérités correspondent aux situations humaines qui prévalent depuis les temps les plus anciens, ce qui veut dire qu'il y a jeunesse et vieillesse, naissance et mort, il y a fils et filles, pères et mères, il y a accouplement, etc. Seule la conscience individuelle vit ces divers facteurs pour la première fois. Pour le système corporel et pour l'inconscient, ce n'est pas nouveau » (in Jung, 1959, p. 230).

L'archétype n'est pas un modèle – il est vide de contenu –, mais une structure. Jung emploie l'expression « *pattern of behaviour* » (schème de comportement), empruntée aux biologistes. C'est à travers des images archétypales que nous nous faisons une idée de l'archétype.

Jung comprend les phénomènes psychotiques comme l'irruption dans la conscience d'organisations archétypiques. Les circonstances de la vie n'auraient pas provoqué la formation d'un inconscient personnel suffisamment important. Le psychisme des psychotiques serait dans un état qui a des traits communs avec le rêve.

Jung conçoit l'inconscient comme une réalité objective indépendante de la subjectivité individuelle : « L'idée de l'indépendance et de l'autonomie de l'inconscient, qui distingue si radicalement mes conceptions de celles de Freud, germa dès 1902 dans mon esprit, alors que j'étudiais l'histoire et le développement psychique d'une jeune somnambule » (Jung, 1933, p. 19).

Même lorsqu'il diverge d'avec Freud, Jung ne tourne pas le dos à toute la psychanalyse ; il ne nie pas les formations inconscientes personnelles : Jung y fait référence en termes d'inconscient personnel.

L'inconscient collectif est « identique à lui-même dans tous les hommes et constitue un fondement psychique universel de nature supra-personnelle présent en chacun de nous » (Jung, 1954, p. 14).

La distinction entre inconscient personnel et inconscient collectif est quelque peu formelle, dans le sens où les contenus de l'inconscient collectif ont besoin de l'implication d'éléments de l'inconscient personnel pour se manifester dans le comportement. Ces deux inconscients sont de ce fait indivisibles : on peut les représenter comme un tissage, un entrecroisement entre les fils de trame et les fils de chaîne.

Chez toute personne, et pas seulement chez les patients psychotiques, il y a le risque de ce que Jung appelle la *possession par un archétype*, ce qui conduit à l'*inflation*. Ce concept indique qu'une personne est comme remplie par quelque chose qui n'est pas personnel mais collectif. La personne risque de « s'y croire », dirait-on en langue courante ; le ressenti lié à l'inflation est illusoire.

La santé psychique implique que le moi puisse abandonner la croyance en sa toute-puissance. Un nouveau centre de la personnalité émerge alors, que Jung appelle le soi ; un terme en lien avec la signification qu'on lui donne dans les philosophies orientales. Le soi inclut à la fois des éléments conscients

et inconscients. Il fonctionne comme un aimant vis-à-vis des éléments disparates de la personnalité et des processus inconscients. Il est le centre de cette totalité, comme le moi est le centre de la conscience.

Jung – qui s'est beaucoup intéressé aux philosophies orientales – met en garde contre l'imitation de l'Orient par les occidentaux, en rappelant la valeur de l'esprit scientifique : « La science est l'outil de la pensée occidentale, et avec elle on peut ouvrir plus de portes qu'à mains nues [...] elle obscurcit notre perspicacité seulement quand elle revendique que la compréhension qu'elle amène soit la seule qui existe. L'Est nous enseigne une autre compréhension, plus large, plus impliquée – la compréhension à travers la vie... L'erreur habituelle de l'Occidental quand il est confronté à ce problème de saisir les idées de l'Est est [...] de tourner le dos à la science et, pris dans l'occultisme de l'Est, de se mettre à suivre des exercices de Yoga mot pour mot et de devenir un pitoyable imitateur » (« Commentary on "The Secret of the Golden Flower" » Collected Works 13, § 2, cité par Fordham, 1953, traduction personnelle).

Un autre concept majeur de Jung, le *processus d'individuation*, fait référence à la transformation progressive d'un individu, qui devient « complet », indivisible et distinct des autres et de la psychologie collective. La personne devient consciente de ce par quoi elle est un individu unique, et en même temps un simple humain. Jung a mis en garde contre la confusion possible entre l'intégration et l'individuation : « De manière récurrente je remarque que le processus d'individuation est confondu avec l'émergence du moi à la conscience, et que le moi est par conséquent confondu avec le soi, ce qui naturellement produit une confusion désespérante. L'individuation n'est plus alors que de l'auto-érotisme et un centrage autour du moi » (Collected Works 8, § 432, traduction personnelle).

Ce processus d'individuation permet à l'homme moderne qui n'est plus impliqué dans les mythes ou la religion d'être néanmoins « nourri » par l'inconscient collectif. L'intégration est-elle une étape préalable au processus d'individuation ou, au contraire, l'individu est-il engagé parallèlement dans un processus d'intégration et un processus d'individuation ? La question fait débat : Michael Fordham (1953), analyste jungien anglais, postule l'existence d'un soi primaire, présent dès le début de la vie, alors que Jung avait envisagé le soi comme émergeant dans la deuxième partie de la vie.

L'individuation peut être « relancée » par l'analyse : le mouvement de ce « voyage psychologique » serait celui d'une spirale en progression. Ce processus est l'expression de ce que Jung conçoit comme la fonction naturelle religieuse de l'être humain, qui ne peut nullement être assimilée à l'adhésion à des dogmes.

Cette présentation ne peut donner qu'un aperçu de l'œuvre (18 volumes !) de Jung. Comme il n'a pas écrit de cas cliniques, il n'est pas facile de savoir comment il travaillait avec ses patients. On sait qu'il redoutait l'utilisation de méthodes qui évincent l'individualité du patient et l'aspect unique de la relation analytique, et que c'est lui qui préconisa l'analyse personnelle des psychanalystes en formation.

Freudiens et jungiens ont continué leurs routes séparément. D'aucuns ne peuvent néanmoins faire l'impasse sur l'apport freudien qui demeure le socle sur lequel la psychologie analytique a pu se déployer, et reste la référence pour le travail avec ce que Jung a appelé l'inconscient personnel.

### Bibliographie

- FORDHAM F. (1953). — *An introduction to Jung's psychology*, Londres, Penguin Putnam Books; trad. fr. : *Introduction à la psychologie de Jung*, Paris, Imago, 2003.
- JUNG C.G. (1912). — *Les Métamorphoses de l'âme et ses symboles*, trad. fr., Genève, Georg, 1997.
- JUNG C.G. (1933). — *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, trad. fr. 1964, Paris, Gallimard, 1986.
- JUNG C.G. (1954). — *Les Racines de la conscience*, trad. fr. 1970, Paris, Buchet-Chastel, 1994.
- JUNG C.G. (1959). — *Psychologie et éducation*, trad. fr. 1963, Paris, Buchet-Chastel, 1994.
- JUNG C.G. (1961). — *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*, recueillis par A. Jaffé, trad. fr. 1967, Paris, Gallimard, 1991.

### Pour en savoir plus

- GAILLARD C. (2007). — *Jung*, Paris, PUF, coll. « Que Sais-Je ? ».
- HUMBERT E. (1983). — *Jung*, Paris, Éditions Universitaires, coll. « Psychothèque ».
- KASWIN-BONNEFOND D. (2003). — *Carl Gustav Jung*, Paris, PUF, coll. « Psychanalystes d'Aujourd'hui ».
- SAMUELS A., SHORTER B., PLAUT F. (1986). — *A critical dictionary of Jungian analysis*, Londres – New York, Routledge & Kegan.

# Introduction



Le but de cet ouvrage étant de mettre en parallèle les grandes contributions théoriques qui ont servi de base à l'élaboration des psychothérapies, parler des théories comportementales et cognitives devenait évidemment indispensable non pas tant pour souligner les grandes différences épistémologiques avec les autres courants présents dans cet ouvrage, mais avant tout pour permettre aux lecteurs d'ouvrir leur champ de connaissance en abordant l'un des courants principaux de la psychopathologie.

Les théories cognitivo-comportementales (TCC) ont opéré ces dernières années leur mutation, sans renier leurs principes fondateurs que sont : le raisonnement expérimental, les hypothèses testables, les stratégies et évaluations thérapeutiques. Nous retrouverons ces notions dans le chapitre sur l'histoire et les théories.

Les TCC ont donc vécu plusieurs vagues de changements qui ont enrichi l'analyse des comportements-problèmes et permis l'élaboration de nouveaux « outils thérapeutiques » moins « mécanicistes » que par le passé et par là même plus « humanistes ».

Le choix des chapitres suivants va dans ce sens. Ils ont été sélectionnés comme représentatifs de cette dynamique de recherche et d'ouverture. Nous avons évidemment conscience que ce choix ne peut être que partial, ne pouvant aborder tous les autres thèmes qui, eux aussi, ces dernières années, ont été dynamisés par de nombreuses recherches, notamment sur les troubles obsessionnels compulsifs, l'anxiété sociale, la médecine comportementale, la prise en charge des enfants, etc. Nous avons donc été amenés à privilégier deux « classiques » dans une lecture plus actuelle : les troubles phobiques et la dépression.

Deux chapitres vont également être consacrés à des thèmes d'une grande importance dans le processus dynamique de la psychothérapie comportementale : l'analyse fonctionnelle et la relation thérapeutique ; ces thèmes ouvrent évidemment le champ de l'efficacité bien au-delà de la seule prescription symptomatique.

Enfin, nous avons voulu ajouter deux chapitres sur des problèmes complexes et leur prise en charge en TCC. L'un à propos des addictions et l'autre sur des troubles sexuels. Ces thèmes montrent la nécessité de recourir parfois à la mise en place de programmes multimodaux permettant justement de construire avec le patient une « boîte à outils » dont l'ambition va au-delà de la disparition du symptôme ; ce qui nous rapproche d'une prise en charge plus globale, sans renier ces principes.

# 14

## Historique et aspects théoriques des thérapies cognitives et comportementales

M. de Mondragon et J.-M. Legrand



Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies d'apparition récente dans le monde anglo-saxon, puisque le premier traité comportant la notion de « thérapie comportementale » fut rédigé par Eysenck, psychologue britannique, en 1960. Ces thérapies sont maintenant largement reconnues pour leur intérêt et leur efficacité (Conférence de consensus de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] en 1989 et rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm] en 2004).

### Historique

Faire l'histoire des TCC c'est tenter d'expliquer comment, à travers le XVIII<sup>e</sup> siècle foisonnant de découvertes, s'est imposé partout le besoin d'une approche empirique des phénomènes psychiques, ou comment, à partir des faits établis et contrôlés de façon expérimentale, se sont constitués des modèles théoriques de plus en plus complexes, comment ces modèles ont inspiré des techniques thérapeutiques efficaces ou, inversement, comment des techniques ont suscité des formulations théoriques nouvelles, et comment ces thérapies ont fini par apparaître comme une authentique alternative aux psychothérapies préexistantes.

L'origine du comportementalisme est celle de la psychologie scientifique qui naît et se développe au XVIII<sup>e</sup> siècle après s'être dégagée des influences exprimées par la pensée dualiste cartésienne (le corps peut être livré à l'investigation expérimentale tandis que l'âme, dans la mesure où elle est d'essence divine, ne peut être abordée que par l'étude attentive des

faits de conscience ; tout autre méthode serait sacrilège). Le premier laboratoire de psychologie expérimentale est créé en 1879 à Leipzig par Wilhelm Wundt.

Les neurophysiologistes russes ont développé une théorie générale du fonctionnement psychologique dans l'histoire des thérapies comportementales grâce à une méthodologie de recherche centrée sur l'observation objective du comportement. En 1865, Sechenov est convaincu qu'il faut aborder la psychologie par l'étude des comportements observables, lesquels doivent être considérés comme des réflexes du cerveau aux stimuli venant de l'environnement. En 1904, Pavlov, prix Nobel de physiologie, a, lui, mis en évidence l'existence de la réaction conditionnelle.

En 1913, John Watson est le premier à utiliser le terme « béhaviorisme » dans un article considéré aujourd'hui comme le manifeste du béhaviorisme : « Psychology as the behaviorist views it ». Pour lui, « la psychologie doit pouvoir se définir comme la science des comportements en s'appuyant sur le raisonnement expérimental tel qu'il est impliqué dans les autres sciences naturelles, l'introspection est exclue » – « *study behavior, not mind* ». Il insiste sur l'importance de l'apprentissage où les comportements même les plus complexes peuvent s'expliquer par la combinaison de réponses élémentaires apprises par simples conditionnements (expérience sur Albert, 11 mois, en 1920).

De 1920 à 1950, le comportementalisme se développe suivant trois modalités différentes avec conjointement l'édification de vastes systèmes théoriques, l'intensification de recherches en laboratoire, et les tentatives isolées de thérapies destinées le plus souvent à vérifier une théorie ou à compléter une expérimentation. Ces recherches sont assez disparates en Amérique du Nord, en Angleterre et en Afrique du Sud.

Skinner (voir portrait p. 148), en 1938, développe le deuxième modèle d'apprentissage en insistant sur les conséquences de l'action, et décrit le paradigme du conditionnement opérant en s'appuyant sur les travaux de Thorndick qui, en 1898, publie ses travaux sur « l'intelligence animale devant la loi de l'effet » (le succès et l'échec sont des mécanismes qui sélectionnent les réponses les plus adaptées). La même année, Guttry, reprenant la notion d'apprentissage par contiguïté de Pavlov, parle de la méthode par immersion, c'est-à-dire l'épuisement de la réponse grâce à l'inondation du sujet par des stimuli déclenchants.

Parallèlement, des tentatives thérapeutiques isolées et limitées expriment le souci des comportementalistes d'accéder au domaine de la pathologie. Ces tentatives restent souvent inaperçues car, aux États-Unis comme ailleurs, l'avant-scène est occupée par la psychanalyse. Ainsi, en 1924, Mary Jones réussit la première tentative de déconditionnement d'une phobie (Peter, 34 mois, phobie des lapins résolue en 40 séances). En 1932, Dunlap met au point la pratique négative. Plus connus sont les travaux de Voegtlin sur l'alcoolisme par aversion et de Mowrer en 1938 sur l'énurésie.

Ces débuts vont donner naissance à la *behavior therapy*, terme utilisé en 1953 par Skinner et Lazarus, mais surtout diffusé par Eysenck.

En Afrique du Sud, Wolpe (voir portrait p. 184) décrit l'inhibition réciproque et en tire les fondements de la fameuse technique de désensibilisation systématique en 1958. À Londres, Shapiro et Eysenck travaillent sur l'efficacité des psychothérapies et les moyens d'évaluer celles-ci par la méthode séquentielle (arrêt puis reprise du traitement). Petit à petit, en Amérique du Nord ces courants progressant de façon dispersée et désordonnée vont constituer un mouvement dont la cohésion apparaîtra sous le nom de thérapie comportementale.

La psychologie cognitive n'apparaît qu'à la fin des années 1950. Un certain nombre de scientifiques rejettent le radicalisme skinnerien et décident de s'intéresser aux variables intermédiaires entre la stimulation du sujet par l'environnement et la réponse observable de l'organisme.

Les débuts de l'informatique fournissent un arsenal conceptuel qui permet de penser la cognition, la notion d'information et de traitement de l'information. En 1956 est organisée la première conférence consacrée à l'intelligence artificielle et à son application à la psychologie, à laquelle vont participer des informaticiens, mathématiciens, psychologues, linguistes et neurobiologistes. Les sciences cognitives se développent, et étudient les mécanismes de la pensée : la perception, l'attention, l'intelligence, le langage, la mémoire, le raisonnement, la résolution de problèmes.

À la même période, des psychologues et psychiatres ont pris comme objet d'étude les variables internes des individus, les mécanismes de pensée, et ont construit des modèles théoriques de compréhension de la psychopathologie ainsi que des stratégies thérapeutiques qu'ils ont cherché à valider ensuite de façon scientifique.

Bandura, en 1969, décrit l'apprentissage social par imitation de modèle. Dans les années 1960, Albert Ellis (voir portrait p. 237) développe la thérapie rationnelle émotive, et Aaron T. Beck développe son modèle cognitif de la dépression, modèle qui sera étendu à d'autres troubles psychopathologiques.

Dans les années 1970, se développe la médecine comportementale, application des principes issus des thérapies comportementales à des problèmes comme l'hypertension, le tabagisme, l'alcoolisme, etc.

Les thérapies comportementales et cognitives sont issues de la psychologie expérimentale. Elles sont donc, de ce fait, en perpétuel remaniement tant au niveau de leurs modèles théoriques que de leurs techniques d'application. Les différents auteurs décrivent trois grandes vagues, chacune venant enrichir la précédente :

– la première vague est constituée par les thérapies comportementales, fondées sur les théories de l'apprentissage ;

- la deuxième vague est représentée par les thérapies cognitives, fondées sur les modèles théoriques d'Ellis et de Beck principalement ;
- une troisième vague de modèles et de thérapies voit le jour depuis quelques années. Dans ces nouvelles approches, une attention particulière est portée au contexte des phénomènes psychologiques et à leur fonction plutôt qu'à leur forme. Leur but est l'acquisition d'une plus grande flexibilité et efficacité comportementale plutôt que l'élimination de problèmes comportementaux limités. On peut citer la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999), la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (Segal et al., 2006), la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2000).

## Les théories de l'apprentissage

### *Conditionnement pavlovien, répondant ou de type 1*

Le conditionnement a été décrit par Pavlov au début du xx<sup>e</sup> siècle selon le schéma : stimulus → réponse.

Chez le chien, quand on présente de la viande (stimulus inconditionnel), on obtient une réponse de salivation ; c'est une réponse automatique, naturelle, innée, que l'on va appeler réponse inconditionnelle.

Si la présentation de la nourriture est précédée régulièrement d'une sonnerie, la sonnerie acquerra la fonction qui est celle du stimulus nourriture. Par la suite, en présentant la sonnerie seule, on obtiendra une réponse de salivation. On peut donc penser qu'il y a eu apprentissage chez l'animal puisque la liaison n'est pas naturelle d'emblée. Le stimulus neutre (la sonnerie) devient un stimulus conditionnel, car il entraîne une réponse qui est apprise et que l'on appelle réponse conditionnelle (RC).

L'acquisition de la réponse conditionnelle dépend de la contiguïté temporelle entre le stimulus neutre et le stimulus inconditionnel et de la répétition de l'association. Au fur et à mesure de la répétition, on a une augmentation de la liaison entre stimulus conditionnel et réponse conditionnelle. La réponse s'éteindra d'autant plus facilement que l'apprentissage est récent. Si la présentation du stimulus son n'est pas renforcée par une nouvelle association avec le stimulus inconditionnel, alors la réaction conditionnelle de salivation au seul son disparaîtra progressivement. C'est le phénomène d'extinction.

Quelquefois, la liaison entre stimulus et réponse persiste et apparaît dans de nouvelles conditions qui sont très éloignées de celles d'origine. C'est le phénomène de généralisation qui existe aussi bien dans l'acquisition que dans l'extinction d'un comportement. Ce type de conditionnement s'observe surtout dans les réactions autonomes gérées par le système nerveux neurovégétatif.

Chez l'homme, certaines réactions anxieuses seraient des réponses acquises au cours d'une expérience traumatique où un stimulus neutre serait associé fortuitement à un stimulus inconditionnel aversif.

Cependant, l'approche clinique révèle que les individus ne se conditionnent pas tous de la même façon. Certains, comme Eysenck, ont proposé l'intervention de caractéristiques propres à l'individu. En fonction de celles-ci, des réactions fortes et prolongées peuvent être secondaires à des situations stressantes de faible intensité. D'autres, comme Seligman, ont proposé que certaines phobies (animaux, obscurité, etc.), en relation avec les peurs ancestrales, soient inscrites génétiquement et latentes, et puissent se révéler lors de la présentation unique du stimulus.

### *Conditionnement skinnerien, opérant ou de type 2*

Skinner, en s'appuyant sur la loi de l'effet de Thorndike, a conduit de nombreux travaux expérimentaux sur les comportements et a décrit, dans les années 1940, le conditionnement opérant selon le modèle :  $S \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow C$  (S : stimulus, O : organisme, R : réponse, C : conséquence).

Un animal est placé dans une boîte (la boîte de Skinner) qui contient un levier dont la mobilisation déclenche l'arrivée de nourriture. Si l'animal découvre par hasard que la pression de la barre lui permet d'avoir cette nourriture, il a tendance à répéter cette action.

L'organisme agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Si les conséquences sont positives, l'organisme aura tendance à répéter ce comportement. Inversement, si les conséquences sont négatives, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement. L'absence de conséquences (positives ou négatives) à un comportement entraîne l'extinction, c'est-à-dire la disparition progressive du comportement.

Le conditionnement opérant est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences de ce comportement. Les conséquences tendent à renforcer ou non un comportement (Cottraux, 1995). Chez l'homme, certaines réponses d'anxiété s'installeraient selon le schéma du conditionnement répondant et se maintiendraient selon celui du conditionnement opérant.

## Les théories cognitives

L'approche cognitive s'est développée dans les années 1950 – 1960.

### *Le modèle de l'apprentissage social de Bandura*

Bandura propose un modèle où le comportement externe, la personne et l'environnement sont en constante interaction. Ce modèle interactionnel postule, à l'inverse des conditionnements répondant et opérant, un organisme actif.

Pour Bandura, les comportements dépendent d'un ensemble de facteurs : état physiologique donné, histoire comportementale, contingence de l'environnement et aussi processus cognitifs. Ces processus cognitifs permettent

à l'individu d'être en interaction permanente avec son environnement. Parmi ces processus cognitifs, on peut noter l'anticipation des conséquences de nos actions et l'attente de résultats, l'autoévaluation de nos comportements et l'autorenforcement de ces comportements. Autoévaluation et autorenforcement dépendent eux-mêmes de notre histoire et des observations des conduites d'autrui, de modèles réels, symboliques ou imaginaires (apprentissage vicariant) qui nous ont donné des images de « ce qui est bien ou mal » et qui sont en quelque sorte nos références, nos standards.

Bandura, en 1977, a développé le concept d'efficacité personnelle perçue. Les croyances que l'individu a de ses propres capacités d'action, quelles que soient ses aptitudes objectives, sont à la base de la motivation, de la persévérance et d'une grande partie des accomplissements humains. Pour l'auteur, les comportements dépendent des attentes d'efficacité et de résultat que l'individu a construit au cours de son histoire (Bandura, 2007).

### *La thérapie rationnelle émotive d'Ellis*

Dans les années 1960, Albert Ellis (voir portrait p. 237), psychologue, développe l'idée que les comportements névrotiques des êtres humains découlent des attentes et de systèmes de croyance irrationnelle que ceux-ci ont construits. Il cite volontiers Épictète : « ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses mais les jugements relatifs aux choses. Lors donc que nous sommes contrariés, troublés ou affligés, n'en incriminons jamais autrui, mais nous-mêmes, c'est-à-dire nos propres jugements. »

À partir de ce modèle, il a développé une approche thérapeutique, la thérapie rationnelle émotive où, après une mise en évidence des croyances irrationnelles sous-jacentes aux réactions émotionnelles excessives, il s'agit d'amener le sujet à une croyance alternative à l'aide d'un dialogue socratique.

### *Le modèle cognitivo-comportemental de Beck*

Dans le même temps et de façon complètement indépendante, Aaron Beck (voir chap. 18), en se fondant sur ses observations de patients déprimés, a élaboré un modèle cognitif de la dépression (s'appuyant sur les théories du traitement de l'information), modèle qui a ensuite été généralisé à d'autres troubles.

Pour Beck, le patient se maltraite en traitant mal l'information, et les erreurs logiques effectuées dans la perception de la réalité interviennent dans l'écllosion ou le maintien des troubles. Il fait intervenir trois principales variables cognitives : les schémas cognitifs, les processus cognitifs, et les cognitions.

#### SCHÉMAS COGNITIFS

Pour Beck, les individus fonctionnent avec des schémas, qui sont un ensemble de règles générales, inflexibles, se présentant sous une forme impérative et qui sont des représentations de nos expériences antérieures précoces. Ces schémas sont stockés dans notre mémoire à long terme et sont activables

lorsque nous sommes confrontés à certains stimuli internes ou externes (par exemple perception par le sujet d'une perte). Les schémas traitent de façon automatique l'information des différents stimuli internes et externes, ils transforment les données brutes en cognitions, une cognition étant définie comme toute activité mentale qui a un contenu verbal (idées, jugements, critiques, instructions, souhaits, etc.). Elles sont ressenties par le sujet comme involontaires, automatiques, d'installation rapide et souvent catégoriques.

#### PROCESSUS COGNITIFS

La transformation se fait par l'intermédiaire de processus cognitifs, sortes de procédés de décodage de la réalité extérieure, qui permettent des jugements rapides sur les événements. Ils peuvent présenter des perturbations profondes et stables du mécanisme de la pensée logique, ne retenir l'information que si elle confirme les schémas préexistants, ou bien modifier l'information pour qu'elle devienne compatible (principe de l'assimilation au détriment de l'accommodation qui permettrait une modification des schémas pour les rendre compatibles avec la réalité). Dans les distorsions de ces processus cognitifs, on distingue ainsi l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, la magnification, la minimisation et la personnalisation.

#### COGNITIONS

Dans le cadre de la dépression, par exemple, les cognitions vont être marquées d'une vue négative de soi-même, du monde et du futur, le contenu étant façonné de façon permanente par le ou les schémas dépressiogènes activés, et ce par l'intermédiaire des processus cognitifs qui peuvent présenter des distorsions, comme l'inférence arbitraire (conclusion sans preuve). Les modèles thérapeutiques vont consister à aider le patient à prendre conscience de son fonctionnement cognitif et de l'écart possible entre celui-ci et la réalité extérieure, à faire le lien entre ses variables cognitives et ses réactions émotionnelles ou comportementales, et enfin, à modifier ses composantes cognitives (recherche de pensées alternatives, travail sur les distorsions des processus de pensée logique, assouplissement des schémas). Dans ce modèle thérapeutique, contrairement au modèle d'Ellis (du moins au début), l'individu doit s'engager à l'action et à l'expérience personnelle vérifiant dans la réalité ses différentes hypothèses afin de pouvoir les modifier et d'entraîner des changements cognitifs (Fontaine et Fontaine, 2006).

## La troisième vague des thérapies cognitives et comportementales

### *Les thérapies fondées sur la pleine conscience*

La pleine conscience est une notion que l'on retrouve dans la pratique de méditation bouddhiste depuis 2500 ans : « C'est un état de conscience qui

résulte du fait de porter son attention, intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2005).

Différents chercheurs ont pensé que cette approche pouvait être utile en thérapie en dehors de toutes connotations spirituelles ou religieuses. Deux programmes ont été élaborés :

- la *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), dont l'objectif est la gestion du stress et sa réduction (Kabat-Zinn, 1990) ;
- la *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), dont l'objectif est la prévention des rechutes dépressives dans les dépressions unipolaires récurrentes (Segal et al., 2006).

En effet, il a été observé que des personnes ayant déjà eu des états dépressifs présentent, lors de moments de tristesse passagère et anodine, une réactivation de pattern de pensées négatives concernant le passé, le futur et soi-même. La thérapie cognitive de pleine conscience va aider à la prise de conscience de ce fonctionnement de l'esprit et à favoriser une nouvelle attitude à l'égard de ce type de pensée et d'émotion. Elle ne vise pas à modifier les cognitions dysfonctionnelles mais plutôt à les accepter comme telles, c'est-à-dire des créations de notre esprit et non le reflet de la réalité.

Ces approches, comme nous l'avons vu, sont dérivées de pratiques méditatives orientales et n'ont pas pour l'instant de soubassements théoriques. Cependant, différentes hypothèses commencent à être émises quant à leur mécanisme d'action (Baer, 2003) :

- exposition prolongée avec prévention de la réponse d'évitement ou de fuite de l'expérience refusée ;
- entraînement à la focalisation attentionnelle, qui permet le désamorçage des boucles de ruminations des pensées automatiques désagréables ;
  - relativisation, mise à distance du contenu des pensées et des images ;
  - acceptation active et équanimité des pensées, émotions, sentiments et sensations ;
- amélioration dans la connaissance des modes de réactions spontanées ;
- relaxation, effet initialement non recherché.

La pleine conscience est aussi utilisée dans d'autres formes de psychothérapies et d'interventions psychologiques, comme dans la thérapie dialectique de Linehan ou la thérapie ACT (voir ci-après).

### *La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)*

Pour la thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* [ACT], Hayes et al., 1999), de nombreux troubles psychologiques proviennent essentiellement de l'énergie consacrée à éviter de ressentir des émotions, des pensées, des souvenirs, des sensations corpo-

relles désagréables et les contextes qui les occasionnent. Ces évitements se révèlent le plus souvent inefficaces et conduisent à une restriction du répertoire comportemental, l'individu ne se comportant plus en accord avec ses valeurs fondamentales. La solution devient le problème. L'ACT cherche à faire diminuer les évitements d'expérience afin d'élargir le répertoire comportemental et de favoriser l'engagement vers des buts valorisés.

L'ACT repose sur une théorie fonctionnelle du langage, la théorie des cadres relationnels (TCR). Le langage permet la construction de relations entre divers stimuli en fonction de propriétés non arbitraires (physiques) ou arbitraires (non physiques), ces dernières étant définies par la communauté sociale et pouvant être modifiées par simple convention. Certaines relations peuvent être apprises sans avoir été enseignées, par dérivation (trois mécanismes d'apprentissage par dérivation ont été isolés : implication mutuelle, implication combinée, transfert ou transformation des fonctions d'un stimulus).

Imaginons que vous vous promeniez avec votre jeune enfant. Vous croisez un chat et vous lui dites que c'est un chat ; l'enfant établit une relation d'équivalence entre l'image du chat et le mot « chat ». Un peu plus tard, vous lui dites le chat fait « miaou » ; l'enfant établit une nouvelle relation d'équivalence entre le mot « chat » et le son miaou. Ces deux relations ont été apprises directement ; elles vont être à l'origine d'une série de relations entre image, mot et son qui, elles, n'ont pas été directement apprises. À la maison, l'enfant sera capable de choisir une image de chat parmi d'autres images d'animaux quand on lui demande où est le chat et de dire le mot « chat » quand on lui demande ce qui fait « miaou ».

L'image et le mot, le mot et le son sont entrés dans une relation qu'on appelle implication mutuelle (la relation apprise directement image = mot implique la relation dérivée mot = image). L'enfant sera aussi capable de dire « miaou » si on lui montre l'image du chat en lui demandant ce qu'il fait, et de désigner l'image du chat si on lui demande qu'est-ce qui fait « miaou ». Ces deux dernières relations apprises par dérivation sont appelées implication combinée.

Cet exemple (d'après Monestes et Villatte) nous montre que les relations entre les mots et les événements externes ou internes se propagent dans de nombreuses directions, même en l'absence d'association directe. Un cadre relationnel est défini comme la nature de la relation entretenue par plusieurs stimuli. Il existe de très nombreux cadres relationnels différents, par exemple le mot « peur » et l'émotion de peur rentrent dans un cadre d'équivalence ; le mot « stressé » et le mot « détendu » rentrent dans un cadre d'opposition (Monestes et Villatte).

Pour la TCR, quand nous pensons, réfléchissons, parlons, nous ne faisons rien d'autre que de dériver des relations entre des événements qui peuvent être des stimuli externes ou internes. Ces processus sont permanents. Nous ne pouvons pas éprouver une sensation ou avoir une perception qui ne soit

pas aussitôt l'objet d'une élaboration verbale. Il nous est difficile de rester dans l'ici et maintenant. Nous sommes constamment entraînés dans des dimensions verbalement construites du futur, du passé, du bien et du mal. Reconnaître une émotion procède d'une opération verbale qui va inévitablement comporter un aspect d'évaluation.

Tout ce qui est évalué comme mauvais ou dangereux va être évité ; cela devient problématique lorsque cela empêche l'engagement dans des activités importantes pour le sens que l'on souhaite donner à sa vie. Les travaux expérimentaux sur la suppression de pensées (Wegner et al., 1987) ont révélé que les contenus psychiques que l'on cherche à éviter ont tendance à devenir envahissants. De plus, les réactions émotionnelles sont aussi médiatisées par le système neurovégétatif autonome ; ce qui doit donc être évité à tout prix réapparaît sans cesse et un mécanisme de cercle vicieux est alors amorcé : « L'ACT vise à favoriser l'exposition et l'acceptation des événements privés (pensées, images et sensations physiques) désagréables dans les situations où leur évitement conduit au renoncement à des actions allant dans le sens des valeurs choisies par le sujet ou à la persistance dans des actions contraires à ses valeurs » (Vuille, 2007).

Les différentes composantes de la thérapie sont :

- l'acceptation des événements psychologiques désagréables et des sensations douloureuses impossibles à faire disparaître, plutôt que la lutte permanente ;

- le développement de la reconnaissance de soi comme contexte d'apparition de ses pensées et de ses sensations, au lieu de penser en être l'auteur ;

- la défusion qui consiste à développer l'appréhension des pensées comme des événements psychiques sans obligatoirement considérer leur contenu comme le reflet fiable du réel ;

- le contact avec l'instant présent qui permet de limiter les ruminations à propos du passé ou du futur, de restreindre le filtrage du réel par le langage ;

- l'action, partie intégrante de la thérapie, que les patients ont souvent abandonnée au profit de tentatives de contrôle de leurs symptômes, conduisant à une restriction de leur répertoire comportemental ;

- le choix des valeurs qui comptent pour chaque patient, et qui constituent le moteur des actions, leur raison d'être.

### *La thérapie comportementale dialectique (TCD)*

Marsha Linehan, professeur de psychologie aux États-Unis, a développé dans les années 1990 un modèle de prise en charge après s'être intéressée aux femmes suicidaires chroniques aux personnalités borderline ou émotionnellement labiles. Elle conçoit cette personnalité comme la résultante d'une

vulnérabilité émotionnelle. Celle-ci extériorise le dysfonctionnement émotionnel biologique inné, avec des lacunes dans la régulation des émotions acquises. En effet, chez ces sujets, on retrouve une grande réactivité aux stimuli externes et internes, une forte intensité de la réponse émotionnelle produite et un retour à l'état émotionnel basique très lent. Cela engendre, dès l'enfance, des difficultés à mettre en place des stratégies de gestion des émotions et la difficulté de l'environnement à y faire face, d'où un dysfonctionnement qui va aggraver les difficultés d'apprentissage des compétences à réguler des émotions.

M. Linehan propose donc un programme thérapeutique qui permet des apprentissages d'une gestion efficace et compétente des émotions pour supprimer l'usage des comportements suicidaires et automutilatoires et d'accroître l'envie de vivre. Comme dans toute TCC, la thérapie comportementale dialectique (TCD) préconise l'analyse des apprentissages par repérage des modèles comportementaux de la personne, et la mise en place de comportements alternatifs plus constructifs et performants. La TCD vise à modifier des croyances apprises dans d'autres contextes n'ayant plus de validité actuelle. Elle vise aussi à augmenter la capacité à développer une pensée dialectique qui consiste à considérer que tout est en changement perpétuel. En revanche, les techniques de restructuration cognitive classique ne sont pas utilisées eu égard à l'environnement invalidant du sujet. La TCD part de l'hypothèse que ce sont les cognitions qui sont le fruit des émotions avec lesquelles elles entrent en concurrence et qu'elles expriment.

Enfin, la TCD est orientée vers la gestion des compétences et la régulation des émotions. L'efficacité interpersonnelle peut favoriser l'acceptation et le changement. Elle exige donc l'existence d'une relation thérapeutique collaborative intense et très particulière. En effet, plusieurs cadres thérapeutiques s'emboîtent, avec une participation obligatoire du patient à l'ensemble du programme. Il se compose de groupe psycho-éducatif et d'entretiens individuels afin d'aider le patient à gérer les situations de crise. Dans cette thérapie, la supervision du thérapeute est obligatoire, ce dernier devant lui aussi apprendre à faire avec et gérer ses émotions. Ainsi, l'efficacité de cette démarche thérapeutique ne peut s'envisager qu'au gré d'un fort engagement et de cadres permanents permettant le mouvement des émotions.

## Conclusion

Les paradigmes cognitivo-comportementaux sont en perpétuelle évolution. Ils se modifient et s'enrichissent au gré des apports de la recherche en psychologie cognitive et de l'application des modèles psychothérapeutiques.

# Bibliographie

---

- BAER R.A. (2003). — « Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptuel and empirical review », *Clinical Psychology : Science and Practice*, n° 10, p. 125-143.
- BANDURA A. (2007). — *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.
- COTTRAUX J. (1995). — *Les Thérapies comportementales et cognitives*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 2004.
- FONTAINE O., FONTAINE E. (2006). — *Guide clinique de thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Retz.
- HAYES S.C., STROSAHL K., WISLON K.G. (1999). — *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*, New York, Guilford Press.
- INSERM (2004). — *Expertise collective : les psychothérapies*, Paris, Inserm.
- KABAT-ZINN J. (1990). — *Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York, Dell Publishing.
- KABAT-ZINN J. (2005). — *Où tu vas, tu es*, Paris, J'ai Lu.
- LINEHAN M.M. (2000). — *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Genève, Médecine et Hygiène.
- MONESTES J.-L., VILLATTE M. — « Le Magazine ACT », [www.lemagazineact.fr](http://www.lemagazineact.fr)
- SEGAL Z.V., WILLIAMS J.M.G., TEASDALE J.T. (2006). — *La Thérapie basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Bruxelles, De Boeck.
- VUILLE P. (2007). — « Thérapie d'acceptation et d'engagement : émotion, contexte et action », in COTTRAUX J. (dir.), *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*, Paris, Masson.
- WEGNER D.M., SCHNEIDER D.J., CARTER S.R., WHITE T.L. (1987). — « Paradoxical effects of thought suppression », *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 53, p. 5-13.

## Pour en savoir plus

---

- ANDRÉ C. (1998). — *Les Thérapies cognitives*, Paris, Bernet-Danilo.
- COTTRAUX J. (2007). — *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*, Paris, Masson.
- MIRABEL-SARRON C., RIVIÈRE B. (1993). — *Précis de thérapie cognitive*, Paris, Dunod.

## Burrhus Frederic Skinner – Un scientifique au service de l'humain

J. VAN RILLAER

Les thérapies comportementales sont des psychothérapies qui se spécifient par le souci de scientificité de leurs praticiens. Leur élaboration se fonde sur des résultats de la psychologie scientifique. Elles se pratiquent, comme la médecine universitaire, avec le souci de la vérification méthodique des hypothèses; leurs effets sont soigneusement évalués par des chercheurs et des praticiens. Contrairement à la majorité des autres psychothérapies, elles n'apparaissent pas comme un savoir irréfutable, constitué par le fondateur d'une École et consigné, pour l'essentiel, dans les écrits d'un ou de quelques maîtres à penser.

Les thérapies comportementales sont nées au cours des années 1950 et 1960, en différents endroits de la planète : Harvard (B.F. Skinner et al.), Londres (H. Eysenck, H.G. Jones, W. Meyer, M.B. Shapiro), New York (A. Ellis), Afrique du Sud (J. Wolpe, A. Lazarus), Australie (A.J. Yates). À cette époque, ces novateurs n'avaient presque pas de contacts entre eux, mais partageaient la même volonté de développer une psychothérapie d'orientation scientifique. Parmi ces personnages, une place de choix revient à Skinner, le premier à avoir utilisé le terme « *behavior therapy* », en 1953, dans un article.

B.F. Skinner (1904 – 1990) a fait ses études à Harvard et y est devenu un professeur renommé. Au terme d'une analyse statistique des noms des psychologues du xx<sup>e</sup> siècle cités dans les publications universitaires de psychologie (revues et manuels), Steven Haggbloom (2002) et une équipe de dix chercheurs ont constaté que Skinner occupe la première place (suivi, dans l'ordre, par Piaget, Freud et Bandura). Le plus cité dans le monde académique ne veut pas dire le plus souvent lu dans le texte : parmi les psychologues scientifiques, Skinner a probablement le record des présentations déformées et des fausses citations, souvent malveillantes (voir Van Rillaer, 2007).

Une des contributions les plus importantes de Skinner est la démonstration de la fécondité de ce qu'il a appelé l'« analyse expérimentale du comportement ». Skinner n'avait pas l'ambition de dévoiler les causes ultimes des comportements. Il a observé minutieusement des conduites et leurs contextes; il a quantifié et systématiquement modifié des éléments de l'environnement, et a ainsi mis en évidence des variables dont les comportements sont fonction. À l'instar de ses procédures expérimentales, les thérapeutes comportementalistes font des analyses « fonctionnelles » en tenant compte de quatre types d'observations :

- les comportements comme tels, leurs fréquences, leurs durées, leurs intensités;
- les antécédents qui incitent à produire les comportements (appelés « stimuli discriminatifs »);

- des conséquences antérieurement vécues des types de comportement (conséquences appelées « renforçateurs » lorsqu'elles rendent plus « fortes » la probabilité de répétitions d'un type de comportement);
- les « contingences de renforcement » des comportements, c'est-à-dire les relations précises entre les comportements, leurs antécédents et leurs conséquences.

Les modalités d'apparition des conséquences sont essentielles, en particulier la probabilité de leur apparition et l'anticipation du délai entre un comportement et ses effets déjà éprouvés ou imaginés (un comportement a tendance à être d'autant plus facilement reproduit que des conséquences appétitives sont fréquentes et suivent rapidement, tandis que des conséquences aversives sont rares et/ou apparaissent lointaines). Il est donc faux de dire que le béhaviorisme de Skinner est une « psychologie S-R » (stimulus-réponse).

Dans son ouvrage de 1953, *Science et comportement humain*, Skinner a montré la fécondité de cette approche pour analyser les comportements de l'individu, mais aussi des comportements de groupes et d'agences de contrôle (le gouvernement, la religion, l'éducation). Contrairement à une idée reçue, Skinner ne s'est pas limité à observer des rats et des pigeons. Depuis les années 1950 jusqu'à sa mort, il a consacré l'essentiel de son temps à analyser des « événements privés » : la pensée, la visualisation mentale, le développement de l'attention, le sentiment d'identité, etc. Dans l'ouvrage de 1953, les chapitres 15 (« Autocontrôle ») et 24 (« Psychothérapie ») ont marqué l'histoire des thérapies cognitivo-comportementales. Dans les années 1960, plusieurs élèves de Skinner développent, à partir des principes qui s'y trouvent, des procédures de « modification du comportement » (*behavior modification*) et de contrôle ou de gestion de soi (*self-control, self-management*).

Skinner voulait faire de la psychologie scientifique. Il était donc déterministe. Il partait du principe que tout phénomène procède d'une ou de plusieurs causes et que le travail du scientifique est d'établir les conditions d'apparition ou de disparition de phénomènes soigneusement observés. Néanmoins, pour Skinner, le déterminisme de la vie psychique ne signifiait pas que nous soyons radicalement aliénés. Nous pouvons apprendre à mieux gérer nos propres conduites de manière à réaliser une partie des objectifs que nous nous sommes choisis : « Dans une large mesure, écrit-il, la personne semble maîtresse de son destin. Elle est souvent capable de modifier les variables qui l'affectent. Un certain degré d'autodétermination de leurs conduites est d'ordinaire reconnu à l'artiste et au scientifique, à l'écrivain et à l'ascète. Les exemples beaucoup plus modestes d'autodétermination sont plus familiers. La personne *choisit* entre diverses possibilités d'action, *réfléchit* à un problème abstrait et maintient sa santé et sa position dans la société par la pratique du *self-control*. » (1953, p. 228, trad. fr. p. 214, souligné par Skinner). L'habileté à se gérer se développe d'autant mieux que la psychologie scientifique progresse et permet de mieux comprendre des lois du comportement : « À mesure qu'une science du comportement dégage les variables dont le comportement est une fonction, ces possibilités

[d'autocontrôle] devraient être grandement accrues » (*ibid.*, p. 241, trad. fr. p. 244).

Les principes énoncés par Skinner valent aussi bien pour la gestion de soi que pour la psychothérapie. On commence toujours par observer des comportements et leurs contingences. Ensuite, on définit des objectifs concrets en termes de comportements. Puis, on agit sur différentes dimensions de comportements et sur des variables dont ils sont fonction : on se focalise sur des effets à produire par de nouvelles actions, on intervient sur des stimuli incitants, on apprend à percevoir et à penser autrement, on s'entraîne à de nouveaux modes de réaction. Enfin, on évalue les conséquences des conduites expérimentées de façon à en dégager des « règles », à réajuster des objectifs et à se motiver à poursuivre des apprentissages.

### Bibliographie

- HAGGBLOOM S. et al. (2002). — « The 100 most eminent psychologists of the 20th century », *Review of General Psychology*, n° 6, p. 135-152.
- SKINNER B. (1953). — *Science and human behaviour*, New York, Macmillan; trad. fr. : *Science et comportement humain*, Paris, In Press, 2005.
- VAN RILLAER J. (2007). — « Jacques-Alain Miller, Frédéric Skinner et la liberté », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, n° 17 (1), p. 3-7.

### Pour en savoir plus

- BJORK D.W. (1993). — *B.F. Skinner. A life*, New York, Basic Books.
- RICHELLE M. (1977). — *B.F. Skinner ou le péril behavioriste*, Wavre, Mardaga.
- SKINNER B. (1969). — *Contingencies of reinforcement : A theoretical analysis*, Meredith Corporation : trad. fr. : *L'Analyse expérimentale du comportement*, Wavre, Mardaga, 1971.

# 15

## La relation thérapeutique en psychothérapie cognitive et comportementale

B. Rouchouse et F. Fanget



Avant même d'être thérapeutique, la relation entre un thérapeute et son patient cherche à établir une alliance dont l'objectif est de créer une dynamique thérapeutique. Toute psychothérapie est fondée sur une base non spécifique : la relation thérapeutique. Cette base s'inscrit plus largement dans un projet de soin. Ce concept d'alliance thérapeutique n'est pas nouveau ni attaché à un courant psychothérapeutique. Freud, dans ses écrits techniques, évoquait le besoin d'une compréhension sympathique, d'affection et d'amitié comme véhicule de la psychanalyse. En thérapie analytique, l'alliance thérapeutique réfère aux aspects interprétatifs d'associations libres dans un but de résoudre des conflits par un rôle non directif du thérapeute. Plus récemment, Alford et Beck, en 1997, ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème.

Cette conception sera détaillée par souci didactique. Il s'agit d'un ensemble d'ingrédients dont l'équilibre est propre à chaque patient, chaque problème, chaque thérapeute. Le changement attendu en psychothérapie est lié à la relation thérapeutique, mais aussi aux capacités d'apprentissage cognitif et comportemental du sujet et à son engagement vers un but respectueux de ses valeurs.

### Construire une relation thérapeutique

Dès le premier contact, l'objectif du thérapeute est de développer un sentiment positif chez le patient par l'expression d'une certaine chaleur, par

une préoccupation authentique, une attitude empathique ainsi qu'un regard positif et inconditionnel envers le patient.

Cette première rencontre a aussi pour but de transmettre le sentiment que le thérapeute est une personne compétente, digne de confiance, avec qui il sera possible pour le patient de se découvrir et de se sentir en sécurité.

L'alliance thérapeutique se fonde sur ces deux notions :

- le patient perçoit son thérapeute comme pouvant lui apporter de l'aide et du soutien ;

- le patient a le sentiment d'un travail commun et d'une coopération partagée.

Le cadre de la consultation a son importance : agréable, sécurisant, exempt de toute distraction. Le patient doit être prévenu de ce qui l'attend par des explications sur le déroulement de la séance et de son traitement. Les attitudes relationnelles de base du thérapeute sont représentées par l'empathie, l'authenticité, la chaleur, le professionnalisme, permettant d'établir le rapport collaboratif. Les techniques d'entretien doivent être connues et maîtrisées avec aisance afin d'éviter les pièges relationnels dans la thérapie et le maintien d'un cadre.

## Les attitudes relationnelles du thérapeute

La façon dont le patient perçoit le thérapeute est une condition nécessaire pour son efficacité thérapeutique par l'absence de problème émotionnel, la confiance qu'il inspire, son savoir-faire et sa compétence, l'intérêt ressenti à aider ses patients, sa capacité de créer une relation chaleureuse. L'engagement du patient dans ses soins, sa prise de responsabilité, est aussi un excellent prédicteur de son évolution. Ces attitudes relationnelles ne s'improvisent pas. Elles sont directement observables par le patient.

### *Empathie*

Base de l'alliance thérapeutique, l'empathie correspond à l'identification exprimée et sincère de ce que l'interlocuteur exprime et ressent sans pour autant l'approuver systématiquement.

L'empathie est une attitude globale reposant sur un savoir-faire comportemental, verbal et non verbal s'appuyant sur une acceptation non critique de la souffrance et de la vision du patient. Il s'agit de comprendre à la fois le point de vue et les émotions de l'autre, et de faire éprouver cette compréhension en l'exprimant tout en restant soi-même. L'empathie thérapeutique va donc bien au-delà de la sympathie qui fait partie de toute relation humaine. Elle s'oppose aussi à l'apathie et à l'antipathie.

L'apathie témoigne d'une non-prise en compte des émotions et des points de vue du patient et d'une absence de réponse émotionnelle qui pourra se manifester sous la forme de « brouillard » (« Ah... »), ou d'un silence avec un comportement non verbal très détaché.

Dans une attitude antipathique, le thérapeute tente de corriger ou de rectifier les émotions et les points de vue du patient. Le thérapeute a bien repéré une émotion mais il la conteste, pratique une forme de déni, tente de minimiser : « *Mais non... cela n'est pas si grave que cela... Vous allez voir, cela va s'arranger, allons! Du courage...* »

À l'opposé, la sympathie correspond à un excès d'approbation et de proximité des émotions et des points de vue du patient. Non seulement le thérapeute comprend l'émotion de son patient, mais en plus il la partage. S'il pouvait prendre le problème de son patient, il le ferait volontiers : « *Oh là là..., en effet... C'est épouvantable, mon pauvre...* », etc.

Une patiente âgée de 34 ans est particulièrement inquiète et déprimée à propos de l'anorexie de sa fille de 15 ans. « Elle ne sort plus de sa chambre et refuse de prendre les repas avec nous. »

– Une réponse apathique : « Ah bon ! »

– Une réponse antipathique : « C'est un mauvais moment. À cet âge-là, c'est courant que les filles ne veulent pas grossir... Il ne faut pas vous inquiéter. »

– Une réponse sympathique : « La situation est grave, vous devez être dans un état ! Moi aussi cela m'inquiète fortement. Les enfants, c'est toujours du souci. Si ça continue, elle va se retrouver à l'hôpital ! »

– Une réponse empathique : « Je me rends compte que vous êtes particulièrement inquiète et je comprends que cela vous déprime. Depuis quand ne prenez plus son repas avec vous ? » (recherche d'informations)

L'empathie ne consiste pas seulement à avoir intuitivement conscience de ce que vit le patient à tel moment ; elle inclut aussi la capacité de percevoir ce dont il ne peut pas tolérer l'existence en lui-même.

Ainsi, cette attitude de base s'applique à certains moments de la relation thérapeutique, lors d'émotions fortes, de désaccord ou de manque d'information. Cette dimension relationnelle centrée sur l'émotion contribue à l'alliance thérapeutique. En soi, ce n'est pas une option thérapeutique, mais cela s'intègre dans une seconde dimension du processus de communication : un aspect stratégique décidé par le thérapeute pour atteindre ses objectifs thérapeutiques tels que le questionnement à la recherche d'informations, l'apport d'explications sur le trouble ou le traitement et la prescription de consignes.

Jean, 48 ans, a été licencié il y a bientôt 6 mois. Il est découragé dans sa recherche d'emploi, se remet en cause et depuis 2 mois maintenant présente un trouble dépressif majeur.

Jean : « Si cela continue, je vais arriver en fin de droits et je devrai vendre ma maison. »

Thérapeute : « Je comprends votre inquiétude. » (empathie) « Quel type de soutien avez-vous dans votre recherche d'emploi ? » (questionnement à la recherche d'information)

Jean : « Ma femme aussi doute. Si en plus je ne peux pas compter sur elle, je suis foutu. »

Thérapeute : « Je comprends bien que les doutes de votre femme vous font craindre de ne pas pouvoir compter sur elle. » (empathie) « Pourriez-vous partager avec elle des domaines communs qui vous apportent de la satisfaction à tous les deux ? » (consigne comportementale)

Jean : « J'oublie tout, et je n'ai envie de rien. »

Thérapeute : « C'est difficile quand on n'a envie de rien, je comprends. » (empathie) « Ce type de symptôme est un des éléments de votre trouble dépressif. » (explications sur le trouble)

## Authenticité

L'authenticité correspond à l'aptitude pour se sentir à l'aise dans la situation thérapeutique. Le thérapeute apparaît tel qu'il est, ses rapports avec son patient sont sans masque ni façade ; il exprime ouvertement les sentiments et adopte des attitudes en cohérence avec ce qu'il vit. L'authenticité nécessite de la part du thérapeute la capacité d'avoir conscience de ce qu'il vit, de ses sentiments, de ses capacités de les communiquer au moment opportun.

### REPÉRER SON DEGRÉ D'AUTHENTICITÉ

Pour évaluer son degré d'authenticité, le thérapeute doit se poser la question : « *Suis-je à l'aise avec ce patient et avec les émotions que je ressens ?* » Il s'agit d'identifier à la fois ses sensations, ses émotions, ses sentiments. Les sensations physiques sont représentées par des tensions musculaires, des changements du rythme cardiaque, des sensations corporelles qui peuvent accompagner les émotions ou les précéder. Ces sensations physiques sont des indices d'alerte de notre état émotionnel.

Les affects correspondent à la représentation mentale des émotions. On peut dire : « *Je me sens anxieux(e), irrité(e), content(e), en colère, j'ai peur, je suis surpris(e), je suis dégoûté(e).* » Les émotions sont un excellent indicateur pour modifier la conduite à tenir et décider des compétences à acquérir. Il importe de respecter ces émotions et d'être capable de les repérer assez facilement. Les émotions de base sont représentées par la peur, la surprise, la tristesse, le dégoût, la colère, la joie. Elles se mélangent, ce qui les rend complexes, parfois ambivalentes.

La frontière entre sentiment et émotion est floue. Le sentiment est une représentation mentale beaucoup plus complexe de l'état intérieur parfois difficile à définir, mais nettement ressenti. On peut parler par exemple de sentiments amoureux, de sentiment de culpabilité. Le repérage des senti-

ments permet d'apporter des informations sur nos hypothèses personnelles, sur notre représentation des problèmes et sur l'influence sur la thérapie.

### AMÉLIORER SON AUTHENTICITÉ

Le point de départ reste le repérage de ses émotions tout en les respectant et les gérant. Si le thérapeute est en profonde colère, il lui sera totalement impossible de parler calmement avec la personne qui le met en colère. Il importe d'abord de se calmer puis de s'exprimer, de s'expliquer calmement. Lorsque les émotions commandent, le risque de perdre le contrôle s'accroît. Un thérapeute doit disposer d'un bon entraînement pour se calmer en situation par l'utilisation de techniques de respiration abdominale et de microrelaxation. Le repérage des émotions et le contrôle des émotions permettront de maintenir de bonnes aptitudes intellectuelles.

### *Chaleur*

Une relation chaleureuse consiste à avoir la capacité de trouver un patient sympathique. Une attitude chaleureuse implique que le thérapeute accepte vraiment le sentiment qui traverse son patient à ce moment-là : peur, confusion, orgueil, douleur, colère, haine, etc. Il se soucie de son patient mais avec une distance bienveillante. Ce sentiment positif s'extériorise sans réserve ni jugement. C'est une manière d'être qui se manifeste simplement : « *Je vous porte attention* » et non pas : « *Je vous manifeste de l'attention à condition que...* ». Être chaleureux n'est pas une attitude relationnelle simple. La meilleure façon d'évaluer sa capacité d'être chaleureux est de rechercher ce qu'on aime chez l'autre, ce qu'on apprécie et ce qui nous donne envie de l'aider et de l'accompagner. Si rien de cela n'existe, alors la relation thérapeutique, au bout d'un certain temps, sera mise en danger.

### *Professionnalisme*

Le thérapeute doit être un bon professionnel. Il doit disposer d'un statut et de compétences reconnues. Il pourra se montrer d'autant plus empathique, authentique et chaleureux qu'il sera un bon professionnel. En effet, s'il manque cette composante au relationnel, la relation thérapeutique sera vite compromise. À l'inverse, un excellent professionnel ne sera pas forcément un bon thérapeute s'il lui manque une note d'authenticité, d'empathie, de chaleur.

### *Analyse de la relation thérapeutique*

Observer la relation thérapeutique au cours du ou des premiers entretiens peut être très utile avant l'entrée dans un processus psychothérapeutique.

La capacité du clinicien de prendre du recul à plusieurs reprises pendant l'entretien, de manière à être en mesure d'ajuster la relation, fait partie des aptitudes à l'observation nécessaire au déroulement des toutes premières séances d'une psychothérapie. Cette observation va se faire autour de quatre regards.

– *Regarder le patient.* Il s'agit de faire un examen de son état mental en l'observant en détail, précisément, comme s'il s'agissait d'un examen médical. Cet examen doit être exempt de toute opinion personnelle et d'interprétation. Les aspects suivants feront l'objet d'une investigation : l'apparence, le comportement, le contenu de la pensée, les éventuels troubles de la personnalité, la nature de l'humeur, les affects, la qualité de la conscience, du fonctionnement cognitif, des capacités d'auto-observation et de motivation.

– *Regarder avec le patient.* Cette attitude correspond en réalité à la pratique de l'écoute empathique. Il s'agit d'essayer de comprendre l'expérience du patient et de se positionner comme deux chercheurs dont le but est de résoudre un problème.

– *Se regarder en tant que psychothérapeute.* Cette auto-observation sert à repérer comment le thérapeute apparaît en ce moment à son patient. L'objectif est de devenir progressivement conscient des caractéristiques du style relationnel : sa tendance à exprimer de la chaleur et de l'empathie, les gestes, l'utilisation de l'humour, le langage corporel, la distance physique entre le thérapeute et le patient, le volume de la voix, les gestes de la main, etc. Le thérapeute adaptera son style aux caractéristiques du patient en face de lui.

– *Regarder à l'intérieur de soi.* Cet élément consiste à analyser son degré d'authenticité. Quelles sont les réponses émotionnelles du thérapeute, quelles réponses le thérapeute adopte-t-il face à son patient ? L'objectif de cette observation intérieure est de comprendre le patient et d'éviter que les réactions personnelles du thérapeute ne compromettent l'issue de l'entretien.

## Les techniques de communication

La psychothérapie est un métier relationnel qui nécessite de savoir mener un entretien, connaître les bonnes techniques de communication, et maîtriser des rencontres avec plusieurs personnes. Plusieurs méthodes permettent d'établir une bonne alliance thérapeutique dans le cadre de consultations individuelles. Nous allons en évoquer quelques-unes. La méthode des « 4 R », le style socratique, l'affirmation de soi du thérapeute et l'empathie, déjà évoquée. Une bonne relation est une bonne communication, ce qui implique d'avoir de bonnes compétences sociales.

## Méthode des « 4 R »

### RECONTEXTUALISER

La recontextualisation consiste à mettre les choses évoquées par le patient dans leur contexte. Pour cela, le thérapeute pose des questions ouvertes : qu'est-ce qui, que, quoi, où, avec qui, comment ? Ces questions ouvertes visent à obtenir de l'information et correspondent à une enquête qui portera aussi bien sur les faits (ce que rapporte le patient) que sur les émotions (ce que ressent le patient), par des questions telles que : « *Comment vous sentez-vous ?* » La recontextualisation doit toujours se faire dans le sens du vécu du patient, et le questionnement doit se faire dans l'observation et dans l'analyse du pire.

Le patient vous exprime qu'il est triste.

Patient : « Je me sens effondré et complètement épuisé. »

Thérapeute : « Depuis quand vous sentez-vous épuisé ? »

Patient : « Cela fait longtemps... »

Thérapeute : « Que s'est-il passé pour que vous soyez effondré comme cela ? » (recherche d'informations)

Thérapeute : « Comment pensez-vous que cela puisse évoluer ? » (technique de la flèche descendante = le pire du pire)

Thérapeute : « Quel a été le moment, ces jours derniers, où vous vous êtes senti le plus effondré ? » (précision du contexte)

La recontextualisation pousse le thérapeute à être très attentif à ce que dit le patient. Cela lui permet d'avoir une meilleure idée sur ce que le patient ressent et cela facilite une analyse fonctionnelle à partir de situations vécues.

### REFORMULER

La reformulation consiste pour le thérapeute à reprendre les mots du patient. Cette méthode vise à augmenter l'attention du thérapeute pour comprendre exactement le message émis par le patient et se décline de diverses façons : la répétition, la précision des termes ou la formulation d'hypothèses.

– Répéter, c'est reprendre exactement les mots du patient comme un perroquet. Par exemple, le patient dit : « *Je vais mal* », le thérapeute répète : « *Je vais mal...* » (silence), et très souvent, après un silence, le patient continue et apporte d'autres informations.

– La reformulation permet aussi au patient de prendre du temps pour nous apporter d'autres informations.

Patient : « Depuis que j'ai changé de supérieur dans mon travail, l'ambiance n'est plus la même et je ne me sens plus à ma place. »

Thérapeute : « L'ambiance à votre travail a beaucoup changé depuis que vous avez un nouveau supérieur. Vous ne vous sentez plus à votre place... » (silence qui conduit le patient à compléter)

Patient : « Oui, depuis que j'ai un nouveau chef, j'ai l'impression qu'il ne s'adresse qu'aux plus jeunes, comme s'il voulait me montrer que j'avais fait mon temps ! »

– La précision des termes sera utilisée lorsque les patients manquent de mots. C'est souvent le cas pour les patients dépressifs ou totalement envahis par des manifestations d'anxiété. Cela permet de préciser exactement ce que veut dire le patient.

Patient : « Je suis fini. »

Thérapeute : « Que voulez-vous dire par "fini" ? »

## RÉSUMER

L'utilisation du résumé ou « feed-back » doit se faire systématiquement à chaque fin de séance. Cela a pour effet d'améliorer les capacités d'apprentissage du patient et de faciliter la mémorisation des éléments vus lors de la séance. Par ailleurs, le résumé pourra être employé dans les moments où le thérapeute est en difficulté, par exemple ne sait plus quoi dire. En cours d'entretien, un résumé régulier sera proposé toutes les 5 à 10 minutes pour faciliter la concentration du patient et du thérapeute, et augmenter la mémorisation des points importants.

## RENFORCER

Le renforcement correspond à une attitude positive vis-à-vis du patient et de la thérapie. Systématique et authentique, ce renforcement doit être sincère ; il vise à obtenir un maintien des comportements nouvellement appris. Ces encouragements portent sur les changements comportementaux et sur chaque effort du patient, quel qu'en soit le résultat final.

## Style socratique

C'est une technique de communication visant à rechercher de l'information de façon objective. Elle est en lien direct avec les principes des thérapies cognitives centrées sur le repérage des cognitions et des émotions, permettant d'ébaucher avec le patient et de discuter avec lui les processus cognitifs dysfonctionnels et les schémas cognitifs en jeu. Il s'agit de poser des questions ouvertes (qu'est-ce qui, qu'est-ce que, comment, qui, que, pourquoi ?, etc.) non directives, pour aider le patient à percevoir le problème sous différents angles. Ce style socratique permet au thérapeute d'aider son patient à

repérer ses pensées automatiques, d'identifier son degré de croyance à ses pensées, de définir exactement ce qu'il veut dire et de rechercher des pensées alternatives pour ensuite modifier certains aspects comportementaux.

L'objectif est d'obtenir une restructuration cognitive pour permettre aux patients de percevoir d'autres perspectives possibles et de faciliter une baisse de leur niveau émotionnel. Cela permet aussi au patient de se montrer plus actif dans sa thérapie et cela lui donne un modèle d'apprentissage pour lui-même.

### *Affirmation de soi dans la relation thérapeutique*

L'affirmation de soi est un comportement relationnel parfaitement adapté à une bonne alliance thérapeutique. Ce comportement permet une relation équilibrée par l'expression claire, franche et directe de ses besoins, de ses désirs et de ses souhaits, tout en comprenant et respectant ceux de l'autre.

L'authenticité est privilégiée dans les techniques de développement en affirmation de soi. Elle se traduit par une expression émotionnelle congruente avec la vision de soi même, sans chercher à donner une fausse image de soi. Ce type d'expression émotionnelle rend la relation plus sincère et contribue à la rendre ainsi plus chaleureuse. L'empathie se traduit dans le comportement affirmé par une reformulation claire de ce que l'autre exprime, par une expression directe de ce que l'on pense ou ressent.

L'apprentissage social étant fondé sur l'imitation du modèle (théories de Bandura), le style relationnel du thérapeute joue un rôle important pour le patient comme exemple de gestion de ses difficultés personnelles. Les difficultés rencontrées au cours de la relation thérapeutique seront abordées immédiatement grâce aux techniques d'affirmation de soi et pourront même faire l'objet du contenu d'une séance : un retard à un rendez-vous, une demande abusive, le refus d'un traitement proposé, etc. Il est préférable de s'occuper « à chaud » de ces situations délicates.

Bernard, sympathique cadre âgée de 40 ans, consulte pour soigner son stress excessif. Il est charmant, agréable, motivé mais toujours débordé. Il arrive systématiquement 10 minutes en retard à la consultation alors que vous êtes à l'heure. Dans ce type de situations, il s'agit de faire une critique à votre patient. Il est bien entendu que Bernard a de bonnes raisons d'être en retard, il a un supérieur exigeant au moment où il doit venir en consultation.

Voici une proposition de critique constructive et affirmée du thérapeute vis-à-vis de son patient : « *Bernard, il vous est arrivé à plusieurs reprises d'arriver avec 10 minutes de retard à votre consultation, cela m'ennuie, j'ai l'impression que je ne peux pas consacrer suffisamment de temps à votre rendez-vous. Cela me stresse. J'aimerais que vous puissiez faire en sorte d'arriver à l'heure à votre consultation, ce serait plus agréable pour moi.* »

Éloïse vient de passer 40 minutes dans votre bureau à traiter sa phobie de la conduite. La séance est terminée, mais au moment de partir elle vous dit : « *Je n'ai pas osé vous en parler, mais ma fille de 17 ans me parle de suicide ces jours-ci. Elle va très mal, je ne sais pas quoi faire. Que me conseillez-vous ?* »

Vous patient suivant attend, votre après-midi est surchargée, le soir vous devez animer une formation. Éloïse a, à l'évidence, besoin de temps pour parler avec vous de sa fille. Comment refuser à Éloïse de parler de ce problème maintenant ou à ce moment-là ? Voici la réponse possible (une réponse affirmée) : « *Éloïse, je suis extrêmement ennuyé de ne pas pouvoir vous consacrer de temps par rapport au problème de votre fille. Il m'est totalement impossible de prendre plus de temps pour vous mais je comprends tout à fait que c'est un problème majeur et grave. Ce problème étant particulièrement grave, je vous propose de me retéléphoner dès ce soir pour que nous puissions trouver un moment pour discuter de ce problème.* »

#### LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS RELATIONNELS

Le comportement affirmé correspond à l'expression des besoins, des souhaits et désirs, tenant compte de ses propres droits, tout en respectant l'autre dans ses droits, besoins, souhaits, désirs, idées ou opinions. C'est un comportement relationnel équilibré à distinguer de trois autres types de comportement.

- Le comportement passif se traduit par une attitude dans laquelle le sujet n'exprime pas ses besoins, ses désirs et laisse toute la place à l'autre.

- Le comportement agressif se manifeste lorsque le sujet impose ses besoins et ses désirs à l'autre sans le respecter.

- Le comportement manipulateur, particulièrement trompeur, se manifeste par de multiples attitudes relationnelles déroutantes pour le sujet qui en est le témoin. La finalité d'un comportement manipulateur est d'arriver à ses fins quels qu'en soient les moyens (séduction, chantage, affection, menaces, etc.), si bien qu'il peut être considéré comme agressif, mais de façon masquée.

#### LE LANGAGE VERBAL, NON VERBAL ET PARAVERBAL

La description du comportement relationnel est le résultat de l'observation attentive des personnes qui communiquent entre elles. Cette observation des comportements lors des interactions sociales permet de distinguer le langage non verbal, ce qui est observé et ressenti, et le langage verbal, ce qui est dit.

*Le langage verbal* correspond au contenu de ce qui est dit avec des règles grammaticales, un vocabulaire précis, des mots, des phrases.

*Le langage non verbal* inclut tous les éléments accompagnant le message émis : c'est la façon sensitive de s'exprimer et de percevoir les messages, qui permet de donner ainsi un sens au message mais peut amener aussi à des erreurs d'interprétation selon l'éducation et la culture de chacun. Il

comprend le contact visuel, la mimique faciale, la posture générale, la distance interpersonnelle.

Le langage paraverbal est une composante du langage non verbal. C'est le mode d'expression du langage verbal qui comprend le volume sonore, le timbre, le débit verbal, l'articulation. Cette composante non verbale est aussi importante que la composante verbale. Elle peut suffire à une ébauche de communication allant de l'écoute passive à l'écoute active, l'essentiel étant que les comportements verbal et non verbal soient en accord avec le contexte, les cognitions et les émotions.

Le tableau 15.1 résume les données concernant les types de comportement et de langage.

Tableau 15.1. *Relations entre les types de comportement et les types de langage employés.*

	<i>Comportement passif</i>	<i>Comportement affirmé</i>	<i>Comportement agressif</i>
Vos droits et vos désirs	--	+	++
Les droits et les désirs de l'autre	++	-	--
<i>Langage non verbal</i>			
Contact visuel	Fuyant	Présent, sans être intrusif	Insistant
Mimique faciale	Figée, peu expressive	Calme et détendue	Tendue
Posture générale	Manque de tonicité	Tonique et posée	Crispée et tendue
Distance interpersonnelle	Lointaine	Distance respectueuse (une longueur de bras)	Trop proche
<i>Langage verbal et paraverbal</i>			
Intensité	Faible	Adaptée au contexte	Forte
Fréquence	Trop aiguë, fluctuante, inadaptée	Médiane	Aiguë
Timbre	Sourd, nasonné, voilé	Clair	Éraillé, forcé
Débit verbal	Souvent rapide pour masquer l'anxiété ou trop lent	Régulier, posé, respectant la ponctuation	Quantité de mots trop importante
Articulation	Mauvaise	Rendant les phrases très compréhensibles	Trop rapide

## UNE COMMUNICATION AFFIRMÉE

La communication est un échange entre un sujet qui s'exprime – il aura alors une position d'émetteur de message – et un autre sujet qui écoute – ce dernier prendra alors une position de récepteur. Cette communication entre un émetteur et un récepteur permet ainsi de définir six grands domaines de communication (Fanget, 2000) (figure 15.1).

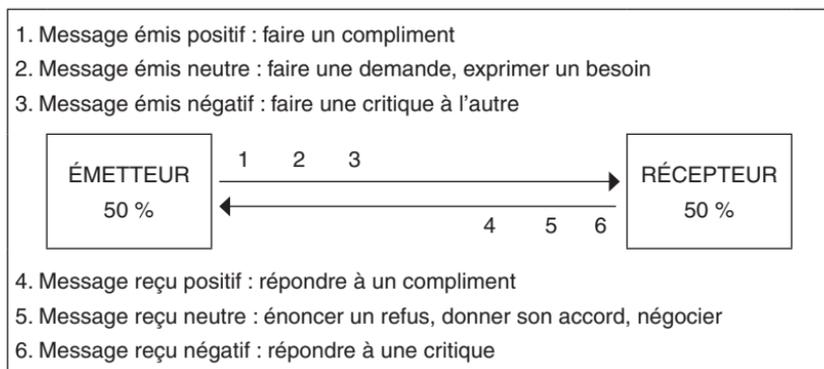


FIG. 15.1. – Les six grands domaines de communication.

Une communication affirmée implique une relation équilibrée qui respecte le point de vue de chacun. C'est un équilibre subtil entre une bonne émission et une bonne réception de message dont voici quelques principes simples.

### • Émettre un message : je m'exprime

– Lorsque je m'exprime, je dis clairement, précisément et brièvement ce que je pense et je ressens. Celui qui parle ne doit pas s'imaginer que l'autre sait ce qui se passe dans sa tête et doit le lui dire, de sorte qu'il n'a pas à deviner. Je peux être bref sans détails inutiles.

– J'exprime mes sentiments positifs par une balance équilibrée entre l'expression des sentiments négatifs et positifs. Ne pas s'imaginer que l'autre connaît déjà vos sentiments positifs mais le dire ! Dans le comportement verbal : « *J'apprécie les efforts que vous avez faits cette semaine.* » Dans le comportement non verbal : sourire, hochement de la tête et regard chaleureux. Ce comportement non verbal est souvent plus clair que le verbal.

– J'exprime ce que je ressens d'une façon non accusatrice, mais directe et constructive. La réaction des autres face aux sentiments que vous exprimez dépend beaucoup de votre façon de vous exprimer. Par exemple : « *J'apprécie beaucoup quand vous êtes à l'heure à vos rendez-vous, cela me permet d'être plus disponible pour vous.* »

– J’exprime mes demandes d’une façon constructive. Dire ce qui ne va pas n’est pas suffisant ; il est important de faire des suggestions positives : « *Ce que je voudrais c’est...* »

– Je reste dans le sujet, dans l’ici et le maintenant, le présent. Je respecte l’autre. Les paroles sont des armes : plus nous sommes blessés, plus nous avons tendance aussi à vouloir blesser l’autre, avec le risque d’escalade du conflit. Donc, il ne faut pas de compliments déguisés, de remarques désobligeantes, de sarcasmes. Le moment où il est le plus important d’être poli et respectueux envers l’autre, c’est quand l’autre est irraisonnable et impoli !

- **Recevoir un message : j’écoute**

Pour écouter l’autre, je le laisse parler. L’écoute de l’autre se fait d’une façon active pour faire en sorte que l’autre s’aperçoive qu’on l’écoute et l’encourager à continuer (comportement verbal et non verbal).

- **Comprendre un message : je vérifie**

C’est ce qu’on appelle la reformulation et la vérification du contenu déjà évoquée précédemment. Je vérifie si j’ai bien compris ce que l’autre a dit et ressenti ; de même, si l’autre a bien compris ce que j’ai dit ou ressenti.

- **Comprendre l’autre : je suis empathique**

Je vérifie les besoins de l’autre et je les respecte. Je remarque le côté positif des comportements de l’autre, de ses idées et de ses sentiments. Quand je suis d’accord avec l’autre, je le dis honnêtement, mais quand je ne suis pas d’accord avec l’autre, je reconnais malgré tout que son point de vue peut avoir du sens pour lui ou elle.

## LES OBSTACLES À LA RELATION

Le style relationnel s’ajuste au fur et à mesure de l’interaction entre le patient et le thérapeute. Tant que la relation pose problème, le processus thérapeutique ne peut pas s’engager, en lien avec des phénomènes de résistance et de réactance. De préférence, ces difficultés seront abordées au fur et à mesure qu’elles se posent. Au cours de l’entretien, la relation pourra se faire de deux façons : soit en symétrie, soit en complémentarité.

- **Résistance**

La résistance correspond aux facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent ou mettent en péril la mise en place et le déroulement du processus thérapeutique. Cette résistance peut être le fait du patient mais aussi du thérapeute voire des deux. Cette notion de résistance est subtile. Elle n’est pas clairement exprimée ; il s’agit d’un véritable masque donnant

l'impression d'une coopération, camouflant en réalité une absence de volonté que le thérapeute doit évoquer rapidement.

- **Réactance**

La réactance est beaucoup plus claire que la résistance. Il s'agit d'une opposition directe et observable du patient à la psychothérapie.

- **Une relation symétrique**

Lors d'une relation symétrique, le patient et le thérapeute adoptent un comportement en miroir. C'est une forme d'opposition où thérapeute et patient ne vont pas dans le même sens. Il s'agit d'une escalade dans laquelle chacun essaie de convaincre l'autre. Cette relation symétrique n'est pas nécessairement agressive ; elle peut même être tout à fait respectueuse sans pour autant conduire à une compréhension réciproque.

Thérapeute : « Votre état actuel justifie la mise en route d'un traitement médicamenteux. »

Patient : « Ah non, il n'est pas question que je prenne un traitement antidépresseur ! » (symétrie)

Thérapeute : « Ce n'est pas comme cela que vous allez vous en sortir ! » (symétrie)

- **Une relation complémentaire**

Une relation complémentaire consiste à adopter un comportement qui complète celui de l'autre. Dans ce cas-là, le patient et son thérapeute se montrent d'accord, ils vont dans le même sens. Ce type de relation peut, malgré l'apparence, masquer de fortes résistances au changement. Le patient ne souhaite pas contredire son thérapeute ; de même, le thérapeute souhaite ne pas brusquer son patient.

Thérapeute : « Votre état actuel justifie la mise en route d'un traitement médicamenteux. »

Patient : « Ah non, il n'est pas question que je prenne un traitement antidépresseur ! » (symétrie)

Thérapeute : « Dans le fond, vous pouvez sûrement vous en sortir sans en prendre ! » (complémentarité)

Patient : « Et puis, je ne veux pas devenir dépendant comme ma mère. »

Thérapeute : « Oui, finalement je vous comprends, ce type de traitement peut être long... » (complémentarité)

- **Comment ajuster son style relationnel**

L'observation du sens relationnel en symétrie ou en complémentarité permet de comprendre comment faire avancer la relation thérapeutique. Ainsi, lorsque la relation symétrique (sens opposé) est prédominante, il

conviendra que le thérapeute soit complémentaire. Pour cela, il peut utiliser les techniques d'affirmation de soi, se calmer, écouter attentivement en quoi l'interlocuteur a raison ou quelles sont les raisons de cette opposition, se montrer très empathique, pour débloquer la situation et revenir à une situation plus complémentaire.

Thérapeute : « Votre état actuel justifie la mise en route d'un traitement médicamenteux. »

Patient : « Ah non, il n'est pas question que je prenne un traitement antidépresseur ! » (symétrie)

Thérapeute : « Ce n'est pas comme cela que vous allez vous en sortir ! » (symétrie)

Patient : « C'est que je n'ai pas envie de devenir comme ma mère qui en a pris toute sa vie ! »

Thérapeute : « Je comprends franchement votre réticence, c'est une décision qui mérite d'être clairement réfléchie. » (complémentarité) « Qu'est-ce que vous doutez de ce type de traitement ? » (empathie avec enquête)

Lorsque la relation complémentaire (même sens) est prédominante, le thérapeute peut adopter à ce moment-là un comportement en miroir de celui du patient, c'est-à-dire reprendre une attitude symétrique.

Patient : « En ce moment je me sens épuisé. »

Thérapeute : « C'est bien normal, avec tout ce qui vous est arrivé. » (complémentarité)

Patient : « Avec tous ces soucis, je ne dors plus la nuit. »

Thérapeute : « Cela n'arrange pas votre fatigue. » (complémentarité)

Patient : « Je ne vois pas d'issue. »

Thérapeute : « Je ne partage pas votre façon de voir. Justement, j'estime qu'il y a des solutions. » (symétrie)

Il est possible aussi d'accentuer la complémentarité en adoptant soit une position haute, soit une position basse qui permet ainsi au patient de changer d'attitude.

Patient : « Je ne vois pas d'issue. »

Thérapeute : « Votre situation est en effet bien complexe. Vous avez une idée pour vous en sortir ? » (accentuation de la complémentarité)

## Conclusion

Le style relationnel en thérapie cognitive et comportementale est au cœur du travail psychothérapeutique. La chaleur, l'authenticité, l'empathie permettent de créer une alliance thérapeutique sans laquelle le travail

psychothérapeutique ne peut pas commencer et se développer. La relation thérapeutique est aussi le moteur de la thérapie permettant d'aller vers un objectif, préalablement défini, entre patient et thérapeute.

Le travail thérapeutique n'est pas sans difficulté. Le thérapeute, par son professionnalisme, mais aussi par ses capacités relationnelles, reste le pilote pour maintenir le cap. Les compétences sociales par les techniques d'affirmation de soi et de communication permettent au thérapeute d'aider son patient à aller vers l'objectif thérapeutique. Elles permettent au thérapeute de gérer au mieux ses propres émotions, ses propres difficultés et celles du patient pour rester dans le cadre thérapeutique.

La relation thérapeutique concerne au final la thérapie dans son ensemble et sera réévaluée tout au long du processus de soin.

## Bibliographie

---

- ALFORD B., BECK A. (1997). — *The integrative power of cognitive therapy*, New York, The Guilford Press.
- BANDURA A. (2003). — *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.
- FANGET F. (2000). — *Affirmez-vous pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- FREUD S. (1904-1919). — *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970.

## Pour en savoir plus

---

- ANDRÉ C., LELORD F., LÉGERON P. (1997). — *Chers patients Petit traité de communication à l'usage des médecins*, Paris, Le Quotidien du Médecin.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (1999). — *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- COTTRAUX J. (2004). — *Les Thérapies comportementales et cognitives*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- CUNGI C. (2006). — *L'Alliance thérapeutique*, Paris, Retz.
- FANGET F., ROUCHOUSE B. (2007). — *L'Affirmation de soi. Une méthode de thérapie*, Paris, Odile Jacob.
- FONTAINE O., FONTAINE P. (2006). — *Guide clinique de thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Retz.
- GORDON T., EDWARDS S. (1997). — *Communiquer avec ses patients*, Montréal, Éditions de l'Homme.

# 16

## L'analyse fonctionnelle

R. Elayli



### Définition de l'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle (AF; aussi appelée l'analyse comportementale, la conceptualisation ou la formulation du cas) est l'étape initiatrice et essentielle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

Il s'agit d'une méthode qui permet, selon une démarche expérimentale, d'explorer un certain nombre de paramètres pour décrire le problème présenté par un sujet (ou un couple, un groupe) et fournir, en se fondant sur l'expérience individuelle du patient et les fondements théoriques, un ensemble cohérent d'inférences explicatives qui concernent les facteurs impliqués dans l'apparition et le maintien de ce problème, et qui peuvent étayer l'intervention psychothérapeutique.

Le processus de construction de l'AF comporte plusieurs phases : d'abord l'étape de l'évaluation initiale (synchronie et diachronie), ensuite la conceptualisation qui consiste à résumer et organiser les données recueillies pendant l'évaluation, puis à formuler des hypothèses de travail.

### Caractéristiques et rôle de l'analyse fonctionnelle

L'AF est conceptuellement issue de l'approche comportementale dont les principaux aspects ont été résumés par Guilbert et Dorna (1982).

Il y a d'abord l'*indépendance par rapport aux classifications nosographiques* des maladies mentales. En effet, le diagnostic médical est réducteur et insuffisant. L'AF offre une représentation simple, cohérente du trouble d'un sujet dans sa singularité et sa complexité. Elle permet de poser l'indication de TCC et oriente le thérapeute dans le choix des techniques. Même si ce diagnostic médical psychiatrique ne peut se substituer au diagnostic fonctionnel, il est toutefois utile, particulièrement pour communiquer avec les autres cliniciens concernés, définir les comorbidités, faire les diagnostics différentiels et sélectionner le modèle d'AF générique approprié.

L'application à l'étude des conduites humaines du *raisonnement expérimental* est définie par la capacité de faire un recueil structuré des faits, de les organiser en hypothèses de travail, de contrôler ces hypothèses par des stratégies thérapeutiques visant un résultat spécifique, et d'évaluer ces différents éléments de manière critique (Ylief et Fontaine, 2006). Cette rigueur méthodologique permet de limiter l'étendue et les conséquences des biais pouvant contaminer le processus de jugement et de décision clinique lors des différentes phases de l'AF. Il s'agit essentiellement, selon Nezu et Nezu (1989), d'heuristiques de disponibilité, de représentativité et d'ancrage. Mais ces heuristiques peuvent avoir une fonction adaptative, notamment quand les informations sont abondantes ou incomplètes (Kuyken, 2006).

Un autre aspect est la *vocation pratique*, opératoire qui est celle de guider le thérapeute dans son plan de thérapie et de rechercher des solutions aux problèmes concrets du sujet. Dans ce sens, les approches les plus utiles sont celles qui révèlent les facteurs impliqués dans l'apparition et le maintien du problème.

Par ailleurs, à l'instar de l'approche comportementale, dont la méthodologie est fondée sur le savoir scientifique évolutif de la psychologie, les modèles d'AF ont eux aussi évolué avec les nouvelles connaissances issues de la recherche scientifique, et particulièrement les théories cognitives. Dans les troubles anxieux par exemple, les conceptualisations étaient fondées au départ sur une théorie de schéma général des troubles anxieux. Les récentes recherches ont pu identifier les facteurs psychologiques spécifiques aux différents troubles, permettant ainsi de construire de nouveaux modèles cognitifs appropriés à chaque trouble et qui constituent in fine des modèles d'AF génériques pour les troubles concernés, des matrices spécifiques servant à l'établissement de l'AF. Citons en exemple le modèle cognitif du trouble anxiété sociale de Clark et Wells (1995), et le modèle cognitif du trouble panique de Wells (1997). Ainsi, le modèle d'AF générique d'un trouble du début va évoluer au fur et à mesure de l'évaluation vers une AF personnalisée du trouble présenté par un sujet singulier. Pour tout cas particulier de TCC, l'AF sera le lien entre l'expérience individuelle du patient, les connaissances théoriques et la recherche (Kuyken, 2006).

En outre, l'AF explore essentiellement *les comportements externe et interne d'un sujet en relation avec son environnement* et cherche à rendre compte de toutes les conditions qui agissent au moment du comportement et qui peuvent modifier la probabilité de sa survenue. Cette conception est en *cohérence avec le modèle bio-psycho-social* dans lequel des interactions complexes et constantes entre des mécanismes de vulnérabilité biologiques, psychologiques (cognitifs, comportementaux) et des événements de vie stressants favorisent et entretiennent le problème; mais elle souligne aussi le rôle important du contexte, du comportement social et interpersonnel.

Enfin, l'AF aide à *déterminer si le patient est capable de, ou s'il est prêt à suivre une TCC*. En effet, la façon et le degré de participation du sujet à la construction de l'AF nous éclairent sur ses capacités d'auto-observation (de ses émotions, pensées, comportements) et d'auto-analyse, sur sa flexibilité cognitive et sur sa propension à s'engager rapidement dans une alliance thérapeutique. La construction et la formulation collaboratives de l'AF *améliorent la prise de conscience du patient* des divers paramètres associés à son problème, condition préalable à tout changement. L'AF permet aussi de *familiariser le patient avec le modèle théorique général comportemental et cognitif* qui postule l'existence d'une corrélation et une interdépendance (un changement dans un paramètre entraîne un changement dans les autres paramètres) au sein d'une boucle de rétroaction entre situation, pensées, émotions psychiques et physiques, comportements et conséquences. Ce modèle peut être représenté selon le schéma présenté à la figure 16.1.

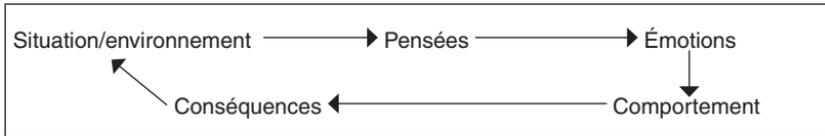


FIG. 16.1. – *Modèle comportemental et cognitif.*

## En pratique : la construction de l'analyse fonctionnelle

Les premiers entretiens avec un patient vont permettre une prise de contact, un recueil de sémiologie et de données d'anamnèse ainsi que l'établissement d'un diagnostic clinique (médical) symptomatique et d'une relation thérapeutique. Les informations issues des premiers entretiens orientent déjà le thérapeute vers une probable indication ou contre-indication de TCC et vers un modèle d'AF approprié qui va guider le recueil et l'organisation des données.

### *Caractéristiques de l'entretien d'analyse fonctionnelle*

L'entretien d'AF se fait en relation duelle, face à face. Le style est directif, sans rigidité, avec une attitude ouverte et une capacité d'écoute, dans un climat de chaleur, d'empathie, de tolérance et d'objectivité. Le thérapeute cherche d'emblée à promouvoir un *rapport collaboratif et une alliance thérapeutique*, à faire prendre au patient un rôle actif vis-à-vis de ses troubles, à le questionner pour l'aider à découvrir, réfléchir, pour lui expliquer, et l'informer. Il doit prendre en compte les croyances et points de vue du patient concernant son problème, l'origine, la nature, la sévérité, l'évolution, le pronostic, les stratégies thérapeutiques acceptables. Il y a là

une relation complémentaire entre le savoir du thérapeute et celui du patient (Cottraux, 1990 ; Tarrier, 2006).

L'AF suit une *logique expérimentale*. Pour cela, les questions sont posées avec un esprit d'investigation sans chercher à induire des réponses prédéterminées. Il faut une évaluation approfondie et minutieuse, une description claire et précise, en termes concrets, reprenant souvent les propres termes du sujet, des données le plus possible objectives et observables. Toutefois, le recueil et le traitement des informations sont orientés par le cadre théorique et méthodologique du thérapeute qui adopte, dans son écoute et son analyse des données, une activité mentale se référant aux théories de l'apprentissage et au modèle cognitivo-comportemental du trouble concerné, mais aussi par ses connaissances sémiologiques et son expérience clinique (Mirabel-Sarron et Vera, 1995).

Le thérapeute fait une liste exhaustive des problèmes du patient formulés avec des termes concrets, simples, descriptifs. Le patient, avec l'aide du thérapeute, va *hiérarchiser les problèmes par ordre de priorité à traiter*, en fonction de leur fréquence et du degré de gêne occasionnée, et va choisir les deux ou trois plus importants qui vont être la cible de l'AF. En pratique, une à trois séances en moyenne sont nécessaires par AF d'un problème, mais il est important de consacrer à l'AF le temps nécessaire et de ne jamais commencer les interventions thérapeutiques avant de l'avoir complétée.

## Synchronie

Le premier temps de l'AF vise à recueillir des données synchroniques. L'objectif est de décrire *comment fonctionne le problème ici et maintenant*. Des AF synchroniques seront pratiquées à partir d'échantillons de situations problèmes (situations dans le contexte de vie actuelle dans lesquelles le problème survient) pour constituer ensuite une AF récapitulative par problème.

En général, c'est le récit du patient et/ou de l'entourage, spontané ou dirigé par le questionnement ouvert du thérapeute par rapport au problème (où, quand, comment, combien, avec qui, ce qui se passe avant, pendant et après au niveau des émotions, cognitions et comportements, ce qui améliore, ce qui aggrave, quelle est la relation entre le comportement et l'environnement ?, etc.), qui amène à :

- identifier des situations problèmes et décrire des séquences de liens entre : situations – émotions – cognitions (pensées automatiques, croyances, règles) – comportements – conséquences (sur la personne et son environnement physique ou social) ;

- préciser topographie, fréquence, durée, intensité sur le plan comportemental, cognitif et émotionnel du comportement problème, et à déterminer les contingences de renforcement ainsi que les facteurs agonistes et antagonistes du changement.

Le recueil peut parfois nécessiter l'observation directe en séance ou à l'extérieur, le recours à une reconstitution de la situation problème en imagination ou par le jeu de rôle, ou encore l'utilisation des techniques d'enregistrement des variables au moment où le comportement problème a lieu, ou encore lors d'une mise en situation délibérée programmée en accord avec le thérapeute.

Présenter précocement au patient un schéma écrit reprenant la construction préliminaire de la partie synchronique peut lui fournir un guide et l'aider dans le recueil des données.

Cette phase synchronique permet de relever un ensemble récurrent de facteurs cognitifs et comportementaux qui interagissent entre eux, et d'identifier les éléments contextuels qui génèrent et maintiennent le problème. Elle permet parfois de construire des hypothèses provisoires concernant les schémas et les règles de fonctionnement du sujet.

## *Diachronie*

Le deuxième temps de l'AF est le recueil des données diachroniques à travers le récit du patient et/ou ses proches. À partir des données synchroniques du problème, le thérapeute va explorer dans l'histoire de vie du sujet les mécanismes biologiques et psychologiques (comportementaux, cognitifs) ainsi que les événements potentiellement impliqués. Il est important qu'il n'accepte pas, sans critiques et sans preuves, les associations de causalité. Le recueil est guidé par ses connaissances des théories de l'apprentissage, des modèles du trouble concerné et des données épidémiologiques et de la recherche (TARRIER, 2006). Il est orienté par les questions ou les attitudes du thérapeute et ne doit pas se transformer en un récit ruminatif du passé (Yliff et Fontaine, 2006).

Pour cela, le thérapeute va rechercher de façon parcimonieuse des données fonctionnelles et s'intéresser particulièrement aux informations suivantes :

- l'*histoire d'apparition du problème* (antécédents historiques et facteurs déclenchants) ;

- les *facteurs historiques de maintien* (conséquences sur le sujet et son entourage, événements, réaménagements personnels ou professionnels, remaniements contextuels, traitements, etc.) ;

- les *facteurs prédisposants* liés à la biologie et l'histoire du sujet, et qui manifestement ont un rapport avec les apprentissages et le développement des vulnérabilités cognitives :

- données et événements pertinents de l'enfance, l'adolescence et la vie d'adulte : circonstances développementales, relations avec la famille et les autres, expériences traumatiques du passé, développement de la vision de soi et des autres, modes de fonctionnement et de coping antérieurs et actuels, etc. ;

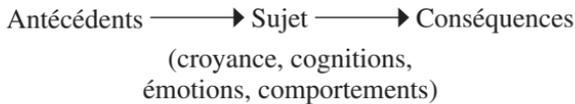
- données familiales et socioculturelles : antécédents, traditions, valeurs, normes, croyances, conditions sociales.

Ces informations vont aider le thérapeute à générer ou à confirmer ses hypothèses sur les mécanismes sous-jacents. L'identification précoce des croyances dysfonctionnelles sous-jacentes permet au thérapeute de travailler de façon constructive avec les difficultés qui peuvent survenir dans la relation thérapeutique ou dans d'autres aspects du processus thérapeutique (Persons, 1993).

L'évaluation ne va pas se limiter aux paramètres dysfonctionnels ; le thérapeute va rechercher des *facteurs agonistes de l'intervention thérapeutique* tels que des *ressources personnelles* (attitudes fonctionnelles, domaines de compétence, etc.) ou *environnementales* (qualité de l'entourage du sujet, du soutien social et des interactions sociales, etc.) (Blackburn et al., 2006).

### Conceptualisation

Le thérapeute *organise au fur et à mesure les données recueillies* et les articule entre elles selon le système :



Il les *enregistre de façon synthétique au sein d'un diagramme* mettant les différentes informations en interaction les unes avec les autres. Cet enregistrement offre une lecture simple et pratique du problème et constitue une formulation de base qui permettra autant au thérapeute qu'au patient d'apprécier l'évolution et les effets de l'action thérapeutique (Fontaine et Ylief, 1981).

À ce stade, l'AF est passée d'un cadre générique à une conceptualisation du cas qui signifie que les données recueillies permettent le développement de l'hypothèse du thérapeute concernant les mécanismes psychologiques sous-jacents et de voir comment, en interaction avec les événements de vie, ces mécanismes favorisent et entretiennent les problèmes du sujet (Blackburn et al., 2006).

*Présenter le diagramme au patient*, voire lui en donner une copie, permet de savoir s'il est d'accord avec cette formulation de son problème. La conceptualisation représente un cadre de référence partagé par le patient et le thérapeute qui permet de générer des *hypothèses de travail* et un guide général auquel se réfère le thérapeute pour *choisir les séquences et les procédures thérapeutiques* parmi les modalités issues des résultats de la recherche clinique. Sans la conceptualisation du cas et sans son utilisation

comme la base des interventions, la thérapie sera désorganisée, et se réduira à un ensemble de techniques dépourvues de cohérence (Persons, 1993).

Enfin, le thérapeute, en se référant à la conceptualisation, explore les *attentes* du sujet et ses propres attentes par rapport à ce qui doit être changé, le degré de changement et les moyens pour y parvenir. Il fait des *prédictions* concernant les difficultés qui peuvent survenir dans une éventuelle thérapie et les résultats auxquels on peut s'attendre. Il ébauche un *plan probable de traitement* fondé sur les hypothèses de travail.

Présenter la construction de l'AF en trois étapes distinctes et séparées est surtout à visée pédagogique. En pratique, la séparation des différents temps est plus aléatoire.

L'AF et sa conceptualisation ne sont ni figées, ni définitives. Le thérapeute construit au fur et à mesure des entretiens une conceptualisation personnalisée. Tout le long de la thérapie, il reste flexible pour enrichir ou réviser les paramètres de l'AF ou reformuler sa conceptualisation, surtout en cas de difficultés dans la thérapie ou absence d'amélioration.

## Modèles d'analyse fonctionnelle

Tous les modèles d'AF s'inspirent de l'approche A, B, C :

- A. – *Antécédents* : les antécédents et les variables historiques, les conditions immédiates de l'apparition du comportement problème (stimuli externes ou internes).
- B. – *Behaviour* : le comportement problème ouvert et couvert.
- C. – *Conséquences* : les conséquences du comportement en terme de changement dans l'environnement externe ou interne (le sujet lui-même).

Cette présentation souligne qu'un comportement ne peut être compris en dehors de son contexte immédiat et historique, et que l'étude de la relation stimulus – comportement – conséquence est fondamentale. Cette formulation comportementale simple se révèle utile dans de nombreux cas, conduisant à des interventions concrètes et des changements significatifs.

C'est avec la théorie de l'apprentissage social et le mouvement cognitif que l'étude des caractéristiques cognitives en relation avec le comportement a été instaurée et intégrée à l'AF. Les modèles cognitifs d'AF font directement référence à la théorie cognitive de psychopathologie de Beck, mettant l'accent sur le rôle des mécanismes cognitifs dans le contrôle et l'organisation du comportement. Nous présentons, en exemple des modèles cognitifs, le diagramme de conceptualisation cognitive proposé par Beck (1995) dans la figure 16.2, appliqué sur le cas de M<sup>lle</sup> S.

Il existe différents modèles d'AF sous forme d'équations ou grilles représentant des paramètres dans un diagramme interactif. Compte tenu

**Données infantiles :** Vécu de carence affective (père)  
Vécu d'exclusion (famille, au collège)  
Père : anxiété sociale

**Croyances centrales inconditionnelles :** Je suis inférieure aux autres

**Hypothèses et croyances conditionnelles :** Si les autres s'en aperçoivent, ils vont se moquer, me rejeter

**Règles et obligations, stratégies compensatoires :** Je dois toujours bien réussir les choses  
Je dois me protéger de tout jugement

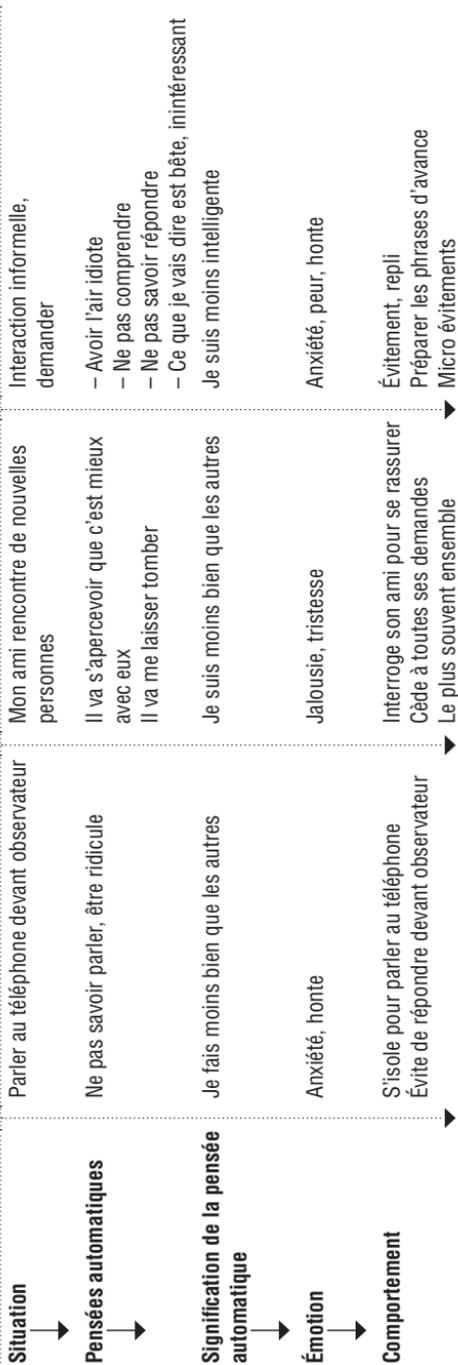


FIG. 16.2. — Phobie sociale, personnalité évitante (trouble anxieux généralisé, agoraphobie). Cas de M<sup>lle</sup> S.

des limitations, nous avons pris l'option de présenter brièvement, parmi les plus courants, deux modèles : le modèle rétroactif et la méthode du cercle vicieux, et de développer le modèle SECCA. D'autres modèles existent, tel l'inventaire de Kanfer et Saslow (1969) qui est considéré comme le précurseur naturel de l'AF; le modèle SORC (un des premiers modèles, qui fait directement référence aux théories de conditionnement comportemental : stimulus – organisme – réponse – conséquence); et le modèle de BASIC ID de Lazarus (1976).

### *Le modèle rétroactif de Fontaine et Ylieff (1981)*

Selon ces auteurs, un modèle d'analyse comportementale doit être capable de s'adapter aux changements permanents du cas clinique, et tenir compte des notions de causalité par rétroaction et non seulement de la causalité linéaire par simple relation cause à effet entre les événements. Ils proposent alors un modèle qui suggère des « rapports de causalité bio-psycho-sociaux multifactoriels et où actions et rétroactions sont en interférence permanente », « orientant la thérapie vers des actions multimodales et multifocales qui s'articulent sur des hypothèses explicatives cohérentes » (Fontaine et Ylieff, 1981). Ce modèle, aussi de type ABC, est illustré dans la figure 16.3 et appliqué sur le cas de M. B dans la figure 16.4. Il offre une vision dynamique du problème et met clairement en évidence la relation entre le comportement problème, le sujet et l'environnement, le rôle de l'histoire du patient et du contexte dans lequel il a évolué ainsi que les facteurs déclenchants (Ylieff et Fontaine, 2006).

### *La méthode des cercles vicieux (Cungi, 1996)*

Ce modèle comporte une présentation séparée de la synchronie et la diachronie. L'étape synchronique reprend le schéma cognitivo-comportemental général illustré en cercle d'interaction. Elle est simple et facile à utiliser par les patients.

L'étape diachronique comprend le plus souvent :

- un génogramme qui précise la qualité des relations interpersonnelles et les antécédents familiaux notables;
- l'histoire du problème et les hypothèses du patient concernant son origine et sa pérennisation.

La recherche dans l'histoire du sujet des facteurs de prédisposition biologique développementale et sociale n'est pas explicitée. La figure 16.5 représente une synchronie récapitulative de plusieurs cercles vicieux réalisées avec le patient, M. G.

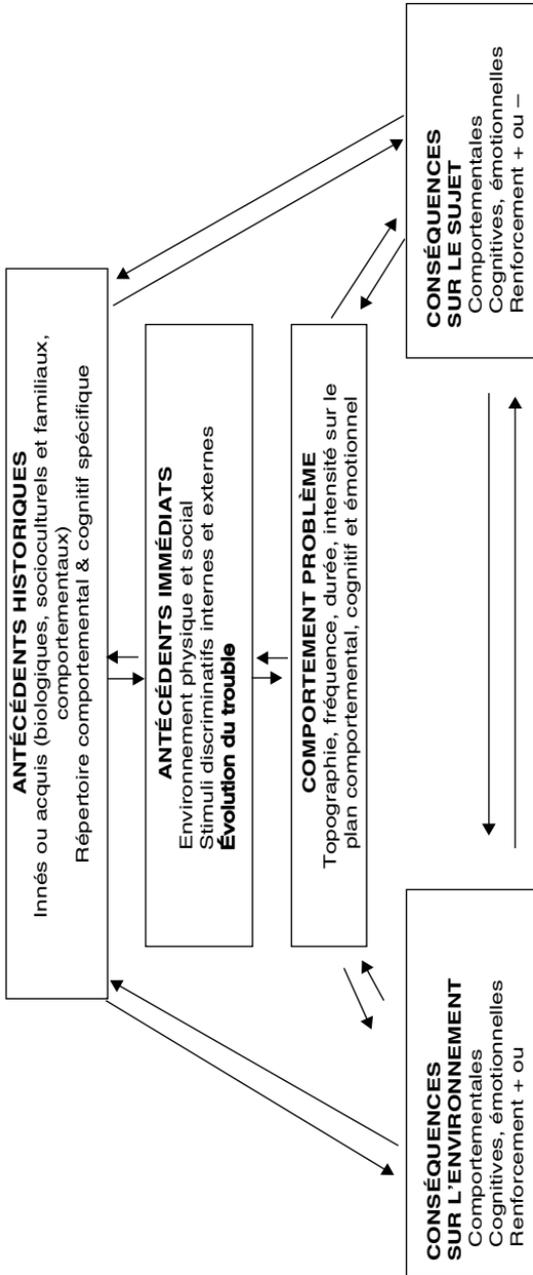


FIG. 16.3. – Modèle rétroactif (Fontaine et Ylief, 1981).

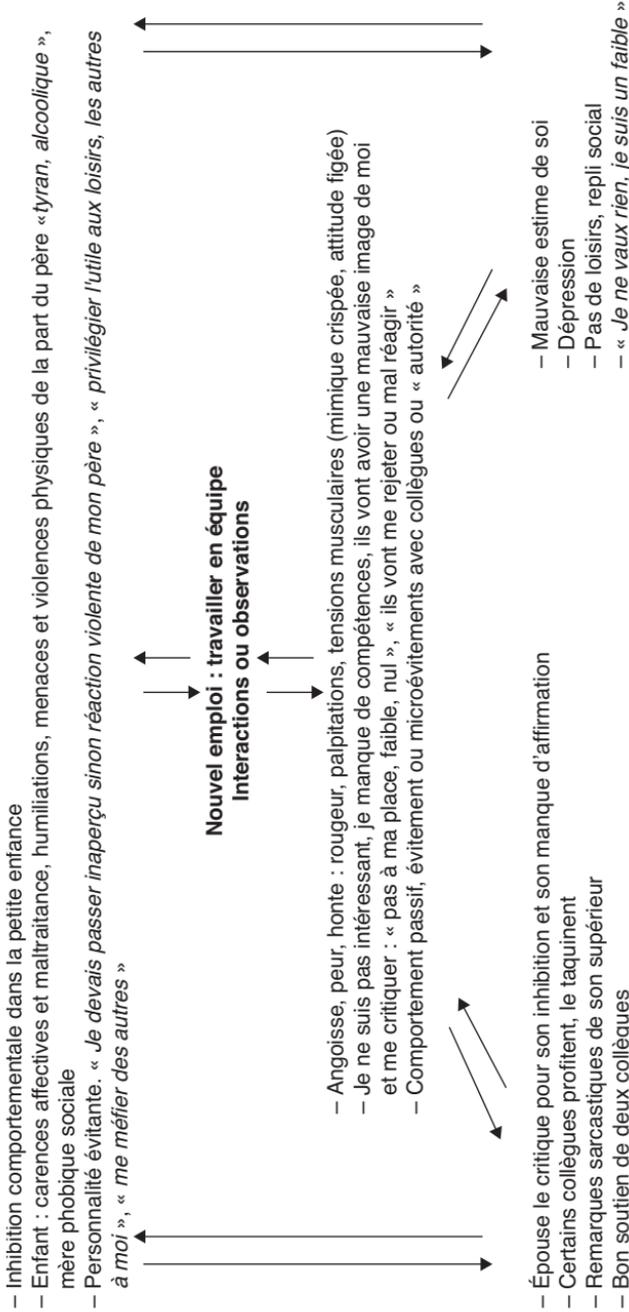


FIG. 16.4. – *Modèle rétroactif. Cas de M. B. (42 ans).*

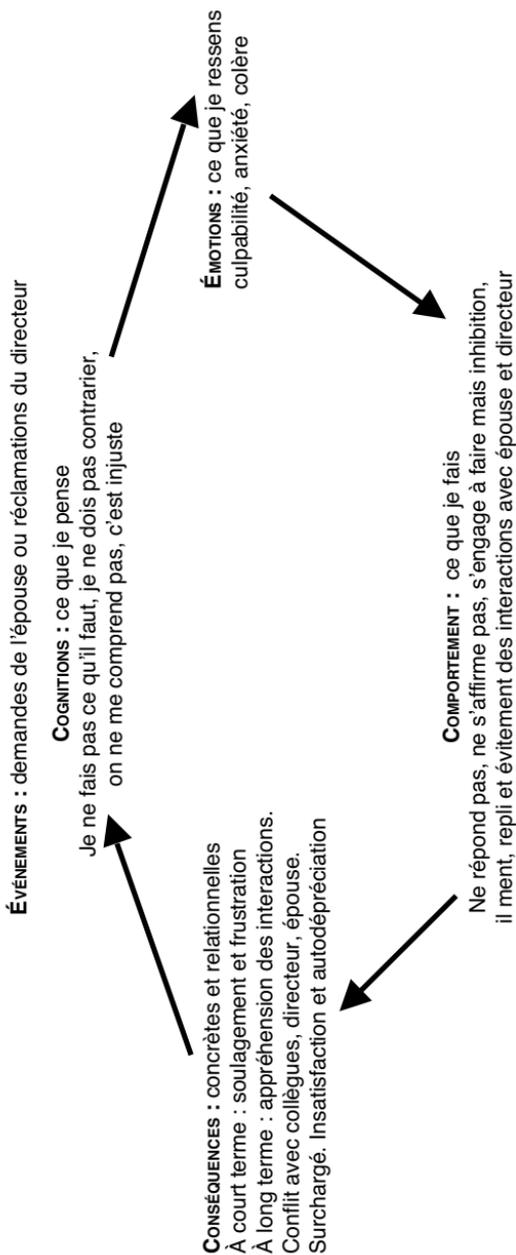


FIG. 16.5. – Schéma synchrone du cercle vicieux. Cas de M. G.

## La grille SECCA (Cottraux, 1985)

La grille SECCA, mise au point par Jean Cottraux, est un modèle d'AF cognitivo-comportementale indiquée surtout pour les phobies, attaques de panique, obsessions et compulsions, dépressions et problèmes sexuels.

SECCA est un acronyme qui reprend la première lettre de chacun des paramètres en relation fonctionnelle avec le comportement : situation, émotion, cognition, comportement, anticipation.

### PARTIE SYNCHRONIQUE

Dans la partie synchronique (appliquée sur l'exemple de M. C. dans la figure 16.6), les différentes variables de ces paramètres sont articulées entre elles avec des flèches d'interaction. Il y a la possibilité de spécifier l'ordre d'apparition des variables émotion, cognition et comportement.

S – Il s'agit des *situations* problèmes dans lesquelles le comportement problème apparaît. Pour les décrire, on pose les questions suivantes : où, quand, dans quelles circonstances, avec qui, qu'est-ce qui favorise ?

E – Cela correspond aux *émotions* : sentiments et sensations physiques ; la topographie et l'intensité peuvent être notées.

C – Le premier C, les cognitions, comporte trois parties :

- les *cognitions* (le monologue intérieur, notamment les pensées automatiques négatives) ;

- les *images mentales*, liées à la situation, aux émotions et aux comportements ;

- la *signification personnelle* qui représente l'interprétation du problème par le patient, son hypothèse concernant son trouble. Les questions suivantes peuvent être posées : « *Comment expliquez-vous que ce problème vous arrive à vous ? Pourquoi réagissez-vous ainsi dans cette situation ? Quand vous dites... qu'est-ce que cela signifie ou représente pour vous ?* » Le thérapeute cherche aussi dans cette étape à identifier les schémas sous-jacents aux cognitions.

C – Le deuxième C correspond aux *comportements* ; c'est la réponse.

- Le comportement *ouvert* est observable, et le comportement *couvert* est non observable. Des précisions concernant la fréquence, la durée, l'intensité, la topographie, la quantité, sont recherchées.

- Il y a aussi le *comportement de l'entourage* en relation avec le problème du sujet (c'est la conséquence comportementale sur l'entourage). Cela peut représenter un facteur d'entretien ou aggravant.

A – C'est l'*anticipation*. Il s'agit de l'ensemble de pensées, images, émotions et comportements qui surviennent avant la confrontation à une situation problème et qui peuvent correspondre aux conséquences à long terme du comportement problème sur le sujet.

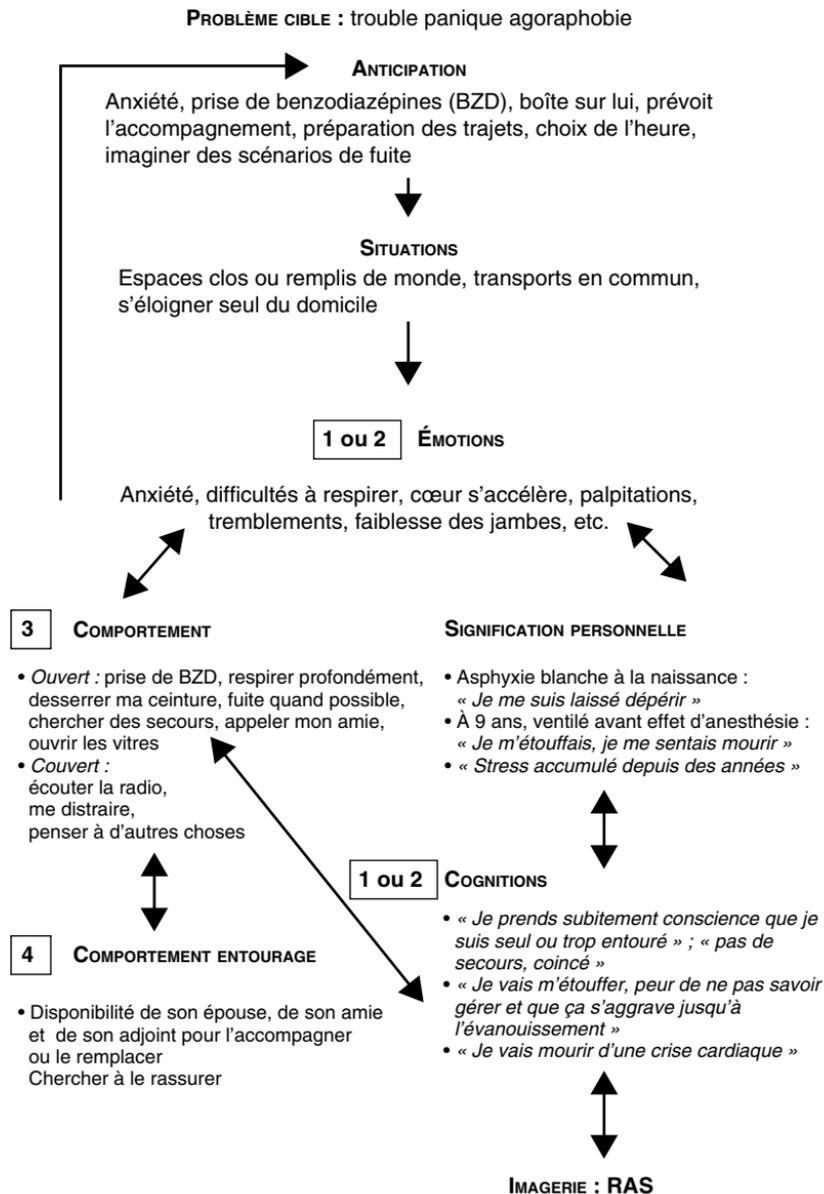


FIG. 16.6. – Partie synchronique de la grille SECCA. Cas de M. C.

## PARTIE DIACHRONIQUE

La partie diachronique de la grille SECCA (appliquée dans la figure 16.7 sur l'exemple de M. C.) concerne :

<p><b>1. Données structurales possibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Antécédents familiaux : cousine maternelle (trouble panique, agoraphobie) ; mère (dépressions majeures récurrentes) ; fille (phobie sociale, dyslipidémie familiale)</li> <li>– Antécédents personnels : léger surpoids, hypercholestérolémie, deux épisodes d'état dépressif majeur (1990 et 1993), trouble panique en rémission partielle sous antidépresseur</li> <li>– Données développementales : enfance et adolescence « ambiance de maladies » (mère, grand-mère, père), « stressé, speedé », manifestations physiques de l'anxiété depuis l'adolescence</li> <li>– Personnalité : traits de personnalité narcissique et obsessionnelle-compulsive (critères DSM-IV)</li> </ul>
<p><b>2. Facteurs déclenchants initiaux invoqués</b></p> <p>Accident d'anesthésie à 9 ans : se sentait étouffer et mourir. Colonie de vacances à 10 ans : enfermé dans une caverne par ses copains (« <i>J'ai paniqué... J'appréhende depuis de rentrer dans tout ce qui ressemble à des boyaux</i> »). Première attaque de panique en 1989 dans la salle d'attente du médecin lors d'une colique néphrétique avec perte de connaissance. En 1990, état dépressif majeur et deuxième attaque de panique dans un train : épisode dépressif concomitant. Répétition des attaques de panique, installation progressive d'un trouble agoraphobique</p>
<p><b>3. Facteurs historiques de maintien</b></p> <p>Prise de benzodiazépines depuis 1990 ; nombreux décès dans son entourage familial et professionnel (problèmes cardiaques) ; dépressions non traitées ; adaptation de son mode de vie de façon à éviter les situations avec la complicité de l'épouse, d'une amie et de collègues (accompagnements, évitements, remplacements, arrangements professionnels) ; conflits avec épouse, surcharge et stress professionnels</p>
<p><b>4. Facteurs précipitant les troubles</b></p> <p>Départ du domicile conjugal, procédure de divorce en cours, installation avec son amie ; promotion professionnelle en vue avec déplacements en France et en Europe ; « <i>volonté de rupture avec mon passé</i> »</p>
<p><b>5. Traitements antérieurs : benzodiazépines</b></p>

FIG. 16.7. – Partie diachronique de la grille SECCA. Cas de M. C.

– les facteurs déclenchants initiaux du problème invoqués par le sujet. Les questions à poser seront : « *Quand, où, comment ce problème est survenu la première fois ? Qu'est-ce qui a été à l'origine ?* » ;

– les facteurs historiques de maintien du problème. Le thérapeute peut demander : « *Pourquoi ce problème ne s'est pas amélioré... ; pourquoi il n'a pas été soigné ; pourquoi selon vous les soins antérieurs ne l'ont pas amélioré ; quelles étaient les conséquences de ce problème sur vous, votre vie, votre entourage, etc. ?* » Les données recueillies permettent d'évaluer

les facteurs agonistes et antagonistes du changement et de prédire les difficultés qui peuvent survenir dans la thérapie ;

- les facteurs prédisposants possibles : facteurs développementaux et structuraux (génétiques, biologiques, personnalités), les données familiales (notamment l'histoire et les normes familiales, les antécédents psychiatriques) ;

- les facteurs précipitant les troubles, correspondent aux raisons qui ont favorisé la demande de soins. On peut ainsi demander : « *Qu'est-ce qui vous conduit à consulter maintenant ? Et pourquoi maintenant plutôt qu'avant ou plus tard ?* » Les réponses à ces questions permettent d'apprécier le degré de motivation et les facteurs impliqués dans la demande de changement ainsi que d'évaluer l'urgence d'une prise en charge (médicamenteuse et/ou psychothérapeutique) ;

- les traitements antérieurs.

## Conclusion

L'apprentissage de la procédure de construction de l'AF nécessite l'acquisition de savoirs théoriques et méthodologiques. Toutefois, la formation pratique reste essentielle et ce à travers l'analyse et la discussion des cas, les jeux de rôles, la résolution de problèmes en groupe, l'observation d'un thérapeute expérimenté, ou encore l'entraînement sur des logiciels de consultation simulée. Mais c'est surtout la pratique intensive sur des cas réels, supervisée par un formateur, qui reste un passage obligé pour développer les compétences techniques spécifiques chez des thérapeutes novices dans l'art de l'AF (Pirotte et al., 2003).

La recherche actuelle s'oriente vers l'exploration des ingrédients nécessaires pour une AF de qualité, l'évaluation de sa fiabilité et de son utilité par rapport au processus thérapeutique et aux résultats d'une thérapie, et aussi ses acceptabilité et utilité pour le sujet lui-même (Kuyken, 2006).

## Bibliographie

---

- BECK J.S. (1995). — *Cognitive therapy. Basics and beyond*, New York, Guilford Press.
- BLACKBURN I.M. et al. (2006). — « Case formulation in depression », in TARRIER N. (ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy. The treatment of challenging and complex case*, Londres, Routledge, p. 113-141.
- CLARK D.M., WELLS A. (1995). — « A cognitive model of social phobia », in HEIMBERG R. et al. (eds), *Social phobia : diagnosis, assessment and treatment*, New York, Guilford Press.

- COTTRAUX J., BOUVARD M., LÉGERON P. (1985). — *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, Editions EAP.
- COTTRAUX J. (1990). — *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.
- CUNGI C. (1996). — *Savoir s'affirmer*, Paris, Retz.
- FONTAINE O., YLIEFF M. (1981). — « Analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental », *Journal de Thérapie Comportementale*, n° III, 2, p. 119-130.
- GUILBERT P., DORNA A. (1982). — *Significations du comportementalisme*, Toulouse, Privat.
- KANFER F.H., SASLOW G. (1969). — « Behavioral diagnosis », in FRANKS C.M. (ed.), *Behavior therapy. Appraisal and status*, New York, McGraw-Hill.
- KUYKEN W. (2006). — « Evidence-based case formulation : is the emperor clothed », in TARRIER N. (ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy. The treatment of challenging and complex cases*, Londres, Routledge, p. 12-35.
- LAZARUS A. (1976). — « Multimodal behaviour therapy : treating the "Basic ID" », *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 156, p. 404-411.
- MIRABEL-SARRON C., VERA L. (1995). — *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.
- NEZU A.M., NEZU C.M. (1989). — « Clinical predictions. Judgment and decision making : an overview », in NEZU A.M., NEZU C.M. (eds.), *Clinical decision making in behaviour therapy : a problem solving perspective*, Champaign, IL : Research Press.
- PERSONS J.B. (1993). — « Case conceptualisation in cognitive-behavior therapy », in KUEHLWEIN K.T., ROSEN H. (eds.), *Cognitive therapies in action. Evolving innovative practice*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, p. 33-53.
- PIROTTE S., YLIEFF M., FONTAINE O. (2003). — « Consultation simulée en psychologie : didacticiel de formation à l'analyse fonctionnelle », *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, vol. 8, n° 4, p. 17-23.
- TARRIER N. (2006). — « An introduction to case formulation and its challenges », in N. TARRIER (eds.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy : the treatment of challenging and complex cases*, Londres, Routledge, p. 1-11.
- WELLS A. (1997). — *Cognitive therapy of anxiety disorders, a practice manual and concept guide*, Chichester, UK, Wiley.
- YLIEFF M., FONTAINE O. (2006). — « Démarche diagnostique et analyse fonctionnelle », in FONTAINE O., FONTAINE P. (dir.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Retz, p. 51-77.

## Joseph Wolpe – Un défenseur de l'esprit scientifique

J. VAN RILLAER

J. Wolpe (1915 – 1997) est né et a grandi à Johannesburg. Il y a fait ses études de médecine et de psychiatrie, et s'y est formé à la psychanalyse. Durant la Deuxième Guerre mondiale, il a servi comme psychiatre dans l'armée sud-africaine. Tenu de s'occuper de ce que l'on appelait à l'époque des « névroses traumatiques » et des « réactions phobiques », il s'est trouvé confronté à l'inefficacité de la cure freudienne pour ces troubles. Cette situation d'impuissance l'a incité à lire des psychologues scientifiques. Il a alors découvert que quelques psychanalystes anglo-saxons avaient fait des recherches expérimentales en vue de tester des énoncés freudiens. C'était notamment le cas de l'Américain Jules Masserman (1943), qui avait réalisé des « névroses expérimentales » chez des chats afin de vérifier si des conflits de pulsions rendaient « névrosé » (par exemple, l'animal affamé devait actionner un levier pour recevoir de la nourriture, mais déclenchait par cette action un jet d'air violent sur son museau).

En 1947 et 1948, Wolpe a mené des expériences sur des chats dans le but d'obtenir un modèle simplifié, mais soigneusement contrôlé, de « thérapies » de phobies résultant d'une situation traumatisante. Dans un premier temps, il enfermait l'animal dans une cage, puis émettait un son et administrait des chocs électriques relativement douloureux. Après 5 à 20 répétitions, il observait un conditionnement pavlovien : replacés dans la cage, les chats manifestaient de fortes réactions de peur (ils tremblaient, se tapissaient, etc.); leurs réactions « conditionnées » se « généralisaient » (elles apparaissaient dans des environnements présentant une analogie avec la situation traumatisante).

La deuxième étape de ses expériences consistait à tester diverses procédures pour faire disparaître ces phobies. La méthode la plus efficace, trouvée par Wolpe, était de placer chaque animal à un endroit qui avait un certain degré de ressemblance avec le laboratoire, un degré tel que l'anxiété apparaissait mais sans être très forte. Dans cette situation, l'animal recevait de la nourriture. Il mangeait là plusieurs jours successifs, jusqu'à ne plus manifester de réactions anxieuses. Il était ensuite placé dans une pièce ressemblant davantage à celle du traumatisme et y recevait de la nourriture, jour après jour, jusqu'à paraître calme. Plusieurs étapes du même type permettaient d'arriver à placer le chat dans la cage où il avait enduré les chocs sans plus manifester des réactions phobiques. Toutefois, si l'on émettait le son qui avait précédé l'apparition des chocs, l'animal était apeuré. Wolpe a procédé à l'extinction de cette réponse conditionnée en nourrissant l'animal pendant la production continue du son, d'abord émis faiblement, puis de plus en plus fort, jusqu'à l'intensité initiale.

Wolpe savait parfaitement que la psychologie de l'être humain est plus complexe que celle du chat. Il s'est d'ailleurs appuyé sur des capacités cognitives et de régulation émotionnelle pour mettre au point un traitement de

phobies qui ne présente pas plus qu'une analogie avec ses expériences de laboratoire. Il a appelé ce traitement la « désensibilisation systématique ».

La procédure classique (Wolpe, 1954; 1958; 1973) se réalise en trois temps. Le patient apprend d'abord une méthode de relaxation musculaire (la relaxation « progressive » de Jacobson) de façon à pouvoir diminuer rapidement sa tension physique dans des situations anxiogènes. De plus, avec l'aide du thérapeute, il recense des stimuli phobogènes et établit une hiérarchie en fonction de l'intensité des réactions que ces stimuli provoquent. La deuxième étape consiste en une confrontation méthodique de ces stimuli en commençant par une situation peu redoutée. Le patient, en état de relaxation et avec l'aide du thérapeute, visualise mentalement cette situation pendant la durée nécessaire pour que l'anxiété diminue sensiblement. Il passe ensuite à une situation un peu plus difficile et ainsi de suite. La troisième étape est l'affrontement de stimuli phobogènes réels, en commençant à nouveau par ceux qui sont les moins anxiogènes. Il s'agit alors de rester dans la situation, éventuellement accompagné du thérapeute, jusqu'à une réduction sensible de l'anxiété. Après ces séances, le patient s'exerce seul à s'exposer aux situations qu'il redoutait, toujours selon le principe de la progressivité et en prenant soin de rester relativement décontracté.

En 1958, Wolpe passa une année à l'Université de Stanford. Il y rencontra le célèbre épistémologue Karl Popper, ce qui fut pour lui l'occasion de rompre définitivement avec la psychanalyse. C'est durant ce séjour qu'il rédigea *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, un ouvrage qui contribua puissamment au décollage des thérapies cognitivo-comportementales. En 1962, il fut nommé à l'Université de Virginie et quitta définitivement l'Afrique du Sud. Trois ans plus tard, il devint professeur à l'université Temple à Philadelphie. Il y enseigna jusqu'à l'éméritat et y assura la formation de nombreux thérapeutes. David Barlow, un des plus grands noms du comportementalisme (voir Van Rillaer, 2008) raconte comment, à l'époque où il était encore partisan de la psychanalyse, un cours de Wolpe l'a fait changer d'orientation (Barlow, 1997). C'était en 1966. Wolpe menait des traitements de personnes souffrant de phobies en présence d'étudiants. Barlow raconte que le résultat était surprenant. Certains étudiants, demeurant fidèles au freudisme, attribuaient la disparition des phobies à la personnalité, toute charmante, de Wolpe. Le jeune Barlow, lui, eut le sentiment d'assister à la naissance d'une révolution en psychologie. Il devint lui-même un chercheur et un clinicien qui contribua, avec d'autres, à préciser comment la technique de Wolpe pouvait être rendue plus efficace et comment inventer d'autres techniques, en s'inspirant de la sienne (voir Barlow, 1988).

Wolpe n'en est pas resté au modèle psychopathologique testé sur des chats à la fin des années 1940. Sa conception a évolué. Elle s'est enrichie de ses expériences et de celles de ses confrères. Barlow (1988) rapporte qu'en 1967, au premier congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, il a pu observer comment Jerry Davison, un jeune psychologue de Stanford, en se fondant sur des recherches expérimentales, a remis en question la théorie de Wolpe sur « l'inhibition réciproque » comme le processus essen-

tiel des effets psychothérapeutiques. Wolpe a réagi à ces critiques comme un vrai scientifique, ouvert à la discussion. Toute sa carrière a été empreinte de cet esprit (voir Rachman, 1998).

Ce qui reste aujourd'hui de l'œuvre de Wolpe, un demi-siècle après le célèbre ouvrage de 1958, ce n'est pas une théorie, ni même une technique (les comportementalistes ne pratiquent plus le traitement des phobies exactement comme le faisait Wolpe). Ce qui demeure, c'est une contribution substantielle au développement de l'esprit scientifique dans la pratique de la psychothérapie.

### Bibliographie

- BARLOW D. (1988). — *Anxiety and its disorders*, 2<sup>e</sup> éd., New York – Londres, Guilford, 2002.
- BARLOW D. (1997). — « Promises to keep », *Behavior Therapy*, n° 28, p. 589-596.
- MASSERMAN J.H. (1943). — *Behavior and neurosis*, Chicago, University of Chicago Press.
- RACHMAN S. (1998). — « Joseph Wolpe », *Obituary. Behaviour Research and Therapy*, n° 36, p. 255-256.
- VAN RILLAER J. (2008). — « David Barlow. Comprendre l'anxiété et ses troubles », in MEYER C., ROUTIER C., DE SUTTER P., et al. (dir.), *Les Nouveaux psys. Ce que l'on sait aujourd'hui de l'esprit humain*, Paris, Les Arènes, p. 738-755.
- WOLPE J. (1954). — « Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects », *Archives of Neurology and Psychiatry*, n° 72, p. 205-226; « L'Inhibition réciproque, principale base des effets en psychothérapie », texte remanié rééd. dans EYSENCK H. (1960), *Conditionnement et névroses*, Paris, Gauthier-Villars, 1962, p. 67-97.
- WOLPE J. (1958). — *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- WOLPE J. (1973). — *The practice of behavior therapy*, New York, Pergamon Press; trad. fr., *Pratique de la thérapie comportementale*, Paris, Masson, 1975.

# 17

## Trouble panique, agoraphobie et phobies spécifiques

J. Van Rillaer



### Définitions

#### *Peur*

La peur est une réaction affective provoquée par la perception d'un danger, réel ou imaginé. Elle s'accompagne d'une activation des systèmes nerveux, cardiovasculaires et respiratoires, préparant à une action immédiate. Elle suscite une polarisation de l'attention et une impulsion à fuir ou à se battre. Ce mécanisme, que nous avons en commun avec d'autres espèces animales, favorise la survie.

Des analyses statistiques sur les craintes les plus fréquentes dans le monde occidental permettent de ramener une grande partie d'entre elles à trois peurs fondamentales : la peur de la douleur (des blessures et des maladies); la peur d'être jugé négativement; la peur de l'anxiété et de ses conséquences (perdre le contrôle de soi, perdre la face).

#### *Angoisse et anxiété*

Les mots « angoisse » et « anxiété » ont la même racine : le verbe latin *angere*, qui signifie « opprimer », « étrangler ». Ils désignent une réaction affective provoquée par l'anticipation d'événements pénibles, qui touchent la personne. Cette réaction est, comme la peur, une réaction défensive, mais elle est plus complexe. Nous l'éprouvons lorsque des événements négatifs nous concernant sont susceptibles de se produire, que nous avons le sentiment de ne pas pouvoir les contrôler, mais que nous allons cependant nous y préparer. L'anxiété est orientée vers l'avenir. Elle s'accompagne de l'activation de circuits cérébraux favorisant la vigilance et la focalisation de l'attention sur toute source de danger. Elle incite moins à fuir qu'à anticiper

et à rester sur le qui-vive. Elle peut être déclenchée par des stimuli dont nous ne prenons pas activement conscience, par exemple des indices associés à un traumatisme passé ou à des sensations corporelles.

## *Paniques*

Une « attaque de panique » est une peur intense, d'une durée bien délimitée, qui survient brutalement, qui s'accompagne de fortes sensations physiques (palpitations, sensation d'étouffement, transpiration, tremblements, nausée), ainsi que d'un sentiment de danger imminent (perdre le contrôle de soi, devenir fou, mourir). Chacun peut en faire l'expérience s'il se trouve menacé de façon brusque et violente.

On parle de « trouble panique » lorsque des attaques de panique, non justifiées par les circonstances, se répètent, s'accompagnent de la crainte persistante du retour de crises ou provoquent un changement important de conduite. Au moins 2 % de la population générale souffrent de ce trouble.

## *Phobies*

Une phobie est une peur excessive de certaines situations, accompagnée de leur évitement systématique ou d'une intense détresse en cas de confrontation forcée. Plus de 10 % de la population présentent au moins une ou plusieurs phobies gênantes. Dans le *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> éd.)*, on distingue l'agoraphobie, la phobie sociale et la phobie spécifique.

– L'agoraphobie est une peur irraisonnée de situations qu'on pense ne pas pouvoir quitter facilement ou dans lesquelles on croit ne pas pouvoir être rapidement secouru en cas de malaise. Ce concept regroupe la phobie de se trouver hors de chez soi, dans une foule, une file d'attente, un transport en commun, un tunnel, etc. La majorité des agoraphobies semblent déterminées par la peur qu'une attaque de panique survienne dans les situations redoutées. Certaines formes sont très invalidantes. Elles peuvent générer un état dépressif et une consommation excessive d'alcool ou d'anxiolytiques.

– La phobie sociale est une peur irraisonnée, intense et persistante de situations sociales. La personne redoute d'être évaluée ou critiquée, ce qui perturbe de façon importante ses relations avec autrui (rougissement, transpiration, etc.) et lui fait éviter des activités sociales (réceptions, exposés en public, etc.).

– Les autres phobies sont classées comme « phobies spécifiques ». Des stimuli particulièrement phobogènes sont, par ordre de fréquence décroissant, le vide perçu d'une hauteur (acrophobie), les serpents, les espaces

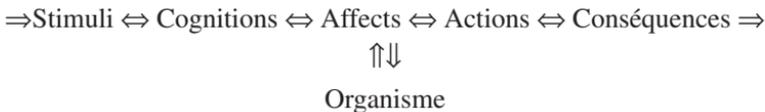
clos (claustrophobie), les araignées, les blessures et le sang, les avions, les dentistes.

Le fait de souffrir d'une phobie ne peut être interprété a priori comme le symptôme d'une « névrose » ou d'une « personnalité pathologique ». Des accès de panique et des phobies peuvent apparaître chez des adultes dont le passé et la vie actuelle ne présentent guère de troubles particuliers.

## Psychologie de la peur et des phobies

Dans la perspective de la psychologie scientifique, un trouble psychologique n'est pas interprété comme le « symptôme » d'une entité mentale inobservable (une névrose, un complexe, etc.), mais comme un mode de comportement déterminé par plusieurs facteurs environnementaux, physiologiques et psychologiques (en particulier la manière d'interpréter certains événements internes et externes).

Nous utilisons ici le mot « comportement » au sens large du terme, donc pas comme synonyme d'« action ». Selon cette acception, il désigne toute activité signifiante, directement ou indirectement observable, et présente toujours trois éléments : une dimension cognitive, une dimension affective et une composante motrice. Tout comportement prend place dans un environnement. Il est provoqué ou influencé par un ou des stimuli externes. Il est effectué en vue d'effets vécus comme appétitifs. Tout comportement agit sur l'état de l'organisme et, réciproquement, est influencé par celui-ci (notamment le degré de fatigue et d'activation du système nerveux autonome). Pour observer et analyser un comportement, il est donc nécessaire de tenir compte de six variables : ses trois dimensions (cognitions, affects, actions), le ou les stimuli antécédents, la ou les conséquences anticipées, les relations avec l'organisme. Ces variables sont en interaction<sup>1</sup>. Elles forment l'« équation comportementale », que l'on peut schématiser comme suit :



Les troubles anxieux sont toujours plurifactoriels. Selon le type de perturbation, certains facteurs ont plus de poids que d'autres. Ainsi, la variable « organisme » est centrale dans des attaques de panique induites par des troubles vestibulaires. Le contexte environnemental joue un rôle

1. Pour plus d'informations sur la notion de comportement et la façon de mener des analyses comportementales, on peut consulter par exemple J. Van Rillaer (2003 ; en particulier les chapitres 5 et 6).

prépondérant dans la phobie des araignées inoffensives : cette peur est plus fréquente en Occident que dans d'autres régions.

### *Deux processus fondamentaux*

Certaines situations – par exemple la menace d'une douleur corporelle – déclenchent automatiquement la peur ou l'angoisse. Lorsqu'un stimulus se trouve associé à une situation angoissante ou douloureuse, il peut devenir un signal de danger et dès lors provoquer lui-même une réaction de peur. Ce processus est appelé conditionnement classique ou pavlovien. On peut le définir comme le fait qu'un stimulus (S) reçoit une nouvelle signification car il est associé à un autre. À la suite de ce changement sémantique, le premier stimulus devient un « stimulus conditionné » (SC) et la réaction qu'il provoque une « réaction conditionnée » (RC). Si un état pénible survient dans un restaurant, ce lieu peut devenir un SC pour une RC d'anxiété.

Un deuxième processus observable dans bon nombre de troubles est un apprentissage opérant (appelé parfois « skinnerien » parce qu'il a été particulièrement bien étudié par Skinner). Tout comportement suivi de conséquences vécues comme appétitives tend à être répété dans certaines situations. L'effet anticipé peut être l'apparition de satisfaction, la diminution de souffrance ou l'évitement d'un événement pénible.

Il importe de distinguer deux phases dans les effets de l'échappement et l'évitement phobiques. Dans un premier temps, apparaît une conséquence appétitive : la diminution rapide de la peur, la restauration du sentiment de sécurité. Dans un second temps, des conséquences aversives se produisent : l'absence de vérification concrète de la réalité du danger, la croyance d'avoir échappé à la souffrance ou à la mort grâce à un comportement de fuite ou de sécurisation, le sentiment d'être incapable d'affronter les situations anxiogènes, le renforcement de la phobie.

### *Programmation génétique*

Des psychologues (en particulier Seligman, 1971) ont défendu l'hypothèse d'une « préparation biologique des apprentissages » pour expliquer que les phobies des serpents ou des précipices sont plus fréquentes que la phobie des voitures, lesquelles sont cependant plus souvent associées à des accidents. Les situations depuis toujours dangereuses pour la survie de l'espèce provoqueraient plus facilement des phobies par un mécanisme mis lentement en place au cours de l'évolution de l'espèce. Cette hypothèse ne fait pas l'unanimité (pour une revue, voir Davey, 1997). Il est cependant évident que des processus cognitivo-affectifs, préprogrammés, favorisent les réactions de peur et donc des troubles anxieux.

Certaines réactions de peur sont innées. Par exemple, les enfants âgés de 8 à 24 mois manifestent de l'anxiété lorsqu'ils sont brusquement séparés de

la personne qui prend habituellement soin d'eux. Par ailleurs, les mécanismes d'apprentissage pavlovien et opérant permettent le développement facile et rapide de réactions de peur et de protection vis-à-vis de tout stimulus perçu comme dangereux.

Un autre processus génétiquement programmé est la généralisation du stimulus, c'est-à-dire la diffusion de la signification d'un stimulus à des stimuli plus ou moins similaires auxquels il n'a pas été directement associé. La personne qui s'est fait agresser dans le garage de son immeuble peut ensuite ressentir de l'anxiété chaque fois qu'elle retourne dans ce garage, mais également dès qu'elle entre dans un parking public. La généralisation de la réaction survient d'autant plus facilement que le degré d'analogie entre la situation initiale et la situation nouvelle est fort.

### *Informations anxieuses*

Chacun sait que des informations visuelles ou verbales peuvent provoquer des réactions de peur. Il s'agit d'un mécanisme qui permet d'éviter des dangers réels, mais qui génère parfois de réels troubles anxieux.

Une source importante de troubles anxieux est l'observation directe de réactions d'autres personnes. Des recherches ont montré une corrélation élevée entre les peurs manifestées par l'enfant et par ses parents, surtout sa mère. Dans un premier temps, une information peut simplement rendre plus attentif à des risques potentiels. Ensuite, l'accroissement de la vigilance fait percevoir des détails qui, autrement, resteraient inaperçus. L'observation et le traitement des informations ultérieures se trouvent alors biaisés et conduisent à une amplification de la perception du danger. La peur a de grands yeux, dit un proverbe russe.

### *Activation orthosympathique*

La stimulation du système orthosympathique mobilise les ressources énergétiques de l'organisme et provoque une intensification des réactions affectives. Si l'humeur est gaie, cette stimulation physiologique peut favoriser la joie et le rire. Si la tonalité affective est l'inquiétude, elle peut susciter l'angoisse ou la panique.

L'activation orthosympathique est déclenchée par la consommation de certaines doses de substances stimulantes (caféine, nicotine, vitamines, etc.), par l'activité physique intense et par les réactions affectives.

Une excitation importante du système végétatif ne diminue que lentement. Si une nouvelle stimulation se produit pendant la période de décroissance, elle s'additionne à l'excitation résiduelle, quelles que soient les tonalités affectives en jeu (processus du « transfert d'excitation »).

## *Interprétation de sensations corporelles*

Des réactions de peur et de panique trouvent leur origine dans des sensations corporelles interprétées de façon dramatisante, quand bien même la personne ne risque aucun dommage réel.

Ces sensations sont souvent celles d'une activation orthosympathique provoquée par une réaction d'alerte, d'anxiété, d'irritation, de colère ou d'excitation sexuelle. Elles ne sont pas nécessairement provoquées par une situation vécue comme stressante. Il peut s'agir d'effets d'une respiration trop rapide et/ou trop profonde par rapport aux dépenses énergétiques (hyperventilation), de palpitations cardiaques dues à de la caféine ou à un effort physique, d'une brusque modification de la tension artérielle, de sensations d'étrangeté générées par une insuffisance de sommeil.

Quand une personne décode de telles sensations comme des signes d'un trouble ou d'un danger, elle éprouve de la peur. Elle devient d'autant plus inquiète qu'elle ne parvient pas à expliquer ces sensations et à les faire cesser. Elle va alors guetter les signes annonciateurs de son désarroi (anticipation anxieuse); elle va « scanner » continuellement ce qui se passe en elle (attention sélective); elle va rester en alerte et provoquer une autoactivation orthosympathique; elle va donner un terme médical ou psychiatrique à ce qu'elle vit (étiquetage pathologisant). Dans ces conditions, elle participe sans le comprendre au retour et à l'intensification des sensations anxiogènes. Elle finit par faire une attaque de panique si elle interprète l'apparition « spontanée » de ces sensations comme le signe d'une catastrophe imminente (perte de contrôle de soi, acte impulsif, évanouissement, folie, infarctus, mort).

Les attaques de panique sont le point de départ de nombreux troubles : le trouble panique évidemment, mais aussi l'agoraphobie, des nosophobies, l'hypocondrie, le trouble de dépersonnalisation, des soi-disant « hystériques », l'alcoolisme, la toxicomanie.

## *Peur des idées intrusives*

Chez tout individu apparaissent, de temps à autre, des idées intrusives et des impulsions bizarres, choquantes ou angoissantes : donner un coup de couteau, laisser tomber l'enfant qu'on porte, se jeter sous le train qui entre en gare, etc. Chez la plupart des gens, ces pensées traversent l'esprit sans vraiment perturber et sont rapidement suivies par d'autres, non inquiétantes.

Chez les personnes qui développent des obsessions, ces mêmes idées provoquent de l'angoisse et/ou de la culpabilité, ainsi que la croyance que des catastrophes pourraient se produire. Elles essaient alors d'empêcher, de façon crispée, l'apparition des idées intrusives, ce qui va les renforcer et les transformer en obsessions ! Dès lors, elles évitent une série de stimuli

(couteaux, gares, etc.) et développent des rituels compulsifs (vérifications, lavages, comptages, prières) destinés à neutraliser les obsessions et à empêcher les catastrophes redoutées.

### *Sentiment de manquer de contrôle*

On observe que des états de stress post-traumatique sont d'autant plus graves que la personne s'est sentie davantage impuissante face aux événements traumatisants. Plus généralement, la peur et les troubles anxieux augmentent ou diminuent selon qu'on s'estime démunie ou compétente pour exercer un contrôle sur l'environnement et sur soi-même (sur des idées intrusives, des sensations corporelles, des orages émotionnels, des impulsions, des réactions observées par autrui).

### *Bénéfices divers*

Un trouble panique ou une phobie peuvent être renforcés parce qu'ils permettent de manipuler des proches ou de détourner l'attention de « stimuli » pénibles (sentiment d'être inutile, détérioration de la relation conjugale, maladie d'un parent). Des symptômes d'un état de stress post-traumatique sont parfois indéfiniment mis en avant parce qu'ils dispensent désormais de travailler, qu'ils permettent d'obtenir des dédommagements financiers et la sollicitude de l'entourage. L'agoraphobie d'une femme peut être entretenue par un mari jaloux qui trouve avantageux que son épouse soit cloîtrée à la maison, tandis que lui circule où bon lui semble...

Rappelons que les troubles résultent toujours d'un ensemble de variables et qu'une explication n'est pas prouvée parce qu'elle paraît cohérente. Une bonne analyse repose toujours sur des observations concrètes, soigneuses et nombreuses. Mieux vaut la considérer comme une hypothèse de travail que comme la mise au jour de la vérité ultime du sujet.

## Traitement cognitivo-comportemental

L'approche cognitivo-comportementale se caractérise par le souci de scientificité, bien plus que par un contenu théorique, qui, lui, change en fonction des progrès de la psychologie. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent se définir comme un ensemble de pratiques fondées sur la psychologie scientifique, destinées à apprendre de nouveaux modes d'action et à mieux gérer des processus cognitifs, physiologiques et affectifs.

Dans le traitement du trouble panique, le facteur le plus important est souvent une restructuration cognitive : des sensations corporelles éprouvées comme annonciatrices de catastrophes sont dédramatisées. Dans le

traitement des phobies, le facteur le plus décisif est la confrontation prolongée et répétée avec des situations anxiogènes. Toutefois, le traitement est généralement « multimodal » : le thérapeute invite à agir sur plusieurs variables de l'« équation comportementale ». Bien souvent, le thérapeute passe par les étapes qui suivent.

### *Programmer des démarches*

Pour traiter des troubles importants, il faut évidemment que le patient se sente accueilli, écouté, compris et soutenu affectivement. Par ailleurs, le patient doit être aidé à accomplir une série de démarches : mieux s'informer, observer des situations et des réactions, décoder autrement certains stimuli externes et internes, mieux gérer des processus physiologiques et affectifs, contrôler l'impulsion à fuir des stimuli anxiogènes, renoncer aux « bénéfiques » de ses troubles.

Le mot « programmation » suscite des résistances chez des psychothérapeutes d'autres courants. Malheureusement, on ne parvient pas à briser des « programmes » de réactions fortement automatisées si l'on ne réalise pas de nouveaux apprentissages de façon méthodique. Telle est la réalité.

### *Informier*

La première étape d'un traitement efficace de troubles anxieux est une information sur le fonctionnement des comportements (les relations entre stimuli, cognitions, affects, variables physiologiques, actions et effets des conduites), les facteurs intervenant dans les troubles, les stratégies de changement, le degré de danger réel des stimuli redoutés.

La personne affligée d'une phobie des araignées ou des reptiles fait bien de s'informer objectivement sur la réalité des comportements de ces animaux en présence de l'homme. Celle qui a développé une phobie de l'avion a tout intérêt à rencontrer un commandant de bord et à lui poser les questions qui la préoccupent...

### *Observer et analyser*

Des informations ne suffisent pas à dissiper des troubles anxieux sérieux. Il faut observer des comportements précis, les stimuli et les cognitions qui les induisent, des réactions corporelles (effets de psychostimulants, du tonus musculaire, de la respiration), les effets anticipés d'actions. Les observations peuvent se faire à partir de comportements effectifs ou de conduites visualisées mentalement.

Il s'agit de découvrir en particulier les stimuli « essentiels » des situations anxiogènes et les processus cognitifs par lesquels ces stimuli reçoivent des significations problématiques. Par exemple, dans le cas d'une phobie

de voyager en avion, il faut préciser s'il s'agit d'une peur du « vide », d'une phobie sociale (peur de la proximité de personnes inconnues), de la peur de faire une attaque de panique, de la peur d'un accident mortel, etc. Le choix des stratégies découle évidemment des résultats de l'analyse. La réduction de la peur de la proximité d'autrui requiert une vigoureuse remise en question de « musts » (tels que « *je dois toujours me contrôler parfaitement* », « *je dois toujours être apprécié* », etc.) et le développement de compétences sociales (par exemple savoir entretenir une conversation ou y mettre fin poliment). La diminution de la peur de l'accident mortel implique une réflexion sur les raisons d'accepter la mort (pour vivre heureux, il faut accepter qu'un jour nous ne serons plus ; la mort est absence de toute sensation et donc nous ne l'éprouvons pas ; la mort provoquée par la chute d'un avion est infiniment préférable à une lente et dégradante agonie).

### *Réguler des processus physiologiques*

Pour les phobies du sang et des blessures (environ 3 % de la population), il importe d'augmenter le tonus musculaire. La personne qui se sent défaillir peut prévenir la chute de la tension artérielle et la syncope en contractant les muscles (surtout ceux de la partie supérieure du corps) dès les premiers signes de malaise ou de vertige.

Pour presque toutes les autres phobies et pour les crises de panique, il importe de diminuer l'activation émotionnelle. À cet effet, on peut user de médicaments. Les bêtabloquants peuvent constituer le traitement de choix en cas de prestations stressantes exceptionnelles. Les benzodiazépines posent le problème du développement d'une assuétude. Les comportementalistes proposent trois moyens pour diminuer l'activation physiologique : le contrôle de la respiration, l'acquisition d'un réflexe de détente musculaire et, dans certains cas, la réduction de la consommation de psychostimulants (caféine, nicotine, etc.).

Certaines difficultés psychologiques proviennent d'une insuffisance respiratoire, mais le problème réside bien plus souvent dans une respiration excessive par rapport aux dépenses énergétiques. Réduire la respiration dès que l'on sent « monter » l'angoisse est généralement une stratégie cruciale pour traiter le trouble panique, l'agoraphobie et la claustrophobie.

Dans un premier temps, il importe de faire l'expérience d'une hyperventilation volontaire (respirer rapidement et profondément, sans autre activité physique, si possible pendant 3 minutes) afin de bien comprendre les effets psychophysiologiques d'une respiration excessive. On fait suivre immédiatement cette hyperventilation par une respiration lente et superficielle pour se rendre compte que l'on peut ainsi faire disparaître facilement des sensations désagréables ou angoissantes.

La capacité de diminuer en quelques secondes le tonus musculaire facilite considérablement la gestion des émotions. Cette habileté requiert un apprentissage méthodique. La première phase consiste à se relaxer au cours de séances quotidiennes d'environ 20 minutes. Ensuite, on s'exerce, par étapes, à se détendre de plus en plus rapidement. Enfin, on essaie de diminuer en quelques secondes son degré de tension, d'abord dans des situations neutres, puis dans des situations de plus en plus stressantes.

### *Opérer des restructurations cognitives*

La personne qui souffre de troubles anxieux est en conflit avec ses émotions ; elle a tout intérêt à envisager la composante affective comme le nerf de l'existence, la source de son dynamisme, qu'il s'agit non d'éliminer, mais d'apprendre à mieux réguler. La personne anxieuse devrait mieux prendre distance à l'égard de ses propres perceptions et interprétations, comprendre que ses troubles affectifs résultent d'un décodage arbitraire de la réalité et d'anticipations mal fondées.

Pour traiter le trouble panique et les phobies qui en résultent, il est essentiel d'effectuer une réattribution causale de certaines sensations corporelles. Au lieu d'interpréter celles-ci comme le signal d'un danger imminent, il s'agit de les décoder comme les sensations qui accompagnent la réaction d'alerte et qui se trouvent amplifiées par l'hyperventilation et l'hypertonie musculaire. En cas de crise d'angoisse, on peut se dire : « *Ce que je ressens est (très) désagréable, mais n'est pas dangereux. C'est seulement l'effet de l'hyperventilation. En freinant l'expiration et en me décontractant, je vais petit à petit diminuer ces sensations.* »

La restructuration cognitive la plus fondamentale consiste à remplacer la croyance d'être incapable de contrôler ses réactions émotionnelles par la conviction de pouvoir les gérer progressivement. Le principal levier de ce changement est la réalisation effective d'une série de confrontations positives avec des situations redoutées.

### *Quantifier*

Il est essentiel d'apprendre à distinguer des degrés d'intensité d'affects. Pour ce faire, on peut commencer par ranger des situations anxiogènes selon leur impact émotionnel. On utilise ensuite un « tensiomètre imaginaire » permettant de situer une tension (ou une angoisse) entre 0 (totalement « relax ») et 10 ou 100 (« panique »). Le niveau 5 (ou 50) correspond au début d'une tension légèrement désagréable et 7,5 (ou 75) à une tension franchement désagréable mais supportable.

Quantifier selon une échelle graduée est très utile pour analyser des réactions. L'observation des variations d'intensité de la peur en fonction de stimuli, de cognitions et de sensations physiologiques facilite la découverte

de facteurs importants des troubles. Par ailleurs, une telle quantification apparaît quasi indispensable pour réaliser des changements durables de conduites. En effet, beaucoup de réactions façonnées de longue date ne changent que lentement et avec difficulté. La modification de réactions émotionnelles pénibles (angoisse, colère, dépression) commence en général par une diminution de l'intensité des réactions (la personne ne fait plus de crises de panique, mais éprouve encore de fortes anxiétés). C'est seulement ensuite qu'on parvient, progressivement, à réduire la durée et enfin la fréquence de ces réactions. Rester dans la dichotomie « j'ai peur – je n'ai pas peur » entrave les progrès.

### *Utiliser des auto-instructions*

Pour apprendre à mieux gérer ses émotions, il est essentiel de trouver des auto-instructions personnalisées, que l'on se donne dans les situations stressantes pour faire pièce aux pensées catastrophisantes. Ces autoverbalisations sont à mettre en œuvre dès les premiers signes d'anxiété. Un bon principe est de commencer, pendant quelques secondes, par réguler les processus physiologiques (« *Je ralentis l'expiration. Je contrôle l'hyperventilation... Je me décontracte les épaules, le ventre...* »). Ensuite, on dédramatise la situation (« *C'est dur, mais ce n'est pas dramatique... Tu essaies, c'est tout* ») et, enfin, on se concentre sur des tâches à accomplir (« *Quelle est la première étape ? Stop ! Regarde bien ! Réfléchis ! Je reste centré sur la tâche. Une étape à la fois...* »).

### *Motiver à affronter*

Le thérapeute peut renforcer la motivation en donnant des explications, en rassurant sur le bien-fondé de la méthode, en programmant avec soin la difficulté des confrontations et en aidant le patient à se réjouir de progrès obtenus pas à pas. Il peut éventuellement présenter au patient des personnes qui ont tiré un profit évident de la procédure.

Par ailleurs, il importe de renoncer aux « bénéfiques » plus ou moins cachés des troubles, en comprenant mieux leurs « coûts » ou en obtenant les satisfactions qu'ils apportent d'une autre manière, non « névrotique ».

### *Affronter graduellement*

L'élément clé d'une psychothérapie de phobies réside dans des confrontations effectives avec des stimuli phobogènes, suivant un ordre de difficulté croissant, à chaque fois pendant un temps suffisamment long (une heure ou plus) pour faire l'expérience d'une diminution sensible de l'anxiété. Ces expérimentations comportementales sont appelées « désensibilisation », « exposition » ou « immersion ». Elles doivent être l'occasion d'une triple restructuration cognitive :

- constater que la peur n'est pas fondée dans la réalité ou que le danger est largement exagéré ;
- éprouver la capacité de diminuer progressivement, par soi-même, une activation physiologique brutale et intense ;
- constater que si l'on résiste à l'impulsion de fuir, la peur et l'impulsion diminuent lentement mais sûrement.

La confrontation avec la situation doit être bien préparée. Elle doit être de difficulté moyenne. Si elle est facile, la personne n'apprend pas à gérer les brusques intensifications de l'activation émotionnelle. Si elle est d'emblée très difficile, la personne risque de fuir et donc de renforcer sa croyance en son incapacité de réguler sa peur et de faire face à ce type de situation.

Dès le début de la confrontation, la personne s'exerce à réguler son activation émotionnelle par des auto-instructions visant la respiration et le tonus musculaire. Elle n'essaie pas d'étouffer au plus vite la peur en fuyant ou en se distrayant. Au contraire : il s'exerce à rester relativement sereine, alors même qu'elle éprouve une tempête émotionnelle. Ainsi, elle apprend progressivement à ne plus avoir peur de la peur.

Le patient informe régulièrement le thérapeute de son degré de tension (en fonction d'une échelle de 0 à 10 ou 100). Dès que l'activation émotionnelle s'intensifie, il se recentre quelques secondes (ou minutes) sur le contrôle de l'hyperventilation et du tonus musculaire.

Lorsque l'activation émotionnelle a sensiblement diminué, on passe à une situation un peu plus difficile. Dans le cas d'une agoraphobie, on augmente la distance entre le patient et le thérapeute. Dans le cas d'une phobie des araignées, le patient observe d'abord une petite araignée dans un bocal ; ensuite, à l'exemple du thérapeute, il ouvre le bocal, il le retourne au-dessus de la main et le secoue pour faire descendre l'araignée sur la main ; il laisse l'araignée se promener sur la main et le bras ; il apprend à capturer des araignées de diverses tailles avec un bocal et un carton<sup>1</sup>.

Si l'expérience s'est déroulée normalement, le patient recommence l'exercice avec une autre personne que le thérapeute (parent ou ami en qui elle a confiance). Elle fait rapport au thérapeute (au cours d'une consultation ou par téléphone) sur ses difficultés et sur les facteurs de réussite. Lorsque la répétition avec l'aide d'un non-professionnel est satisfaisante, la personne s'exerce seule dans la situation phobogène, si possible une fois par jour, jusqu'à la disparition de la réaction d'alerte (« habitude » ou « extinction »).

Au début des TCC de phobies, les praticiens suivaient souvent la procédure de Wolpe (1958), prévoyant d'abord une phase de confrontation par

---

1. Il s'agit bien évidemment d'araignées non dangereuses. Dans le nord de la France et dans les pays situés plus au nord de l'Europe, les araignées ne présentent pas de danger. Il en va autrement plus au sud. La procédure doit être adaptée au danger réel.

visualisation mentale. Les recherches ont montré des résultats plus rapides si l'on procède d'emblée à des « expositions » dans la réalité. Toutefois, depuis les années 1990, des thérapies utilisant la « réalité virtuelle » sont apparues efficaces. Les premiers essais visaient l'acrophobie. Aujourd'hui, des programmes complexes permettent de traiter avec succès même des phobies sociales (Légeron et al., 2003).

## La question de l'efficacité

En un demi-siècle, les comportementalistes ont mené plusieurs centaines d'études méthodiques sur leurs résultats. Ils ont publié les meilleures dans des revues de thérapie comportementale, mais aussi dans les revues les plus prestigieuses de psychiatrie et de psychologie scientifiques (*Archives of General Psychiatry*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, etc.). Dans l'état actuel des recherches, les TCC apparaissent particulièrement efficaces pour traiter les troubles anxieux (voir par exemple Barlow, 2002 ; Inserm, 2004). Le taux de réussite est élevé tandis que la durée des traitements est relativement brève. On peut souvent faire disparaître en quelques séances la phobie d'animaux non dangereux, en une quinzaine de séances un trouble panique sans bénéfices secondaires, une phobie du métro ou des supermarchés. Il faut davantage de temps pour les phobies sociales importantes, les troubles obsessionnels et le trouble anxieux généralisé. On ne dépasse pas souvent 50 séances, sauf pour des troubles obsessionnels très intenses ou des troubles résultant de graves traumatismes.

Quand une thérapie comportementale est menée dans les règles de l'art, on n'observe pas de « substitution de symptômes », mais plutôt un « effet boule de neige positif » (Van Rillaer, 2004). La plupart des personnes qui se sont exercées à développer des stratégies efficaces, en éliminant deux ou trois phobies avec un thérapeute, continuent ensuite seules à se libérer des autres. Des rechutes sont évidemment à prévoir si l'analyse comportementale a été mal faite ou si les apprentissages ont été superficiels.

Notons enfin que des associations de patients (pour la France, voir <http://mediagora.free.fr/>) présentent une réelle utilité. Les patients s'informent réciproquement, mais peuvent aussi collaborer pour pratiquer des « immersions ».

# Bibliographie

---

- BARLOW D. (2002). — *Anxiety and its disorders*, 2<sup>nd</sup> ed., New York, Guilford Press.
- DAVEY G.C. (1997) (ed.). — *Phobias. A handbook of theory, research and treatment*, Chichester, Wiley.
- INSERM (2004). — *Psychothérapie. Trois approches évaluées*, Paris, Inserm.
- LÉGERON P. et al. (2003). — « Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : étude préliminaire auprès de 36 patients », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, n° 13, p. 113-127.
- SELIGMAN M. (1971). — « Phobias and preparedness », *Behavior Therapy*, n° 2, p. 307-320.
- VAN RILLAER J. (2003). — *Psychologie de la vie quotidienne*, Paris, Odile Jacob.
- VAN RILLAER J. (2004). — « Une légende moderne : “Les comportementalistes ne traitent que des symptômes” », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, n° 14, p. 3-7.
- WOLPE J. (1958). — *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press.

# Pour en savoir plus

---

- ANDRÉ C. (2004). — *Psychologie de la peur. Craintes, angoisses et phobies*, Paris, Odile Jacob.
- ANDRÉ C., AZAÏS F., GAILLEDREAU J., et al. (1998). — *Phobies et obsessions*, Paris, Doin.
- MARCHAND A., LETARTE A. (2005). — *La Peur d'avoir peur. Guide du traitement du trouble panique avec agoraphobie*, Paris, Stanké.
- MARY-RABINE S., MOLLARD E. (2006). — « Les Attaques de panique et l'agoraphobie », in FONTAINE O., FONTAINE P. (dir.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Retz, p. 181-221.
- ORLEMANS H., VAN DEN BERGH O. (1997). — *Phobies intéroceptives et phobies de maladies*, Paris, PUF, coll. « Nodules ».
- PAYRE F. (2006). — *Faire face aux paniques. Comment vaincre les crises et l'agoraphobie*, Paris, Retz.
- SERVANT Y. (2007). — *Gestion du stress et de l'anxiété*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- VAN RILLAER J. (1997). — *Peurs, angoisses et phobies*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, Bernet-Danilo, coll. « Essentialis », 2002.

# 18

## Les thérapies cognitives dans la dépression

M. de Mondragon



### Introduction

Les premières thérapies cognitives structurées ont été celles concernant la dépression. Elles ont été mises au point tout d'abord par Ellis et Beck. Elles ont été par la suite généralisées à d'autres pathologies.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il existe 100 millions de dépressifs dans le monde sur une période d'un an. Son évolution est récurrente : 50 % des patients rechutent dans l'année suivant le premier épisode.

Ellis et Beck sont les deux précurseurs des thérapies cognitives actuelles. Pour Ellis, le problème essentiel est l'image grandiose que les hommes ont d'eux-mêmes et l'écart entre cette image et la réalité est à la source de leurs souffrances. Le but de la thérapie va être de rechercher les obligations que se formule le sujet et d'identifier leurs conséquences irrationnelles. Il s'agit ensuite d'amener le sujet à critiquer ses croyances et ses attentes pour aboutir à une acceptation ainsi qu'à des alternatives plus rationnelles à l'aide d'un dialogue socratique.

Beck a construit son modèle à partir de ses études sur la dépression. Pour lui, l'origine et le maintien des troubles dépressifs seraient dus à un trouble du traitement de l'information : « le patient se maltraite en traitant mal l'information ». Dans la dépression, les processus de pensée sont perturbés dans le sens d'une vision et d'une analyse des événements de vie excessivement négatives.

L'individu traite l'information selon des schémas acquis à partir desquels des processus cognitifs vont transformer l'information en événements cognitifs qui représentent ce qu'il dit, pense ou imagine. Les schémas sont stockés dans la mémoire à long terme. Ces schémas sont un ensemble de

règles générales, inflexibles, ayant une forme impérative. Ce sont des représentations de nos expériences. Ils sont inconscients mais peuvent être quiescents et réactivés par certains stimuli internes ou externes qui, souvent, dans le cas de la dépression, sont la perception d'une perte ou d'une réduction du domaine personnel du sujet. En quelque sorte, les schémas représentent le poids du passé sur l'avenir.

Les processus cognitifs permettent le passage de l'information des structures profondes aux structures superficielles que sont les pensées et les images mentales. Il a été décrit différents processus tels que l'assimilation, l'accommodation et les heuristiques : « L'assimilation représente un mouvement vers le centre du sujet au cours duquel toute information ne sera retenue que si elle va dans le sens des hypothèses contenues dans les schémas ou alors transformée pour la rendre compatible avec ces hypothèses. Inversement, l'accommodation aboutit à une modification des schémas pour les rendre compatibles à la réalité extérieure à laquelle le sujet doit adapter son système de pensée. La dialectique de l'assimilation et de l'accommodation explique la construction de la réalité et le développement de la pensée logique qui, partie de l'égoïsme initial, va se décentrer pour devenir de plus en plus objective. Cependant, la tendance à l'assimilation demeure la plus puissante. On invoque un primat de l'assimilation comme étant un des mécanismes de traitement de l'information chez le déprimé » (Blackburn et Cottraux, 1988).

L'assimilation se fait grâce à l'existence d'heuristiques, jugements rapides sur les événements dans les conditions d'incertitude (Tversky et Kahneman, 1974). L'assimilation et les heuristiques trouvent leur expression clinique dans les distorsions cognitives découvertes au cours des séances de psychothérapie.

Citons, parmi celles-ci :

- l'inférence arbitraire : erreur logique la plus fréquente et la plus générale qui consiste à tirer des conclusions sans preuve ;
- l'abstraction sélective, c'est-à-dire la focalisation excessive sur un détail sans tenir compte du contexte ;
- la surgénéralisation, c'est-à-dire la généralisation excessive d'une observation ;
- la personnalisation, c'est-à-dire s'attribuer exagérément la responsabilité ;
- la maximalisation des échecs et la minimalisation des réussites.

Les événements cognitifs représentent les produits du traitement de l'information par les schémas et les processus cognitifs. Ce sont les monologues, les dialogues intérieurs, les autoverbalisations, les pensées et les images mentales.

Dans le cadre de la dépression, ces cognitions sont marquées par des connotations négatives. Beck décrit la triade cognitive rencontrée dans le regard du déprimé :

- sur lui-même : « *je ne vaux rien* » ;
- envers l'environnement : « *tout va mal* » ;
- sur son futur : « *ça n'ira jamais mieux* ».

Ces événements cognitifs sont de nature automatique, involontaire, souvent peu conscients, pseudologiques et d'intensité variable.

Un autre aspect important dans les modèles de la dépression ressort dans des travaux réalisés sur la notion d'attribution. Celle-ci peut être définie comme une interprétation sur la causalité des événements extérieurs et du comportement individuel. Ces jugements de conscience reflètent les schémas cognitifs.

Abramson et al. (1978), suivant leurs travaux sur l'impuissance apprise, ont proposé que le sujet dépressif ait des interprétations causales erronées des événements : « Le sujet déprimé face à un événement négatif va procéder à un jugement de causalité interne, global et stable. Il s'attribue donc toute la responsabilité de l'échec (internalité) et considère que celui-ci est définitif, stable et s'étend à tous les domaines de son existence (globalité). Inversement, en cas d'événements positifs, le sujet va émettre des jugements externes, spécifiques et instables, modèle qui pourra expliquer l'inhibition comportementale du déprimé. »

L'objectif de la thérapie va être :

- dans un premier temps : comportemental, pour augmenter la quantité des activités renforçantes ;
- dans un deuxième temps, plus cognitif pour apprendre au sujet à repérer ses pensées automatiques négatives, à les mettre en relation avec ses émotions et ses comportements, à les restructurer en s'interrogeant sur leur validité et à les substituer par des interprétations plus réalistes. Enfin, ces nouvelles hypothèses seront à vérifier in vivo par des tâches choisies lors des séances.

Le déroulement d'une thérapie cognitive dans un état dépressif est décrit ci-après.

Les séances hebdomadaires de thérapie s'organisent suivant un plan dans l'intérêt du patient et pour le programme même du soin.

Le plan de la séance est le suivant :

- l'agenda, qui va traduire l'ordre du jour de cette séance ;
- la revue des tâches assignées pour évaluer l'évolution et les efforts du patient ;
- le choix d'un problème cible ; il est important de choisir par priorité le problème ou le symptôme qui mérite d'abord sa résolution ;

- l'assignation de la tâche essentielle ; elle doit être quotidienne, spécifique, concrète et très bien limitée ;
- le feed-back réciproque : le thérapeute va relever les efforts et compétences que démontre le patient afin de soutenir l'établissement du rapport collaboratif et il doit permettre au patient d'exprimer ses réactions face à la thérapie.

## Techniques de base

Les premières entrevues ont un objectif diagnostique et de construction de l'alliance indispensables à la suite de la thérapie. Le thérapeute doit repérer les symptômes et leur répercussion fonctionnelle. Il faut évaluer le désespoir et les idées suicidaires, et explorer les aspects de la vie qui sont le plus affectés sur le plan professionnel, familial, affectif, social et autres. Durant ce temps exploratoire, le thérapeute écrit et organise sur le plan comportemental, cognitif, affectif et physique les différents aspects de la triade négative, la chronologie, la durée dépressive ainsi que les éléments précipitants et les facteurs d'amélioration éventuels.

Avec tact et empathie, le thérapeute doit aussi analyser les attentes du patient en termes de problèmes spécifiques et maîtrisables qui peuvent être définis clairement comme cibles pour la thérapie. Cette réorganisation synthétique va également aider le patient à redéfinir plus clairement ses difficultés et l'encourager dans l'espoir de solutions.

Au terme de ces séances, le thérapeute résume l'entretien, prouvant ainsi sa compréhension, son attention, et questionne le patient sur son objectivité. Il se met donc en place un feed-back réciproque entre le patient et le thérapeute qui va encourager la collaboration.

Ensuite, le thérapeute se doit d'expliquer le modèle cognitif de manière didactique en reprenant les exemples de la communication du patient afin que la dyade thérapeute – patient fonctionne dans la même perspective.

Au terme de cette première partie, on modélise le problème du patient. Par ailleurs, on a construit une alliance thérapeutique indispensable à la suite du travail afin qu'il comprenne que ses pensées sont des interprétations de la réalité et non la réalité elle-même. Une image tirée des propos ou des expériences du patient illustrera ce concept ; par exemple, les variations d'émotion et de pensée si le sujet, en venant à pied à la consultation, a été klaxonné par un automobiliste. Il peut se sentir bouleversé s'il pense avoir échappé à un risque vital ou, au contraire, se sentir agacé s'il interprète l'alarme de l'automobiliste comme l'objet d'un simple énervement. Après ces quelques exemples, le thérapeute précise que la thérapie vise non seulement à l'amélioration des symptômes, mais aussi à la prévention des rechutes futures. Il doit en outre vérifier l'attitude du patient vis-à-vis de la thérapie qu'on lui propose, étant donné qu'il a peut-être eu déjà plusieurs

approches psychothérapeutiques sans succès et qu'il se montre pessimiste. Le patient doit donner son accord pour essayer cette approche sur une base expérimentale. Le doute, sinon, est accepté comme une hypothèse que patient et thérapeute pourront vérifier ensemble.

Le thérapeute, ensuite, précise le cadre de cette thérapie, le nombre de séances en moyenne, sa fréquence, la nécessité des tâches pour mettre en pratique les points discutés en séance et développer des méthodes pour faire face au problème dépressif.

## Questionnement du thérapeute

Le thérapeute souhaite provoquer une prise de conscience chez le patient du rôle joué par ses propres pensées. Il va donc aider son patient à « accoucher » par lui-même de sa propre vérité, comme le faisait Socrate, créateur de la maïeutique. Au IV<sup>e</sup> siècle avant J.-C., ce dernier possédait au plus haut point l'art de dialoguer avec ses disciples, et cet art nous est parvenu grâce au plus célèbre d'entre eux, Platon, qui a transcrit nombre de ces dialogues.

Il s'agit avant tout de ne pas heurter (« nous sommes tous attachés à notre façon de voir les choses »), ni de dévaloriser le patient (« je ne suis même pas capable de penser correctement ou normalement »). Le style socratique repose sur trois axes :

- porter la discussion sur des faits précis et non sur des perceptions générales comme : « *personne ne m'aime* ». Réponse : « *Quels éléments vous font dire cela ?* » ;
- utiliser le questionnement plutôt que des conseils ou des assertions pour faire avancer la discussion et éclairer la réflexion du patient ;
- pratiquer la reformulation pour mettre en évidence la logique cachée des cognitions et ainsi vérifier que l'on a compris, et pouvoir inciter le patient à aller plus en avant. L'empathie montre que le thérapeute comprend le point de vue de son patient même s'il ne l'approuve ou ne le partage pas.

## Identifier les cognitions négatives

Les patients ne sont pas conscients de leurs pensées automatiques et considèrent que ce sont les situations elles-mêmes qui déclenchent leurs réactions émotionnelles, que celles-ci sont spontanées, sans aucune interprétation cognitive. Le repérage de ces pensées négatives, dysfonctionnelles, toujours présentes mais mal identifiées par le patient, va se faire par une méthode d'observation décrite par Beck grâce à un auto-enregistrement, d'abord sur 3 colonnes puis sur 5 colonnes, sur un cahier échangé à chaque entretien (tableaux 18.1 et 18.2).

Tableau 18.1. – *Identification des cognitions négatives (sur 3 colonnes).*

<i>Situation</i>	<i>Émotion(s)</i>	<i>Pensées automatiques</i>
Décrire : 1. l'événement précis produisant l'émotion déplaisante ou	1. Spécifier : triste, agressif (ve), anxieux (se), etc.	1. Écrire la pensée automatique qui a précédé l'émotion, l'a suivie ou accompagnée
2. le fil d'idées, de pensées, de souvenirs, ou la rêverie, etc., produisant l'émotion déplaisante	2. Évaluer l'intensité de l'émotion 0 – 8	2. Évaluer le niveau de croyance dans la pensée automatique 0 – 8
Heure		

*D'après Cottraux, in Ladouceur et al. (1993).*

Tableau 18.2. – *Identification des cognitions négatives (sur 5 colonnes).*

<i>Situation</i>	<i>Émotion(s)</i>	<i>Pensées automatiques</i>	<i>Réponse rationnelle</i>	<i>Résultat</i>
Décrire : 1. l'événement précis produisant l'émotion déplaisante ou	1. Spécifier : triste, agressif(ve), anxieux(se), etc.	1. Écrire la pensée automatique qui a précédé l'émotion, l'a suivie ou accompagnée	1. Écrire la pensée rationnelle produite pour répondre à la pensée automatique	1. Réévaluer le niveau de croyance dans la pensée automatique
2. le fil d'idées, de pensées, de souvenirs, ou la rêverie, etc., produisant l'émotion déplaisante	2. Évaluer l'intensité de l'émotion 0 – 8	2. Évaluer le niveau de croyance dans la pensée automatique 0 – 8	2. Évaluer le niveau de croyance dans cette réponse rationnelle 0 – 8	2. Spécifier et évaluer les émotions qui s'ensuivent 0 – 8
Heure				

*D'après Cottraux, in Ladouceur et al. (1993).*

Ces colonnes rapportent l'enregistrement des difficultés vécues ou évitées : 1) une description rapide de la situation à problème ; 2) les émotions qui sont associées puis cotées de 0 à 100 % pour le degré d'intensité ; 3) les pensées automatiques correspondantes dans cette situation, cotées de 0 à 100 % pour le degré de croyance ; 4) toutes les réponses rationnelles et cotées de 0 à 100 pour le degré de croyance ; 5) la réévaluation des émotions cotées de 0 à 100 et des pensées automatiques de 0 à 100. Lors de la mise en place de cette échelle d'auto-enregistrement, le thérapeute donne un exemple dans les situations pénibles rapportées par le patient. À titre démonstratif, il remplit les trois premières colonnes en sa présence.

Il est important d'informer le patient de la nécessité de consacrer un quart d'heure chaque soir à s'évaluer et noter les principales pensées

dysfonctionnelles de la journée. La rédaction n'est pas un reportage littéraire, il suffit d'un brouillon. On insistera sur le fait que le patient doit faire des efforts pour s'entraîner à cette pratique nouvelle, que la découverte des pensées automatiques n'est pas évidente et qu'il peut déjà être plus simple de noter ses émotions qui sont le signal d'une pensée automatique à identifier.

Au terme de cette auto-observation, le sujet aura appris à repérer ses cognitions, à percevoir les différences entre faits et cognitions, et à identifier les conséquences des cognitions sur ses émotions et ses comportements.

## La modification des cognitions est le but principal de la thérapie

Le thérapeute va ainsi encourager la remise en question du patient, de ses pensées négatives, comme si elles étaient des hypothèses plutôt que des faits.

Ainsi, il va choisir une ou deux pensées typiques du patient et commencer l'application des techniques de modification. Le thérapeute incite le patient à trouver d'autres interprétations, d'autres hypothèses possibles, à établir des probabilités et à choisir celle qui paraît la plus vraisemblable.

Afin d'évaluer la crédibilité d'autres hypothèses envisagées, le thérapeute va inciter le patient à tester ses hypothèses dans la réalité.

Au cours du traitement, le patient continue l'enregistrement sur 5 colonnes de ses pensées dysfonctionnelles, ce qui correspond au travail de restructuration. Il est vraisemblable que l'état dépressif s'amenuise, permettant d'avancer quant à la mise en évidence des schémas.

## Schémas ou postulats silencieux

Les schémas ou postulats silencieux diffèrent des pensées automatiques parce qu'ils sont abstraits et généralement inconscients. Ainsi, les fiches d'auto-enregistrement des pensées automatiques vont permettre au patient d'arriver à comprendre que certaines pensées recueillies laissent refléter une règle générale de son fonctionnement, qui est comme un article de son « règlement intérieur ». Les croyances typiques relevées chez les dépressifs ont bien souvent la forme d'impératifs moraux ou d'injonction absolue, sur le mode « je dois, il faut » et ayant trait :

– à l'amour, comme : « Je ne peux être pleinement heureux que si je suis aimé de tous » ;

- à l'autonomie : « Je devrais pouvoir me débrouiller seul. Demander de l'aide est un signe de faiblesse » ;
- à la performance : « Je dois réussir parfaitement tout ce que j'entreprends, sinon je ne vauds rien » ;
- à l'approbation : « Je ne dois jamais contrarier les autres sous peine de perdre leur affection » ;
- à la réussite : « Je dois réussir tout ce que je fais, sinon cela signifie que je suis stupide » ;
- à la vigilance : « Je dois être attentif à tout ce qui se passe autour de moi. L'imprévu peut toujours survenir » ;
- au droit à la considération des autres : « Les gens devraient être toujours honnêtes, équitables et aimables à mon égard » ;
- au code moral personnel : « Je dois être toujours aimable et attentif envers les autres, sinon je suis un ignoble » ;
- à l'omnipotence : « Je devrais tout savoir, tout comprendre, tout prévoir ».

Les familles récurrentes des croyances peuvent être retrouvées dans le sens implicite des notes, dans les échelles d'auto-enregistrement et dans les communications pendant les séances ; mais la détermination plus exacte des postulats silencieux n'est pas toujours évidente. La méthode de la « flèche descendante » est constructive et efficace pour arriver à découvrir la croyance de base. Par exemple, prenons ce dialogue entre un patient et son thérapeute.

Patient : « Je n'aurais jamais dû répondre ça à mon collègue. »

Thérapeute : « Admettons que ce soit vrai ; pourquoi cela vous touche à ce point ? »

P. : « Parce que j'ai été injuste. »

T. : « Imaginons que vous ayez été réellement injuste ; qu'est-ce que cela signifie pour vous ? »

P. : « J'ai dû lui faire mal, le faire souffrir. »

T. : « Si c'était le cas, en quoi ça vous gêne ? »

P. : « Je n'ai pas le droit de faire souffrir les autres. »

T. : « Oui, mais pourquoi cela a été si important pour vous ? »

P. : « Tout le monde se détournera de moi, je serai mis à l'écart. »

Le schéma mis en évidence se rapporte à l'approbation des autres. Le sujet provoquerait des désagréments envers son entourage en le critiquant ou en s'opposant à lui, d'où cette conclusion : « *je serai rejeté de tout le monde* ».

Ainsi, après la conceptualisation de la croyance de base, les pensées automatiques peuvent être à leur tour examinées et remplacées par des réponses rationnelles. Plusieurs stratégies vont être utilisées pour modifier ces schémas.

Mais ces croyances de base ne sont pas complètement erronées. Elles sont ancrées dans la culture de ces sujets, de leur entourage, et ne sont dysfonctionnelles que par le fait qu'elles sont excessives, trop rigides et trop généralisées. Le but du thérapeute n'est pas de transformer un perfectionniste en un insouciant, ou un altruiste en égoïste. L'objectif dans cette identification des croyances de base est de permettre au patient de révéler leur caractère arbitraire, exagéré, irraisonnable pour en diminuer l'intensité.

Plusieurs séances vont être utiles afin de modifier ces schémas. Il importe donc de revoir avec le patient les avantages, les inconvénients, les bénéfices et les difficultés à court et à long termes de ces schémas dysfonctionnels. On s'aidera du cahier sur lequel seront discutés et mis en valeur en 2 colonnes (pour et contre) les avantages et désavantages d'une croyance sur le cours terme et aussi sur le long terme. Ainsi, les preuves en forme de croyance vont être remises en question, comme dans l'exemple sur l'approbation d'autrui : « *Quelles sont les preuves, si je critique quelqu'un, que je serai rejeté par tout le monde ?* » ; et : « *Quelles vont être les conséquences actuelles et lointaines positives et négatives ?* »

Ce débat entre le patient et le thérapeute demande du temps, de l'empathie, de la curiosité et de la patience. Souvent, les postulats silencieux sont des contrats personnels, inflexibles absolus. « *Si je le fais, c'est-à-dire faire ce que les autres attendent de moi, être le meilleur sans faute, il s'ensuivra que je serai estimé, respecté et heureux.* » Le thérapeute doit aider le patient à renégocier son contrat, à « mettre de l'eau dans son vin », voire à abandonner son schéma s'il est impossible à satisfaire.

Après cette discussion sur ces schémas, il importe de tester ces croyances par des épreuves de réalité. Celles-ci vont souvent être des tâches comportementales de confrontation, de désobéissance, qui seront donc toujours préalablement bien discutées, définies comme des expérimentations, voire imaginées d'abord ou répétées en jeu de rôle avant leur exécution dans la réalité.

## Au terme de la thérapie

Le thérapeute et son patient passent en revue les points clés du traitement et, aussi, anticipent les éventuelles difficultés à venir. Qu'est-ce qui entraînerait une nouvelle décompensation de l'humeur ? Quels sont les points faibles ? Les symptômes d'alarme ? On insistera sur les techniques auxquelles le patient aura le mieux adhéré, qui se seront présentées comme les plus efficaces pour lui. Il est souvent utile d'inviter le patient à continuer à enregistrer ses pensées automatiques périodiquement, car la technique des modifications de pensées est une nouvelle technique qui doit être exercée pour renforcer l'apprentissage. Répéter ces techniques clés va

permettre au patient d'assurer sa compétence dans des situations où il se montrera particulièrement vulnérable.

Enfin, il faut faire remarquer au patient qu'il vivra d'autres changements d'humeur normaux, et qu'il doit savoir les distinguer de l'avènement d'une nouvelle dépression.

Un ingrédient majeur de ces stratégies cognitives repose sur les compétences du thérapeute pour mener ces stratégies et construire l'alliance : il doit se montrer actif et interactif, directif et prescriptif, pédagogue et explicite, renforçateur et empathique, empirique, inductif et socratique, égalitaire et expérimentaliste.

Bien entendu, en plus de ces qualités humaines non spécifiques, et des compétences (avoir intégré les conceptions théoriques), le thérapeute devra montrer un goût pour cette approche qui demande de l'entraînement. Son style personnel participe beaucoup à l'alliance et à la qualité de la réussite des objectifs.

## Bibliographie

---

- ABRAMSON L.Y., SELIGMAN M.E.P., TEASDALE J. (1978). — « Learned helplessness in humans : critic and reformulation », *Journal of Abnormal Psychology*, n° 87, p. 49-74.
- BECK A.T., RUSH J., SHAW B., EMERY G. (1979). — *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.
- BLACKBURN I.M., COTTRAUX J. (1988). — *Psychothérapie cognitive de la dépression*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 2008.
- COTTRAUX J. (2001). — *Les Thérapies comportementales et cognitives*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 2004.
- DVERSKY A., KAHNEMAN D. (1974). — « Judgement under uncertainty: heuristics and biases », *Sciences*, 185, p. 1124-1131.
- ELLIS A. (1962). — *Reason and emotion in psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.
- LADOUCEUR R., FONTAINE O., COTTRAUX J. (1993), *Thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Masson.

## Pour en savoir plus

---

- ALFORD B.A., BECK A.T. (1997). — *The integrative power of cognitive therapy*, New York, The Guilford Press.
- ANDRÉ C. (1995). — *Les Thérapies cognitives*, Paris, Morisset.

- ANDRÉ C., LELORD F. (1999). — *L'Estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob.
- COTTRAUX J. (2001). — *La Répétition des scénarios de vie. Demain est une autre histoire*, Paris, Odile Jacob.
- COTTRAUX J. (2007). — *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*, Paris, Masson.
- FAVA G.A., RAFANELLI C, GRANDI S., et al. (1998). — « Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy », *Archives of General Psychiatry*, n° 55, p. 816-820.
- FONTAINE O., ROGNANT J. (1986). — « Les Thérapies comportementales : approche théorique », *EMC Psychiatrie*, 37820.
- FONTAINE O., WILMOTTE J. (1984). — *La Dépression. Clinique de thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga.
- MIRABEL-SARRON C., RIVIÈRE B. (1993). — *Précis de thérapie cognitive*, Paris, Dunod.
- OLIÉ J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. (1995). — *Les Maladies dépressives*, Paris, Flammarion.
- SEGAL Z.V., WILLIAMS J.M.G., TEASDALE J.L. (2006). — *La Thérapie fondée sur la pleine conscience pour la dépression*, Bruxelles, De Boeck.
- VERA L. (2001). — *Mon enfant est triste*, Paris, Odile Jacob.

# 19

## Thérapies cognitivo-comportementales et pathologies addictives

Y. Le Claire



### Introduction

Le propos de ce chapitre sera délibérément pratique, issu de la clinique au quotidien auprès de patients dits compliqués. L'alternance entre les informations théoriques, les vignettes cliniques et les propositions de conduite à tenir permettra aux lecteurs d'approcher au mieux les enjeux de telles prises en charge, où la règle d'or consiste à ne jamais agir de façon isolée, pour garantir dans la durée une relation soignant – soigné sécurisée dans un cadre donné.

Quelques notions théoriques sur les addictions nous permettront d'aborder la complexité des processus, croisant les phénomènes de société, la psychologie individuelle, la neurobiologie ou encore la génétique, avec la lecture propre aux thérapies comportementales et cognitives, qui abordent de façon originale les pathologies addictives, proposant des lectures et des stratégies thérapeutiques validées et reconnues, avec toute leur place dans l'arsenal thérapeutique habituel. À partir de ces références théoriques, des programmes de prise en charge multimodale se déclinent, avec des outils de soin spécifiques.

Avant de poser des définitions, axant ces pathologies sous un regard médico-psychologique, une réflexion s'impose. Au-delà d'une pratique clinique, du champ du soin, tous les autres champs du savoir sur l'être humain peuvent être interrogés. Il s'agit d'une manière particulière d'« être au monde » où le sujet en souffrance délègue à l'autre tout pouvoir pour conduire sa vie jusqu'à en mourir. L'autre peut être humain dans la dépen-

dance affective (voir Poudat, 2005), chimique dans les dépendances aux produits, conduite dans les dépendances sans produit, avec souvent des alternances et associations. Cet autre doit tout résoudre. Il est chargé de tous les savoirs, paré de tous les pouvoirs. Ces conduites posent la question de la relation de l'être à lui-même, aux autres et au monde, et correspondent donc à des fonctionnements que tout un chacun utilise, sans dériver dans les extrêmes de l'addictif. Celui-ci à la fois mime le fonctionnement considéré comme normal, au sens de ce qui est admis par le plus grand nombre, et en est aux antipodes. Au-delà d'une frontière entre le normal et le pathologique, nous touchons sans doute les bases de la construction du sujet dans son entourage. Chacun doit répondre à ses attentes, ses pertes, ses craintes, ses manques, en lien avec les autres. Cette nécessité de réponse à travers soi et l'autre renvoie au fondamental du lien et de l'attachement, du plus précoce dans la biographie jusqu'au plus tardif, pour tenter de garder une sorte d'équilibre, d'homéostasie du système entre soi et les autres, entre l'interne et l'externe.

## Pathologies addictives

### *Étymologie et définition*

#### ÉTYMOLOGIE

Le mot « addiction » est issu d'un terme de droit romain en vigueur jusqu'à la fin du Moyen Âge en Europe : le juge prenait un arrêt donnant au plaignant « le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant ». Dans cette origine, nous constatons déjà la complexité d'une dette à rembourser, en payant de son corps, possible réduction à un esclavage temporaire, dans un cadre judiciaire, donc sociétal.

#### DÉFINITION

Nous proposons la définition de Goodman (1990) : « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance des conséquences négatives. » L'intérêt de cette définition n'est pas tant son essai d'exhaustivité que de faire ressortir les termes suivants :

- processus : il y a succession d'actes et de situations, enchaînements de séquences d'événements descriptibles ;
- plaisir : cette notion de plaisir est essentielle dans le discours et le vécu des personnes addictes. Entendre un toxicomane évoquer son premier « shoot », avec le côté indicible de cette expérience intime, suffit à constater, sinon comprendre cette dimension ;

- malaise interne : la notion d'intériorité souffrante, souvent sans mot pour la dire, s'impose à tout clinicien attentif ;
- impossibilité répétée : la répétition est au centre de ces phénomènes pathologiques ;
- connaissance : le rationnel n'a pas sa place dans le processus pathologique ; il ne trouvera une place que quand il s'agira de stratégie de changement.

Les deux grandes catégories sont :

- l'addiction avec produits : alcool, tabac, drogues illicites, médicaments, etc. ;
- l'addiction sans produit : troubles des conduites alimentaires (il y a là un problème de classification : la nourriture est-elle un produit ?), jeux pathologiques, achats pathologiques, addictions sexuelles, dépendance à l'informatique, au sport, etc.

Ces deux listes peuvent sans doute s'étendre en fonction des évolutions de la société.

### *Mise en place du phénomène, dans la dimension individuelle*

#### APPRENTISSAGES

D'ancrage en ancrage, de lien en lien, chaque étape ou rencontre permet découverte, enseignement et savoir-faire, savoir-être. Nous oscillons entre les processus d'attachement et d'exploration pour répondre à nos besoins d'évolution, en de nombreux allers et retours entre nous-mêmes et les autres, le monde extérieur. Nos capacités d'autonomie, de savoir-faire et savoir-être sont à ce prix. Cela débute par la « base naturelle » : la mère, puis le père et le couple parental ou leurs substituts, la fratrie, les pairs, etc. La sécurité a son revers : l'insécurité. Cette quête programmée d'objets d'attachement conduit, dans l'insécurité, à trouver d'autres objets de substitution, réels, imaginaires ou artificiels.

Soit les réponses trouvées dans ces quêtes remplissent leur fonction de sécurité et de réassurance, et le sujet continue sa progression sereine et autonome ; soit elles n'apportent qu'insécurité et manque, et le système se fragilise, se fige, génère de la répétition, risque d'entrer dans un dysfonctionnement grave, privilégiant plus la quantité que la qualité des réponses. Le lit se fait d'une pathologie addictive, la dépendance en est le cœur, avec une double contrainte : la tyrannie de la relation active entre le sujet et l'objet de dépendance, la soumission passive et l'appartenance à ce même objet. L'exigence du maintien du système n'a pour but que la satisfaction impérieuse et fondamentale, fondatrice, de la quête de réassurance, de la recherche de solutions au manque et au vide. La difficulté d'adaptation à une situation, une pensée, une émotion, entraîne des réponses inappro-

priées par passages à l'acte assorties d'une culpabilité devant l'illogique ou le danger des actions, et de la répétition pour pallier les montées en tension. Une boucle pernicieuse se met en place ; nos patients peuvent mourir de leurs stratégies de survie : il s'agit d'une pseudo-adaptation par la tyrannie du besoin.

#### LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

Le concept de *continuum* entre le début des usages et l'installation d'une dépendance (impossibilité répétée de contrôler) est une conception proche de la réalité, qui permet des stratégies interventionnelles différentes (Direction générale de la santé, 2002).

##### • Usage simple

Dans de nombreux domaines, l'usage compte dans la vie quotidienne de chacun. Faire des achats, avoir des relations sexuelles, se nourrir, etc. : tout cela ne représente pas un danger pour la liberté de choix ; mais il faut d'emblée nuancer, en fonction :

- des produits : certaines drogues de synthèse, ou même la nicotine, sont réputées addictogènes dès les premières prises ;
- du profil de chaque individu.

M. B., 38 ans, décrit de façon précise le début de son alcool-dépendance. Ayant toujours vécu dans un milieu alcoolisé, avec beaucoup de souffrances, il a fait le choix de vivre sans alcool et de surinvestir le sport. Des événements de vie le conduisent à une situation de solitude et de déprime. Il rencontre un groupe faisant la fête avec de l'alcool. Pour répondre à un vide, aussi par mimétisme, il se retrouve devant un verre de bière... et reconnaît son « maillon manquant ».

La dépendance se joue à cet instant.

##### • Usage à risque

Il s'agit d'une étape essentielle du continuum, et fondamentale pour la prévention. Les usages à risque, avec ou sans produit, sont situationnels (grossesse, recherche de sensations fortes, conduite automobile, etc.), liés au mode d'utilisation (précoce, solitaire, à but psychotrope, etc.) ou aux associations (plusieurs produits, produits et conduites).

##### • Abus

La définition de cette entité nosographique, reconnue selon des critères diagnostiques (DSM-IV-TR [*Diagnostic and Statistical Manual – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*], CIM-10 [Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision]), installe une nouvelle étape avant la dépendance, essentielle pour les stratégies de prévention mais aussi d'action, en insistant sur les possibles effets positifs de l'éducation thérapeutique.

## • Dépendance

Les classifications internationales définissent des critères précis de diagnostics pour des pathologies lourdes. Nous pouvons présenter la dépendance comme la *perte de la liberté de s'abstenir du passage à l'acte*. Les modes de passage d'une étape à l'autre de ce continuum sont compliqués et gardent encore une grande part d'inconnu. Le joueur pathologique a commencé très souvent par gagner. Il reste très motivé par le gain, mais que se passe-t-il réellement pour que des pensées automatiques erronées renforcent sa conviction qu'il peut (qu'il doit !) gagner à une distance de toute rationalité à long terme ?

### FACTEURS INDIVIDUELS

En addictologie et d'autant plus avec une approche cognitivo-comportementale (Cottraux, 2004), notre grille de lecture repose sur un modèle bio-psycho-social : interagissent un individu, dans ses aspects psychologiques et psychiques, et son environnement. D'abord au niveau individuel, il nous faut prendre en compte les facteurs biologiques et psychologiques avec les dimensions de l'histoire du patient, de ses apprentissages et de son présent.

Les avancées des neurosciences (Reynaud, 2005) permettent de poser actuellement que le cerveau d'une personne souffrant d'une pathologie addictive ne fonctionne pas comme le cerveau d'une personne réputée dans la norme. Il s'agit bien d'un dysfonctionnement pathologique, d'une altération des mécanismes neurobiologiques, d'une réorganisation stable des régulations intimes. Ces altérations atteignent les circuits du plaisir et de la récompense, du contrôle et de la gestion des émotions, entraînant des dérèglements complexes des neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, opioïdes endogènes, etc.). Toutes les fonctions cognitives sont concernées, dans la genèse des troubles, mais aussi dans leur entretien et leurs complications, par exemple les troubles mnésiques d'origine toxique et carentielle chez l'alcoololo-dépendant, les pertes neuronales dues aux lyses cellulaires entraînées par certaines drogues de synthèse. Il existe actuellement des avancées prometteuses avec l'étude des facteurs de vulnérabilité personnelle, de dysfonctionnements des métabolismes des neurotransmetteurs, avec une participation génétique, etc. Interviennent aussi les histoires de la vie, le profil psychopathologique de chaque individu. Ces histoires sont humaines et donc vivantes.

M. L. n'a pas d'apprentissage spécifique de l'alcool. Il est issu d'un milieu sans difficulté notable, bien que très pauvre, mais sa mère, anxieuse et dépassée par les tâches inhérentes à une grande famille (12 enfants) ne pouvait répondre à tout. Alors chaque demande de tout ordre, affectif, émotionnel ou plainte somatique, voire une simple fatigue, trouvait une réponse dans le « *médicament qui va bien* », quelle que soit au demeurant la molécule.

Face à de multiples ressentis, M. L. a appris une réponse chimique, qu'il a répétée avec les produits addictogènes, principalement l'alcool.

Certaines caractéristiques psychiques se retrouvent chez les personnes addictives. Il existe une prévalence forte de comorbidités psychiatriques, avec des tableaux d'anxiété, de dépression, de troubles de la personnalité ou de l'humeur (voir Reynaud, 2005). D'autres éléments perdurent au cours de la vie de ces sujets, comme un système émotionnel instable, un niveau élevé de recherche de sensations fortes et de nouveautés, une auto-dévalorisation sur un fond d'estime de soi effondrée, des difficultés à traiter les problèmes interpersonnels, des troubles de l'attachement, des difficultés en termes de limites et de distance.

Ces tableaux multiples renforcent l'idée de l'importance, mais aussi de la complexité des facteurs prédictifs, pour appréhender au mieux les populations les plus en danger, donc pour être préventif, mais aussi pouvoir proposer plusieurs modes d'interventions thérapeutiques adaptés.

### *Dimension collective*

Depuis la nuit des temps, l'humanité a cherché à être ailleurs que dans sa propre existence. L'homme a toujours voulu trouver des réponses à ses questions, parfois dans la recherche de « paradis artificiels » à l'aide de produits psychotropes. Ainsi, l'alcool pouvait servir de salaire dans de nombreuses sociétés ; les Babyloniens, eux, dispensaient les brasseurs de bière de service militaire pour qu'ils ne meurent pas à la guerre. La racine du mot « assassin » n'est-elle pas dans « haschischin », secte ayant formalisé l'usage de cannabis ? Le christianisme a symbolisé le sang du Christ avec le vin ; de nombreuses religions ont utilisé des produits psychotropes pour se rapprocher des dieux. Les exemples de cette intimité de l'homme avec la recherche de modification de son psychisme par un média tiers sont si nombreux qu'ils remplissent les bibliothèques.

Dans notre société actuelle, l'augmentation de la prévalence des pathologies addictives suit l'aggravation des pressions subies par les individus, tels l'insécurité et la peur du lendemain, l'obligation de performance et de réussite à tout prix, la négation de la mort et l'obligation d'être toujours « jeune, beau, riche et en bonne santé », le primat du « tout, tout de suite », les passages à l'acte évitant la mentalisation, mais aussi la non-acceptation de la différence, la non-solidarité et l'individualisme, etc. – la liste est longue des facteurs sociétaux. L'individu doit y répondre avec ses facteurs de vulnérabilité personnelle abordés ci-dessus. S'ajoutent à cela la disponibilité croissante des produits (par exemple la nourriture), favorisant l'exposition, la banalisation des conduites déviantes, modifiant les niveaux d'acceptation, le bouleversement des repères transgénérationnels, brouillant les apprentissages par l'exemple, etc.

L'addictologie a cet avantage et cette difficulté de nous permettre de toucher tous les domaines du savoir humain, de l'organisation de la société et de l'individu.

## Les thérapies cognitivo-comportementales dans le champ de l'addictologie

### Grille de lecture

Les thérapies comportementales et cognitives (Cottraux, 2004) proposent une grille de lecture particulièrement adaptée aux addictions. Elles permettent des modélisations intéressantes en pratique clinique, faisant ressortir des particularités, plus que des spécificités, que nous pouvons comprendre à travers les exemples suivants.

#### CONDITIONNEMENT CLASSIQUE

Si le stimulus inconditionnel est une situation festive, la réponse inconditionnelle sera le plaisir de la convivialité ; une prise de produits psychotropes peut alors intervenir comme stimulus conditionnel, de façon à répéter la réponse inconditionnelle du plaisir du groupe.

#### CONDITIONNEMENT OPÉRANT

La nicotine constitue un renforcement positif, ou de récompense, par son action myorelaxante et de stimulant intellectuel. Elle provoque le renforcement négatif d'évitement du syndrome de sevrage.

#### APPRENTISSAGE SOCIAL

Le préadolescent imite ses modèles plus âgés en s'initiant au cannabis, et en retire le bénéfice de l'acceptation du groupe. Puis il cherche les limites et les sensations fortes en ayant par exemple, comme ses aînés, des conduites à risque, et il rentre dans le cercle des « toujours plus et jamais assez ».

#### MODÈLE COGNITIF

L'accession au savoir sur soi et sur le monde des patients addicts ne diffère pas sensiblement dans ses modalités de celui d'autres sujets. Il se construit sur les biais de pensées retrouvés dans d'autres pathologies, souvent comorbidités de l'addiction, comme les schèmes de perfectionnisme ou de dévalorisation personnelle, les processus comme l'abstraction sélective ou la surgénéralisation de l'anxieux, les monologues intérieurs habituels comme : « *je suis mal* », « *je ne vauds rien* », « *les autres sont des proies* ». Les traductions de ces phénomènes cognitifs ont leurs particularités chez l'addictif, par exemple :

- les pensées anticipatrices, autour des conséquences positives attendues de la conduite ou de la prise d'un produit : « *il n'y a que cela qui me fait du bien* » ; « *après je serai mieux, détendu, moins anxieux* » ;
- les pensées soulageantes, par exemple autour de l'inconfort anticipé sans le produit : « *rien n'est possible sans* » ; « *je vais être en manque* » ;

- les pensées permissives, ou auto-autorisation de récompense au travers du produit : « *une fois seulement, je l'ai bien mérité* » ; « *il n'y a pas de mal à se faire du bien* » ;
- la vision négative de ses propres capacités de ne pas rechuter dans les situations à risque, ou la faible efficacité personnelle perçue : « *je n'y arriverai jamais* » ; « *le produit est plus fort que moi* » ;
- la surévaluation à gérer des situations à risque, ou la forte efficacité personnelle perçue, illusoire, sans base réelle, pensée magique, dans le domaine du contrôle : « *il suffit de dire non* » ; « *une seule fois, et après j'arrête* » ; « *j'ai tout compris maintenant* » ; « *la volonté suffit* ».

Le système cognitif du joueur pathologique, par exemple, constitue un modèle fort intéressant. Nous l'avons vu, le joueur reste très motivé pour gagner au prix de la négation de la réalité. Un automatisme mental se met en place pour lui fournir l'illusion du contrôle, avec non-reconnaissance de l'indépendance des tours, des pensées superstitieuses, et recours à une conception magique du monde. La perte de contrôle vient d'une soumission à ces croyances erronées pour le but hautement symbolique de se « refaire » et s'assurer la réussite sociale.

Beck (Beck et al., 1993), dans ses théories autour de la consommation de substances psychoactives, propose le modèle cognitif suivant : l'activation du stimulus (par exemple : une situation de performance) produit une croyance anticipatrice soulageante (par exemple : la cocaïne décuple mes forces pour travailler), appuyée par une pensée automatique (par exemple : la cocaïne rend fort et invincible), pour faire naître une forte envie, une pensée permissive (par exemple : une seule petite dose et après j'arrête), une mise au point d'une stratégie d'action, et la rechute.

## COMPORTEMENTS

Le panel des différents comportements est excessivement large, en termes de déclencheurs comme de passages à l'acte, autant dans les pratiques addictives que dans les complications ou comorbidités. La répétition occupe une place centrale, ainsi que la dissimulation.

## ÉMOTIONS

Il n'existe pas d'émotion spécifique chez l'addictif. Il s'agit plus d'une instabilité émotionnelle, une difficulté à gérer les débordements. Les risques sont dans les hauts comme dans les bas, ou pire dans l'incapacité d'identifier et de nommer ses ressentis (alexithymie).

M. V. doit retrouver sa famille, après plusieurs semaines d'absence pour des soins. Il anticipe ces retrouvailles avec beaucoup d'angoisse, redoutant des situations conflictuelles impossibles à gérer. Il utilisait toutes sortes de psychotropes pour affronter ce fort sentiment d'incapacité personnel perçu.

La confrontation se passe au mieux, cette réussite déclenche un afflux émotionnel si fort qu'il le met en danger de rechute.

Souvent, nos patients nous parlent d'une sensation de vide, qu'il faut nécessairement remplir. Cette émotion particulière, déclenchant une réponse en passage à l'acte, ne laisse pas toujours émerger l'anxiété sous-jacente.

### *Deux modèles spécifiques*

Deux modèles particuliers présentent de l'intérêt dans les stratégies thérapeutiques que nous verrons ensuite.

#### MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT (PROCHASKA ET DICLEMENTE, 1979)

Le changement semble peu aisé en général, ou du moins peu spontané dans le genre humain, en particulier pour les addicts. Modéliser les différents stades du changement permet en pratique de situer le patient là où il en est, et donc d'orienter les différentes stratégies d'intervention. Cette dynamique commence par le stade de préintention où le sujet ne considère pas avoir un problème, puis d'intention où il commence à se questionner. Puis vient le stade de prise de décision et la phase active de traitement, suivie de celle du maintien. La rechute constitue l'étape ultime, non inéluctable mais comportant comme un passage possible vers les autres stades.

Les trois derniers stades relèvent des stratégies thérapeutiques ; les trois premiers nécessitent un travail sur la motivation au changement grâce à l'approche motivationnelle. Le thérapeute chemine avec le patient en collaboration, respectant les interrogations ou certitudes de celui-ci, ses doutes et résistances, ses peurs et ses savoirs.

Le thérapeute reconnaît au patient sa responsabilité dans ses changements, le droit aux décisions, même paradoxales, son efficacité personnelle. La confrontation est à éviter, la construction des solutions intermédiaires amenant au changement se fait au rythme du sujet. Les résistances viennent souvent d'un dysfonctionnement de la relation patient – thérapeute, favorisé par la position d'expert, le jugement, le diagnostic posé trop vite, la focalisation d'emblée sur le problème. La relation thérapeutique se construit avec l'empathie, le respect mutuel et le temps.

M<sup>me</sup> H. vient en consultation de préadmission pour une hospitalisation en addictologie, déjà bien préparée par son médecin traitant, grâce à une bonne utilisation de la balance décisionnelle. Tout peut donc bien se dérouler a priori ; or, elle développe des arguments majeurs pour refuser cette admission, se situant au stade de préintention.

Deux consultations d'écoute et d'information, avec empathie, permettront de lui faire verbaliser ses appréhensions sur les groupes de thérapie et de mettre en place un projet de soin personnalisé.

## PRÉVENTION DE LA RECHUTE (MARLATT, 1985)

Le patient, au stade de phase active ou de maintien du changement, doit augmenter son savoir-faire, affiner ses stratégies pour ne pas passer au stade de rechute. Exposé à une situation à haut risque, il va utiliser les stratégies personnelles d'adaptation qu'il a développées, ce qui lui permet de gérer cette situation. Le succès augmente son sentiment d'auto-efficacité et diminue grandement la probabilité de rechute.

Le jeune V. répond à une invitation et sait que, lors de cette réception, le cannabis va circuler. Il connaît ses capacités de refuser, après une prise en charge spécialisée les deux derniers mois ; de plus, l'ami qui le reçoit peut être une personne ressource et d'appui.

Il se repose sur son sentiment personnel d'efficacité perçue, réussit ses refus et augmente son estime de lui-même.

À l'inverse, si les stratégies personnelles d'adaptation n'existent pas, la situation à haut risque se révèle difficilement gérable. Des facteurs cognitifs, environnementaux, la mésestime de soi, la faible efficacité personnelle perçue, etc., s'allient pour mettre la personne en risque, avec retour aux réflexes antérieurs et faux pas. Le sentiment de violation de l'abstinence s'impose, avec une forte baisse de l'estime de soi et une augmentation dangereuse de la probabilité de rechute.

M<sup>me</sup> J. souffre d'accès boulimiques douloureux et handicapants. La thérapie suivie depuis peu lui est largement profitable, lui permettant de renouer avec sa vie familiale et conjugale, son mari lui étant d'un réel soutien. Celui-ci est obligé de s'absenter sans qu'ils aient le temps tous les deux de s'y préparer.

Elle se retrouve rapidement confrontée à un sentiment de vide, présente un accès boulimique, son estime de soi s'effondre et le risque de repartir dans des désordres alimentaires est réel.

Le modèle de prévention de la rechute permet aux patients de ne pas s'attribuer, par déficit global de fonctionnement personnel, la responsabilité du faux pas, mais d'acquérir la certitude que ce sont d'abord des questions d'impréparation à l'exposition aux situations à risque. Les prises en charge se font en individuel, ou en groupe, pour l'inventaire des situations à haut risque, des pensées dysfonctionnelles, la gestion des envies, la mise en place de stratégies adaptées, centrées aussi sur l'estime de soi et l'attente positive de résultats. Les patients travaillent sur leurs propres solutions, les mettent en place lors de jeux de rôles et les expérimentent en dehors des séances, sur la base aussi d'échanges et de savoir-faire entre pairs.

## Modalités thérapeutiques

Les outils cognitivo-comportementaux sont valides pour les pathologies spécifiques et leurs co-morbidités. Nous insisterons plus sur les aspects

originaux de la relation thérapeutique, de l'analyse fonctionnelle et la notion de programmes de soin multimodaux.

### *Relation thérapeutique*

La relation thérapeutique garde les bases de la relation réflexive et collaborative (Chambon et Marie-Cardine, 2003). Nous travaillons dans le « là maintenant » à trouver et construire avec le patient ses objectifs, ses stratégies de changement. La véritable alliance ne peut se faire qu'avec l'écoute, des renforcements, en respectant le rythme du patient et de son évolution. Il faut compter sur ses grandes défenses, parfois son déni, souvent une grande souffrance qui peut aussi se traduire par des passages à l'acte, des oppositions. La fonction délétère de nombreux produits psychotropes, neurotoxiques, ne doit jamais être sous-estimée dans leurs impacts possibles sur les fonctions neurocognitives. Cela requiert de la part du thérapeute souplesse, ajustement, capacités de gérer le temps, et des objectifs très gradués. Le travail commence aussi souvent par la construction de la motivation, sans attendre la mythique demande.

M. B. arrive en consultation en déclarant d'emblée qu'il ne sait pas pourquoi il est là, que son rendez-vous a été pris par son médecin, que sa femme l'a obligé à venir, que tout le monde s'inquiète pour lui mais qu'il ne comprend pas pourquoi, étant en très bonne santé et toujours à l'heure à son travail.

Le seul fait de lui préciser que c'est lui qui est présent, qu'une consultation n'a aucune dimension d'obligation et que c'est simplement un espace d'échange et d'information suffit à lui permettre d'énoncer quelques paroles personnelles, d'accepter une deuxième consultation et à installer ensuite une réelle démarche de soin.

Le phénomène de répétition impose une relation de soin particulière. Le thérapeute ne doit pas tout accepter mais doit au contraire tout discuter. Tout peut être matériel de travail, mais les limites et la juste distance s'imposent. Une personne fonctionnant en dépendance sait aussi se mettre dans cette situation de dépendance vis-à-vis du thérapeute. À celui-ci de reconnaître comment cela se joue. À lui de savoir qu'il est là pour préparer l'étape suivante des soins, chez un patient chronique où l'évolution se fait dans la durée. À lui de savoir passer les relais nécessaires pour l'après, mais aussi pour « là maintenant », dans une perspective professionnelle pluridisciplinaire. Il doit savoir ne pas rester seul face aux problématiques compliquées, avec des relais nécessaires, comme les supervisions, analyses de pratiques et travail d'équipe. La théorie et la clinique nous permettent de nous situer dans un modèle bio-psycho-social ; la thérapie doit aussi suivre ce modèle. Le thérapeute ne peut répondre à tout.

M<sup>me</sup> V. subit de graves problèmes sociaux et financiers, elle accepte d'en parler avec une infirmière. Elle est douloureuse chronique avec de forts handicaps et en parle avec l'assistante sociale. Elle souffre d'une phobie sociale invalidante et se confie au médecin somaticien. Elle est limitée dans ses actions par une grande asthénie avec perte de poids et s'en plaint auprès de la psychologue. Les plaintes déposées auprès de chaque professionnel ne peuvent aboutir.

Les différents partenaires échangent leurs informations et peuvent ainsi construire un projet de soin cohérent.

### *Analyse fonctionnelle*

L'analyse fonctionnelle (Cottraux, 2004), temps essentiel dans le processus de prise en charge, permet d'instaurer un début de relation thérapeutique, d'émettre des hypothèses et faire des choix de cible, pour élaborer des plans de soins, dans des pathologies complexes, aux contingences de renforcement internes et externes très intriquées. Elle doit intégrer le comportement addictif (l'agir, la partie visible, etc.), le système cognitif (l'estime de soi effondrée, les visions négatives de la réalité et surtout de soi, la peur de la perte de contrôle, etc.), le ressenti corporel et émotionnel (corps représenté, parlé, senti, etc.), le système environnemental (la place de l'autre dans la relation, les difficultés interpersonnelles, l'entourage familial, professionnel, amical, etc.).

L'analyse fonctionnelle permet de modéliser avec le patient les fonctions de son addiction : produire du plaisir, diminuer les tensions et le malaise interne, rechercher des sensations fortes, répondre à l'effondrement de l'estime de soi, utiliser le processus de répétition comme une réponse au vide. Il nous faut cheminer avec le patient addictif qui peut utiliser un objet externe (tabac, alcool, nourriture, drogues, etc.), un système interne (rite tabagique ou du jeu pathologique, etc.), le corps (anorexie, addictions sexuelles, sport pathologique, etc.) ou l'autre dans sa globalité (dépendance affective).

Les outils type grille SECCA et BASIC ID, sont particulièrement adaptés. Le travail se complète avec des outils d'observation (carnets de bord, colonnes de Beck, relevé des pensées obsédantes ou des situations phobogènes, etc.) et des échelles spécifiques de psychométrie (échelles de Beck ou de Hamilton pour l'anxiété ou la dépression, de Rathus pour l'affirmation de soi, le questionnaire des troubles sexuels compulsifs de Coleman, l'inventaire des situations de prise de boissons alcoolisées de Pelc, etc.).

### *Modalités de prise en charge*

À des pathologies complexes répondent des prises en charge structurées, sous forme de programmes multimodaux, dans une perspective pluridisciplinaire. Les prises en charge sont dites lourdes, avec intervention d'équipes

de soin en hospitalisation comme en ambulatoire. Des principes communs à toutes les pathologies addictives peuvent être proposés (voir M. Reynaud, 2005) :

- la prééminence du contrat, sur des objectifs définis avec le patient, comme contenant externe, assurant l'appropriation progressive. Il doit être rediscuté, réaménagé, mais garant d'une continuité et d'un projet de vie possible, non axé exclusivement sur la disparition de la pathologie addictive ;

- la notion de temps, suffisamment long et nécessairement structuré en étapes successives ;

- la relation thérapeutique telle que décrite ci-dessus ;

- la prise en compte des pensées dysfonctionnelles, spécifiques ou non, la mise en place de comportements alternatifs, entre autres autour de la répétition des mêmes réponses et de la gestion des émotions.

Par ailleurs, les axes privilégiés restent l'estime de soi, l'amélioration des habiletés sociales et la prévention de la rechute.

Enfin, les professionnels intervenant dans ces domaines se forment régulièrement pour maintenir leur niveau de compétence, échangent entre eux, avec d'autres équipes soignantes sur leurs pratiques, se transmettent les informations nécessaires pour l'intérêt du patient.

Les spécificités découlent des différentes conduites ou utilisations de produits, selon leurs problématiques propres, les populations concernées, mais aussi les savoir-faire et les histoires des équipes soignantes en place. La construction de programmes multimodaux doit respecter la notion de projet de soin individualisé, avec des objectifs progressifs, selon différentes étapes, comprenant plusieurs outils de soin et une prise en charge pluridisciplinaire.

Ces programmes doivent respecter :

- la notion de contrat thérapeutique ;
- l'information adaptée et l'éducation thérapeutique ;
- la recherche de l'alliance et un travail sur la motivation au changement ;

- la composante comportementale :

- auto-observation du symptôme addictif ;
- réduction de ce symptôme ;
- élaboration de comportements alternatifs plus adaptés :
  - apprentissage de comportements incompatibles ;
  - techniques de résolution de problèmes et de prise de décision ;
  - entraînement à l'affirmation de soi ;
  - prévention de la rechute ;
  - restructuration de la vie quotidienne et relationnelle.

- la composante cognitive (voir Cottraux, 1992) :
  - exposition aux pensées ou situations anxiogènes sous relaxation ;
  - stop de la pensée ;
  - enregistrement des pensées automatiques ;
  - questionnement sur les pensées dysfonctionnelles ;
  - restructuration cognitive.
- la composante corporelle et émotionnelle :
  - la prise en compte d'une santé précaire, avec parfois un pronostic vital engagé, est souvent incontournable (anorexie, alcoolisme, toxicomanie, etc.) ;
  - remise en forme physique avec redynamisation et réentraînement à l'effort ;
  - réappropriation du corps, de ses limites, de son ressenti autre que par la souffrance et la violence, découverte d'autres sensations plus positives (relaxation, sophrologie, etc.).
- l'implication de l'entourage, au minimum pour l'information, de manière préférentielle comme co-thérapeute ;
- les prises en charge, qui alternent et associent les modes individuel et de groupe.

Une telle pratique de programmes, sur un modèle bio-psycho-social, ouvre ainsi la voie à une approche intégrative vers d'autres références théoriques pour prendre en compte la complexité des phénomènes addictifs. Ces soins complexes requièrent des équipes soignantes pluridisciplinaires, en ambulatoire comme en hospitalisation complète ou à temps partiel, sur des durées et des séquences modulables.

### *Exemples de programmes*

Un programme de prise en charge des addictions sexuelles (voir Poudat, 2005) respecte les points ci-dessus et se centre plus sur l'arrêt de l'activité sexuelle non désirable (sensibilisation couverte, extinction des fantasmes, chimiothérapie, etc.), les croyances erronées (reconnaissance du désir de l'autre, idées de performance, incapacité de l'individuation, etc.), la restructuration affective et sexuelle (recherche de l'excitation sexuelle non déviante, reconditionnement orgasmique, etc.).

De même, un programme sur la boulimie insistera sur l'éducation nutritive (carnet alimentaire, intervention de diététicien, etc.), un réapprentissage de l'autocontrôle et du lâcher prise, un réinvestissement du corps (ses limites, sa réalité objective, les sens, etc.), l'estime de soi.

Pour les utilisateurs dépendants de produits psychotropes (alcool, médicaments, drogues illicites, etc.), la découverte de produits non toxiques (ou

à défaut la limitation des risques), le développement des habiletés sociales, la prévention de la rechute, l'éducation thérapeutique, le recours à l'entourage sont des cibles privilégiées.

Le modèle du jeu pathologique est intéressant à plus d'un titre. Le premier temps de la prise en charge doit respecter l'installation d'une alliance thérapeutique et permettre une évaluation du niveau de motivation au changement. Suit l'incontournable analyse fonctionnelle prenant en compte les axes comportementaux (les types de jeux), cognitifs (les pensées erronées), émotionnels avec un fort investissement dans la pensée magique, et les effets recherchés (la « montée d'adrénaline »). Il faut aller à la recherche des comorbidités (troubles anxieux, de l'humeur, de la personnalité, etc.) et des complications sociales. Vient ensuite le plan de soin, en individuel et en groupe, centré sur le jeu avec un temps didactique, la prise en compte des pensées erronées et leur modification par des techniques cognitives (discussion socratique, flèche descendante, etc.), l'estime de soi, sans omettre les mesures de sauvegarde sociale, souvent nécessaires.

Pour terminer, nous ferons mention d'une action prometteuse, l'information minimaliste, concept particulièrement étudié pour le tabac, en essai pour l'alcool. Nous parlons du conseil minimal, souvent donné par les médecins généralistes. Au décours d'une consultation, après avoir intégré les renseignements sur la consommation de tabac comme éléments de l'interrogatoire systématique, le simple fait de poser les deux questions suivantes : « *Avez-vous déjà eu l'intention d'arrêter de fumer ?* » et « *Savez-vous qu'il existe des moyens d'aide au sevrage tabagique ?* » et de fournir des plaquettes d'information sur les modalités de sevrage entraîne une augmentation significative des demandes.

Des programmes d'information ciblant les abuseurs de produits psychotropes peuvent modifier les comportements. La prise en compte de la réduction des risques porte aussi ses fruits. Quand on laisse la place au sujet, en lui reconnaissant son importance, sa capacité de choix et de trouver ses solutions, les probabilités de changement augmentent.

## Conclusion

Les thérapies comportementales et cognitives permettent une lecture structurée des pathologies addictives, réputées complexes. Elles procurent aux soignants des points de repère pragmatiques pour leurs interventions. Elles laissent la latitude, dans un cadre donné, à la créativité du thérapeute avec le patient. Elles permettent aux soignants la prise de recul nécessaire en posant le principe d'objectifs de soins, de démarches graduées, avec la nécessité de respecter les étapes progressives indispensables aux patients. Dans ces pathologies, le phénomène de la rechute est posé comme tel et considéré comme matière à travailler.

La relation thérapeutique, outil essentiel, se nourrit des collaborations entre soignants et soignés, sur des bases explicites et renforçantes. Ces pratiques ne peuvent se concevoir sans évaluation de la progression du patient, des outils de soin utilisés et des pratiques professionnelles. Le patient et son entourage y construiront leurs solutions, ce qui leur laisse toute la possibilité d'élaborer ensuite d'autres voies avec d'autres abords thérapeutiques.

## Bibliographie

---

- BECK A., WRIGHT E., NEWMAN C. et al. (1993). — *Cognitive therapy of substance abuse*, New York, Guilford Press.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2003). — *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- CIM-10 (1993). Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- COTTRAUX J. (1992). — *Les Thérapies cognitives*, Paris, Retz.
- COTTRAUX J. (2004). — *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (2002). — *Usage nocif de substances psychoactives*, Paris, La Documentation Française.
- DSM-IV-TR (2003). — *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Paris, Masson.
- GOODMAN A. (1990). — « Addiction : définition et implications », *Br J Addict*, n° 85 (11), p. 1403-1408.
- MARLATT G. (1985). — « Cognitive factors in the relapse process », in MARLATT G., GORDON J. (eds), *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, New York, Guilford Press, p. 128-200.
- POUDAT F.-X. (2005). — *La Dépendance amoureuse*, Paris, Odile Jacob.
- PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C. (1979). — *Transtheoretical therapy analysis*, Pacific, CA, Brooks' Scale.
- REYNAUD M. (2005). — *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson.

## Pour en savoir plus

---

- CYRULNICK B. (1993). — *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.
- MILJKOVITCH R. (2001). — *L'Attachement au cours de la vie*, Paris, PUF.
- REYNAUD M. (2005). — *L'Amour est une drogue douce... en général*, Paris, Robert Laffont.

# 20

## Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles

F.-X. Poudat



La prise en charge des problèmes sexuels et conjugaux en thérapies comportementales et cognitives est assez récente, puisqu'elles n'ont réellement été structurées comme telles qu'à partir des années 1970 – 1980 avec les travaux de Masters et Johnson, Kaplan, Lo Piccolo, puis, plus récemment, avec Trudel. Ces thérapies ont repris les principes de base de la théorie de l'apprentissage, de la théorie cognitiviste, et plus récemment, se sont ouvertes aux modèles solutionnistes.

### Analyse fonctionnelle

#### *Analyse du symptôme*

L'analyse fonctionnelle est le temps essentiel dans la prise en charge du symptôme sexuel. Nous rechercherons différents paramètres constitutifs du symptôme sexuel :

– le *comportement* avec la répétition de l'acte sexuel (l'obsessionnalisation du rapport va autorenforcer l'échec) ou l'évitement des rapports sexuels (la réassurance à court terme supprime toute possibilité de changement thérapeutique) ;

– le *système cognitif* avec l'attitude de spectateur, les ruminations anxieuses, les images mentales, l'anticipation négative qui sont autant d'éléments qui vont autorenforcer le trouble ;

– les *émotions*, le *corps*, avec les sensations de stress, les émotions négatives, les perceptions corporelles, la sensorialité parasitée, par effet de panique, qui vont accentuer le trouble ;

– le *système environnemental*, avec l'attitude du partenaire, la communication dans le système conjugal, la distribution des rôles de chacun qui vont jouer un rôle essentiel dans l'accentuation ou la résolution du problème.

Le symptôme s'inscrit dans une histoire. Il sera donc important d'évaluer les différents paramètres qui peuvent entrer en jeu pour expliquer l'apparition d'un problème sexuel. Ces facteurs sont de deux ordres. Tout d'abord, les facteurs de fragilisation constituent un véritable « moule » nécessaire à l'apparition, dans un contexte donné, des problèmes sexuels. Ils sont représentés par les schémas comportementaux, cognitifs, émotionnels mis en place depuis l'enfance par le contexte éducatif familial, social, mais aussi personnel et affectif, véritable « pool » multifactoriel générateur d'une éventuelle décompensation sexuelle dans un contexte donné. Ensuite, les facteurs déclenchants, dans ce contexte, sont représentés par toutes les situations qui vont amener au déclenchement même du symptôme sexuel.

### *Changer plutôt que guérir : recherche d'un objectif*

La demande du patient est à entendre comme l'expression de sa souffrance. Le patient va l'exprimer avec ses mots et avec son corps. Il va aborder autant ce qui le fait souffrir que ce qu'il imagine que serait pour lui le seul objectif possible : la guérison, la suppression du trouble. « *Je souffre de mon problème d'érection* » vers « *J'aimerais ne plus avoir de difficultés sexuelles* », vers « *Je voudrais, quelles que soient les circonstances, être toujours opérationnel* ».

Il y a donc souvent une confusion entre la plainte du patient et son corollaire, la demande de suppression de cette plainte, la guérison que le patient imagine comme idéale. Cette guérison serait pour lui, en plus de la suppression du problème, le retour à une vie sexuelle passée idéalisée, ou la mise en place pour le futur d'une vie sexuelle également idéalisée. Cette guérison n'a parfois plus du tout de rapport avec la réalité actuelle du patient et/ou du couple.

Le problème, l'individu et le couple étant des dynamiques en perpétuel mouvement, en façonnage et remodelage permanents, le thérapeute devra clarifier avec le client ce que celui-ci met dans sa plainte, ce qu'il entend de la plainte de l'autre (il est essentiel à ce sujet de demander à chaque conjoint du client et au client lui-même de reformuler la demande de l'autre : « *Qu'avez-vous compris du problème de votre conjoint ?* »).

Le passage entre le problème et les solutions s'effectuera par le biais du processus de changements en « boule de neige » ou en « battements d'aile de papillons ». Ce processus de changement passe par une étape indispensable : l'acceptation de la fonction positive du symptôme. Faire en sorte que le patient apprenne à comprendre comment fonctionne son symptôme, comment il se répète, comment il disparaît, comment il revient. Ce n'est

pas s'aliéner à son symptôme, c'est l'étudier, le voir fonctionner, le regarder tout en prenant de la distance pour mieux le résoudre.

L'entretien doit se centrer sur :

- l'analyse de la demande déterminant ce que le patient et le couple attendent de la prise en charge thérapeutique ;
- les motivations du couple à venir aux entretiens ;
- les attentes des patients face au thérapeute, à la thérapie et aux résultats (les processus de changement) ;
- le rôle, la place du symptôme chez l'individu et le couple ;
- le symptôme sexuel dans ses composantes comportementales, cognitives, émotionnelles, environnementales, inscrit dans l'histoire ;
- le couple dans sa structure, son choix, la distribution des rôles et des pouvoirs ;
- la recherche des étiologies organiques et iatrogènes sans omettre les facteurs fonctionnels (stress, etc.) ;
- enfin, l'étude, à l'aide de questionnaires, de tests, d'auto-évaluations, des comportements sexuels et affectifs, les composantes fantasmatiques, imaginaires.

## Prise en charge thérapeutique

La sexothérapie comportementale repose sur des exercices construits à partir des principes de la théorie comportementale et cognitive. Elle associe des exercices pratiques (par exemple, la technique de squeeze dans l'éjaculation précoce, ou la technique de Kegel dans le vaginisme) et des techniques typiquement comportementales (désensibilisation systématique, technique d'exposition au stress), cognitives (discussion sur les croyances) ou émotionnelles.

Le traitement choisi (figure 20.1) dépendra évidemment de la nature du problème, mais aussi de son expression.

### *Désensibilisation et exposition progressive au stress*

Face à un problème qui déclenche souvent la peur, l'évitement, le doute ou la culpabilité, il y a différentes solutions :

- ou j'évite la confrontation et, à court terme, je me sens mieux mais je ne résous pas le problème ;
- ou j'y vais, je répète, je réessaie, mais avec une telle angoisse que je rate de nouveau ;
- ou je tente une approche progressive de la peur en me donnant des objectifs faciles, en me fixant des étapes intermédiaires entre le rien et le tout.

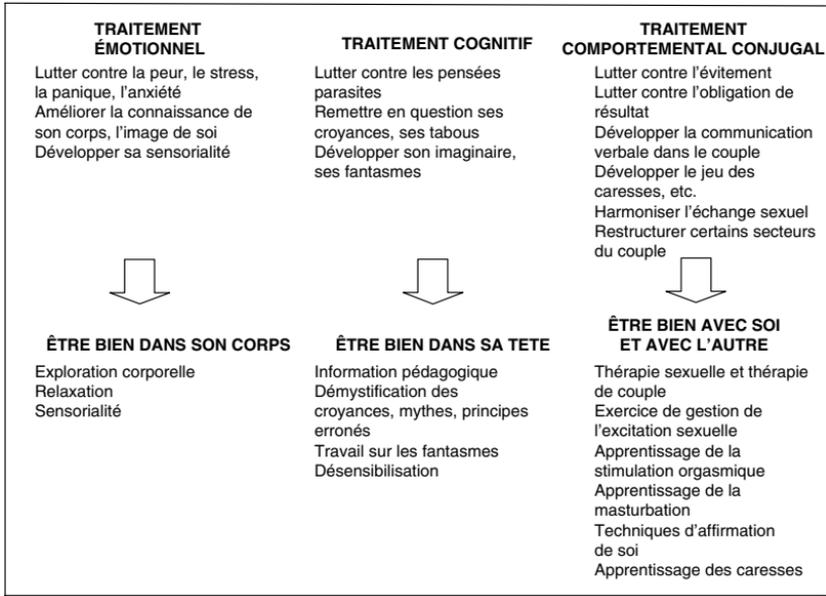


FIG. 20.1. – Types de traitement pour les difficultés sexuelles.

Imaginons que ma peur face à mon problème soit de 100 sur une échelle allant de 0 à 100 (0 étant l'absence de peur et 100 la peur extrême) :

– dans la *désensibilisation* : je vais apprivoiser ma peur en la découplant en exercices, du moins angoissant au plus angoissant, cotés par exemple : 0, 5, 10, 15, 20, etc. jusqu'à 100. Cela fait en tout une vingtaine d'exercices (un exemple est donné à la figure 20.2) ;

• Regarder un dessin représentant des zones sexuelles féminines	0
• Regarder ses zones sexuelles	2
• Toucher, explorer ses zones sexuelles	5
• Explorer l'intérieur du vagin	30
• Explorer les zones sexuelles masculines	50
• Le partenaire, sous le contrôle de la femme, explore le vagin	60
• Il y a contact verge–vagin	70
• Il y a pénétration du gland	80
• Il y a reprise des rapports sexuels	100

Le chiffre à droite correspond à une note d'angoisse entre 0 et 100 (0 : pas d'angoisse ; 100 : angoisse extrême).

FIG. 20.2. – Exemple de désensibilisation en cas de vaginisme.

– dans l'*exposition* : je vais apprivoiser ma peur en la découpant en exercices, du moins angoissant au plus angoissant, cotés par exemple 0, 20, 40, etc. jusqu'à 100. Cela fait en tout cinq à six exercices au maximum, plus difficiles peut-être, mais tout aussi efficaces (un exemple est donné à la figure 20.3).

• Caresses générales sur tout le corps, sans toucher les zones sexuelles, l'un après l'autre, sans pénétration	20
• Caresses générales associées à l'exploration des zones sexuelles sans s'y focaliser, sans pénétration. Les réactions sexuelles absentes ou présentes ne sont pas prises en compte	40
• Exploration de la poussée des zones sexuelles, en s'y focalisant, mais sans pénétration	60
• Pénétrations « désintéressées » comme moyen d'améliorer l'excitation et non comme but pour parvenir à un résultat	80
• Reprise des rapports sexuels	100
Le chiffre correspond au niveau d'angoisse et de difficultés entre 0 et 100 (0 : pas d'angoisse ; 100 : angoisse extrême).	

FIG. 20.3. – *Exemple d'exposition progressive en cas d'inhibition du désir (sensitive focus).*

Le principe est de suivre cette progression à son rythme, de ne jamais brûler les étapes et de ne passer à l'exercice suivant que lorsque l'exercice précédent ne suscite plus du tout d'angoisse. Cela ne sert à rien, pour aller plus vite, de bâcler le travail : l'échec est au bout. Le corps comme l'esprit ont besoin de temps non pas pour comprendre l'exercice, mais pour l'assimiler et l'intégrer.

### *Techniques cognitives*

Parallèlement aux exercices de thérapie comportementale, il faut également agir sur les pensées parasites, les ruminations mentales, les scénarios catastrophes.

La dédramatisation et la prise de recul sont nécessaires pour ne pas s'enfermer dans un discours négatif stérile. Pour cela, l'on va se servir de la technique dite de la triple colonne de Beck (tableau 20.1).

Tableau 20.1. *Les trois colonnes de Beck.*

<i>Situation</i> <i>Contexte qui pose problème</i>	<i>Émotion</i> <i>Ce que je ressens physiquement</i>	<i>Cognition</i> <i>Ce que je dis dans ma tête</i>
Impossibilité de pénétration au cours d'un rapport sexuel	Peur, angoisse, boule dans la gorge	Je ne suis pas une femme normale, mon mari ne restera pas avec moi
Lâchage de l'érection au cours d'un rapport sexuel	Panique, mal au ventre	Elle va me quitter C'est la vieillesse

Une fois ces trois premières colonnes remplies, deux autres sont rajoutées (tableau 20.2).

Tableau 20.2. Les cinq colonnes de Beck.

Situation	Émotion	Pensée négative	Pensée alternative Ce que je peux me dire à la place de plus objectif	Résultat Ce que je décide de faire
Impossibilité de pénétration au cours d'un rapport sexuel	Peur, angoisse, boule dans la gorge	Je ne suis pas une femme normale	Je vais montrer de l'affection à mon mari, il est d'accord pour m'aider et le médecin avec moi	Je ne pense pas à l'enfant maintenant, je règle mon problème sexuel, je vais essayer de mieux connaître mon sexe qui me fait peur
Lâchage de l'érection au cours d'un rapport sexuel	Panique, mal au ventre	Elle va me quitter C'est la vieillesse	Je suis stressé actuellement, ce n'est pas le moment de vouloir des performances, d'ailleurs ma femme ne m'a jamais fait de critique	Nous allons d'un commun accord essayer de prendre du temps à deux pour, déjà, nous retrouver

Nous avons déjà souligné que la connaissance des pensées dysfonctionnelles, ainsi que la prise de conscience du caractère pathologique de celle-ci, n'était pas en soi suffisante pour résoudre un problème sexuel. Il est donc essentiel de rechercher ce que sous-tendent ces idées parasites, et notamment de rechercher les schémas cognitifs plus ou moins conscients qui sont fondés sur les normes sociales, culturelles, éducatives, religieuses, familiales, dans lesquelles l'individu a pu structurer son histoire, véritable « bain » corporel, cognitif, comportemental et environnemental. Cela constitue de véritables empreintes ou schémas. Ces empreintes inconscientes vont elles-mêmes servir de base à la mise en place des normes sociales et familiales, créant ainsi un véritable discours et des principes sur la sexualité, le couple, la famille, le corps par exemple. C'est ce discours qu'il sera nécessaire d'analyser afin de mieux comprendre le lien qui peut exister entre la présence des normes sociales, la mise en place d'un discours particulier sur la sexualité et le vécu sexuel et conjugal actuel. Nous savons par exemple que le choix du conjoint s'effectuera en fonction de ses empreintes normatives et de ses schémas cognitifs. Il y a donc un véritable lien entre vécu sexuel, choix du conjoint, discours sur l'« objet sexuel » et normes ou empreintes familiales.

Par exemple, nous retrouvons dans ces empreintes : la pénétration est obligatoire pour mon plaisir ; l'érection doit être permanente pendant le rapport sexuel ; un sexe qui ne serait pas de dimensions normales (?) rendrait impossible un rapport sexuel ; la femme n'est pas sexuelle ; la pénétration est obligatoire pour l'orgasme féminin ; la femme est normalement passive.

## Techniques à médiation corporelle

Des techniques spécifiques existent pour permettre une meilleure gestion émotionnelle. Elles abaissent la tension intérieure et facilitent l'expérience du lâcher prise, la découverte de sensations plus positives. Ces techniques à médiation corporelle vont de la relaxation à l'hypnose en passant par la sophrologie ou la musicothérapie. Elles seront très utiles durant la prise en charge du problème.

### TECHNIQUE DE DÉSENSIBILISATION OU D'ACCEPTATION PROGRESSIVE SOUS RELAXATION

Nous avons vu plus haut le déroulement d'une technique de désensibilisation par exercices progressivement angoissants. La même technique peut être utilisée sous relaxation.

- Après plusieurs inspirations et expirations en respiration synchrone, je me concentre sur chaque situation de la liste que j'ai établie. Je commence par me concentrer sur la situation la moins angoissante, je la répète jusqu'à ce que je m'y habitue (angoisse = 0).

- Je fais cet exercice autant de fois que nécessaire pour diminuer mon angoisse. Je peux alors passer à la situation suivante, et ainsi de suite.

- Je peux, au cours d'une même séance, me concentrer sur deux situations au maximum, que j'évoquerai l'une après l'autre, en respectant la hiérarchie de mes peurs et le principe de la progression – répétition.

Le résultat est de pouvoir s'autoriser à changer sa vision toujours négative de la situation.

### TECHNIQUES COGNITIVES SOUS RELAXATION

Nous allons utiliser une technique particulière appelée le « *stop de la pensée* ».

- Après quelques inspirations et expirations en respiration synchronique, je me concentre sur une pensée qui me parasite (« *je ne vais pas réussir, je ne suis pas à la hauteur* »). Dès que j'ai bien inscrit cette pensée dans mon esprit, ce qui ne devrait pas être trop difficile, je mets un stop mental. Ce stop peut être un mot, une pensée ou un objet qui aura pour moi une valeur positive alternative.

- Dès que je suis concentré sur ce stop, je pense de nouveau à la pensée parasite. Cela peut durer de quelques secondes à quelques minutes. Je mets alors de nouveau un stop, durant quelques secondes ou quelques minutes, et ainsi de suite, jusqu'à ce que cette pensée ruminatoire perde de son pouvoir parasitant.

- Je crée ainsi une chaîne : pensée parasite – stop, pensée parasite – stop, etc.

## TECHNIQUES D'ÉLABORATION FANTASMATIQUE

Les techniques de relaxation (sophrologie, sophrohypnose) permettent un lâcher-prise par la modification du champ de conscience qu'elles induisent. On se trouve dans un état proche d'un état second, entre l'état de veille et l'état de sommeil, mais où l'on garde toujours, contrairement à ce qui est souvent dit, un certain contrôle de soi.

Cet état d'ouverture favorise le développement d'un imaginaire adapté à la sexualité.

– Je pars de ce que je m'autorise entre le « sage » et le « pas sage », je tiens compte de mes interdits, de mes tabous, de mes désirs. Je peux utiliser ce que j'ai dans mon quotidien : livres érotiques, films érotiques ou autres, le « soft » ou le « hard », pour élaborer mes propres scénarios sans culpabilité (puisque'ils ne sortent pas de ma tête). Ces scénarios servent de moteur à l'expérience sexuelle, au déclenchement du désir. Ils sont parfois très utiles. Durant les séances de relaxation en rupture avec la vie quotidienne, un réel travail d'élaboration peut s'effectuer qui permet, en toute « impunité », d'accepter le scénario fantasmatique.

– Si une pensée parasite culpabilisante survient (et il y en aura), je mets un stop juste après ma pensée négative et je me concentre de nouveau sur mon scénario érotique. Je me laisse aller sans risque.

## Conclusion

Aux thérapies comportementales utilisées jusqu'alors, le champ thérapeutique s'est ouvert à la prise en charge des systèmes de croyances du patient, à la prévention des rechutes, grâce à une prise en charge globale de l'être. Il en est de même dans les thérapies conjugales, où le fait de travailler sur les thérapies cognitives ne vise pas simplement à une amélioration de l'être même, mais aussi de l'atmosphère au sein du couple, si bien que chacun peut s'interroger sur ses propres croyances et attentes négatives vis-à-vis de l'autre, sur celles qui doivent changer et sur la possibilité de s'approprier sa propre responsabilité dans le symptôme conjugal.

Nous ne pouvons pas non plus omettre, dans ce travail thérapeutique, des facteurs à la rencontre du système cognitif et comportemental que sont les sentiments, les affects et l'imaginaire fantasmatique. Le thérapeute d'orientation cognitiviste devra donc toujours avoir une vue globale de l'être qui porte la dysfonction sexuelle (culture, société, famille, maturation physique, choix des structures du couple, élaboration psychologique de la sexualité, structuration de l'identité de l'homme et de la femme, activités fantasmatiques). C'est en cela que ces paramètres s'intègrent dans la rencontre des sciences humaines et médicales demandant à mettre en place une véritable psychothérapie cognitivo-comportementale.

Les thérapies comportementales et cognitives dans le cadre des psychothérapies permettent d'avoir une lecture appropriée du symptôme sexuel

dans toutes ses composantes comportementale, cognitive, corporelle, relationnelle. Le but n'est pas uniquement de supprimer des symptômes ou de rechercher une sexualité idéalisée, mais de permettre au patient d'acquérir des compétences à s'épanouir, des outils de compréhension, des capacités de moins souffrir en ouvrant le « champ des possibles » ; il s'agit en fait de « grandir » au travers de son épanouissement sexuel et affectif.

## Pour en savoir plus

- ARAOZ D.L. (1994). — *Hypnose et sexologie. Une thérapie des troubles sexuels*, Paris, Albin Michel.
- BALON R., SEGRAVES T. (2005). — *Handbook of sexual dysfunction*, New York, Taylor Francis.
- BOISVERT J.-M., BAUDRY M. (1988). — *Psychologie du couple*, Paris, Méridien.
- CAROLL J.M., ALENA M.K. (2006). — *Psychological sexual dysfunctions*, Wilmington, Nova Medical Books.
- EL FEKI M. (dir.) (2007). — *La Sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ?* Bruxelles, De Boeck.
- ELKAÏM M. (1989). — *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer ? Approche systémique et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 2001.
- GUILLEBAUD J.-C. (1998). — *La Tyrannie du plaisir*, Paris, Le Seuil.
- KAPLAN H.S. (1974). — *The New sex therapy*, New York, Brunner-Mazel.
- KAPLAN H.S. (1994). — *L'Éjaculation précoce. Comment y remédier ?*, Laval, Guy Saint-Jean, 2000.
- LEIBLUM S.R. (2006). — *Principale and practice of sex therapy*, 4<sup>th</sup> ed., New York, Guilford Press.
- LEVY J., CREPAULT C. (2005). — *Sexologie contemporaine*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- LO PICCOLO J. (1975). — « Direct treatment of sexual dysfunction », *Hand Book of Sexology*, Amsterdam, SP Biological and Medical Press.
- MASTERS W.H., JOHNSON W.C. (1975). — *L'Union par le plaisir*, Paris, Laffont.
- O'HANLON B., BEADLE S. (1997). — *Guide du thérapeute au pays du possible. Méthodes de la thérapie du possible*, trad. fr., Bruxelles, Satas.
- PORST H., BUVAT J. (2006). — *Standard practice in sexual medicine*, Malden, Blackwell Publishing.
- POUDAT F.-X. (2004). — *Bien vivre sa sexualité*, Paris, Odile Jacob.
- POUDAT F.-X., JAROUSSE N. (1992). — *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*, Paris, Masson.
- TRUDEL G. (1988). — *Les Dysfonctions sexuelles. Évaluation et traitement*, Montréal, Presses Universitaires du Québec.
- WINCZE J.P., CAREY M.P. (2001). — *Sexual dysfunction. A guide for assessment and treatment*, 2<sup>nd</sup> ed, New York, Guilford Press.
- WRIGHT J. (1985). — *La Survie du couple. Une approche simple, pratique et complète*, Montréal, La Presse.

## Albert Ellis – Un pionnier du courant cognitif

J. VAN RILLAER

A. Ellis (1913 – 2007) est né à Pittsburg. Il a fait ses études de psychologie à l'Université Columbia (New York) et y a acquis une formation rogérienne. En 1947, il est promu docteur en psychologie. La même année, il entame une psychanalyse didactique à l'Institut Karen Horney et commence à pratiquer la psychanalyse. Une partie importante de ses patients souffrent de problèmes conjugaux et sexuels. Assez rapidement, Ellis décèle des faiblesses de la psychanalyse. Il publie un long article appelant les freudiens à davantage d'esprit scientifique. Il y met en garde contre le conditionnement opéré, subtilement, par l'analyse didactique. Il écrit que « les jeunes analystes peuvent être excessivement influencés par leurs analystes didacticiens et peuvent inconsciemment (ou consciemment) consacrer la plus grande part de leurs années de pratique subséquente à mettre en œuvre les points de vue de leurs analystes didacticiens. » (1950, p. 102).

En 1953, Ellis délaisse le titre de psychanalyste au profit de celui de psychothérapeute. Deux ans plus tard, il estime avoir inauguré une nouvelle façon de pratiquer la psychothérapie. Il la définit d'abord comme « thérapie rationnelle ». Quelques années plus tard, il parle de « *rational emotive therapy* » et, à partir des années 1990, de « thérapie comportementale rationnelle émotive » (Ellis, 1993). Son premier livre sur son approche est paru à New York en 1962 : *Reason and emotion in psychotherapy*.

Le principal reproche d'Ellis à Rogers et à Freud est de se contenter de refléter des sentiments ou d'interpréter des conduites, laissant au patient le soin de trouver par lui-même comment modifier des comportements bien ancrés. Ellis dit de Freud : « il avait un gène pour l'inefficacité », en ajoutant : « je crois que j'en ai un pour l'efficacité » (cité par Epstein, 2001, p. 68). Sa psychothérapie trouve une bonne partie de son inspiration chez des stoïciens, plus précisément dans leur insistance sur la médiation cognitive des émotions. Tout au long de son œuvre, Ellis cite cette pensée d'Épictète : « Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements relatifs aux choses. Ainsi, la mort n'est rien d'effrayant, car Socrate lui aussi l'aurait dans ce cas trouvée telle; mais que l'on juge la mort effrayante, voilà bien l'effrayant. Lors donc que nous sommes contrariés, troublés ou affligés, n'en incriminons jamais autrui, mais nous-mêmes, c'est-à-dire nos propres jugements. » Une autre idée chère aux stoïciens et à Épicure est qu'une part de nos malheurs provient de la force de nos désirs. Pour moins souffrir, il importe de pouvoir renoncer à des désirs absolus. Cette idée, Ellis l'avait également rencontrée chez Karen Horney, qui parlait de la « tyrannie des musts ».

L'idée centrale d'Ellis tient dans sa formule « *You feel the way you think* » (vos affects précèdent de votre façon de penser). Il a reformulé le schéma béhavioriste « A – B – C » (« *antecedents – behavior – consequences* ») dans les termes : « *activating event – belief system – emotional and/or behavioral*

*consequences* » (événement activant – système de croyances – conséquences émotionnelles et/ou comportementales).

Voici un de ses exemples (1977, p. 6), qui illustre bien sa conception « cognitiviste » des troubles et de leur traitement : « Au point A se produit un événement : vous avez un travail qui vous plaît et vous voilà brusquement licencié. Au point C, vous vous sentez complètement déprimé, vous restez tout le temps chez vous, vous ne cherchez pas un nouveau travail. Du fait que les conséquences émotionnelles et comportementales (C) suivent quasi immédiatement l'expérience activante (A), vous croyez que A cause C. Vous vous dites : "J'ai perdu mon travail et cela me plonge dans le désespoir".

Ces conclusions ne sont cependant pas inéluctables. C n'est pas automatiquement produit par l'événement activant. C dépend de B, votre croyance (*Belief*) au sujet de A. C'est vous, prioritairement, qui déterminez des conséquences émotionnelles et comportementales, via le fait que vous adhérez à un système de croyances et de valeurs (développées et renforcées depuis l'enfance).

Si vous croyez avoir absolument besoin de ce travail et que vous vous répétez avec insistance : "Il me le faut à nouveau. Il m'est impossible de vivre sans lui. Sa perte est un drame terrible", vous allez éprouver en C une frustration radicale, du désespoir, de la dépression ou de la haine.

Si vous vous dites : "J'aimais ce travail et j'aurais souhaité le conserver. Sa perte me contrarie, mais tant pis, ce n'est pas la fin du monde", vous aurez tendance à ne ressentir que du désappointement, du regret ou de l'irritation.

Si vous vous concentrez sur les côtés négatifs que présentait ce travail et que vous vous dites : "OK, au fond ce boulot commençait à manquer d'intérêt. Voilà l'occasion de faire autre chose", vous allez éprouver de l'indifférence ou peut-être même du soulagement. »

Dans son travail thérapeutique, Ellis aide le patient à repérer les cognitions qui le perturbent et à trouver les croyances sous-jacentes. Les croyances perturbatrices sont souvent des impératifs rigides (« *il faut absolument que je me contrôle en toutes circonstances* », « *les autres doivent toujours me traiter avec respect* », etc.), qui entraînent, du fait de leur caractère irréaliste, des dramatisations (« *c'est affreux* »), des condamnations de soi (« *je suis nul* ») ou des autres (« *ce sont des salauds* ») et, si ces situations se répètent, le défaitisme ou la dépression. Ensuite, Ellis incite le patient à remettre en question ces croyances et à adhérer à une conception dans laquelle :

- les désirs impérieux sont remplacés par des souhaits ou des aspirations (« *j'essaie de bien me gérer dans le plus de situations possibles* »);
- les dramatisations sont remplacées par des qualifications plus sobres (« *c'est frustrant* », « *cela m'est pénible* »);
- les condamnations de personnes sont remplacées par des critiques de comportements (« *je n'apprécie guère qu'il refuse ce prêt* »).

Ellis aide donc les patients à modifier activement leur dialogue intérieur et leur conception de la vie. Il se trouve ainsi être le pionnier des « thérapies

cognitives » (une expression qu'Aaron Beck est le premier à utiliser dans les années 1960). Toutefois, Ellis – comme Beck d'ailleurs – a reconnu l'importance de l'action pour modifier « en profondeur » des habitudes de penser. Il écrit par exemple : « En dernière analyse, le dialogue intérieur (*self-talk*) ne suffit pas. Dans beaucoup de cas, vous avez grand intérêt à vous forcer vous-même, à vous pousser en avant, dans l'action. Souvent vous disposez du pouvoir d'organiser vos propres actes de courage : aller trouver le patron dans son bureau, inviter une personne attrayante à danser, présenter votre projet de publication à un éditeur. Vous pouvez vous forcer vous-même à l'action, répéter longtemps, encore et encore, jusqu'à ce que cette action devienne de plus en plus facile, et même agréable » (Ellis et Harper, 1975, p. 95). Ellis, à juste titre, s'est défini lui-même comme un des pionniers des thérapies cognitivo-comportementales.

Ellis est resté en marge de l'institution universitaire. Il a créé son propre Institut de thérapie, de recherche et de formation. Il n'en est pas moins apparu progressivement comme un des plus grands psychothérapeutes du xx<sup>e</sup> siècle. Ses nombreux articles ont fini par être publiés dans les revues les plus cotées de la psychologie scientifique. En 1985, l'American Psychological Association lui a décerné sa plus haute distinction, l'Award for Distinguished Professional Contributions, pour « sa profonde influence sur la pratique professionnelle de la psychologie ».

### Bibliographie

- ELLIS A. (1950), « An introduction to the principles of scientific psychoanalysis », rééd. in RACHMAN S. (ed.), *Critical essays on psychoanalysis*, New York, Macmillan, 1963, p. 82-137.
- ELLIS A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, New York, Stuart.
- ELLIS A. (1977), « The Basic clinical theory of rational-emotive therapy », in ELLIS A., GRIEGER R. (eds), *Handbook of rational-emotive therapy*, New York, Springer, p. 3-34.
- ELLIS A. (1993), « Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT) », *The Behavior Therapist*, n° 16, p. 257-258.
- ELLIS A., HARPER R. (1975), *A new guide to rational living*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall; reprinted : Wilshire.
- EPSTEIN R. (2001), « The prince of reason », *Psychology Today*, n° 34 (1), p. 66-76.

### Pour en savoir plus

- ELLIS A. (2004), *Rational emotive behavior therapy : It works for me – It can work for you*, Amherst, NY, Prometheus.
- ELLIS A. (2005), *Rational emotive behavior therapy. A therapist's guide*, 2<sup>e</sup> éd., Atascadero, CA, Impact Publishers.
- YANKURA J., DRYDEN W. (1994), *Albert Ellis*, Londres, Sage.

# Introduction



L'approche qui va être présentée dans cette partie témoigne d'un courant ayant émergé en France plus récemment que les deux qui précèdent. Ce courant vit actuellement une période de créativité intense et d'évolution constante.

Après un certain nombre de définitions utiles pour la lecture de l'ensemble, l'hypnose sera d'abord examinée. En effet, pour la plupart des auteurs de ces chapitres, qui représentent ou sont proches de ce que l'on appelle depuis peu l'École nantaise d'hypnose et thérapies brèves, l'approche hypnotique tient une place centrale, ne serait-ce que pédagogiquement, en tant qu'elle permet l'apprentissage d'une relation thérapeutique de qualité optimale.

Écrire sur l'hypnose est difficile ; celle-ci est d'abord une expérience à vivre. Le psychiatre américain Milton Erickson (voir portrait p. 254) la conçoit comme un phénomène naturel, qui a donc toujours existé chez l'être humain et que, tous, nous connaissons spontanément dans notre vie quotidienne. L'hypnose, qui suscite de nombreuses recherches destinées à mieux la définir, peut être utilisée en thérapeutique, mais aussi dans les domaines de la pédagogie, du sport, de la créativité artistique. Si elle est spontanée, elle peut aussi être provoquée par des « inductions » de la part du thérapeute. L'approche hypnotique implique grandement le corps du soignant comme celui du patient, et c'est pourquoi ses applications et son intérêt dépassent largement le cadre de la psychothérapie pour concerner l'ensemble de la médecine.

Le format de cet ouvrage ne permettait pas d'examiner la totalité des aspects techniques de la pratique hypnotique. Ont été privilégiés, outre les aspects généraux (concernant la posture de l'hypnothérapeute, la « philosophie » éricksonienne de l'utilisation et un aperçu des divers types de suggestions), les aspects importants que sont le travail avec le temps (la fameuse régression en âge, mais encore plus le travail anticipatoire sur lequel a tant insisté Erickson), la communication métaphorique (qui n'est pas spécifique de l'hypnose mais qu'elle valorise considérablement) et enfin, « voie royale de l'hypnose » (Melchior, 1998), le travail avec la douleur.

Amis et observateurs admiratifs de Milton Erickson, les concepteurs du modèle de Palo Alto sont à l'origine de la « systémique », à laquelle se réfèrent de nombreux praticiens des thérapies familiales, conjugales ou même individuelles, certains intégrant l'hypnose dans leur travail. Alors qu'Erickson théorisa très peu sa pratique, les membres du groupe initié par Gregory Bateson (voir portrait p. 290) élaborèrent une conception des

problèmes humains d'une simplicité déconcertante. Cela permet le développement d'une nouvelle conception très cohérente de la stratégie ainsi que la construction d'« outils » d'intervention pouvant être hautement élaborés, tels que les techniques de questionnements, de recadrage, et les prescriptions de tâches thérapeutiques.

C'est d'ailleurs après avoir étudié ce modèle « orienté problème » à Palo Alto que Steve de Shazer (voir portrait p. 328) et sa compagne Insoo Kim Berg élaborèrent un autre modèle, cette fois « orienté solution », dont nous n'avons pas fini d'explorer la richesse potentielle. Nous espérons que le lecteur le trouvera facile à comprendre, même si sa mise en œuvre exige une pratique persévérante, et la volonté de « laisser partir de nous » nombre de conceptions psychopathologiques tellement limitantes ! Pour cela, nous avons favorisé la transcription de quelques séances qui permettent de se représenter des contextes dans lesquels la recherche d'exceptions (un problème, une difficulté ne sont jamais constants !), la « question miracle », les compliments et la négociation d'objectifs peuvent rendre une thérapie d'une brièveté étonnante, très appréciée des patients.

Enfin, si certains centres de formation en thérapie systémique et stratégique (ou en hypnose) restent partisans de l'utilisation exclusive d'un modèle, l'évolution actuelle, telle que la vit l'École nantaise, est marquée par l'ouverture à toutes les approches susceptibles d'aider le patient. Pour cette raison, une section intitulée « D'autres approches » vient compléter cette quatrième partie, avec le même esprit pragmatique et des postures thérapeutiques voisines, où sont présentés :

- la validité encore très actuelle de techniques classiques (questionnement circulaire) ou de modèles pionniers en thérapie familiale et conjugale ;

- l'intérêt et les principales modalités de la provocation en psychothérapie, souvent utilisée par Milton Erickson et qui a été développée et enseignée par un ancien élève de Carl Rogers, Frank Farrelly ;

- les grandes lignes d'un courant issu de la systémique et qui reste à notre avis grandement méconnu et sous-estimé dans notre pays : l'approche narrative. Très voisin, le courant du constructionnisme social sera également mis en perspective ;

- l'EMDR (*eyes movement desensitization and reprocessing*) et sa reconceptualisation nantaise par E. Bardot, la HTSMA (hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs), si déconcertante et si utile pour les patients souffrant de psychotraumatismes, mais aussi de certaines phobies et autres problèmes anxieux ou dépressifs réfractaires aux autres thérapeutiques.

Faute de place, nous nous excusons de n'avoir pu présenter ici certaines approches pourtant bien proches telles que la programmation neurolinguistique (PNL), la sophrologie, ou l'analyse transactionnelle.

# 21

## Présentation du courant systémique et stratégique

A. Vallée



L'hypnose, les thérapies familiales, la thérapie brève orientée vers la résolution de problèmes, la thérapie brève orientée solution, l'EMDR (*eyes movement desensitization and reprocessing* ; désensibilisation et réassociation par les mouvements oculaires), les thérapies narratives, les thérapies provocatives semblent faire, à première vue, un ensemble extrêmement disparate. En fait, ces thérapies reposent toutes sur un fond commun. Elles sont nées dans une mouvance qui a relié, géographiquement et historiquement, l'hypnose, les techniques de communication, les thérapies familiales et les thérapies brèves. Voilà pourquoi, en guise d'introduction, nous avons eu l'idée de vous proposer ce guide alphabétique du voyageur en pays systémique et stratégique qui, à défaut d'être exhaustif et complet, aura, nous l'espérons, la possibilité d'ouvrir le lecteur au style et à l'ambiance de ces thérapies.

### Anticipation

L'anticipation est une des valeurs fondamentales de ce type de pratique, même si les exégètes d'Erickson l'ont souvent oubliée.

Permettre à une personne, et par là même, au thérapeute de se représenter ce que sera le changement donne un éclairage extraordinaire sur l'avenir, permet de découvrir de nouveaux cadres de référence et de construire ainsi le changement.

### Apprendre

La personne qui vient en thérapie souhaite faire un changement, c'est-à-dire substituer un nouvel apprentissage à un ancien devenu inadapté et source de gêne : le symptôme.

L'hypnose est souvent lue comme un contexte particulièrement favorable à de nouveaux apprentissages, étant donné l'effet de surprise qui accompagne généralement la découverte des manifestations hypnotiques.

Il en est de même des situations de surprise créées par l'humour, la confusion ou les paradoxes, entre autres.

## Axiomes

Voici quelques axiomes liés au courant systémique et stratégique.

- Le changement est un processus complexe.
- Plus un système est simple, plus il est difficile d'y provoquer un changement.
- Plus un système est complexe, plus il est facile d'y provoquer un changement.
- Ce n'est pas tant le changement du symptôme qui compte que les changements qui vont en résulter.
- Le patient ne vient pas auprès du thérapeute pour qu'il indique des solutions, mais pour pouvoir utiliser celle qu'il possède déjà sans le savoir ou sans oser l'utiliser.
- Il n'est pas de changement pertinent qui ne soit spontané, c'est-à-dire que le travail du thérapeute consiste à apprendre au patient à devenir spontané dans la contrainte.
- La compréhension du passé ne permet pas de changer le présent ; tout au plus permet-elle des changements de niveau 1 (voir ci-après).
- L'ensemble des solutions est disjoint de l'ensemble des problèmes quand il ne s'agit pas de simples problèmes techniques.

## Changement

Plutôt que de guérison, on préfère parler de changement, terme plus prudent.

Il existe des changements :

- de niveau 1 dans un même contexte ; par exemple travailler plus pour mieux retenir ce que vous avez noté en cours ;
- de niveau 2 qui supposent un changement de contexte.

Par exemple, vous remarquez que vous vous concentrez mieux si vous planifiez les temps de repos et, dans ce but, au lieu de travailler plus longtemps, vous planifiez paradoxalement les temps libres. Remarquez que, maintenant que vous l'avez entendu, le faire ne sera plus qu'un changement de niveau 1 puisqu'il ne mettra pas en marche votre propre créativité.

## Construire

Une thérapie est comparable à un système « problème – client – thérapeute » qui doit arriver à son autodestruction. Pour construire une telle situation qu'on considérera fonctionner comme un système, il faudra construire un problème, l'objet de la plainte n'étant pas toujours de nature à constituer un problème (voir « Recadrage »). Il faudra aussi que la personne en face de vous soit cliente pour quelque chose, d'où la nécessité de construire des objectifs minimaux, simples et concrets. Il faudra aussi se construire comme thérapeute, c'est-à-dire être capable de nouer avec le client une relation que celui-ci pensera être vectrice de changement. De la même façon, il faudra construire certains comportements comme ressources et comme solutions. Cette co-construction autodégradable est une représentation possible de ce jeu de langage nommé psychothérapie.

## Empirisme

Toutes ces techniques, toutes ces façons de faire reposent sur des faits d'expérience. De nombreux concepts ont été validés par des travaux scientifiques, mais la validation n'est qu'empirique, c'est-à-dire qu'elle ne permet pas de construire une théorie qui prétendrait à être un reflet de la « réalité » du « psychisme ». Bref, toutes ces techniques ne permettent pas à un thérapeute d'être « intelligent », puisque les modèles d'essence empirique sont toujours simples et pragmatiques. Pour construire une représentation de l'esprit humain, il faudra se tourner vers des systèmes théoriques philosophiques, psychanalytiques, spirituels qui sont nécessaires pour donner du sens à notre pratique, mais qui resteront toujours hétérogènes à ce type de pratique.

## Éthique

Même un simple tournevis peut devenir une arme mortelle. Il en est de même de toutes ces techniques que vous avez choisi d'apprendre. Seule votre morale, complétée d'une réflexion éthique avec vos pairs, éventuellement confortée par un code de déontologie, vous permettra de garder votre pratique dans les limites du Bien.

## Exception

Le patient croit toujours que le symptôme lui échappe et qu'il n'y a pas de situations dont il soit responsable qui entraîne une amélioration. Si, minutieusement, vous trouvez cette exception qui crée une différence qui fait une différence, vous avez entamé la croyance et semé la possibilité du changement : la thérapie est largement commencée...

## Indirectivité

Rien ne sert de se battre directement contre le symptôme, contre tout ce qui pourrait être un obstacle au changement. Celui-ci doit pouvoir surgir de manière spontanée. Toutes les techniques employées poursuivront cet objectif.

Mettez les mains devant vous comme si vous teniez un ballon. Est-ce qu'elles vont se rapprocher pour signifier que votre esprit est en train d'apprendre quelque chose d'utile, ou bien est-ce qu'elles vont s'éloigner pour signifier qu'il a besoin d'un peu de temps avant de comprendre l'utilité de tout ceci ?

Qu'est-ce que je vous ai « vendu » ? D'une part que, de tout ce que vous entendez, il sortira quelque chose d'utile ; d'autre part, l'expérience d'un changement spontané à travers la découverte de ces mouvements automatiques que vous aurez tendance à ranger du côté des expériences utiles.

## Influence

Il est illusoire d'imaginer qu'on pourrait ne pas communiquer, et donc, ne pas chercher à essayer de ce fait de prédire le comportement de l'autre, c'est-à-dire à l'influencer. Bien sûr, chacun essaie de dominer l'interaction. Pour éviter l'escalade schismogénétique de l'influence, il est utile de connaître des techniques dites thérapeutiques.

## Jeu, humour, créativité

Avec un peu d'expérience de ces thérapies, grâce à ces qualités, vous échapperez au « burn-out » et à la fatigue. Vos patients trouveront ça très intéressant et feront de même.

## Manipuler

L'influence exercée par un sujet non naïf est de la manipulation. Commerçants, pédagogues politiques, thérapeutes et autres sont des manipulateurs (voir « Éthique », « Influence »).

## Patient/client

Le patient, c'est celui qui se désigne, ou qui est désigné par un groupe pour porter le symptôme, objet de la plainte. Notez que la plainte est loin d'être toujours portée par le patient désigné qui, de ce fait, ne sera pas

toujours le meilleur client pour la thérapie. Le client, c'est celui qui est prêt à définir un objectif commun avec un thérapeute. Très généralement, le fait d'atteindre cet objectif va changer le sens de la plainte et, donc, le statut du symptôme. Le but de la thérapie, c'est la fin de la plainte plus que la disparition du symptôme du point de vue du thérapeute : le seul expert de la thérapie est le client. À la fin de la thérapie, il n'y a plus ni patient, ni thérapeute : il n'y a plus que deux êtres humains qui n'ont plus rien à faire ensemble.

## Plainte

C'est le plus gêné par le symptôme qui va être, le plus souvent, porteur de la plainte et donc pouvoir devenir client pour un changement.

Méfiez-vous malgré tout des plaintes. Le jeu de mot allemand dit « *Klagen sind Anklagen* » : les plaintes sont des accusations. Méfiez-vous de vous sentir mis en demeure de faire quelque chose, d'avoir à montrer votre compétence. Pensez que si la plainte définit souvent le client, elle ne suffit pas à faire de celui qui l'écoute un thérapeute efficace.

## Problème

En thérapie, le problème est la première construction. On peut dire que, généralement, le problème surgit du recadrage de la plainte. Exemple : une mère se plaint du comportement turbulent de son fils. Le questionnement amène que ce qui la gêne le plus, c'est que son fils met sa musique tard le soir et que le son passe à travers la cloison. « *Est-ce qu'on peut dire que si vos conditions de logement étaient différentes, vous seriez autant gênée ?* » Nous avons recadré le problème comme un simple problème de voisinage dans un contexte donné. Bien sûr, nous trouvons que, certains soirs, il y a moins de bruit ou même qu'elle est moins gênée lorsque leurs goûts se rapprochent.

## Psychothérapie

Y aurait-il des esprits malades ? Et s'ils le sont, cela relève-t-il de la psychothérapie ou de la psychiatrie ?

Est-ce que le fait de créer une activité humaine essentiellement langagière destinée à dissoudre un groupe de deux personnes ou plus reliées par une croyance commune à propos de la description d'un comportement nommé problème correspond à ce que nous pouvons nous représenter comme une psychothérapie, à savoir une action destinée à modifier le psychisme d'un ou de plusieurs êtres humains ? Je n'en suis pas sûr : les

mots recouvrent bien mal la réalité, et nous emprisonnent dans des croyances, par exemple celle de penser être capable de provoquer un changement comportemental ou de personnalité chez un être humain, à tout le moins d'accepter être mis par des tiers à la place de celui qui est censé avoir le pouvoir de telles actions, ce qui revient au même. Même le mot « thérapie » correspond encore bien mal, alors, mettez-le entre guillemets et apprenez à être modestes.

## Recadrage

Le recadrage est une technique consistant à donner un nouveau sens aux croyances concernant la plainte. Par exemple, un des plus utiles et des plus simples est le recadrage positif : « *Si j'ai bien compris, vous m'avez dit que pour vous, être dépressif, c'est ne plus réussir à vous intéresser aux choses et à avoir votre autorité de père. Si j'ai bien compris, si vous étiez capable de vous remettre à jardiner et à aider vos enfants à faire leurs devoirs, vous penseriez que les choses vont dans le bon sens ?* »

## Ressources

La base de toutes ces thérapies est que les ressources qui permettront de construire la solution préexistent, mais que le patient ne le sait pas. Une enquête minutieuse permettra souvent de désigner certains aspects, jusque-là non dotés de ce sens, comme pouvant être nommés ressources. S'il n'y en a pas, il faudra en construire. Très souvent l'expérience hypnotique est un moyen de parvenir à faire admettre au patient que les changements liés à cet état particulier en permettront d'autres. La positivation et le recadrage sont également d'excellents moyens de construire des ressources.

## Solution

Une patiente disait récemment : « *les solutions valent mieux que les réponses* ». Un problème, a fortiori une plainte, entraîne toute une suite incessante de questions, de pourquoi. Bien sûr, la réponse qui vient n'éteint que la question, qui fait alors place à une autre. La solution, en éteignant le flux de questions, amène l'extinction du problème ou de la plainte et donc l'inutilité des réponses.

Encore une fois, le seul expert en solutions est le patient : il n'y a pas de solutions toutes faites. Vous remarquerez avec l'expérience que, si les problèmes sont toujours un peu les mêmes en fonction du cycle de vie, les solutions trouvées par vos patients seront toujours variées, même si elles se ressemblent quelquefois, mais elles ne sont jamais spécifiques du problème.

## Symptôme

Un symptôme est un comportement désigné comme sortant de la norme et créant une gêne dans un contexte donné. Il entraîne en réaction des tentatives du patient et de son entourage pour le contrôler, qui deviennent des problèmes ou contribuent à entretenir le symptôme. Bloquer ces tentatives de solution est une des bases en thérapie familiale ou brève.

Cette lecture interactionnelle du symptôme a largement contribué à construire la métaphore systémique tendant à rendre compte du fonctionnement des groupes humains et à tenter de proposer, non sans succès d'ailleurs, d'introduire en conséquence les techniques de changement, que les spécialistes en ensembles complexes avaient mis au point dans d'autres domaines : la cybernétique.

## Système

Le fonctionnement des groupes humains a été assimilé à des systèmes dont le modèle reste thermodynamique. En effet, on a trouvé qu'il était « régi » par des lois semblables :

- un changement d'une partie affecte la totalité ;
- l'ensemble est différent de la somme des parties ;
- un même état final peut être obtenu à partir d'états initiaux différents ;
- des conditions initiales identiques aboutissent à des états finaux différents ;
- la cause initiale étant affectée par le processus, il y a rupture de la dynamique de la rétroaction linéaire effet – cause : causalité circulaire.

À partir de cela, de nombreuses techniques se sont inspirées des modèles mathématiques de formalisation des changements dans les systèmes complexes en partant par exemple des concepts d'autopoïèse ou de théorie des catastrophes.

En tous les cas, les groupes humains ne fonctionnent jamais réellement comme des systèmes ; il s'agit seulement d'images, de métaphores à ne pas prendre au pied de la lettre. Bien souvent, la notion d'interaction est suffisante à rendre compte de nos interventions.

## Tâche

Dans les thérapies systémiques et stratégiques, des tâches sont souvent prescrites. Dans les thérapies brèves orientées résolution de problèmes, il s'agit traditionnellement de tâches de prescription de symptôme qui sont destinées à bloquer les tentatives de solutions inutiles.

Dans d'autres thérapies, elles peuvent être de simples expériences, de l'autohypnose par exemple. Souvent minimales, elles semblent maintenir

la permanence du processus engagé dans la séance en mettant le sujet ou le groupe dans une situation d'acteur observateur, et provoquer une dissociation de l'attention propice au changement spontané.

Le courant solutionniste aura tendance à conseiller comme tâche de poursuivre ce qui marche déjà bien.

Quelques thérapeutes stratégiques proposent des tâches provocantes destinées à ne pas être réalisées, en espérant que la résistance amènera le sujet dans un chemin inverse, ce qui n'est pas à mettre entre toutes les mains.

## Thérapies brèves

Il s'agit encore d'une nomination douteuse ! Si, à leur début, les thérapies étaient nommées brèves dans un cadre de recherche qui imposait un nombre fini de séances, elles sont restées brèves dans l'esprit. Nous souhaitons simplement qu'elles durent le moins de temps possible.

Mais quelquefois, elles durent longtemps, posant la question du changement de thérapeute qui est souvent une bonne solution, ou bien du passage à une autre technique, par exemple narrative, si le patient a besoin d'un soutien plus important.

Notons que le cadre de la thérapie est important. En effet, le thérapeute doit veiller à ce que le patient soit dans un entourage et un contexte qui rendent possible la thérapie. De ce fait, il ne rejette pas certaines mesures éducatives, les hospitalisations, ou d'autres modifications de contexte.

## Transe

La transe a le même substrat relationnel que l'hypnose. En effet, l'hypnose correspond à une praxis sociale bien déterminée et référant dans l'imaginaire collectif à l'influence d'un être sur un autre, la bonne hypnose étant thérapeutique. La transe est plus « profane » et correspond à d'autres situations qui génèrent « spontanément » un état identique : danse, musique, prière, méditation, focalisations diverses.

# Pour en savoir plus

---

BENOÎT J.-C., MALAREWICZ J.-A. (1988). — *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF.

MALAREWICZ J.-A. (1990). — *Cours d'hypnose clinique*, Paris, ESF.

MEGGLÉ D. (1990). — *Les Thérapies brèves*, Paris, Retz.

## Milton Erickson – « Un thérapeute hors du commun<sup>1</sup> »

E. BARDOT

### Une histoire hors du commun

L'histoire de Milton Erickson (1901 – 1980) a ceci de remarquable qu'elle repose sur un tissage étonnamment intime entre son vécu personnel, plus particulièrement son rapport à la maladie et sa pratique professionnelle. C'est dans cet entre-deux que Milton Erickson a développé sa conception de l'inconscient comme réservoir de ressources, sa propre manière de faire de la thérapie en revisitant l'hypnose de Bernheim.

Lorsqu'il devient psychiatre, sa rencontre avec Clarck L. Hull est déterminante dans deux directions complémentaires :

- il a réinterprété ses expériences vis-à-vis de la maladie comme des expériences d'autohypnose lui ayant permis d'activer chez lui ses ressources d'autoguérison ;
- il a affirmé, et c'est son différend avec Hull, que l'hypnose est avant tout un phénomène de la vie quotidienne : elle est relationnelle et, plus que la compréhension, elle est utile au changement.

On peut diviser sa vie de manière arbitraire en trois phases :

- une première phase initiatique autour du handicap et de la maladie ;
- une deuxième phase technique et scientifique où il fait l'apprentissage de la profession de psychiatre et expérimente de manière structurée l'hypnose ;
- une troisième phase, par association des deux premières, où il personifie véritablement son activité de thérapeute. Celle-ci est connue sous le nom de « miltonthérapie ». Sa pratique a influencé diverses écoles de thérapie.

### Maladie et initiation

Milton Erickson est né en le 5 décembre 1901 dans un petit village du Nevada aujourd'hui ville fantôme où ses parents, fermiers, avaient succombé au rêve de la ruée vers l'or. Son père est descendant de colons hollandais et sa mère a du sang indien ; c'est la rencontre de deux cultures sur cette terre américaine où il faut entreprendre pour exister. Septième d'une famille de huit enfants, il va devoir composer avec trois handicaps : le daltonisme, la surdité aux rythmes auditifs et la dyslexie.

Il en tire des enseignements qui se retrouvent dans sa pratique professionnelle.

- Il comprend la relativité de la perception : comment accorder sa vision bichromatique des choses avec la nôtre, trichromatique (rouge, vert, bleu) ?

1. Selon l'expression de J. Haley (1973).

– Il découvre qu'il peut compenser son déficit rythmique par la synchronisation à son rythme cardiaque et la synchronisation au rythme de l'autre par la respiration.

– Il traite sa dyslexie en apprenant les mots du dictionnaire et les multiples nuances sémantiques des mots, ce qui l'amène à développer sa « communication indirecte à multiniveaux ».

Ses parents quittent le Nevada et partent exploiter une ferme dans le Wisconsin. Le rapport à la terre est très présent dans les métaphores qu'Erickson utilise en thérapie. Il souhaitait devenir fermier comme son père, mais à 17 ans il contracte une attaque de poliomyélite. Les médecins annoncent à sa mère qu'il va mourir. Particulièrement furieux vis-à-vis de cette annonce, il demande à sa mère de tourner son lit vers la fenêtre pour voir le soleil afin de le soulager de sa détresse. Il sombre trois jours dans le coma avant de reprendre conscience (il décrit plus tard cette expérience comme une expérience hypnotique).

Si ses fonctions vitales et sa sensorialité sont intactes, la paralysie motrice est massive. Cloué au lit pendant de nombreux mois, il peut « observer, observer, observer », ce qui deviendra par la suite son leitmotiv auprès de ses étudiants.

C'est à partir de l'observation de sa petite sœur apprenant à marcher qu'il va se visualiser en train de se mouvoir. Erickson expérimente là l'idéomotricité, dont avaient parlé Bernheim et l'école de Nancy. Ce long réapprentissage tient une place importante par la suite dans son travail de thérapeute : l'utilisation des apprentissages précoces.

À l'issue de sa rééducation, il part seul faire un raid en canoë d'un millier de miles sur les rivières du Middle West avec seulement quelques dollars en poche. Non seulement cela lui permet de se remuscler, mais de surcroît il fait l'expérience que l'homme peut être un soutien y compris spontané pour l'homme. Il garde une boiterie de cette épreuve.

### **De l'initiation au savoir scientifique : psychiatrie et hypnose**

Trop faible pour devenir fermier, il se dirige vers des études de médecine puis de psychiatrie. Pour payer ses études, il travaille pour un journal local, utilisant la transe et l'écriture automatique pour rédiger ses articles.

C'est en 1924 qu'il rencontre Clark L. Hull, spécialiste de l'hypnose et du béhaviorisme. Ses expériences d'enfance prennent alors sens : pour traverser épreuves et handicaps, il a déjà expérimenté sans le savoir de nombreux phénomènes hypnotiques. L'hypnose devient alors le centre de son activité tant au niveau de la pratique thérapeutique que de la recherche. La séparation d'avec Hull porte sur la dimension relationnelle de l'hypnose et sur le fait que celle-ci ne se résume pas à l'application de protocoles.

Erickson finit ses études de médecine en 1928 et entame des études de psychiatrie. Certains des services où il travaille sont hostiles à l'hypnose. Il invente des techniques de communication issues de son expérience qui préfigurent ce que l'on appellera plus tard « l'hypnose sans hypnose ». Très tôt, Erickson allie son savoir de clinicien à son savoir-faire en hypnose.

Il fait également une maîtrise de psychologie et se mariera. Son mariage durera 10 ans; il a trois enfants et divorce. En 1934, il devient professeur de psychiatrie au Wayne Concil Hospital dans le Michigan, et y rencontre sa deuxième femme : Elisabeth Moore, psychologue qui l'assiste dans ses travaux de recherche sur l'hypnose, et avec laquelle il a cinq enfants.

Jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, Erickson continue ses recherches sur les phénomènes hypnotiques dans son laboratoire, confirme que l'hypnose est un processus naturel, qu'elle n'est pas dangereuse en soi.

Pendant la guerre, il travaille au ministère de la Défense et rencontre Gregory Bateson et Margaret Mead qui viennent de se marier. Il participe au travail de Margaret Mead sur les phénomènes de transe à Bali.

### **La maturité : un thérapeute hors du commun**

En 1948, Erickson est obligé de quitter le Michigan à la suite d'allergies gravissimes qui le confrontent à nouveau à la mort. Il quitte alors ses fonctions hospitalières et part s'installer à Phoenix en Arizona où il reçoit chez lui une clientèle libérale. À cette époque, sa pratique évolue vers ce qu'on a appelé la « miltonthérapie »; il s'intéresse plus aux résultats de la thérapie qu'à la technique hypnotique. Il développe tout un ensemble d'interventions, de techniques, de stratégies, de prescriptions de tâches qui encore aujourd'hui fascinent et questionnent les thérapeutes.

Sa renommée s'accroît. Il reçoit de plus en plus d'étudiants, voyage. Sa pratique influence l'émergence de plusieurs écoles de thérapie : Jay Haley et John Weakland, école de Palo Alto et thérapies familiales systémiques, Steve de Shazer, initiateur des thérapies solutionnistes, Ginger et Bandler, concepteurs de la programmation neurolinguistique (PNL).

En 1953, à 52 ans, une deuxième attaque de poliomyélite lui fait perdre l'usage de ses jambes. Sa voix est de plus en plus altérée. Sa pratique se simplifie de plus en plus. Il utilise la thérapie dans un double sens : amener le patient à atteindre son but, à changer et en même temps traiter ses propres douleurs de plus en plus invalidantes. La communication à plusieurs niveaux, l'humour, l'ici et maintenant occupent une place de plus en plus importante dans sa pratique.

En 1957, il fonde l'American Society of Clinical Hypnosis et reste pendant 10 ans le rédacteur en chef du journal de l'association. Il rencontre Ernest Rossi, psychanalyste jungien, qui s'évertue à décortiquer les techniques multiples d'Erickson, et Jeffrey Zeig, qui devient l'organisateur de la fondation Milton Erickson.

Le 25 mars 1980, Erickson meurt. Il « tire sa révérence » un an avant l'organisation du premier congrès international d'hypnose en son nom.

Activer les capacités d'autoguérison en mobilisant de manière stratégique les potentialités latentes du patient, une solide confiance dans la « vie » chez le thérapeute au service d'un but commun : ainsi pourrait être résumé l'héritage d'Erickson.

# 22

## La position du thérapeute. Induction et suggestions



### Position du thérapeute

On entend par position du thérapeute son attitude, sa posture, le contexte corporel dans lequel il intervient auprès de son patient. Cette position comporte des aspects non verbaux et des aspects verbaux.

Un certain nombre de notions peuvent aider à comprendre la position de l'hypnothérapeute s'inspirant de l'approche éricksonienne.

– Position haute et position basse : la position haute est par exemple celle de l'orateur devant une assemblée d'étudiants. C'est lui qui agit. Il a un certain pouvoir et est a priori considéré comme celui qui sait. Il s'expose et est dans une position au moins un peu risquée. D'un point de vue pratique, il est contrôlé (au moins un peu) par les étudiants qui l'écoutent. Réciproquement, les étudiants sont considérés comme en position basse : ils observent, sont en position d'apprentissage, ne sont pas exposés mais plutôt protégés (cela sera différent s'ils ont un jour un examen !) et contrôlants. Dans la relation hypnotique, le thérapeute doit être autant que possible en position basse afin de faire en sorte que le patient soit le plus actif possible (et donc en position haute).

– Complémentarité et symétrie : la relation hypnotique doit être une relation de coopération dans laquelle chacun doit donc jouer son rôle de manière complémentaire. Souvent, il est difficile d'obtenir cette complémentarité, le patient restant en position basse malgré les efforts du thérapeute. La relation reste alors symétrique et donc improductive.

– On voit ainsi que l'hypnose comporte une dimension de jeu relationnel dans lequel patient et thérapeute vont prendre un certain plaisir à travailler.

En pratique, on voit que le thérapeute doit donc être dans un état d'esprit d'humilité et de modestie. De plus, il travaille considérablement avec son corps. Il lui est d'ailleurs parfois possible de ne pas parler. L'hypnose est une approche corporelle.

Lorsqu'il parle, ce qui est le plus souvent le cas, le thérapeute essaiera d'utiliser le plus possible un vocabulaire simple, reprenant les mots et expressions du patient (voir ci-après « Utilisation »). Avec ces mots, il essaie de construire une « réalité » qui puisse être utile à ce dernier. Mais il doit être prudent et éviter des mots à connotation trop immédiate (qui risquent trop, en tout cas au début, d'être refusés par le patient). Il doit aussi exclure de son vocabulaire des mots suggérant le doute, l'idée que le travail pourrait échouer.

Le thérapeute devra également être attentif à un phénomène habituel en hypnose : le littéralisme (tendance du patient à prendre les propos du thérapeute « au pied de la lettre »). « Donner un coup de main » peut ainsi devenir dans l'imaginaire du patient en transe une gifle ou un coup de poing !

La synchronisation ( *pacing* ) de la parole du thérapeute avec le rythme respiratoire permet un pouvoir d'influence augmenté et reste un « outil » de base de l'hypnose (parler pendant l'expiration du patient, se taire pendant l'inspiration).

Concernant le contenu :

- il est important d'utiliser autant que possible des mots sensoriels ; la dimension évocatrice de l'hypnose est primordiale ainsi que le savent intuitivement les grands conteurs ;

- le discours ne doit pas s'interrompre mais au contraire être continu, comme une rivière qui coule. Le thérapeute utilise abondamment des conjonctions de coordination (« et », « à ce moment-là... », « tandis que... », « alors... ») ;

- le thérapeute aura souvent intérêt à utiliser des mots dont le sens est vague voire flou, ce qui permet au patient de pouvoir lui-même construire le sens de son expérience ;

- il devra savoir que « l'inconscient ignore les négations », c'est-à-dire que, notamment en transe, le patient recevra par exemple le propos « *Ne pensez pas à un éléphant rose* » en y pensant activement !

Les trois derniers aspects importants sont les suivants.

- La permissivité. Il ne s'agit ici nullement de morale mais de technique. L'hypnothérapeute, afin de garder la position basse et de faire travailler aussi activement que possible son patient, doit faire en sorte, dans son attitude et son discours, que tout ce que peut faire le patient sera validé et validable. En pratique, en utilisant des formules telles que « *peut-être...* », « *il se peut que...* », le thérapeute propose du choix au patient dont la tâche est de faire son choix. M. Erickson comparait souvent le contexte de la thérapie à un restaurant avec une carte ou différents menus.

- L'anticipation. Le thérapeute est comme un guide qui marche à côté du patient ou même parfois devant lui. Il doit anticiper ce qui va survenir, penser à l'avance à ce qu'il va évoquer et dire, tout en étant attentif aux

réactions du patient. Pour effectuer une telle double tâche, il doit donc avoir une partie de lui-même présente dans l'ici et maintenant de la séance, et une autre partie « ailleurs », d'où la notion suivante.

– Dissociation du thérapeute. Afin que le patient puisse être en transe, il faut que le thérapeute le soit aussi. La notion de dissociation est centrale en hypnose, car elle est recherchée, contrairement à d'autres approches (sophrologie, relaxation, etc.), dans lesquelles elle survient fréquemment mais n'est pas délibérément ni stratégiquement provoquée par le thérapeute. C'est cette dissociation qui va permettre la survenue des phénomènes dits hypnotiques que sont la lévitation, la catalepsie, l'analgésie, l'anesthésie, l'amnésie, l'hypermnésie, la régression, l'anticipation, les distorsions temporelles, l'écriture automatique, les hallucinations, etc.

## Induction

### *Définition. L'approche naturaliste d'Erickson*

Le terme d'induction, lorsqu'il s'applique à l'hypnose, désigne à la fois le processus par lequel une transe s'installe et les techniques que l'hypnothérapeute utilise dans ce but. Le terme d'induction est, si on envisage le caractère naturaliste de l'approche éricksonienne de l'hypnose, paradoxal. Dans la perspective d'Erickson, l'hypnose est conçue comme un phénomène spontané, survenant régulièrement à certains moments de la journée et particulièrement dans certaines circonstances (par exemple moments d'ennui ou d'exécution d'une tâche simple ou habituelle).

Lorsqu'il était interrogé sur les techniques d'induction qu'il utilisait dans son travail, Erickson répondait fréquemment qu'il suffisait d'attendre suffisamment et que le patient finirait tôt ou tard par entrer en transe ! Nous verrons que la notion d'attente est primordiale. Par ailleurs, cette réponse avait également pour but de montrer l'importance pour le thérapeute de prendre son temps dans la pratique de l'hypnose comme dans celle des thérapies qui s'en inspirent.

Comme la thérapie (Erickson disait, là aussi paradoxalement, que la vie est une thérapie, thérapie en tant que recherche de solutions pour une adaptation optimale et créative aux contextes traversés), la transe est un phénomène naturellement présent dans la vie des individus en bonne santé mentale.

### *Rythmes chronobiologiques de l'hypnose*

Depuis l'époque d'Erickson, un certain nombre d'études (recensées notamment par Rossi, 1994), ont été effectuées qui laissent penser que des moments hypnotiques semblent survenir de manière régulière tout au long

de la journée, selon une périodicité ultradienne de 90 à 120 minutes. Il y aura ainsi des cycles diurnes de moments hypnotiques durant l'éveil sur un mode comparable à la cyclicité des moments de rêve durant le sommeil nocturne. Comme pendant le rêve, le cerveau semble, au vu des examens d'imagerie pratiqués, très actif pendant ces moments hypnotiques. Il est actuellement envisagé que ces moments auraient une utilité à un niveau biologique cellulaire (synthèse protéique dans la maintenance cellulaire et dans la création de nouveaux neurones [neurogenèse]).

### *Faciliter la transe. La « préparation du terrain »*

Le plus souvent, induire une transe consiste essentiellement à la faciliter ou, au minimum, à ne pas empêcher sa survenue.

En pratique, un réflexe possible du thérapeute voyant en cours d'entretien son patient moins attentif (un peu dissocié) peut être, en effet, d'intervenir afin de recapter son attention (le réassocier) : « *Dites donc vous m'écoutez ?* », s'attirant probablement une réponse du type « *Mais bien sûr que je vous écoute !* », réponse, comme il sera vu plus loin, peu utile. Dans une perspective hypnotique, le thérapeute dans un tel contexte se gardera bien d'une telle intervention, considérant plutôt cet état comme une disponibilité particulière possible de son patient pour d'autres types d'interactions (évocation d'anecdotes, récits métaphoriques, etc.).

Généralement, et ce pour un nombre varié de raisons (que cela soit en psychothérapie ou en médecine), le thérapeute a besoin de techniques destinées à hâter l'installation d'une dissociation. Dans ce but, il convient d'abord, comme il est souvent dit métaphoriquement, de « préparer le terrain ». Habituellement, le thérapeute demandera au patient s'il a déjà utilisé l'hypnose thérapeutique et, si c'est le cas, l'utilité que le patient en a retiré. Un précédent positif peut déjà constituer, par la remémoration de celui-ci, une technique d'induction possible.

La « préparation du terrain » comprendra aussi, notamment chez le patient vierge de toute expérience personnelle positive d'hypnose, l'examen des éventuelles croyances que celui-ci a concernant cette approche. Les médias, certains spectacles utilisant l'hypnose (souvent simulée mais non toujours), les « on-dit » véhiculés par certains membres de l'entourage sont de grands pourvoyeurs de croyances inquiétantes et donc susceptibles d'empêcher toute tentative ultérieure d'induction. Le thérapeute sera fréquemment amené à expliquer notamment trois points :

- la transe hypnotique n'est en rien un phénomène de sommeil (le patient n'a donc aucune peur à avoir d'être violenté ou abusé pendant une séance) ;
- la transe n'altère en rien le libre arbitre du patient (celui-ci reste entièrement libre de refuser ou d'accepter tel ou tel message venant du thérapeute) ;

– le thérapeute n’a pas de pouvoirs spéciaux et va aider le patient à construire et utiliser lui-même sa transe (ce qui amène fréquemment à dire que « toute hypnose est une autohypnose »).

Lorsque – et c’est malheureusement rare – le patient n’a aucun a priori ni aucune information particulière sur l’hypnose, il est d’usage de lui adresser un habituel « *C’est très bien!* », qui représente, à un autre niveau communicationnel, un encouragement à ne pas savoir et donc à vivre l’expérience, à agir plutôt que réfléchir.

Enfin, dans certains contextes comme la médecine d’urgence (douleur aiguë par exemple), une telle préparation est généralement non pertinente et inutile. Le patient a besoin d’aide rapide pour gérer sa douleur et sa détresse, et le thérapeute devra directement l’aider à se mettre en transe.

## INSTALLATION

Ainsi, rassuré vis-à-vis de l’hypnose, le patient devient alors prêt à franchir l’étape suivante habituellement appelée « installation ». Le patient est invité à se mettre dans une position corporelle qui permette qu’une transe survienne. En pratique, il sera souvent utile d’inviter le patient à s’asseoir, chacun des pieds en contact avec le sol, jambes décroisées, chaque main posée sur la cuisse homolatérale. Les patients douloureux seront invités à essayer différentes positions pour être le plus confortable possible. Avec certains patients il peut être utile de travailler couché ou debout. La position couchée ne doit cependant pas être utilisée sans raison particulière et précise (incapacité du patient à se lever notamment), car l’hypnose éricksonienne est un contexte visant à faciliter des apprentissages, et notamment celui de l’hypnose elle-même (autohypnose), et en pratique il vaut mieux savoir faire de l’hypnose en position assise que de devoir se coucher pour la pratiquer. Inviter le patient à avoir une position assise permet probablement aussi de faire passer le message que l’hypnose est un travail actif attendu de lui.

## ORIENTATION DE L’ATTENTION ET CONCENTRATION

Il s’agit de la :

- facilitation de l’orientation des processus d’attention vers des sensations internes (sol sous les pieds, accoudoirs sous les avant-bras, dossier du fauteuil derrière le dos, etc.);
- facilitation de l’installation d’une dissociation et donc de l’état hypnotique proprement dit.

Dans bon nombre de cas, l’installation d’une transe, chez un patient motivé pour un travail de changement, est heureusement relativement facile. Erickson précisait d’ailleurs qu’une coopération ne devait pas non plus être trop facile à obtenir, et qu’un thérapeute devait envisager dans de tels cas une forme de résistance par hypercompliance, le patient n’apportant rien de lui-même et donc ne « travaillant » pas.

### *Provoquer la transe. Introduction de la notion d'« utilisation »*

Dans certains cas, pour des raisons variées (facteurs de personnalité comme la méfiance notamment), et malgré un thérapeute patient et ayant correctement essayé de déconstruire les croyances limitantes du patient, la transe hypnotique ne peut s'installer alors qu'elle paraît nécessaire. Il va alors falloir au thérapeute employer des moyens particuliers impliquant un certain art de la stratégie reposant essentiellement sur une notion qu'Érickson a lui-même appelé l'« utilisation ». Avant d'exposer celle-ci et sa portée pratique, nous mentionnerons juste quelques techniques habituelles et maintenant classiques d'induction.

### *Quelques techniques. Importance de l'observation*

Afin de faciliter la survenue d'une transe, plusieurs techniques peuvent être utilisées, éventuellement de façon conjointe.

– Décrire des évidences irréfutables : nous avons vu qu'un certain ennui favorisait la transe. On peut dire : « *Nous sommes le 7 octobre... Vous êtes chez votre psychiatre... assis les pieds sur le sol, les yeux bien ouverts regardant devant vous tandis que vous sentez le dossier du fauteuil derrière votre dos et... en même temps... une forme de détente qui se fait sentir d'abord dans une certaine partie de votre corps, peut-être une de vos mains...* » Nous voyons que, dans de tels cas, les évidences cèdent progressivement la place à des constructions, ou en tout cas à des propositions de construction de la part du thérapeute. En observant les comportements du patient, le thérapeute les valide, et éventuellement le complimente, ce qui peut provoquer une certaine surprise favorisant la dissociation si le patient renonce à essayer de comprendre la logique des interventions du thérapeute.

– Des métaphores peuvent être également utilisées comme la descente d'un escalier marche par marche, chaque marche successivement descendue pouvant représenter une étape dans l'entrée et l'approfondissement de la transe.

– Une autre technique intéressante d'un point de vue pratique autant que dans une perspective de réflexion théorique est la proposition faite par le thérapeute au patient de faire comme s'il était en transe. Cette technique, même pour les praticiens de l'hypnose expérimentés, reste d'une efficacité étonnante et semble démontrer ce qu'Érickson a pu dire tout au long de sa vie : les patients savent beaucoup de choses qu'ils ne pensent pas savoir...

## Utilisation

L'utilisation est une autre notion cardinale de l'approche éricksonienne de l'hypnose. Elle constitue probablement la force de son pouvoir théra-

peutique. On peut dire qu'Ericksen utilisait tout ce qui lui paraissait pertinent : les habitudes de pensée, les comportements (surtout les automatismes, les « manies » et « tics »), les mots, expressions, métaphores du patient, son entourage et ses relations, et même la force de ses symptômes. Un exemple paradigmatique est celui d'une jeune femme célibataire qui était complexée par sa dentition qui comportait un espace interdentaire important entre les incisives supérieures. Ericksen lui apprit à utiliser cet espace afin d'asperger d'eau avec la plus grande précision un de ses collègues de travail qui devint ensuite son mari !

Dans son pragmatisme, Ericksen affirmait régulièrement ne se préoccuper en rien de sa dignité professionnelle pourvu que son travail soit utile. De cette manière, on peut concevoir que l'approche éricksonienne soit centrée sur la notion d'apprentissage et d'adaptation, même si les patients peuvent apprendre lors de leur thérapie à dire non aux autres, voire à se mettre en colère !

Dans l'idéal, l'hypnotérapeute vise à aider son patient à apprendre à apprendre. De même, dans une perspective où toute résistance peut être utilisée de manière thérapeutique, la résistance cesse d'être un problème pour éventuellement devenir souhaitée car élément possible de solution.

## Suggestions

Les principes de la communication étant établis, il apparaît utile d'en aborder maintenant les techniques qui sont issues des modalités relationnelles ayant été décrites par les théoriciens de la communication. Nous pouvons dire que ce type particulier de communication va avoir pour effet d'amener le patient dans un autre contexte, d'accepter le changement, et même d'accepter de rentrer dans un monde paradoxal, réel pour lui et totalement virtuel pour un observateur. Globalement, il s'agit toujours de préparer le terrain pour que le patient accepte la suggestion du thérapeute.

### *Suggestions directes*

Les suggestions directes sont faites pour avoir des effets auxquels on se réfère de façon spécifique et directe (Weitzenhoffer, 2000). Par exemple : « *Dorénavant, quand la fumée de vos cigarettes entrera dans vos poumons, vous éprouverez du dégoût, peut-être de la nausée, et vous appréhendez d'allumer une autre cigarette.* »

Elles sont typiques de l'hypnose traditionnelle, magnifiant le pouvoir de l'hypnotiseur. En revanche, elles ne laissent pas de choix, ouvrant ainsi la porte aux résistances. Faut-il les abandonner ? Sûrement pas, car elles sont plus faciles à mettre en œuvre : « On ne peut pas dire qu'ils acceptent sans critique une suggestion, mais ils acceptent qu'on les pousse gentiment » dit

Erickson qui n'oublie pas non plus de bousculer les patients trop hésitants.

### *Suggestions indirectes*

Les suggestions indirectes se caractérisent par un changement de l'orientation du sujet par rapport à la réalité. Bien sûr, le contexte chaleureux, la forme du discours, la parole du thérapeute sont déjà indirectement inductifs mais peu précis. Toutefois, certaines techniques auront des effets plus prévisibles.

#### SUGGESTION OUVERTE

Le thérapeute énonce tout un ensemble de possibilités susceptibles d'apparaître : « *Et dans votre main ou dans une partie de votre main... dans un doigt peut-être... ou bien un autre doigt... vous pouvez être intéressé de voir apparaître une sensation... peut-être un fourmillement... un engourdissement... de la chaleur... de la fraîcheur... de la pesanteur... de la légèreté... ou bien peut-être une autre sensation encore...* » Cette énumération a peu de chances de ne pas tout couvrir. Libre au thérapeute de soulever sa propre main, d'élever le ton en s'orientant vers une main particulière s'il souhaite voir apparaître de la légèreté.

#### SUGGESTION CONTEXTUELLE

Souvent, il s'agit d'évoquer un contexte différent pour suggérer automatiquement un certain type de sensations. Par exemple, évoquer des vacances, la mer entraîne calme et détente. Suggérer l'eau qui coule – les infirmières le savent bien – prédispose aux contractions vésicales.

#### IMPLICATION

C'est un artifice de langage qui, en supposant l'événement accompli, entraîne automatiquement l'acceptation du chemin qui y mène : « *Savez-vous à quel moment vous allez vous détendre ?* » Que le sujet réponde oui ou non, il accepte l'idée qu'il va se détendre à un moment ou à un autre.

#### CHOIX ILLUSOIRE

Il s'agit de donner l'illusion d'un choix. L'important est que le sujet accepte... Les mères le savent bien, qui proposent à leur enfant : « *Préfères-tu ta soupe chaude ou froide ?* » « *Veux-tu te coucher tout de suite ou dans un quart d'heure ?* » Pour le thérapeute, ce sera : « *Préférez-vous entrer en transe tout de suite ou plus tard ?* » « *Dans cette chaise-ci ou dans celle-là ?* »

Si le sujet accepte de manger la pulpe du fruit, il accepte aussi d'avaler le noyau. Il croit gérer son espace thérapeutique; en fait, il est vraiment dans un choix illusoire.

## LIENS

Il s'agit de faire des liens entre deux expériences dont la première est concrète et irréfutable et va rendre la seconde plus probable. Le lien peut être simplement conjonctif : « *Vous êtes assis sur cette chaise et vous pouvez entrer en transe* », ou renforcé par une contingence : « *Pendant que vous êtes assis sur cette chaise et que vous écoutez ma voix, vous pouvez entrer en transe, lentement d'abord...* »

## DOUBLE LIEN

C'est une communication qui ne peut générer qu'un seul et même résultat, choisi par l'émetteur de cette communication (« pile je gagne, face tu perds »). Il ne faut pas le confondre avec le « *double-bind* » de G. Bateson.

Il s'agit en fait d'une technique d'implication où le simple fait de répondre entraîne l'acceptation : « *Laquelle de vos deux mains va se soulever la première ?* » « *Avant que vous n'entriez en transe, j'aimerais dissiper quelques idées fausses sur l'hypnose.* »

## ANTICIPATION

Il faut toujours – c'est vrai quelle que soit la thérapeutique – que, comme aux échecs, le thérapeute ait le « trait », soit celui qui a un coup d'avance. Certaines formules permettent de garder cette avance – avant de trouver une autre idée. Par exemple : « *Et votre esprit inconscient sait déjà que cette expérience peut lui être utile* ». Cela va entraîner une recherche salutaire. De la même façon, la répétition, les digressions éventuellement inintéressantes seront acceptées sans difficulté si le thérapeute reste synchronisé.

## TRUISMES

L'utilisation des truismes (anglicisme signifiant évidence) va maintenir cet avantage et gagner du temps : « *Et c'est tellement bien d'être là, confortable, et d'écouter ou de ne pas écouter et de se sentir simplement de mieux en mieux à chaque respiration, de plus en plus calme et confortable...* » ; « *La plupart des personnes a l'habitude de...* »

## COMPLIMENTS

De la même façon, il est possible d'utiliser les compliments – ce n'est pas, loin de là, leur seule utilité – sur n'importe quelle réponse ou absence de réponse, voire sur rien, en se contentant de dire : « *c'est bien* » et d'attendre la réaction non verbale à cet énoncé. C'est aussi une façon de gagner la main en mettant le sujet en réflexion sur ce qui a bien pu provoquer un tel compliment qu'il va finir par accepter, de toute façon, car les humains sont ainsi faits.

## RATIFICATION

Il s'agit de faire passer au sujet l'idée qu'il s'est passé quelque chose. Elle n'est pas nécessaire mais utile, elle autorise à aller plus loin, à créer un lien. On ratifie la respiration, la détente, certaines réponses involontaires, etc. De cette façon, le thérapeute obtient des rétroactions positives.

À un niveau technique, le thérapeute peut verbaliser : « *C'est bien... c'est très bien...* », « *et vous pouvez avoir envie de sourire...* »

Il est à noter que, assez rapidement, le sujet ne sait plus très bien si le thérapeute connote ce qui s'est produit ou bien ce qui est en train de se produire, à moins que ce ne soit ce qui va peut-être se produire.

## CLIVAGE – DISSOCIATION

Il s'agit de distinguer artificiellement deux choses, ou idées, qui n'ont pas été singularisées jusque-là ou de morceler un élément en plusieurs jusque-là confondus : « Tu trembles, carcasse ! » disait le Maréchal de Turenne. « Ne tremblez pas, mes mains », chantait Jacques Brel. Le plus fréquent est : « conscient – inconscient » et « cerveau droit – cerveau gauche », mais on peut cliver n'importe quelle représentation, par exemple une douleur en une partie brûlante et une partie tiraillante, une expérience et une autre, par exemple être ici et ailleurs. Une fois cette idée semée, nous pouvons nous adresser à chaque partie clivée sur un mode différent, par exemple en s'inclinant d'un côté, et/ou en changeant de timbre de voix ou bien n'importe quel indice.

De la même façon, un clivage temporel peut être utilisé entre une partie dans le passé et une autre dans le présent ; ou bien entre maintenant et plus tard. Une fois l'idée semée, le simple accompagnement relationnel permet sa quasi-réification par le sujet et, bien sûr, tous les jeux sont possibles dans cette néoréalité dissociée. À partir de maintenant, attachez vos ceintures ou bien plutôt, lâchez tout, nous entrons de l'autre côté du miroir, dans le monde d'Alice au Pays des merveilles...

## SAUPOUDRAGE

C'est une combinaison des techniques de clivage et de lien, doublée d'une communication à niveaux multiples. Par exemple : « *Vous pourriez vous d'un siège au... dos... sier plus... confortable... où vous avez pu vous... sentir... plus... détendu... Il y a un... do... maine où vous vous sentirez... à l'aise... qui vous permet d'être... détendu...* » En insistant sur certains mots par le ton, l'intensité de la voix, le débit de la parole, la localisation, le toucher, etc., le double message est perçu par le sujet.

« *Et je sais si vous pensez consciemment que vous pouvez entrer en... transe... Je voudrais que vous observiez... profondément... cette éventualité... et même alors, je ne sais pas le... niveau... de certitude avec lequel*

*vous pouvez... entrer en... transe... et je ne sais même pas si vous pouvez avoir la certitude... profonde... que vous... entrez en transe... lentement d'abord... »*

## NÉGATIONS

Les négations peuvent servir à renforcer la dissociation, à maintenir la position basse, à induire la confusion, à travailler avec la résistance : « *Et vous n'êtes pas obligé de m'écouter... vous n'êtes pas obligé de faire quoi que ce soit* » ; « *Et je ne sais pas à quel moment...* » ; « *Je ne vais rien faire avant que...* » ; « *Je n'ai pas besoin de savoir ce que vous avez décidé...* » ; « *Et vous ne savez pas encore à quel moment vous n'allez pas répondre à ma question* », etc.

Cette technique épuise la résistance du sujet, en tout cas la résistance consciente en confusionnant quelque peu ce dernier.

## SÉQUENCE D'ACCEPTATION

On amène le sujet à répondre positivement jusqu'à ce que, par entraînement, il réponde positivement. Par exemple :

T. : « Êtes vous venu en voiture aujourd'hui ? »

P. : « Oui. »

T. : « Êtes vous bien assis dans cette chaise ? »

P. : « Oui. »

T. : « Est-ce que vous me regardez bien ? »

P. : « Oui. »

T. : « Est-ce que vous allez entrer rapidement en transe ? »

P. : « ? »

## CONFUSION

La confusion fait partie de l'induction. Elle vise à introduire un changement significatif dans la communication. Il est utile que le thérapeute soit imprévisible ; il peut être clair à certains moments, abscons à d'autres. En tous les cas, elle n'est qu'une entrée en matière pour faire accepter une idée déjà prête dans l'esprit du thérapeute et jamais un mode relationnel en soi.

« *Comme vous l'avez déjà dit tout à l'heure...* » ; « *Vous avez raison de penser...* », surtout si le patient ne l'a pas déjà dit ou pensé. « *Qui vole un bœuf vole un œuf* » ; « *Et vous n'êtes pas très sûr de ne pas vous souvenir de ce que vous n'avez pas déjà dit...* »

Les jeux de mots, l'humour, la surprise font partie de cet ensemble.

## Conclusion : critique de la manipulation

Il est vrai que tout cela est de la manipulation. Roustang (2000) répond à cela que l'ambivalence du patient et l'ambiguïté de sa demande autorisent le thérapeute. Celui-ci utilise les armes que le patient lui fournit, non pas pour arriver à ce que lui-même souhaite, mais pour lui permettre de découvrir une autre façon de faire. Dans ces conditions, l'hypnose n'est pas plus manipulatrice que l'interprétation. Finalement, la phase de manipulation n'est qu'une phase temporaire, soutenue par l'éthique du thérapeute, entre l'état d'aliénation du patient à son symptôme et la liberté qu'il acquiert par rapport à lui. « La manipulation dans ce contexte n'aura été qu'une provocation à la liberté. » Simple ne veut pas dire facile.

# 23

## Le travail avec le temps en hypnose



### Prédominance du travail sur le futur

Une des caractéristiques de l'approche éricksonienne concernant le temps est d'être centrée sur le futur afin de permettre au sujet d'interagir avec les autres et d'agir dans le monde, de telle manière que cette action puisse signifier pour lui la fin de la plainte. Ainsi, il prend en compte une nouvelle réalité lui permettant de développer ses différentes potentialités en utilisant ses ressources et ses valeurs. Cette focalisation sur l'avenir est directement liée à la conviction d'Erickson que l'étiologie est une question complexe, n'ayant parfois pas de rapport avec la solution du problème. Il s'agit, par l'utilisation de techniques spécifiques, d'amener le sujet à se projeter dans l'avenir sans son problème afin d'expérimenter une solution adaptée qui lui serve d'attracteur et le guide vers un monde dans lequel il a le pouvoir d'agir en utilisant ses compétences.

Il est possible de travailler directement sur l'avenir par des techniques de progression en âge, à partir du présent ou à partir du passé. Ainsi, même lorsque le thérapeute propose un travail sur le passé, ce travail est intégré dans un processus dont le point d'arrivée est dans le futur. L'accentuation dans l'approche éricksonienne d'une orientation vers le futur permettant de nouveaux contextes d'apprentissage créée, au cours de la séance d'hypnose, l'expérimentation de solutions.

### La régression en âge et les techniques sur le passé

Parallèlement, le travail effectué spécifiquement sur le passé vise à permettre au sujet d'avoir accès aux ressources qui lui permettront de réaliser cet objectif dans un avenir proche.

Il est très important pour l'hypnothérapeute d'avoir ce cadre en tête afin de permettre au sujet de retrouver un processus créatif lui permettant de retrouver en lui-même les capacités de changement qu'il n'arrivait pas jusque-là à utiliser.

Il est fréquent que des demandes de régression en âge soient adressées à l'hypnothérapeute afin de réparer un hypothétique trauma. Ce type de demande doit rapidement être recadré, en permettant au sujet de percevoir que ce travail sur les éléments douloureux et traumatiques du passé sera d'autant plus efficace qu'un certain nombre de changements auront déjà commencé à se mettre en place dans le présent. Il est important, également, de différencier les situations traumatiques dont le sujet se rappelle, des souvenirs hypothétiques que le sujet recherche afin de trouver une cause à son mal-être présent.

Sur les situations traumatiques réelles, la technique la plus adaptée est la HTSMA (hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs ; voir, plus loin, le chapitre 34) développée par Éric Bardot, associant une hypnose fractionnée, une restructuration cognitive, et des mouvements alternatifs visuels, auditifs ou kinesthésiques.

En dehors de ses souvenirs trop présents, dont le sujet voudrait se détacher, il est fortement recommandé de ne pas partir à la recherche d'un hypothétique trauma sous peine de le créer. Cela est d'autant plus important que nous savons aujourd'hui comment la mémoire reconstruit le passé et comment la manière de poser des questions sur les souvenirs les modifie. Le travail d'Élisabeth Loftus (1994) est là pour nous rappeler la prudence que doit garder tout thérapeute lorsqu'il questionne sur des événements douloureux du passé. En effet, les questions posées construisent de nouvelles perspectives qui s'incorporent aux souvenirs passés. N'oublions pas que toute question à visée descriptive possède une dimension de suggestion indirecte, amenant le sujet à construire une réponse appartenant au jeu de langage de son thérapeute. Ainsi, si ce dernier pose des questions laissant entendre l'existence d'une agression sexuelle passée, tout en distillant l'idée que cette expérience douloureuse a été « oubliée » par un processus de refoulement, l'oubli sera la preuve de la réalité de ce faux souvenir. Et il y a de grandes chances que ce faux souvenir, construit par le questionnement, bloque le sujet dans un rôle de victime revendicatrice.

C'est pourquoi l'hypnothérapeute ne doit jamais poser de questions visant à faire émerger des événements traumatiques oubliés. Si le thérapeute est amené à modifier les perceptions du passé, il est préférable que cela soit pour faire émerger une ressource oubliée, des compétences négligées, un souvenir heureux, un moment au cours duquel le sujet s'est senti reconnu par un tiers comme dans « L'Homme de février » de M. Erickson (1976).

Le but du travail sur le passé en hypnose est de permettre au sujet, d'une part, de reprendre contact avec ses capacités d'apprentissage afin de les réutiliser dans le présent et l'avenir, d'autre part, de revivre les moments d'exception antérieurs, c'est-à-dire des moments où la plainte présente était moindre ou absente.

## Exemples

Afin de saisir la spécificité de ce travail, nous proposons d'écrire deux exemples simples montrant comment le travail avec le passé peut être utile pour mettre en place des anticipations positives dans le futur.

Prenons d'abord l'exemple de quelqu'un qui doit passer prochainement un examen, et qui présente un état d'anxiété important. Le travail sur le passé va permettre au sujet de retrouver les moments de sa vie où il a déjà passé un examen et où cela s'est bien passé. Il s'agit d'une situation ressource au cours de laquelle la personne a su utiliser ses compétences dans un contexte donné. La régression en âge va permettre au sujet non seulement de se souvenir de cette expérience, mais de la revivre de l'intérieur, d'un point de vue psychique et corporel, avec ses pensées, ses émotions et ses sensations. Par la suite, lorsque le sujet aura bien exploré cette situation passée, il pourra retrouver, par association, d'autres situations du passé durant lesquelles il a également eu confiance en ses propres possibilités.

Une fois ces souvenirs explorés, l'hypnothérapeute propose au sujet de se projeter dans l'avenir au moment de l'examen en utilisant des capacités que le sujet vient de retrouver, grâce à la régression en âge. Cela va permettre au sujet se projetant dans l'avenir d'augmenter sa confiance en lui, non pas de manière factice, mais à partir de situations réellement vécues.

L'hypnothérapeute aidera ensuite le sujet à faire face à des situations d'imprévus qui se présentent toujours dans ce type de situation : les questions posées lors de l'examen ne sont pas celles que la personne connaît le mieux, des bruits extérieurs diminuent la concentration, etc. De la même manière, l'hypnothérapeute aidera la personne à retrouver dans le passé des contextes où le sujet a surmonté des hasards imprévus pouvant mettre en échec un projet particulier. Une fois cette situation passée revécue et explorée, elle sera de nouveau projetée dans l'avenir pour permettre de nouveaux contextes d'apprentissage adaptés à l'objectif actuel du sujet. Parallèlement, il est possible de retrouver des souvenirs précoces d'apprentissage qui se sont traduits par une réussite. Que se soit l'écriture, la marche ou d'autres situations, le sujet est déjà passé par une phase d'incertitude, avec des doutes, suivis d'une phase de confiance, se traduisant par un lâcher prise et l'accueil de ses possibilités inconscientes d'apprentissage.

Nous avons pris pour exemple une situation simple, mais ce cadre d'hypnose centrée sur les solutions peut être également adapté à différentes situations cliniques. Par exemple, si quelqu'un présente un comportement boulimique, il est utile de permettre au sujet de retrouver dans le passé récent ou ancien des moments où ce comportement de boulimie était moindre ou absent, afin que le sujet l'explore, comprenne ce qu'il faisait à ce moment-là pour ne pas être sous l'emprise de ses symptômes. Ce savoir-faire est alors projeté dans l'avenir pour aider la personne à modifier sa

relation avec la nourriture. Lorsque cette étape est franchie, elle peut être associée à un travail plus spécifique pour permettre au sujet de se visualiser et de s'accepter avec quelques kilos de moins. Les questions sur l'avenir aident le sujet à décrire comment il sera habillé, quelle activité il pratiquera, etc.

Afin de renforcer ces modifications, il est également possible de travailler sur les événements douloureux vécus dans le passé, qui sont à l'origine d'une perte de confiance en soi et de l'installation de croyances limitantes. Dans ce cas, outre le travail de désensibilisation par HTSMA, il est possible d'aider la personne à régresser dans le temps avant cette situation problématique, pour qu'elle accède à des ressources spécifiques lui permettant par la suite de garder confiance en elle.

## Autres techniques

D'autres techniques sont utilisées dans le travail sur le passé dont la technique de l'*affect bridge* ; il s'agit de partir d'une sensation ou d'une émotion dans le présent pour remonter à un moment du passé dans une situation où cette sensation et cette émotion sont apparues et ont été vécues avec intensité. C'est l'utilisation la plus simple du lien entre l'état affectif et la mémoire ; chacun peut expérimenter simplement ce phénomène : lorsque nous nous sentons joyeux, nous avons spontanément tendance à retrouver des souvenirs joyeux ; de même, lorsque nous sommes tristes, nous avons tendance à sélectionner de manière automatique des souvenirs tristes du passé. Cette simple observation est importante car elle permet, surtout dans les situations de dépression, d'éviter de reconstruire un passé d'échec. En effet, si au cours d'une conversation le thérapeute pose des questions sur le passé à quelqu'un qui se sent triste, ce dernier va augmenter sa perception de la tristesse, par rappel de souvenirs associés à la même émotion. D'où l'importance, de modifier d'abord dans le présent les émotions du sujet, ses croyances, avant de le questionner sur son passé.

## Modalités pratiques

Les techniques utilisées en hypnose pour ce travail sur le temps demandent un apprentissage rigoureux. Le travail sur le passé demande à l'hypnothérapeute de bonnes capacités contenantes, pour pouvoir gérer des modifications émotionnelles imprévues en relation avec un événement douloureux.

Les techniques utilisées en régression en âge sont différentes selon que l'on recherche une régression a minima, c'est-à-dire la simple évocation d'un moment passé durant lequel le sujet a été en contact avec ses ressources, ou une régression en âge à proprement parler, qui est une remontée dans le

temps plus systématique. Il est alors important que le thérapeute ait le temps de prévoir une séance longue afin que le sujet travaille à son rythme.

Quelle que soit la technique utilisée, l'hypnothérapeute commence par créer un contexte temporel, associé à la mise en évidence de situations réussies dans le passé. Par la suite, avant d'effectuer la régression en âge proprement dite, il est important de mettre en place un *signaling* pour que le thérapeute connaisse le moment où le sujet va retrouver un souvenir pertinent ; il peut s'agir d'un *signaling* du doigt ou de la tête. Cette régression est favorisée par l'utilisation d'une technique de confusion et d'un jeu de langage favorisant la dissociation, ce qui va permettre au sujet de se détacher du présent et de s'absorber dans sa réalité interne. Par la suite, la remontée dans le temps se fait de manière systématique, en permettant au sujet de retrouver des souvenirs récents, puis de plus en plus anciens. Pour cela, il est possible de suivre des dates d'anniversaire, les fêtes de Noël, les réussites aux examens, et d'autres marqueurs temporels qui aident le sujet à revivre des moments passés. Il est possible également de favoriser la régression en proposant un support imaginaire comme la descente d'un escalier, ou simplement en laissant le sujet expérimenter une émotion qui le guide vers le passé.

Quand la personne revit une situation passée qu'elle souhaite explorer, l'hypnothérapeute va adapter ses questions ; par exemple, si la personne a régressé dans l'enfance, l'hypnothérapeute va s'adresser à elle comme si elle était un enfant, en utilisant la manière dont la personne était nommée pendant cette période de sa vie. De même, la conversation hypnotique se fait au présent et non au passé pour permettre au sujet d'approfondir son expérience.

Le sujet a la possibilité de parler, de s'exprimer s'il le souhaite ou de rester silencieux. L'hypnothérapeute, en général, propose au sujet d'échanger avec la personne sur les thèmes de son choix, afin que l'accompagnement se fasse dans de bonnes conditions. Il est à noter que, grâce aux techniques de dissociation qui favorisent l'installation de l'état d'hypnose, l'utilisation de la parole par le sujet approfondit son état de transe, c'est-à-dire sa capacité à s'absorber dans l'expérience qu'il est en train de revivre.

Dans le cas où l'hypnothérapeute, en fonction du passé traumatique du sujet, souhaite éviter des manifestations émotionnelles trop intenses, il peut utiliser la technique de l'écran de cinéma ou de télévision. Pour cela, il suffit de proposer au sujet de s'imaginer installé dans un fauteuil confortable avec une télécommande à la main, et qu'il projette sur l'écran de cinéma ou de télévision les images de sa vie. En appuyant sur les boutons, le sujet a la possibilité de régresser dans le passé ou d'aller dans l'avenir ; il peut modifier le son, les images, changer de chaîne et de programme à tout moment. Cela donne au sujet un meilleur contrôle de sa relation avec son

histoire et une meilleure sécurité, favorisant un réaménagement émotionnel adapté.

En ce qui concerne le travail de progression en âge, les techniques utilisées pour modifier l'influence du passé sont également utilisées mais recentrées sur l'avenir. De plus, il existe quelques techniques spécifiques comme la technique de la boule de cristal d'Erickson où le thérapeute demande au patient de se focaliser sur la boule de cristal située sur le bureau, et simultanément de se projeter dans un avenir où la situation problématique a disparu. Cette technique a été reprise en détail par Steve de Shazer, auteur de l'approche « centrée sur les solutions », technique qui aboutira à la mise au point de la « question miracle » (voir chapitre 30).

# 24

## Les métaphores thérapeutiques



### Métaphores et communication usuelle

L'usage du conte, de l'allégorie et de beaucoup de véhicules métaphoriques, destinés à produire un changement, une ouverture d'esprit voire une révélation est vieux comme le monde puisqu'on en retrouve des traces dans toutes les traditions, les civilisations, les religions. Les messages transmis ont passé le temps et beaucoup de ces contes continuent à tracer leur sillage même à notre époque. Les métaphores utilisées facilitent l'évocation et la mémorisation, car elles se réfèrent à des réalités concrètes sensoriellement perceptibles.

La métaphore permet, comme son étymologie l'indique, de réaliser une transposition. Il s'agit donc d'une évocation comparative, mais elle n'impose pas forcément la déduction.

La métaphore prend une définition extensive et tout moyen propre à concrétiser une transposition devient ainsi un véhicule métaphorique. Il peut en être ainsi des :

- conte, histoire, fable, parabole ;
- calembour, anecdote ;
- expérience corporelle, physique ;
- musique, peinture, film, objet, livre ;
- sculpture (en séance thérapeutique) ;
- tâches (à la façon dont les prescrivait parfois M.H. Erickson).

L'allégorie est un récit métaphorique construit avec certaines règles répondant point par point au problème rencontré par une personne à un moment donné.

Si l'on retient l'hypothèse de la spécialisation hémisphérique, le langage métaphorique permet de court-circuiter l'hémisphère gauche et sa logique analytique et objective pour favoriser l'expression de l'hémisphère droit et sa compréhension globale synthétique et symbolique. Au premier serait réservé le langage digital tandis qu'au second le langage analogique plus intuitif conviendrait mieux. Ainsi, l'alternance de discours et de langage

face à un problème peut permettre des éclairages enrichissants et, espère-t-on, des changements.

Sans connaître cette spécialisation hémisphérique, beaucoup de sages, de poètes, de philosophes ont tenté de transmettre leur message de cette façon, espérant être mieux entendus en dépassant la censure naturelle de la logique.

Les métaphores sont souvent un mode d'expression naturel de la réalité vécue par le patient. Parfois, elles sont des images potentiellement aliénantes par la vision péjorative qu'elles mettent en place, contribuant à la construction d'une réalité peu propice au changement.

Le thérapeute avisé saura utiliser les métaphores du patient comme moteur du changement en faisant évoluer l'image en gardant le même contexte. Ainsi, un patient se trouvant dans la « galère » peut s'entendre interrogé sur le choix de son poste : au gouvernail ou à la rame, ou encore sur la distance pour le prochain port. Un autre patient se vivant « *au pied du mur* » sera interrogé sur la manière de le franchir, de l'escalader ou de le contourner.

## Différentes formes

Au-delà des différentes sources de moyens citées précédemment et laissées à la libre appréciation de l'intervenant, il existe :

- des métaphores ouvertes pour lesquelles la solution est à trouver par celui qui la reçoit, permettant à la personne de participer ;
- des métaphores fermées dans lesquelles la solution est implicite et transposable, conforme à l'objectif exprimé par le sujet ;
- des métaphores de surface très liées à la situation du patient, faciles à comprendre ;
  - des métaphores profondes quand le lien n'est pas explicite ;
  - des métaphores imbriquées (métaphore dans la métaphore) ;
  - des métaphores utilisationnelles créées à partir des propres métaphores du patient et parfois de ses symptômes (ces derniers étant souvent eux-mêmes de magnifiques métaphores de sa situation).

Bien sûr, les formes métaphoriques varient à l'infini selon le « véhicule » utilisé (sculpture en séance, prescription de tâche, jeu, conte, etc.).

## Intérêt des métaphores thérapeutiques

Le contenu métaphorique est variable et doit être adapté à chaque patient, respectant même quand c'est possible une relation dite isomorphique à son problème et à sa situation.

L'usage de la métaphore, quel que soit le moyen utilisé, est censé enrichir la thérapie en :

- proposant des alternatives, des choix, des découvertes, des apprentissages ;
- diminuant les résistances ;
- découvrant des ressources, des idées ;
- recadrant ou redéfinissant un problème ou une situation ;
- adaptant une solution propre au problème de chaque patient ;
- renforçant l'autonomie et la prise de responsabilité ;
- favorisant la créativité du patient ;
- facilitant la mémorisation.

Les métaphores peuvent ainsi avoir une portée à plusieurs niveaux : pédagogique (apprentissage), thérapeutique (résolution d'un problème, recadrage, etc.), existentiel.

Elles correspondent souvent à un moment clé de la thérapie (mise en route, éclairage de l'objectif, fin de thérapie, etc.). L'exemple suivant le montre :

P : « Je viens vous voir, mais je ne devrais pas être là car j'ai tout pour aller bien et je n'avance pas dans ma vie. »

T : « Il arrive qu'un tout petit caillou dans la chaussure empêche de marcher. »

Cette seule intervention permet l'alliance thérapeutique initiale et le recadrage du problème comme accessible à une solution.

## Moyens

Le langage métaphorique utilise des moyens qui lui sont propres, peut-être par la dépotentialisation de l'hémisphère gauche :

- l'imaginaire, qui est mis à contribution ;
- le langage analogique, qui est privilégié ;
- des mots et expressions à plusieurs sens (exemple : « pas-sage ») ;
- la recherche d'une surprise vis-à-vis de l'attente du sujet ;
- l'humour parfois ;
- l'établissement d'une communication à plusieurs niveaux :
  - cognitif (le rêve, la pensée, l'imaginaire) ;
  - sensoriel (par l'ambiance, les mots et verbes à tonalité sensorielle) ;
  - corporel.

– la « dissociation entre la réalité immédiate et un ailleurs lointain et autonome » (Zeig, 1980).

## Communication de la métaphore

L'usage de la métaphore crée par nature une dissociation, puisque le sujet est à la fois dans le présent ici et maintenant, et captivé par l'histoire dans un autre temps et en un autre lieu. C'est pourquoi le langage hypnotique facilite le discours métaphorique et sans doute la capacité du patient à l'entendre même si, à aucun moment, le contenu du message ne lui sera imposé, encore moins explicité.

Le thérapeute doit donc avoir une capacité à entrer dans le rythme de son interlocuteur grâce à une observation attentive de son regard, de ses mouvements, de sa posture et de la construction de son langage. Il saura alors s'adapter à son patient par une position adéquate de son corps, de ses mouvements et de sa respiration. De même, son langage adoptera, si c'est possible, les modalités sensorielles préférentielles du sujet.

Mais, avant de construire et de transmettre une métaphore, le thérapeute aura soin de faire un repérage précis de la situation du sujet. Il convient ainsi :

- d'explorer son environnement, son contexte de vie, l'étape du cycle de vie où il se trouve ;
- d'évaluer ses ressources personnelles et environnementales, ses compétences ;
- de connaître sa position, ses valeurs dans l'existence, dans ses relations, son attitude face à la vie, ses croyances, ses objectifs ;
- de repérer tout ce qui peut freiner le changement.

Il ne suffit pas d'identifier un problème ou un objectif pour trouver une réponse même métaphorique, car connaître la personne à laquelle on s'adresse est indispensable pour adopter une stratégie thérapeutique comprenant des véhicules métaphoriques.

## Construction d'une allégorie ou d'un conte métaphorique

Les principes des allégories thérapeutiques ne diffèrent pas de ceux des métaphores. Seule la construction en est plus précise, puisque l'histoire proposée est propre à chaque patient, à chaque situation problème. Bien sûr, le contexte aura été posé et l'objectif cerné pour que la construction soit la plus adaptée possible.

### *Recherche de l'objectif*

C'est le travail centré sur l'objectif qui est donc le préalable essentiel ici, comme dans beaucoup des approches psychothérapeutiques.

L'objectif doit être, si possible, descriptible en termes positifs, dépendant du pouvoir du patient et évocable en termes sensoriels (le patient doit percevoir, voir, entendre, sentir, etc., la situation désirée). On s'assure que cet objectif respecte l'équilibre de la personne et de son environnement et, pour cela, il est nécessaire de connaître les risques du changement une fois l'objectif atteint. Pour l'atteindre, on recherche aussi les ressources qui seront nécessaires au patient ainsi que les éventuels obstacles à franchir.

Parfois, l'objectif ne peut être cerné de façon aussi claire, car il s'agit plus d'un changement d'attitude vis-à-vis d'un problème : acceptation, motivation, mise à distance, ou bien plus simplement de la création des conditions qui favorisent le changement.

### *Créer l'isomorphisme de l'histoire*

La situation problème est analysée de manière à ce que, à chaque personne citée, corresponde un personnage de l'histoire et qu'à chaque événement vienne en miroir une péripétie dans l'histoire. La différence essentielle réside dans l'amorce d'une stratégie de solution évoquée que le patient peut éventuellement s'approprier pour aboutir à la situation désirée.

### *Comment raconter*

Le conteur entre dans l'histoire et met en scène les personnages dans des situations de dialogue en traçant les grandes lignes du tableau pour laisser ouverte la possibilité d'enrichissement par l'écouter.

Les mots utilisés sont sans référence précise pour que l'écouter mette le visage ou le paysage qui lui convient. Pour les personnages, on peut juste dire « *on, un homme, des gens, quelqu'un, un voisin, etc.* », et pour le cadre, on pose simplement un thème : la forêt, la mer, la montagne, la campagne, la ville. Le conteur va utiliser des verbes d'action mais non spécifiques (entrer, aller, faire, etc.) ou des verbes à tonalité sensorielle. Quand des verbes plus précis sont nécessaires, il recourt à la nominalisation pour que les mots centrés sur l'objectif soient semés (« *il espérait* » devient « *il gardait espoir* »). De même, les dialogues réalisés par les personnages permettent de faire des suggestions voire des injonctions tournées vers le changement d'attitude (« *Et le vieil homme lui dit : "regarde et vois"* »). Enfin, des interrogations peuvent être utiles pour laisser des ouvertures sur la suite à réaliser dans le futur, favorisant, espère-t-on, la réappropriation des questions et la poursuite du processus thérapeutique.

Bien sûr, le conte favorise une dissociation et le conteur s'attache à utiliser un mode de langage facilitateur de cette dissociation pour que l'écouter soit dans l'histoire ; c'est-à-dire voit vivre, respirer, marcher les

personnages. Le conteur doit ainsi être attentif au rythme du sujet, utiliser des silences, des questions, des envolées, voire répéter un passage.

Les objectifs des allégories ne diffèrent pas de ceux des autres véhicules métaphoriques :

- prise de décision ;
- recadrage : changer la perception ;
- apprentissage ;
- modification des perceptions de soi ;
- éclairage sur les projections ;
- enrichissement de la réalité perçue, etc.

Pour conclure, nous retiendrons cette citation de Michel Kerouac (2004) : « La métaphore thérapeutique est une histoire réelle ou fictive, une figure de style, un mot, une catachrèse, un calembour, une fable, un symbole, une parabole, une image, un dessin ou même un jeu. Ces éléments attirent l'attention consciente d'une personne et servent à déjouer ses mécanismes inconscients de défense. Elle peut ainsi rejoindre son mécanisme de protection : ce sont des forces riches d'alternative et de solutions à une problématique rencontrée qui bloque le développement de la personne. »

# 25

## Un domaine d'application privilégié : la douleur



Depuis longtemps, nous savons que l'imagination a une action sur la douleur. Si, à l'époque des guérisseurs, cette action était attribuée au pouvoir de certains, nous commençons maintenant à avoir une certaine idée des mécanismes neurophysiologiques mis en jeu dans ce cadre du contrôle de la douleur par l'imagination.

De ces travaux, il faut retenir que l'imagination – l'hypnose – ne supprime pas la douleur, mais qu'elle supprime la possibilité d'irruption de la douleur dans la conscience par l'activation de zones inhibitrices de notre cerveau avant que ces influx nerveux n'arrivent dans les lobes frontaux qui semblent avoir un rôle prépondérant dans la genèse de la conscience.

Dans la réalité, comment faisons-nous avec nos patients ?

### Douleur aiguë

#### *Expliquer et faire découvrir les ressources*

Le plus souvent, nos patients ont besoin de savoir ce que nous allons faire avec eux. Par ailleurs, de la même façon que le médecin distrait un enfant en attirant son attention sur autre chose, il sera facile d'utiliser les capacités de l'hypnose à créer l'absorption dans une expérience imaginaire pour supprimer la souffrance, voire la douleur elle-même.

De cette façon, le patient pourra imaginer que le crayon avec lequel le médecin touche sa main est une seringue pleine d'un anesthésique puissant. Il pourra alors ressentir le fourmillement ou l'engourdissement provoqué par la diffusion du produit. De proche en proche, toute sa main se trouvera engourdie. Il sera alors très simple, en comparaison aux sensations antérieures, de lui permettre de se rendre compte qu'il a été capable ainsi d'analgésier sa main et qu'il dispose d'une ressource jusque-là inconnue par lui.

## *Explorer les capacités du patient : observer*

L'observation est un des maîtres mots de notre discipline. Très rapidement après l'entrée du patient dans le cabinet, nous pouvons savoir en partie quelles sont les ressources sur lesquelles nous pourrions nous appuyer. Les personnes qui nous rencontrent ont déjà des ressources spontanées, comme nous pouvons nous en rendre compte lorsqu'elles se montrent distraites, dissociées, qu'elles manifestent des oublis ou autres ressources qui pourront tout à fait être utilisables.

Malheureusement, ces ressources ne sont pas toujours suffisantes ; il faudra en apporter, en créer d'autres jusqu'à ce que la personne les éprouve comme une nouvelle compétence. Il ne s'agit pas de convaincre : il s'agit de permettre à la personne de vivre la découverte de la nouvelle ressource comme irréfutable.

## *Apporter des ressources jusque-là non disponibles*

### PLACE SÛRE

Quelquefois, la personne se trouve totalement démunie lorsque la crise de douleur survient, par exemple en cas de névralgies faciales. Elle ressent alors un profond affect de détresse. Si le thérapeute lui apprend à retrouver immédiatement une sensation de sécurité s'appuyant sur le souvenir d'un moment de sécurité dont le retour automatique aura été ancré sur la crispation de la mâchoire qu'elle présente à ce moment-là, la personne craindra beaucoup moins le retour de la crise.

### TRANSFERT D'ANALGÉSIE

L'expérience hypnotique permet de déplacer les sensations. C'est ainsi que l'analgésie de la main pourra se transférer à la mâchoire dans le fauteuil du dentiste, ou bien que le souvenir de la dernière analgésie chimique dentaire pourra être très utile pour calmer une algie du trijumeau.

### RÉGRESSION EN ÂGE

Il existe des ressources d'apprentissage et de résilience.

– Ressources d'apprentissage. Il s'agit de permettre à une personne de retrouver un contexte d'apprentissage tel que celui de la marche ou celui de la lecture afin qu'elle accepte le travail qui lui est proposé par rapport à sa douleur comme un nouvel apprentissage, c'est-à-dire le passage de quelque chose qu'elle ne maîtrise pas et qui l'effraie à quelque chose qu'elle va finir par maîtriser.

– Ressources de résilience.

- À la douleur. Quel garçon ne se souvient pas d'avoir pris un coup violent en faisant du sport et d'avoir continué à jouer sans autre forme

de procès malgré l'intensité de la douleur ? Retrouver ces souvenirs dans un contexte hypnotique permettra de transférer cette ressource à l'adulte que la personne est devenue.

- **Générales.** Tous les souvenirs de résilience à la souffrance, à la perte, etc. pourront être utilisés comme des ressources permettant de diminuer la souffrance provoquée par une douleur.

#### ANTICIPATION (PROGRESSION EN ÂGE)

L'anticipation est une ressource très importante. Toutes les mères le savent, qui promettent à leur enfant une sucrerie ou une autre gratification dès qu'il sera sorti du cabinet du médecin.

- **Le futur sans douleur**

À un simple niveau de conversation, il peut être très utile de parler de ses prochaines vacances avec son patient, en insistant un peu sur l'usage agréable qu'il pourra faire des zones actuellement douloureuses.

- **« Emprunter » des ressources**

Quelquefois, malgré leur bonne volonté, il arrive aux patients de ne pas trouver de ressources suffisantes dans leur passé. Qu'à cela ne tienne : il sera facile au cours de la transe hypnotique de leur permettre d'emprunter cette ressource à une autre personne, réelle ou imaginaire, et de voir leur comportement présent et futur une fois qu'ils disposent de cette nouvelle compétence.

Toutes ces techniques vont être très utiles pour permettre à un grand nombre de patients de surmonter les douleurs de la vie quotidienne, tout particulièrement celles qui sont provoquées par les soins médicaux. L'infirmière, le kinésithérapeute, le chirurgien-dentiste, le médecin généraliste, l'anesthésiste, la plupart des médecins spécialistes pourront avoir un intérêt à disposer de ces savoir-faire hypnotiques pour augmenter le confort de leurs patients, mais aussi le leur, retrouvant ainsi bien souvent un nouvel intérêt à leur travail.

Dans ce contexte de l'analgésie, les indications de l'hypnose sont très larges puisque celle-ci permet de rendre confortables des actes aussi simples qu'une injection, mais aussi des extractions dentaires, des coloscopies, des ablations de la glande thyroïde, voire des chirurgies pouvant durer plusieurs heures.

## Douleur chronique

### *Généralités*

Pour certaines personnes, la douleur dure des mois, voire des années. Avec elle, croissent l'impuissance, la détresse et le désespoir, d'autant plus

difficiles à accepter que le mythe que la médecine moderne peut tout résoudre est de plus en plus puissant et crée de ce fait des attentes toujours plus importantes. Actuellement, les équipes d'algologie utilisent de plus en plus les techniques d'hypnose.

#### DÉFINITION D'OBJECTIFS

L'important est d'échapper au double jeu d'un patient qui prétend attendre un miracle face au médecin qui pense ou laisse croire que ces techniques vont l'apporter. En écoutant les patients, il est facile de se rendre compte qu'ils ont en fait des attentes assez modestes, qu'ils voudraient avoir moins mal à tel moment dans la journée, qu'ils voudraient pouvoir réaliser telle ou telle action qui leur permettrait d'avoir plus d'autonomie ou bien de conserver un minimum de relations sociales.

Au minimum, il est aisé de demander à un patient, en utilisant une échelle analogique graduée de 0 à 10, combien sa douleur le gêne ; si à 10, il ne peut plus rien faire ; et si à 0, il est totalement libre de ses actions. Il se rendra compte qu'il n'y a pas équivalence entre l'intensité de la douleur et l'intensité de la gêne et que ce qu'il veut vraiment, c'est une diminution de la gêne.

#### PARCELLISATION, MÉTAPHORISATION

Avec ces patients, le travail d'hypnose sera quelque peu différent de celui qui est utilisé dans la douleur aiguë. Généralement, l'objectif défini ne sera pas celui d'une absence de douleur, mais celui d'une autonomie, d'une compétence retrouvées. Dans ce contexte, le recours à des techniques permettant aux patients de devenir le plus actifs possible sera privilégié, ce qui n'empêche aucunement l'utilisation de l'hypnose classique.

Comme dans la douleur aiguë, l'hypnose va permettre d'installer des ressources, d'imaginer et, surtout, de vivre réellement dans la transe hypnotique un avenir meilleur. Le travail ayant un objectif plus partiel, les patients seront plus sensibles à des petits gains que dans la douleur aiguë. Par exemple, il sera plus facile de leur faire accepter de travailler seulement sur une composante de la douleur et il pourra leur apparaître très intéressant d'avoir su apprendre à diminuer la composante brûlante de leur douleur alors même que la composante déchirante ou lancinante sera restée intacte.

De la même façon, ils seront accessibles à un travail métaphorique. Si la brûlure est assimilable par eux à une plaque de métal rougi placée dans leur dos, peut-être que le refroidissement de cette plaque observable par son noircissement les aidera à diminuer cet aspect de leur douleur.

#### *Au-delà de la séance*

La grande difficulté pour le thérapeute sera de permettre que cet état puisse perdurer au-delà de la séance, afin que les inhibitions neuronales

mises en jeu par l'hypnose puissent continuer à faire leur effet de la manière la plus pérenne qui soit.

C'est ainsi que deux types de techniques seront principalement abordées.

#### APPRENTISSAGE DE L'AUTOHYPNOSE

Pour la plupart des hypnotérapeutes travaillant dans le monde de la douleur, un temps important est l'apprentissage par le patient de l'autohypnose. Que celle-ci s'appuie sur l'usage de cassettes préenregistrées ou sur un apprentissage progressif qui s'est fait durant la séance, il importe que le patient puisse s'accorder un temps pour vérifier la poursuite de sa compétence à diminuer la douleur. Généralement, durant la séance d'autohypnose, il reproduira des exercices déjà faits durant les consultations, qu'il s'agisse d'exercices de diminution de la douleur, d'exercices de diminution de la souffrance, ou d'exercices d'anticipation d'un avenir dans lequel le maître n'est plus la douleur. L'expérience montre que, même s'il ne s'agit quelquefois que d'un travail d'imagination ne produisant pas d'hallucination à proprement parler, les effets sont généralement très positifs.

#### PRESCRIPTION POSTHYPNOTIQUE

Une autre façon de permettre la résurgence de l'hypnose au-delà de la séance est d'utiliser la prescription posthypnotique. Il peut être suggéré au patient qu'à chaque fois que son poing ou sa mâchoire se crispent, il retrouvera automatiquement ce souvenir d'enfance, quand il se réfugiait dans sa chambre avec son chat dans les bras lorsqu'il était trop malheureux. Il peut lui être suggéré qu'à chaque fois que la douleur deviendra trop importante, il retrouvera le même état d'hypnose qu'il a connu dans la séance et, sans même s'en rendre compte, pourra vivre une expérience dans laquelle le temps passe de plus en plus vite. Il peut également être suggéré au patient que le changement peut être lent, très progressif et qu'il est important qu'il puisse être dans une situation d'attente afin de pouvoir capter chaque parcelle de nouveau changement pour la conserver précieusement et la maintenir comme une petite flamme précieuse.

Dans le cadre de la douleur chronique, l'utilisation d'hypnose n'est qu'un outil parmi les autres techniques mises à la disposition des patients, mais elle permet des progrès réels et, surtout, elle permet aux patients d'être actifs par rapport au monde de leurs sensations corporelles et de récupérer ainsi une maîtrise sur eux-mêmes et leur monde, que les techniques médicales, si pertinentes soient-elles, pourraient lui faire courir le danger de perdre.

## Exemple clinique

Bernadette est une patiente fibromyalgique qui se sent impuissante, mal comprise, rejetée de tous. La douleur des muscles et des articulations, leur enraidissement au bout de quelques minutes d'activité font qu'elle ne peut presque plus rien faire. De toute façon, même lorsqu'elle va mieux, la fatigue l'empêche d'être trop active. S'il lui arrive d'être moins fatiguée, elle veut alors en faire trop, essaie de rattraper le temps perdu et est alors condamnée à connaître plusieurs jours de douleur et de fatigue intenses. Son entourage l'accuse d'en rajouter et elle se sent profondément triste.

Elle est suivie depuis longtemps par des médecins algologues dont elle reconnaît les efforts. Elle ne s'est jamais sentie bien que lors de certaines séances de perfusion, lorsqu'elle est hospitalisée, mais les troubles réapparaissent dès le lendemain.

Ce qu'elle voudrait, ce serait simplement aller assez bien pour pouvoir s'occuper à nouveau des fleurs de son jardin et réussir aussi à être debout lorsque ses enfants rentrent de l'école. En discutant, nous arrivons à la notion que si elle faisait déjà du repos préventif avant que ses enfants ne rentrent, il lui serait peut-être plus possible de se retrouver sur pied à leur retour.

Nous travaillons également en hypnose.

Elle se sent la prisonnière de son corps. Pour elle, retrouver un peu de liberté dans cette prison serait de pouvoir retrouver le plaisir de certaines sensations. La transe de l'hypnose l'emmène dans de magnifiques et odorants jardins ; il lui est suggéré qu'automatiquement, sans même qu'elle s'en rende compte, à chaque fois qu'elle s'allongera, elle retrouvera ces odeurs et ces couleurs.

Il est aussi demandé de faire régulièrement de l'autohypnose durant laquelle elle pourra imaginer comment, au printemps suivant, elle plantera son jardin d'une façon adaptée à ses possibilités ; comment, au fur et à mesure qu'elle sera présente au retour de ses enfants, elle retrouvera progressivement son autorité.

Au bout de quelques consultations, Bernadette a intégré la notion de repos préventif ; elle sait aussi demander de l'aide sans se plaindre. Elle a d'ailleurs presque cessé de se plaindre et a recommencé à trouver progressivement des petits plaisirs ; elle a aussi recommencé à savoir faire plaisir en faisant, quand elle le peut, une pâtisserie pour le retour de ses enfants. Elle n'est pas encore capable de retourner au travail, mais sa présence au monde est déjà transformée. Elle ne se plaint plus, son apparence dépressive a disparu, la vie familiale et la vie de couple sont bien améliorées. C'est à ce niveau qu'elle me quitte : notre objectif est atteint, elle reviendra si elle en ressent le besoin.

## Bibliographie (hypnose)

---

- ERICKSON M., ROSSI ERNEST L., ROSSI SHEILA I. (1976). — *Hypnotic realities. The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*, New York, Irvington ; trad. fr : *Traité pratique de l'hypnose. La suggestion indirecte en hypnose clinique*, Paris, Grancher, 2006.
- HALEY J. (1973). — *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.D., New York, W.W. Norton and Company ; trad. fr : *Un thérapeute hors du commun*, Paris, Desclée de Brouwer.
- KEROUAC M. (2004). — *La Métaphore thérapeutique, ses contes, ses outils*, Bruxelles, Satas – MKR Éditions.
- LOFTUS E., KETCHAM K. (1994). — *The mythe of repressed memory*, New York, St. Martin's Press.
- MELCHIOR T. (1998). — *Créer le réel. Hypnose et thérapie*, Paris, Le Seuil.
- ROSSI E.L. (1994). — *Psychobiology of mind-body healing. New concepts of therapeutic hypnosis*, New York, Norton ; trad. fr : *Psychobiologie de la guérison*, Gap, Le Souffle d'Or, 2002.
- ROUSTANG F. (2000). — *La Fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob.
- ZEIG J. (1980). — *A teaching seminar with Milton Erickson*, New York, Brunner Mazel, trad. fr : *Un séminaire avec Milton Erickson*, Bruxelles, Satas, 1997.
- WEITZENHOFFER A.M. (2000). — *The practice of hypnotism*, New York, John Wiley and Sons

## Pour en savoir plus (hypnose)

---

- BARBER J., ADRIAN C. (1982). — *Psychological approaches to the management of pain*, New York, Brunner Mazel.
- BELLET P. (2002). — *L'Hypnose*, Paris, Odile Jacob.
- BENHAÏEM J.M. (2005). — *L'Hypnose aujourd'hui*, Paris, InPress.
- BIOY A., MICHAUX D. (2007). — *Traité d'hypnothérapie*, Paris, Dunod.
- MALAREWICZ J.-A. (1990). — *Cours d'hypnose clinique. Études éricksoniennes*, Paris, ESF.
- MEGLÉ D. (1999). — *Erickson, hypnose et psychothérapie*, Paris, Retz, 2005.
- MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2007). — *Manuel d'hypnose à l'usage des professions de santé*, Paris, Maloine.
- O'HANLON B., MARTIN M. (1992). — *Solution-oriented hypnosis. An Ericksonian approach to inner healing*, New York, Norton ; trad. fr. : *L'Hypnose orientée vers la solution*, Bruxelles, Satas, 1995.
- QUÉLET J., PERROT O. (1998). — *Hypnose. Techniques et applications thérapeutiques*, Paris, Ellebore.

- ROSEN S. (1982). — *My voice will go with you. The teaching tales of Milton Erickson*, New York, W.W. Norton & Co ; trad. fr : *Ma voix t'accompagnera*, Paris, Hommes et Groupes.
- SALEM G., BONVIN O. (2001). — *Soigner par l'hypnose*, Paris, Masson.
- SHORT D. (2005). — *Hope and resiliency*, Camarthen, Crown House Publishing ; trad. fr : *Espoir et resilience*, Bruxelles, Satas.
- SIMON V. (2000). — *Du bon usage de l'hypnose*, Paris, Robert Laffont.

## Gregory Bateson – Un surdoué touche à tout

J. BETBÈZE

Gregory Bateson est né en Angleterre en 1904 et décédé aux États-Unis en 1980. Son père, William, est un biologiste anglais, l'un des principaux fondateurs de la génétique. Il s'intéresse en particulier aux effets des changements environnementaux sur les variations dans les espèces. Il est à la recherche d'un certain ordre dans les caractères du vivant. Ce projet sera repris par Gregory Bateson. Toutefois, celui-ci, après une expédition aux îles Galápagos, rencontre A.C. Hutton, anthropologue à Cambridge, et s'oriente vers l'anthropologie.

Son premier livre, *Naven*, rapporte une cérémonie se passant chez les Iatmul de Nouvelle-Guinée, cérémonie au cours de laquelle l'oncle maternel d'un enfant, le plus souvent un garçon, revêt des haillons de femme, se coiffe d'un vieux chapeau et se barbouille le visage de cendres, la première fois que le garçon a effectué un exploit comme tuer un étranger, un animal, ou planter une plante. Après avoir souligné que les hommes sont probablement, dans cette société, d'autant plus exhibitionnistes que les femmes les admirent, il qualifie cette relation entre les hommes et les femmes de schismogénèse de type complémentaire, et la conduite de surenchère des hommes entre eux de schismogénèse de type symétrique.

Bateson entend parler pour la première fois, au cours du symposium de la Fondation Macy en 1942, des concepts de feed-back positif et de feed-back négatif, concepts qu'il avait pressentis, lors de son travail lors de la cérémonie du *Naven*, alors qu'il décrivait les facteurs pouvant accentuer le processus de schismogénèse (feed-back positif), ou y faire contrepoids (feed-back négatif).

Au cours de ce symposium, dans lequel s'élabore le concept de cybernétique, outre Norbert Wiener, John Neumann (théorie des jeux), Laurence Kubie (psychiatre, psychanalyste), Bateson rencontre Milton Erickson avec lequel il avait déjà été en contact pour analyser les trances observées à Bali.

Un des points importants du rôle du feed-back en psychologie est l'abandon d'une perception causaliste pour expliquer un phénomène. Si le feed-back est négatif, par exemple, la conduite d'un individu dans sa famille sera comprise comme le résultat des restrictions imposées par l'organisation familiale à ses membres.

Arrivé aux États-Unis en 1942, Bateson commence à travailler à partir de 1948 sur les communications concrètes au sein d'un contexte psychiatrique et, en 1952, il observe au zoo de San Francisco des singes échangeant des messages du type : « Ceci est un jeu ». Ce jeu, chez l'animal, comme l'humour chez l'homme ou la discordance schizophrénique, va occuper, par la suite, une place très importante dans l'étude des communications paradoxales.

En 1956, il publie avec Jackson, Haley et Weakland, le premier article sur la compréhension de la genèse de la schizophrénie dans une perceptive interactionnelle et familiale. Dans cet article, Bateson et ses co-auteurs imaginent qu'un individu prisonnier dans une situation de double lien peut développer des symptômes schizophréniques. Les ingrédients nécessaires pour qu'une situation de double lien se mette en place sont décrits selon six points :

- deux ou plusieurs personnes, dont l'une est désignée comme la victime ;
- une série d'expériences répétées ;
- une injonction négative primaire : « *Ne fais pas cela ou je te punirai* » ;
- une injonction secondaire en contradiction avec la première, à un niveau plus abstrait (message non verbal : posture, geste, ton de la voix, etc.) et qui est également renforcée par la punition ;
- une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime d'échapper à la situation. Confronté à une situation de double lien (« *Ne fais pas cela et ne fais pas ce que je te dis de faire* »), l'individu n'est plus en mesure de distinguer ce qu'il doit faire ; il n'arrive plus à distinguer les niveaux logiques ;
- à la fin du processus, la victime est confuse. Cela peut se traduire par de la panique, de la rage, des hallucinations auditives.

Par la suite, Bateson et ses co-auteurs reconnaissent avoir commis l'erreur, dans ce texte, de présenter la double contrainte en tant que causalité linéaire, avec un persécuteur et une victime. Cette erreur a été corrigée par la suite par Weakland. Pendant longtemps et malgré cette mise au point, beaucoup de gens ont continué à croire que Bateson voyait dans la double contrainte la cause de la schizophrénie, ce qui est absolument faux et l'irritait beaucoup.

Comme l'a dit Steve de Shazer : quel que soit le rôle que joue le double lien dans l'étiologie des problèmes, la présentation sous la forme double lien/contre-double lien est importante pour au moins trois raisons :

- la description du problème concerne ce qui se passe *entre* des personnes, sans se référer à ce qui pourrait se passer à *l'intérieur* ;
- le problème est décrit dans un certain *contexte*, ce qui aide à donner un sens au comportement ;
- et on propose un modèle de traitement (une manière de faire émerger une solution) fondé sur les mêmes critères interactifs et contextuels, en tout cas tels que les a compris le thérapeute (et les observateurs).

En 1964, Bateson écrit (1972, t. 1, p. 271) : « des adjectifs comme méticuleux, anxieux, exhibitionniste, passif, etc., censés décrire l'être humain, ne sont en fait aucunement applicables à l'individu, mais aux transactions entre celui-ci et son environnement matériel et humain. Personne n'est débrouillard, ou dépendant, ou fataliste, dans le vide. » Chaque trait que l'on attribue à l'individu n'est pas le sien, mais correspond davantage à ce qui se passe entre lui et quelque chose (ou quelqu'un d'autre) dans un contexte donné. Il conclut : « C'est par rapport à un contexte que s'inscrit une certaine classe

de réponses. Cette imbrication de contextes et de messages suggérant un contexte – mais qui, à l’instar de tous les messages, n’ont de sens que grâce à ce contexte – constitue l’objet de la théorie de la double contrainte. »

Bateson s’intéresse également à une théorie de l’alcoolisme. Il avance l’idée que la personne alcoolique n’est pas une entité séparée, mais résulte plutôt de la relation symétrique entre l’homme et la bouteille, entre l’homme et son environnement social. Pour lui, le problème de l’alcoolique réside dans les règles dont il se sert pour interpréter son expérience. Il donne des éléments d’analyse permettant de comprendre le succès des Alcooliques Anonymes.

Puis, à la fin de son travail, Bateson souligne les conséquences perverses du dualisme cartésien. Les questions épistémologiques deviennent prioritaires pour lui. Il est urgent d’envisager une nouvelle manière d’être, en relation avec notre écosystème, en laissant la place à une vision plurielle. Il souligne l’importance de percevoir non seulement les objets, mais également les relations entre les objets, entre les objets et les hommes : percevoir qu’une main n’est pas seulement cinq doigts, mais aussi quatre espaces interdigitaux. Cette vision, qu’il qualifie d’esthétique, non polluée par les pathologies atomistes des buts conscients, exprime un nouveau mode de vie permettant la communion de notre individualité avec un écosystème vivant.

Il y a peu de mouvements dans le courant systémique qui aient eu autant d’importance que celui que l’on nommera l’école de Palo Alto. Autour d’un chercheur, Gregory Bateson, se structure un groupe de recherche au début des années 1950 qui va modifier considérablement la psychothérapie en s’appuyant sur une épistémologie faisant appel à de nombreuses sciences ayant mis en place le nouveau concept de cybernétique. Le groupe l’applique aux interrelations humaines et à la psychothérapie.

Les travaux du groupe de recherche puis des organismes qui lui ont succédé (Mental Research Institute et Brief Therapy Center) ont eu une grande influence sur le mouvement systémique du fait de la qualité de la conceptualisation et des publications qui en ont découlé, entre autres autour de la communication, en grande partie grâce à la remarquable capacité de Paul Watzlawick à la diffusion des idées qui toucheront ainsi un large public.

Dans un chapitre introductif, nous décrivons sommairement les mouvements de pensée qui ont favorisé l’éclosion des thérapies brèves et ferons un descriptif du modèle. Puis nous aborderons deux grands outils thérapeutiques particulièrement réfléchis par l’école de Palo Alto, à savoir le questionnement thérapeutique et les techniques de recadrage. Enfin, nous concluons par les principes des prescriptions de tâches qui en font l’originalité.

# 26

## Présentation théorico-clinique du modèle de Palo Alto



### Les origines

Issu d'une famille anglaise cultivée d'une lignée de scientifiques, Gregory Bateson se démarque un peu de la tradition familiale en orientant ses études vers l'anthropologie. Il effectue plusieurs voyages entre autres vers les Galápagos et la Nouvelle-Guinée. C'est dans ce dernier pays qu'il observe et étudie une tribu, les Iatmul, au travers d'une cérémonie initiatique, le « Naven », qui a fait l'objet de son premier ouvrage de recherche. Il découvre que le comportement d'un individu est déterminé par les réactions de l'entourage et n'est donc pas seulement lié à la sphère intrapsychique. Il appelle schismogenèse ce mode d'adaptation et de régulation relationnelle. À partir de ce concept, Paul Watzlawick développe plus tard les notions de *relations* de type *complémentaire* ou *symétrique*.

Par la suite, Gregory Bateson participe aux conférences Macy qui rassemblent des spécialistes de diverses disciplines. C'est lors de ces échanges que s'élabore une nouvelle science : la *cybernétique*, avec les notions de *feed-back* et d'autorégulation.

Il élabore une théorie de l'apprentissage (à quatre niveaux) à partir de laquelle on peut comprendre les types de changement à opérer.

Il étudie aussi la *communication*, c'est-à-dire la façon dont l'individu traite l'*information*, s'intéressant entre autres à la notion de *redondance*. Il observe qu'il existe plusieurs niveaux d'abstraction différents dans un message (et certains messages qualifient d'autres messages). Or, le mélange de deux niveaux d'abstraction engendre une situation paradoxale (Épiménide le Crétois dit : « Tous les Crétois sont des menteurs »). Se référant alors à la théorie des types logiques (Russell et Whitehead), il l'applique à la communication qui comprend elle aussi un mélange de niveaux logiques dans certains cas (humour, etc.) qui crée des paradoxes.

La théorie générale des systèmes vient étayer les prémisses réflexives de Bateson sur l'importance de l'*interaction* (on comprend un système non à

partir de ses éléments constitutifs, mais plutôt grâce à la manière dont ces éléments s'agencent entre eux et interagissent).

Les principes des systèmes ouverts (totalité, rétroaction, équifinalité, homéostasie) sont appliqués à la famille vue comme un système régi par des règles qui sont le fondement des interactions familiales.

Au début des années 1950, il peut mettre en œuvre un projet de recherche.

## Projet de recherche : « Étude du rôle des paradoxes et de l'abstraction dans la communication humaine »

Les premiers objets d'étude ont entre autres concerné l'humour ainsi que les relations des schizophrènes et de leurs familles. Bateson constitue une équipe avec John Weakland (ingénieur chimiste), Jay Haley (communication) et William Fry (interne en psychiatrie) à laquelle vient se joindre Donald Jackson (psychiatre). Leur recherche aboutit à l'élaboration de la théorie de la double contrainte, qui a eu un grand retentissement, et qui élabore une vision systémique de la maladie mentale (schizophrénie), perçue comme un trouble de la communication. À partir de 1956, la recherche s'élabore autour de la communication dans la famille et de la thérapie. Haley et Weakland vont s'initier et observer les approches thérapeutiques d'Erickson, que Bateson avait rencontré précédemment. Les techniques d'Erickson, souvent paradoxales en hypnose, cadrent bien avec l'approche conceptuelle développée par les systémiciens. Les chercheurs deviennent thérapeutes et créent le Mental Research Institute.

## Le Mental Research Institute (MRI, 1959)

Jules Riskin (psychiatre) et Virginia Satir (assistante sociale) se joignent à l'équipe qui, sous la houlette de Don Jackson, observe et enregistre des séances de thérapie durant lesquelles le thérapeute adopte délibérément une attitude interventionniste. En 1960, l'arrivée de Paul Watzlawick donne un élan au groupe qui favorise les publications et la vulgarisation des recherches et découvertes.

Pourtant, peu à peu, les membres du MRI se séparent :

- Haley rejoint Minuchin à Philadelphie et développe une approche thérapeutique stratégique sur un modèle structural ;
- Jackson décède en 1968 ;
- Satir devient directrice de l'institut d'Esalem ;
- Bateson s'éloigne vers d'autres projets de recherche.

Mais parallèlement, à partir du MRI, se crée le BTC.

## Le Brief Therapy Center (BTC)

Le BTC est beaucoup plus axé sur l'approche thérapeutique. Dick Fish, Arthur Bodin et Paul Watzlawick s'emploient à définir des modèles de changement. Si l'homéostasie (règle de stabilité) donne une approche étiologique, il reste à trouver des transitions entre des états stables et ce qui peut faciliter la transition. Comment produire le changement ?

Le groupe adopte un cadre de recherche :

- nombre de séances défini (10 au maximum) ;
- thérapeute interventionniste, actif ;
- abandon d'une vision normative ou pathologisante (il n'y a plus de diagnostic ou d'étiquette) ;
- vision interactionnelle du problème, ce qui n'implique pas de voir tout le monde ensemble (à la différence d'autres modèles de thérapie familiale) ;
- définition d'un objectif minimal par et avec le patient (client) ;
- le problème est celui perçu par le client (le demandeur) ;
- le cadre et les moyens mis en œuvre restent l'affaire du thérapeute ;
- on s'intéresse au demandeur, qui est le meilleur levier de changement, et non au « porteur du problème » ;
- les informations doivent être concrètes, actuelles, interactionnelles ;
- il s'agit plus d'amener le sujet à faire une nouvelle expérience hors séance qu'à créer une prise de conscience pendant la séance.

C'est dans ce cadre que l'équipe fait la découverte du principe : la *tentative de solution crée ou devient le problème*. Bloquer les tentatives de solution devient le moyen d'atteindre l'objectif thérapeutique.

## Modèle d'intervention

### *Trois postulats ou prémisses*

#### PRÉMISSÉ ÉTIOLOGIQUE

Le changement est continu. Il expose à des difficultés passagères habituellement résolutive. En cas d'absence de résolution, c'est la répétition de la même solution qui crée le problème.

#### PRÉMISSÉ CYBERNÉTIQUE

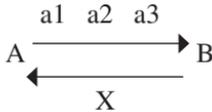
Ce qui fait persister le problème, quelles que soient sa durée, sa nature, son origine, etc., ce sont le comportement du sujet et les interactions entre celui-ci et son entourage. On recherche donc ce qui alimente (ou maintient) le problème.

## PARADIGME THÉRAPEUTIQUE

Si le comportement qui alimente le problème est modifié ou éliminé, le problème disparaît ou devient une difficulté résolutive.

### *Genèse et maintien du problème psychologique*

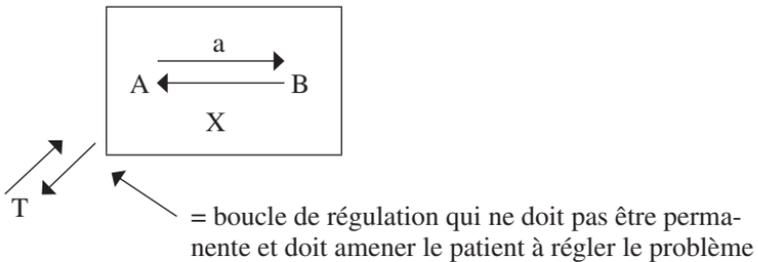
Le maintien de l'équilibre peut se figurer ainsi :



- Le problème existe si l'ensemble des actions a1, a2, a3 est inefficace.
- La répétition de comportements du même ordre a1, a2, a3 ne fait qu'amplifier le problème, repérable par l'effet X.

### *Intervention thérapeutique*

L'intervention thérapeutique se fait à l'aide d'une boucle de régulation entre le thérapeute et le système interactionnel mettant en jeu le problème, objet de la plainte :



Le thérapeute (T) intervient sur deux niveaux :

- dans le système en position « observé » (inclus);
- en position méta par rapport à l'ensemble [A B]; il est alors « observateur ».

La conversation thérapeutique ne se fait pas au gré des circonstances mais reste centrée sur la poursuite d'un objectif. Le thérapeute est un régulateur et l'équipe de Palo Alto a créé une grille de métaquestions permettant de décomplexifier la situation.

### QUI EST CLIENT ?

Cette question met en place une vision systémique et interactionnelle du problème : « Qui est, dans la situation, le plus motivé par le changement ? »

Cela aboutit à une « typologie » de la demande différente d'un diagnostic lié au problème présenté. Le patient est dit « plaignant », « visiteur », « client ». Cette typologie permettra d'adapter la réponse thérapeutique.

#### QUEL EST LE PROBLÈME ? ET EN QUOI EST-CE UN PROBLÈME ?

Le thérapeute évite d'interpréter, de faire des diagnostics (étiquettes), de privilégier un fonctionnement intrapsychique. En fin d'intervention, il résume et vérifie sa bonne compréhension du problème auprès du patient.

#### QUELLES SONT LES TENTATIVES DE SOLUTION ?

La répétition de ces tentatives de solution est la marque du problème selon l'école de Palo Alto. L'absence de résolution du problème signe la répétition d'un même type de solutions. Il s'agit, par un passage à la « classe », d'extraire des comportements réponses pour trouver le thème commun de ces « tentatives de solution » (TS). On retrouve le type de redondances qui définissent l'individu, sa relation au monde, ses valeurs, ses prémisses. L'intervention ne consiste donc pas en une simple inversion des TS, mais en un retournement de la vision du patient par rapport à sa situation problématique. Sont ainsi reliés deux types d'intervention :

- comportemental : les comportements mis en œuvre pour les « TS » et les tâches ;
- cognitif : les constructions mentales qui accompagnent la mise en œuvre de ces comportements.

C'est pourquoi ces deux niveaux sont liés de façon indissociable ; la réalisation de la tâche thérapeutique proposée permet un changement des perceptions et donc des constructions.

#### QUEL EST L'OBJECTIF (MINIMAL) ?

Erickson disait : « Cherchez toujours un objectif concret dans un futur proche. »

L'objectif est défini par le patient grâce aux questions du thérapeute, qui reste à cet égard « non normatif ».

L'école de Milwaukee le précise ainsi : il est petit, concret, accessible (réaliste), défini en des termes interactionnels. Il est début de quelque chose, comportemental et réalisable (à court terme).

#### QUELLE EST LA POSITION DU CLIENT ?

La recherche des valeurs du client et de son positionnement par rapport au problème permet une approche respectueuse sans laquelle l'intervention risque de ne pas aboutir.

## Stratégies thérapeutiques

On peut distinguer durant l'entretien trois types d'interventions qui s'entrecroisent :

- les interventions processuelles ;
- les interventions opportunes ;
- les interventions planifiées.

### *Interventions processuelles*

Les interventions processuelles sont la base de l'entretien thérapeutique et sont soumises à une réflexion interne. Elles sont de deux types.

#### LANGAGE THÉRAPEUTIQUE

Le langage thérapeutique doit s'approcher du langage du patient en utilisant les mots qui lui sont propres (sans le singer !) mais aussi les expressions verbales qui favorisent le passage de l'information par ses canaux sensoriels privilégiés (voir la section consacrée à l'hypnose). Très étudié dans sa forme comme dans son fond, il délivre un message implicite orienté vers le changement.

#### QUESTIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE

Le questionnement thérapeutique constitue à lui seul une intervention. Bien mené, il est là pour activer le processus thérapeutique, c'est-à-dire, selon l'école solutionniste, l'élaboration d'une perspective future et de solutions possibles. L'école de Palo Alto privilégie dans un premier temps un questionnement sur le problème, ses exceptions, mais surtout les mécanismes interactionnels actuels qui activent ou maintiennent le problème. Le questionnement est réalisé par un thérapeute qui adopte une position basse, c'est-à-dire qui est curieux (j'ai besoin de vos informations pour mieux vous aider) mais jamais intrusif.

### *Interventions opportunes*

Amener un changement de comportement suppose aussi d'entrer dans le mode de fonctionnement du sujet et dans son langage pour s'autoriser :

- des recadrages du problème ;
- des modifications de la vision du monde du sujet quand celle-ci l'enferme dans la situation problème ;
- mais aussi des connotations positives qui assoient l'alliance thérapeutique.

## TECHNIQUES DU RECADRAGE

Tout être humain donne du sens à un événement, une parole, un comportement. Ce sens est donné au travers de sa « position », fruit d'une histoire, de croyances, de valeurs, d'une culture ou de ses caractéristiques (génétiques, physiques, personnelles, etc.). C'est ce sens qui va contribuer à la construction du monde de chaque personne et interagir avec les postulats de cette construction, en lien avec souvent l'émotion ressentie face à un événement. La part émotionnelle qui a construit notre système n'est pas modifiable par une explication, un argument d'ordre cognitif qui aurait le risque de renforcer les défenses de l'individu (toute tentative de modification du système de pensées ou de croyances d'un individu s'accompagne de réactions de défense).

Il s'agit donc de jouer sur le contexte pour modifier la signification ; c'est l'intérêt des recadrages. L'usage de métaphores conversationnelles, de proverbes, de contes, d'histoires favorise aussi l'ouverture quand elles peuvent être entendues par le sujet. Cette approche a pour bénéfice de réduire les éventuelles défenses, car elle vient d'un « ailleurs » non propre au champ de la thérapie, qui n'appartient donc pas en tant que telle au thérapeute. Le nouveau cadre implicitement proposé par ces interventions (jamais imposé ou argumenté) intègre les valeurs (son cadre de référence) de la personne tout en permettant une solution non envisageable dans le cadre trop étroit qui présidait aux tentatives de solution répétitives précédemment mises en œuvre.

## CONNOTATION POSITIVE

Il s'agit de reconnaître la personne dans ce qu'elle a réalisé et qui constitue un progrès, de reconnaître ses efforts ou son courage par rapport à la situation problème. Cette connotation positive ou cette validation peut être faite verbalement mais aussi sur un mode paraverbal (hochement de tête, sourire, expression admirative, etc.) qui donne une approbation implicite et encourage l'expression de la personne en renforçant l'alliance thérapeutique indispensable à l'accomplissement des étapes suivantes (les injonctions comportementales).

## *Interventions planifiées*

C'est la prescription de tâche. Le plus souvent, il s'agit d'injonctions comportementales. Il est plus facile de proposer d'effectuer un nouveau comportement que d'interdire une tentative de solution répétitive de type comportemental. Le thérapeute va donc réfléchir à un comportement dont la thématique est inverse de celle qui préside aux tentatives de solution. Cette proposition, pour être convaincante, ne doit pas heurter le monde de la personne (ses valeurs, croyances, positions, références, etc.) mais au

contraire s'appuyer dessus. C'est là toute la difficulté de cette approche thérapeutique dans laquelle le thérapeute doit associer respect de l'autre, respect du contrat (objectif), mais aussi, subtilement, retournement d'un mode de fonctionnement récurrent et aliénant selon le schéma :

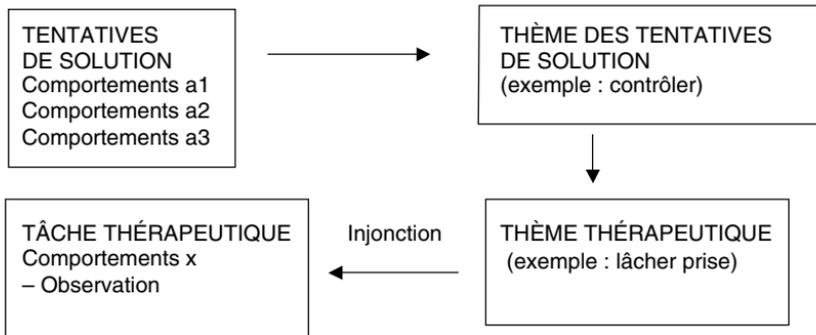


FIG. 26.1. – *Intervention planifiée.*

En résumé (voir Watzlawick et Nardone, 1997) :

- le thérapeute doit avoir cerné la position du patient ;
- il doit avoir saisi, comme il est habituel dans les techniques hypnotiques, la structure et la logique du langage du patient. Il doit reconnaître et accepter la vision du monde de la personne, mais aussi introduire de nouveaux éléments dans cette vision pour l'ouvrir (et permettre aussi de rendre envisageable la tâche) ;
- il doit proposer un comportement précis censé modifier la manière dont le patient tente de trouver une solution à son problème.

## Les tactiques et techniques

Au sein des stratégies d'ensemble décrites précédemment, l'école de Palo Alto, très influencée par l'étude des paradoxes, a décrit un ensemble de tactiques qui seront utilisées comme des techniques (dites d'attaque ou de défense) intervenant au cours du processus thérapeutique, durant l'entretien ou lors de la prescription de tâches. Beaucoup de ces tactiques sont parfois perçues comme des manipulations et ont pu faire l'objet de critiques. L'école solutionniste (de Shazer) s'est éloignée de ces techniques paradoxales qui ne manquent pourtant pas d'intérêt dans certains cas délicats et qui ont pu favoriser sinon créer des résultats thérapeutiques espérés par le patient. Giorgio Nardone les utilise, puis au terme de la thérapie, en explique le mécanisme à ses patients. Le thérapeute part d'une position basse : il est expert en problèmes, mais le patient est expert de son problème.

Toutefois, le thérapeute garde une position haute sur le cadre de l'entretien (le choix des interlocuteurs, la fréquence, etc.) et les techniques employées.

### *Les techniques de défense*

Le thérapeute évite de définir l'objectif, ou le changement, de donner des conseils (ou faire des reproches) du même type que ceux déjà donnés, de prendre le problème à son compte. À l'occasion, il peut :

- freiner le changement sous prétexte de prudence, de complexité, de manque d'informations, et ce pour motiver le changement tout en diminuant l'anxiété vis-à-vis du changement ;

- se montrer pessimiste devant un « gourmand » de thérapies/peutes, ou quand le patient affirme l'impossibilité de changement (situation de mise au défi) ;

- se montrer confus devant des patients confus, pour améliorer la clarté de l'exposé et augmenter l'attention du patient ;

- présenter les inconvénients de l'amélioration ou du changement pour diminuer les craintes du changement en en précisant la portée et pour recadrer le problème ;

- déclarer ses limites, son incompetence pour augmenter la demande et la responsabilité par rapport au problème et pour limiter la portée des attentes et cerner la demande sur un objectif atteignable.

### *Les techniques dites d'« attaque »*

Ces techniques sont utilisées durant l'entretien (intervention d'opportunité), mais surtout lors de la prescription des tâches :

- la recontextualisation du symptôme : par exemple, on proposera un discret changement dans la séquence symptomatique (nombre, lieu, etc.) ou une modification du sens prêté au symptôme ;

- la prescription du symptôme sous différentes formes :

- lui-même ;
- l'interdiction du changement (statu quo) ;
- l'amplification du symptôme ;
- la connotation positive du symptôme ;
- l'inverse de ce que la logique ou la réactivité ordinaire commanderait.

- un choix alternatif, illusoire ;

- un message paradoxal écrit ;

- la proposition d'un rituel familial écrit.

Durant l'entretien, seront surtout utilisés :

- les recadrages ;
- l'interdit d'information (quand le patient est réticent : « *Je ne peux pas vous en parler* ») ;
- la mobilisation des absents.

Le praticien alternera les positions haute et basse, gardant cette dernière de façon privilégiée pour obtenir le maximum d'informations, inciter le sujet à une communication claire et favoriser l'alliance thérapeutique (on aide le sujet avec son aide). Bien sûr, l'injonction comportementale se fait en conclusion d'entretien et oblige le praticien à adopter une position haute qu'il peut se permettre s'il a acquis durant l'échange la confiance du sujet ou du groupe familial. Elle se fera avec des précautions oratoires indispensables à la « bonne vente » de la prescription faite. Il peut toujours garder à l'esprit qu'il faut savoir se « hâter lentement » pour renforcer la demande et accélérer le changement.

## Aujourd'hui

L'école de Palo Alto a organisé un cadre précis d'intervention associé à une grille qui guide le thérapeute en fonction de l'objectif de la thérapie vers des attitudes et des prescriptions s'appuyant sur les références épistémologiques du mouvement systémique.

Beaucoup d'écoles de thérapie familiale ont emprunté certains de ses outils pour construire des modes d'intervention conformes à leurs propres prémisses ou théories. La particularité du modèle de Palo Alto est sans doute qu'il est le premier modèle astructural et anosographique de thérapie.

Des héritiers ont adapté et enrichi le modèle en Europe ; entre autres, en Belgique, l'Institut Gregory Bateson de Liège dirigé par Jean-Jacques Wittezeale, et en Italie, le centre d'Arezzo où exerce Giorgio Nardone. Ce thérapeute a réintroduit la nosographie dans son approche pour faciliter la communication du modèle qu'il a élaboré, et insiste sur l'importance de comprendre le système perception – réaction qui organise le problème. Une fois celui-ci saisi, il propose un recadrage du problème pour amener des stratégies thérapeutiques adaptées d'une grande finesse pour que le patient sorte du schéma dans lequel il est enfermé. Depuis quelques années, ses recherches ont porté sur l'angoisse, les phobies et les obsessions, les troubles alimentaires et plus récemment sur la dépression.

Les chapitres suivants préciseront quelques outils du modèle et aborderont successivement :

- les interventions processuelles (le questionnement thérapeutique) ;
- les interventions d'opportunité (le recadrage) ;
- les interventions programmées (les tâches thérapeutiques).

# 27

## Le questionnement thérapeutique



Le questionnement en thérapie stratégique de type Palo Alto est au centre du processus de changement, particulièrement lorsque la plainte est permanente, à cause d'un problème récurrent. Il permet de simplifier la complexité apparente d'une situation a priori inextricable, par l'utilisation de questions spécifiques intégrant à la fois la dimension interactive (entre deux sujets) et contextuelle (dans une situation donnée). Cette simplification a pour but de délier les fils du nœud dans lequel est pris le client, pour qu'il retrouve un espace de liberté où il pourra atteindre les objectifs qu'il souhaite mettre en place, afin de se sentir mieux.

Au terme de l'entretien, le thérapeute doit pouvoir répondre lui-même à un certain nombre de questions (la « grille » de Palo Alto) qui permettront de cerner le problème et de proposer une prescription.

### Quel est le problème ?

Un des points essentiels de cette approche est de trouver le problème qui entretient la souffrance et les symptômes. Ce problème, qui enferme le sujet dans une spirale négative, n'est pas donné directement. Il va s'agir, par un certain nombre de questions, centrées sur les interactions du sujet, de le mettre en évidence, afin de pouvoir intervenir de manière appropriée.

La force de ce questionnement est d'agir comme un réducteur de complexité, en amenant le patient à donner des informations concrètes, relationnelles, et contextualisées, en relation avec un objectif précis. Les informations recueillies vont permettre au thérapeute de mieux comprendre la plainte du sujet, en repérant la personne qui souffre le plus, celle qui est la plus active dans les tentatives pour modifier la situation, et en mettant au jour le lien entre l'émergence du problème et les tentatives de solution pour le résoudre.

Parallèlement, ce questionnement va redonner de l'espoir au patient sur sa capacité à reprendre pied sur son environnement, en l'amenant à percevoir la dimension de construction du problème qui le fait souffrir, et en

ressentant que quelqu'un d'extérieur à son problème peut le comprendre, l'aider.

Cette perception va être favorisée par l'utilisation, par le thérapeute, du langage du patient, en intégrant certains mots investis émotionnellement, des métaphores, et des figures de rhétorique, reflets de la conception du monde du sujet. L'utilisation de ce langage dans les questions favorise une meilleure coopération, et des réponses précises et concrètes permettant de saisir les comportements problématiques qui provoquent la souffrance et entretiennent la plainte.

Ce type de questionnement stratégique, visant à mettre en évidence un comportement dans un contexte interactif, est particulièrement utile lorsque le sujet perçoit son problème comme omniprésent. En effet, si le client répond aux questions du thérapeute, qu'il perçoit des exceptions à son problème, c'est-à-dire des moments où la plainte est moins importante voire absente, cela signifie qu'il a déjà la possibilité d'utiliser ses ressources, et de réaliser en partie son objectif. Dans cette occurrence où certaines solutions sont déjà présentes, même de manière minimale, il est recommandé de poser des questions solutionnistes visant à décrire les exceptions, et les conditions qui les favorisent, permettant ainsi au problème de se dissoudre.

À l'opposé, si le sujet raconte sa plainte à travers une histoire dans laquelle il n'a aucun pouvoir pour agir soit sur un de ses comportements, soit sur le comportement d'autrui, le questionnement stratégique est indispensable.

Par exemple, si un sujet se plaint du comportement d'un membre de son entourage, il est important de saisir que la nature du problème est dans l'interprétation qu'en fait le sujet et non dans la norme sociale. Ainsi, un homme peut se plaindre d'une relation insatisfaisante avec son épouse suite à certaines réflexions qu'elle lui a fait sur sa consommation d'alcool qu'il ne trouve pas excessive. Le problème peut être pour lui d'avoir une épouse trop contrôlante, alors que, pour elle, il s'agira de la consommation d'alcool de son mari. Dans cette configuration relationnelle, le questionnement visant à mettre en évidence le problème de cet homme sera centré sur la réaction de son épouse le voyant rentrer du bar du coin, et non pas directement sur la quantité d'alcool ingérée, puisque pour le sujet ce comportement relève de la normalité. À l'inverse, si sa femme est la cliente, l'absorption importante d'alcool devient un problème, et le questionnement partira précisément de ce point, pour élucider les facteurs maintenant la situation inchangée. À chaque fois, les informations recherchées par le questionnement visent à mettre en lumière des informations comportementales concrètes, précises et interactionnelles.

Trouver quel est le problème principal sur lequel doivent porter les efforts thérapeutiques n'est pas toujours chose aisée ; la personne cliente, celle qui est vraiment encline au changement, apporte souvent de nombreux problèmes qui, pour la plupart, ne sont pas exploitables car reliés à des

abstractions et à des généralités qui font système entre eux et sèment le trouble autour du problème à traiter. Illustrons notre propos par une image : il ne s'agit pas de faire grossir un chou-fleur de problèmes par un questionnement inadapté, mais d'enlever les feuilles d'un artichaut pour mettre en évidence le « cœur » de l'interaction problématique.

En pratique, le thérapeute peut avoir besoin de plusieurs séances pour déceler le cœur de l'artichaut. Il doit avancer lentement, au rythme du patient, en évitant de se précipiter sur la première « feuille » venue. Chaque patient amène plusieurs problèmes, et le rôle du thérapeute après avoir permis une exploration détaillée par le questionnement, sera d'amener le sujet à déterminer le problème prioritaire sur lequel il veut travailler, celui qui l'empêche de réaliser son objectif. Par exemple, le thérapeute pourra poser les types de questions suivants.

– « Pouvez-vous établir une priorité entre ces différents problèmes ? »

– « La disparition de quel problème serait pour vous un réel changement ? »

– « Quel est le problème qui, s'il était résolu, vous aiderait à mieux supporter les autres ? »

– « Que lien faites-vous entre les différents problèmes que vous vivez ? »

La construction de la séance commence par chercher à identifier le problème en termes de comportement précis. Pour cela, un certain nombre de questions classiques peuvent être posées, le thérapeute prenant une position basse lorsqu'il les pose, tel l'inspecteur Colombo à la recherche d'indices.

– « Quelles sont les raisons qui vous amènent à consulter maintenant ? »

– « Pouvez-vous décrire concrètement cette difficulté afin qu'elle m'apparaisse comme sur une vidéo ? »

– « Pour qui ce problème est-il un problème ? »

– « À quel moment votre problème est-il accentué ou diminué ? »

– « Qu'est-ce qui est le plus difficile dans cette situation ? »

– « Y a-t-il des moments particuliers où le problème se présente ? Combien de temps dure-t-il ? »

– « À quelle fréquence se produit-il ? »

– « Quels sont les moments les plus longs où le problème ne se manifeste pas ? »

– « Y a-t-il des aspects positifs au problème ? »

– « Dans quel contexte, dans quel lieu le problème a-t-il tendance à être plus ou moins important ? »

– « Que faites-vous maintenant à cause de votre problème et que vous ne voudriez pas faire ? »

– « En dehors de vous, quelles sont les personnes qui souffrent aussi du problème ? »

– Etc.

Toutes ces questions ont pour but de permettre au patient de pouvoir lui-même clarifier le contexte dans lequel se produit le problème de manière à ce qu'il puisse saisir où, quand, comment, avec quels comportements et dans quelles relations la situation est vécue comme une impasse.

Par ailleurs, entre les réponses aux questions, le thérapeute reformule les réponses du client, afin de favoriser le processus de coopération, et de vérifier sa bonne compréhension. Le thérapeute peut aussi profiter de cette reformulation pour proposer quelques recadrages permettant une nouvelle perception.

Une fois que le thérapeute a exploré le problème de manière contextualisée, il va continuer à poser une série de questions ayant pour but de mettre en exergue la manière dont le problème se construit, afin de préparer l'intervention thérapeutique ultérieure. Cette étape va consister à poser un certain nombre de questions répondant à la grille d'intervention de cette approche. Ces questions mettent en lumière les interactions qui bloquent toute évolution, et les significations qui augmentent le désespoir.

Après avoir compris les interactions qui structurent le problème, le thérapeute, afin de préparer le changement, doit pouvoir obtenir des réponses l'amenant à cerner ce que veut le patient.

## Quelle est la motivation pour le changement ?

Explorer la mobilisation du patient pour le changement est essentiel pour déterminer le type d'actions thérapeutiques à proposer. Les questions suivantes vont pouvoir le préciser.

– « En quoi ce problème est un problème pour vous ? » Cette question renseigne sur les croyances, la position du sujet, mais aussi sur les problèmes cachés derrière la plainte initiale.

– « Qu'est-ce qui serait le pire pour vous si le problème continue ? » Cela précise ce qu'il convient absolument d'éviter pour le patient.

## Quel est l'objectif ?

Le thérapeute peut demander : « Quand votre problème sera résolu, comment le saurez-vous ? » C'est-à-dire qu'est-ce que le sujet veut atteindre et qui pour lui signifierait la fin du problème ? Il s'agit d'obtenir une réponse concrète, comportementale qui sera pour le sujet le début de la réalisation d'un objectif.

Ainsi, le thérapeute peut poser des questions du type : « Quel est le premier signe qui vous permettra de dire que votre relation devient meilleure ?... Lorsque [ce signe] sera présent, que pourrez-vous faire que vous ne faites pas aujourd'hui ?... Que voulez-vous voir inchangé ? »

## Quelles sont les tentatives de solution ?

Comment le sujet s'y est pris jusque-là pour essayer de réduire le problème ? Il s'agit de la mise en évidence des tentatives de solution, tentatives qui construisent et entretiennent le problème. Ces tentatives de solution ne sont pas bonnes ou mauvaises en soi ; elles construisent le problème quand elles sont répétées alors qu'elles sont inefficaces. Ces tentatives de solution sont souvent en relation avec des croyances limitantes, mais aussi avec un désir de contrôler une relation lorsque celle-ci est insatisfaisante, vécue comme injuste, et sans équilibre entre ce qui est donné et reçu.

## Quel est le thème des tentatives de solution ?

L'ensemble des tentatives de solution doit pouvoir être ramené à un seul thème qui indique le mode de fonctionnement principal du sujet concernant son problème. Par exemple, pour la femme qui estime que son mari boit trop, le thème des tentatives de solution doit pouvoir être réduit à « bois moins » ou « arrête de boire ».

L'utilisation de ce modèle d'intervention est particulièrement indiquée lorsqu'un client se plaint du comportement d'une autre personne, comme dans le cas du mari « alcoolique ». Il est important d'amener une modification de comportement du plaignant (ici l'épouse) qui puisse être perçue par celui dont le comportement pose problème (ici le mari). C'est pour que cette différence soit perçue que le changement proposé doit être à 180 degrés à l'opposé du thème des stratégies antérieures ; c'est ce qui définira le thème thérapeutique et favorisera la proposition d'une prescription ou tâche thérapeutique.

La personne plaignante estime que ses tentatives de solution étaient jusque-là rationnelles et pleines de bon sens. Le questionnement va l'aider à élargir son point de vue, en tenant compte de sa position dans l'interaction. Ainsi, si celle du plaignant (qui est le client) est structurée autour de la notion d'aide, le thérapeute va lui poser des questions pour l'amener à être plus aidant ; dans un premier temps, en lui permettant de percevoir la dimension contre-productive de ses tentatives d'aide précédentes, et dans un deuxième temps, en posant des questions qui vont introduire une dimension relationnelle au maintien du problème. Par exemple, le thérapeute peut demander à la plaignante : « D'après ce que vous dites, toutes vos différentes interventions en vue de modifier la consommation d'alcool de votre

mari n'ont pas été efficaces, voire contre-productives. Je me demande si votre mari possède réellement la capacité de changer. Je me demande également si cette incapacité ne serait pas plus un moyen de s'opposer à vous qu'un véritable mal intrinsèque ? Que pourriez-vous faire qui nous permettrait de clarifier cette question ? »

## Quel est le système de perception – réaction ?

Si ce questionnement classique est bien adapté lorsque le problème reste avant tout de nature relationnelle, il peut être complété par un questionnement plus spécifique, lorsqu'un sujet se plaint d'un symptôme devenu chronique, envahissant et autonome. Dans ces situations, le questionnement aura pour but non seulement de modifier le comportement des membres de l'interaction, mais également de modifier les perceptions du sujet porteur du symptôme. Ce questionnement complémentaire a été mis au point par Giorgio Nardone, qui s'est intéressé aux tentatives de solution spécifiques de telle ou telle pathologie.

Par exemple, dans les phobies, les tentatives de solutions à partir desquelles s'organise la construction du symptôme sont l'évitement et la demande d'aide, et dans les attaques de panique, le contrôle de l'angoisse. Ces tentatives de solution sont prises dans une boucle de perception – réaction automatique organisée autour de la peur (exemple : attaque de panique) ou du plaisir (boulimie), enfermant le sujet dans son symptôme. Changer les tentatives de solution implique de modifier (recadrage ou blocage) le système perception – réaction. Cette modification va être initiée par un questionnement stratégique adapté à chaque symptomatologie. Ce questionnement, à la différence du questionnement ouvert visant la résolution d'un problème relationnel, est un questionnement fermé alternatif de type hypnotique en entonnoir.

En voici quelques exemples.

– « Lors de ces crises de panique, que ressentez-vous ? La peur de mourir ou la peur de ne plus vous contrôler et de perdre la raison ? Est-ce que ces crises se produisent à des moments bien déterminés (prévisibles), ou n'importe quand (imprévisibles) ? »

– « Lors de ces crises d'angoisse, est-ce que vous faites face, ou est-ce que vous demandez de l'aide ? Lorsque vous demandez de l'aide et que vous l'obtenez, est-ce que cela améliore la situation ou bien l'aggrave ? »

Entre ces questions stratégiques, le thérapeute paraphrase les réponses du sujet afin de créer un lien fort avec le patient, pour lui permettre par la suite d'accepter les recadrages thérapeutiques, du type : « Plus vous demandez de l'aide, plus la situation s'aggrave », et de préparer des actions qui empêcheront les tentatives de solution, et amèneront une modification du système perception – réaction.

## Pour conclure

Nous avons montré l'importance du questionnement stratégique en thérapie brève centrée sur la résolution de problème. Ce questionnement permet la construction d'un espace de coopération. Il s'inscrit dans une épistémologie constructiviste, où le problème émerge et se crée à la jonction d'un objectif, de tentatives de solution, et de relations marquées par la rivalité, implicite ou explicite.

Ce questionnement est centré soit sur les relations (modèle de Palo Alto), soit sur les relations et les perceptions (modèle d'Arezzo). Il est centré sur les relations lorsque le client, c'est-à-dire la personne qui se plaint et qui souhaite un changement, est dans une relation de type plaignante, à partir du moment où elle estime que le problème vient de l'autre. Il est centré sur les relations et les perceptions quand le client se plaint d'un symptôme pénible (crise d'angoisse, crise de boulimie, rituel obsessionnel, etc.) qu'il vit comme plus fort que lui et d'origine interne.

Nous voudrions terminer en rappelant que la qualité de la relation est centrale dans le questionnement. C'est avec la personne cliente, celle qui souhaite un changement, que le questionnement doit s'élaborer, pour préparer la prescription de tâches. Celle-ci doit toujours tenir compte, pour être efficace (effectuée), de la position et des valeurs de la personne.

# 28

## L'art du recadrage



On rapporte qu'un voyageur du Moyen Âge croisant trois carriers leur posa la question suivante : « Que fais-tu ? » Le premier répondit : « Je casse des cailloux. » Le deuxième : « Je taille des pierres. » Le troisième : « Je construis des cathédrales. » Bien plus tôt, on a attribué à Lao Tseu l'aphorisme suivant : « Les choses ne changent pas, change ta façon de les regarder, c'est tout. »

Ainsi, l'art du recadrage se perd dans la nuit des temps. Sans doute, le recadrage passait autrefois plus qu'aujourd'hui par le talent du conteur. Il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui les techniques du recadrage sont, certainement, parmi les techniques d'opportunité au cours du processus thérapeutique, celles qui sont les plus employées. Elles sont partagées par beaucoup d'approches psychothérapeutiques, singulièrement dans les thérapies systémiques par l'école de Palo Alto, qui les a érigées comme des techniques de choix et qui a quelque peu théorisé, entre autres grâce à Gregory Bateson et Paul Watzlawick, leur intérêt pour une ouverture vers le changement.

S'appuyant sur la théorie de l'apprentissage (Bateson) et sur la théorie des types logiques (Russell et Whitehead), le recadrage permet un changement de type 2 (changement de changement), puisque l'attention va être portée sur une autre appartenance de classe tout aussi pertinente que la précédente, et qu'à partir de ce moment, on ne peut plus rester enfermé dans la première vision trop étroite du problème.

C'est pourquoi nous retiendrons la définition qu'en donne Paul Watzlawick : « Un recadrage, c'est changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux "faits" concrets de la situation et qui va en changer toute la signification. » Plus simplement, est recadrage toute intervention qui permet de changer le regard sur le problème. Il s'agit donc pour le thérapeute de saisir les opportunités durant l'entretien qui vont l'autoriser à faire ce type d'intervention.

Le recadrage permet donc une évolution des réalités de deuxième ordre, puisque les réalités de premier ordre liées à nos perceptions sensorielles ne

peuvent faire l'objet d'une intervention. C'est ce qu'on se dit au sujet de nos perceptions (réalité de deuxième ordre) qui est susceptible d'évolution et, par là même, de modifier les comportements qui découlent de ces interprétations.

Un bref exemple littéraire peut illustrer ces réalités de deuxième ordre et la façon différente de percevoir un même fait. Amin Maalouf (1996), dans les *Échelles du Levant*, fait dire au narrateur à propos de la manière dont lui et sa sœur percevaient la relation à leur père : « De nous trois, elle seule a su, dès l'enfance, conquérir sa place. On aurait dit que pour elle, mon père était un toit ; pour moi, il était un plafond. Les mêmes paroles qui, elle, la rassuraient et lui donnaient confiance, m'étouffaient ou me désarçonnaient. »

## Qualités d'un bon recadrage

Le recadrage est une interaction. Il va de soi qu'il n'a pas de qualité intrinsèque puisqu'il reste dépendant du contexte relationnel dans lequel il va naître. Un bon recadrage offre une réelle ouverture, une découverte. Il élargit le champ de vision du sujet. Il doit être « acceptable », c'est-à-dire permettre à la personne de s'en saisir en vue d'un changement. Ce changement de regard n'atteint son but que s'il favorise un changement cognitif et s'accompagne d'un changement comportemental.

Il suppose que le thérapeute ait reçu un mandat d'intervention explicite ou implicite et nécessite une bonne qualité relationnelle voire une vraie alliance thérapeutique pour être reçu et être un possible promoteur de changement.

Le thérapeute se doit de tenir compte de la position du patient, c'est-à-dire de ses valeurs, croyances, cadre conceptuel, opinion pour avoir une chance d'être entendu. C'est même en s'appuyant sur ces valeurs, c'est-à-dire en entrant dans le monde du patient, en se saisissant de son langage même, que l'intervention a le plus de chances de devenir opportune et d'être réellement source de changement.

Bien sûr, l'intuition, l'à-propos, la capacité à être en empathie font partie de l'art du recadrage et sont propres à chaque thérapeute.

## Les différents types de recadrage

### *Recadrage de point de vue*

C'est l'ouverture vers des visions alternatives d'un problème, d'une situation. Il vise donc les perceptions non dans leurs aspects sensoriels indiscutables, mais dans la façon de percevoir. On peut ainsi :

- élargir le champ de vision ;

- augmenter la profondeur du champ ou la faire varier (détailler, focaliser);
- prendre de la hauteur (métaphore du temps et de la distance);
- poser un filtre pour n’observer que l’essentiel;
- mettre en lumière dans l’histoire contée par le patient certains événements ou certains personnages permettant de travailler sur les exceptions, les compétences, les valeurs, les ressources.

### *Recadrage de sens*

Ce type de recadrage est plus centré sur les réalités de deuxième ordre citées précédemment, et porte donc sur le sens donné par une personne à une situation. Il s’agit d’une interprétation ou d’une croyance à laquelle peut venir se substituer une autre interprétation (ou croyance, vision) tout aussi valable et même suffisamment éclairante pour que le problème évoqué apparaisse moins insoluble. Le recadrage de sens permet aussi de percevoir en miroir autant les aspects positifs que négatifs d’une situation.

Dans *Trouver un sens à sa vie* (1988), Victor E. Frankl relate l’histoire d’un patient déprimé, R., depuis la mort de son épouse à laquelle il était très attaché :

- V.E. Frankl : « Qu’est-ce qui se serait produit si vous étiez mort le premier et que votre femme ait dû vivre sans vous ? »
- R. : « Cela l’aurait fait souffrir. »
- V.E. Frankl : « Voyez vous, vous avez épargné à votre femme cette terrible souffrance. Vous lui avez évité cette souffrance mais le prix à payer est que vous devez lui survivre et la pleurer. »

L’homme serra la main de V.E. Frankl et quitta le bureau. Il pouvait alors voir la dépression comme un sacrifice plein de sens pour sa bien-aimée. Dès lors, il pouvait sortir de la plainte et ainsi de sa dépression. On voit ainsi que le recadrage de point de vue se double d’un recadrage de sens (celui de la souffrance).

### *Recadrage de comportement*

Ce recadrage favorise un autre regard sur les comportements perçus comme des réponses adaptatives relationnelles. Cela s’appuie sur l’hypothèse que chaque comportement ou symptôme a des aspects positifs, une fonction utile, voire une intention positive.

Bien sûr, ce type de recadrage n’a de sens qu’en vue de diminuer la lutte contre le symptôme qui encourage cette répétition des tentatives de solution inopérantes si bien décrites par l’école de Palo Alto. Proposer une « expérience » par l’adoption d’un autre comportement parfois radicale-

ment inverse de celui qu'a l'habitude de pratiquer le patient est sans doute le propre même du recadrage de comportement (voir plus loin « Prescription de tâche »).

Ces différences sont formelles et les divers types de recadrage se superposent souvent dans un entretien, les moyens proprement dits différant assez peu.

## Les moyens du recadrage

Les moyens techniques du recadrage à disposition du thérapeute sont extrêmement vastes et dépendent du type de thérapie, du style du thérapeute et du mode relationnel engagé. Nous en citerons quelques-uns, mais ils ne constituent en aucun cas une liste exhaustive.

### *Question naïve*

Posée de façon subtile et un peu innovante, elle vient interrompre un discours qui risque d'enfermer le patient dans des croyances désadaptées dont il renforce la construction à mesure qu'il expose sa plainte en l'argumentant de manière péremptoire. La question, toujours simple, vient interroger cette construction, en modifier le caractère péremptoire. Ainsi, auprès de l'adolescent si souvent confronté au doute vis-à-vis de l'estime de soi et qui se plaint que personne ne l'aime, le thérapeute peut juste relever : « *Vraiment, personne, jamais ?* » Intervenant quand la relation établie est déjà un peu confiante, la question vient écorner cette plainte autoréférencée dépressiogène par nature en lui substituant une réalité moins sombre qu'il ne le pense.

### *Anecdote*

Vraie ou fictive, mais toujours plausible, concernant parfois le thérapeute lui-même, elle est proche de ce qui concerne le patient dans la situation qu'il vit présentement. Elle permet de sortir le patient du sentiment douloureux de singularité de sa situation quand celle-ci prend une allure dépressive non évolutive. Elle vise ainsi une « normalisation du problème ». Elle vient le distraire, le surprendre, car elle interrompt le mode habituel de la conversation thérapeutique. Elle permet surtout, par sa conclusion, son historicité qui sous-entend un problème dépassé, donc dépassable pour le patient, que l'évolution peut être différente de celle qu'il anticipe.

### *Histoire, fable, conte, métaphore*

Ce moyen, issu du même principe que le précédent, contourne encore plus les résistances en transposant le contexte. Ce que raconte le thérapeute

paraît ne pas concerner directement le patient. Le raisonnement est court-circuité, comme si l'hémisphère gauche, et sa logique habituelle, était mis quelques instants en veilleuse pour ouvrir la porte à un autre fonctionnement.

Tout peut être utilisable dès lors que la position du patient est considérée. L'histoire racontée peut être parfois appliquée, quand elle est suffisamment neutre, non à un seul patient mais à un contexte clinique.

Giorgio Nardone (1996) raconte toujours la même histoire dans un protocole qu'il a rendu célèbre concernant les crises d'angoisse ou attaques de panique : « Un jour, une fourmi, un peu facétieuse, rencontra un mille-pattes et lui demanda : "Pouvez-vous me dire comment vous arrivez si bien à marcher avec mille pattes ? Comment pouvez-vous les contrôler toutes en même temps ?" Le mille-pattes se met à réfléchir et ne peut alors plus marcher. » Cette histoire vient ainsi corriger la nécessité absolue de tout contrôler, si chère au sujet souffrant d'une attaque de panique à l'écoute de chacun de ses organes.

### *Ouverture des choix*

Ce procédé conversationnel consiste à retenir la plainte ou la croyance du patient comme étant un élément de vérité tout à fait possible, mais en y adjoignant plusieurs autres hypothèses tout aussi réalistes qui viennent modérer l'absolu de la croyance négative.

Il ne s'agit pas de modifier les faits ni même la vision du patient, mais simplement de l'élargir afin que celle-ci lui permette d'avancer de façon plus conforme à ses intérêts ou à ses objectifs. C'est particulièrement utile lors de rationalisations négatives. Toutefois, cet élargissement du cadre offert doit être prudent pour ne pas heurter de front les conceptions du patient. On peut aussi appliquer l'ouverture des choix à des prescriptions de tâches en fin de séance, montrant implicitement que si plusieurs chemins de solution sont possibles, plusieurs visions du problème peuvent coexister.

### *Provocation et humour*

Frank Farrelly a érigé la provocation en approche psychothérapeutique quasi spécifique (voir chapitre 32). Cette intervention tient compte de la personne et l'humour utilisé part autant de soi que de l'autre. Il s'agit pour Farrelly de dire tout haut au patient ce qu'il sait déjà plus ou moins implicitement ou qu'il pense tout bas. Le rire, la complicité, l'intensité de l'utilisation du langage non verbal viennent atténuer l'apparente violence de cette approche teintée de beaucoup de bon sens.

## *Changement de sens d'un symptôme*

La recherche d'un sens hypothétiquement utile d'un symptôme peut faire partie du recadrage. Giorgio Nardone l'utilise souvent, sous-entendant qu'il existe probablement une utilité obscure ou cachée à un symptôme de manière à recadrer la plainte. D'autres recherchent, par un questionnement subtil, l'intention positive du symptôme aboutissant inmanquablement en quelques questions à une vision tout autre du rôle du symptôme dans la vie de la personne. Ce changement de regard sur le symptôme peut confiner à l'interprétation, mais il n'est jamais recherche d'une vérité ou d'un sens absolument juste.

Dans tous les cas, ces moyens utilisés avec prudence favorisent la vision du côté pile de la médaille quand le patient n'en voit que le côté face.

## *Langage*

Le langage offre par ses subtilités maints moyens de corriger une perception trop fermée ou trop unilatérale d'une situation ou d'un symptôme. Changer le mot, sa forme (le contenant, le « signifiant ») modifie le fond (le contenu, le « signifié ») et favorise un éclairage différent.

Il convient donc de sortir des nominalisations et de toutes les formes de discours pouvant devenir aliénantes par la fermeture qu'impose le mot et d'offrir par le changement de terme une modification de la gravité de la plainte ou du caractère insoluble du problème. L'usage d'aphorismes ou de proverbes peut parfois faciliter cette ouverture.

## *Prescription de tâche*

En elle-même, la prescription de tâche peut constituer un recadrage. Beaucoup de tâches prescrites par Erickson participaient de ce type de démarche. Erickson proposait souvent d'escalader le Squaw Peak, ce qui était un recadrage à plusieurs niveaux (l'effort pour arriver, mais aussi voir de haut et donc de loin la ville ou le patient vivait, etc.). Il a également pu inviter un patient alcoolique au jardin d'acclimatation pour observer certains cactus célèbres pour leur capacité à « vivre sans boire » pendant longtemps.

La prescription paradoxale est un recadrage déguisé car, en demandant au patient de faire volontairement ce qu'il fait déjà plus ou moins involontairement, on lui donne une liberté comportementale supplémentaire ; la contrainte devenant choix par le fait même de la prescription du symptôme subi.

## *Ponctuation de la séance*

Quand un patient raconte une interaction, la façon dont il la vit dépend étroitement de la manière dont elle est ponctuée, si bien qu'introduire un

petit changement dans cette ponctuation (parfois en le prescrivant) amène un recadrage complet de l'interaction telle qu'elle pouvait être décrite. Une histoire racontée par Paul Watzlawick (1978) illustre bien l'importance de la ponctuation. Elle met en scène un rat de laboratoire parlant de son expérimentateur et disant : « J'ai fait subir à cet homme un entraînement pour qu'à chaque fois que j'abaisse ce levier, il me donne à manger. » Le rat perçoit bien différemment que l'expérimentateur cette séquence stimulus – réponse ; qui est dans le vrai ?

Quelles que soient la technique ou la manière de l'utiliser, on voit à travers tous ces exemples que la thérapie pourrait être seulement un recadrage de la réalité qui ouvre un nouveau champ d'expériences à la fois perceptives, émotionnelles et comportementales au sujet. Ainsi, la thérapie pourrait-elle n'être qu'un art du recadrage.

# 29

## Les prescriptions de tâches thérapeutiques



L'objectif de la prescription de tâche est de provoquer un changement dans les interactions bloquées que le client entretient dans son contexte de vie.

Toute prescription de tâche nécessite une alliance forte, un objectif, une connaissance des interactions du client et son contexte de vie. La tâche est comportementale. Elle a comme fonction de remettre le client dans le sens de l'agir. Par son action, le client va découvrir ou redécouvrir de nouvelles possibilités d'interactions avec lui-même, les autres et le monde. Une bonne tâche est une tâche que le client s'imagine déjà réaliser pendant la séance.

### La tâche est en lien avec le problème

La traduction du *problème*, ou comment passer de « Je suis un problème » (autoréférencé) à « J'ai un problème » est :

- comportementale (liée aux tentatives de solution) ;
- cognitive (liée aux origines du problème) ;
- émotionnelle (liée à l'intensité du problème).

La *tâche* peut se décliner au niveau :

– comportemental : par la prescription d'une action à 180°, à l'opposé du thème des tentatives de solution. Du résultat de la tâche émerge la solution pour le client ;

– émotionnel : plus la perturbation émotionnelle liée à la réalisation de la tâche va être peu intense plus sa probabilité de réalisation sera élevée ;

– cognitif : ou comment « vendre » la tâche ? On s'appuiera sur la vision du monde du client, et on utilisera le questionnement et les recadrages pour amener l'acceptation de la tâche.

Plus la résolution du problème nécessite une modification importante de la vision du monde du client, plus l'objectif doit être minimal, et plus la tâche doit être facilement réalisable.

## Les risques de l'intervention : trois façons de provoquer une aggravation

– On choisit une solution qui revient à nier qu'un problème soit un problème et l'intervention qui s'impose n'est pas faite. Par exemple : des parents viennent consulter : ils sont inquiets du comportement de leur fille. Le thérapeute recadre que ce sont les parents qui ont le problème. Par la suite, la jeune fille fait une tentative de suicide.

– On s'efforce de modifier une difficulté qui est soit parfaitement inaltérable, soit inexistante et l'on intervient quand on ne devrait pas. Par exemple : un patient vient consulter pour dépression : il se décrit comme mal dans ce monde et que rien de bien ne peut advenir. Le thérapeute tente de le convaincre du contraire en lui vantant les mérites de la vie.

– On commet une erreur de type logique provoquant un jeu sans fin :

- soit en provoquant un changement de niveau 1 (modifie les interactions dans le contexte sans modifier celui-ci) au lieu d'un changement de niveau 2 (qui modifie le contexte). Par exemple : un patient vient pour des douleurs aux jambes et cela l'empêche de vivre. Le thérapeute essaie de l'aider à supprimer ces douleurs (en utilisant l'hypnoalgésie par exemple) au lieu de prendre en compte la place de la douleur dans le contexte de vie du patient ;
- soit en provoquant un changement de niveau 2 au lieu de niveau 1. Par exemple : une femme vient se plaindre de l'alcoolisme de son mari. Le thérapeute lui prescrit : « *Vous n'avez qu'à le quitter.* » Or, ce n'est pas l'objet de sa demande.

## Les grands thèmes de tentatives de solution

– Le client tente de se contraindre à faire quelque chose qui ne peut survenir que spontanément.

*Stratégie* : amener le client à renoncer à ses attitudes auto-coercitives : les tâches prescrites ont comme objectif de mettre en place un nouveau comportement qui lui interdise de se comporter comme il le faisait auparavant.

– Évitement. Le client tente de surmonter la crainte d'un événement en le différant. Les processus phobiques, les blocages, les plaintes autoréférentielles en sont l'illustration.

*Stratégie* : préparer le client à l'événement redouté de manière à le maîtriser par avance. Les tâches vont l'amener à faire face à la situation redoutée.

– Le client tente de parvenir à un accord dans le conflit. Le conflit naît dans une relation interpersonnelle et est centré sur des questions exigeant

une coopération mutuelle. Le thème des tentatives de solution du client : n'avoir de cesse que l'autre partie se comporte selon ses désirs.

*Stratégie* : la tâche va amener le client à adopter la position basse.

– Le client confirme les soupçons de l'accusateur en se défendant.

*Stratégie* : valider les assertions de l'accusateur comme étant ses convictions, c'est-à-dire en allant dans son sens pour casser le risque d'escalade symétrique.

– Le client tente d'obtenir l'acquiescement par le volontarisme. Son discours est ainsi centré autour du thème : « sois spontané ».

*Stratégie* : la personne qui attend quelque chose le demande directement, même si cette demande est arbitraire.

## Les pièges de l'intervention

Ces pièges sont les suivants :

– Objectif mal défini (peu ou pas concret).

– Perdre l'objectif en cours de route.

– La thérapie est centrée sur les objectifs du thérapeute et non ceux du patient.

– Refaire ce qui n'a pas marché auparavant (tentatives d'intervention). Il faut toujours valider ce qui a été fait.

– Aller dans le sens des tentatives de solution du patient.

– Aller vers des tentatives de solution de la famille de l'enfant.

– Tenir compte d'un modèle, d'un cadre et non pas du patient (feed-back pour des affirmations, comportements, attitudes allant dans le sens de la solution).

– Se laisser envahir par les propos du patient.

– Faire marche arrière (une fois une tâche exprimée, si elle n'est pas faite, reprendre l'évaluation à la séance suivante).

## Les trois temps de l'intervention

### *Les tâches qui aident à la définition du problème*

Ces tâches vont aider à déconstruire la plainte en la recadrant en une situation problème entretenue par des tentatives de solution inefficaces.

#### TÂCHES D'OBSERVATION

– Observation des exceptions au problème : « *Jusqu'à notre prochain entretien, je vous demande d'observer, de telle façon que vous puissiez en parler, ce qui se passe dans votre vie et que vous souhaitez voir continuer.* »

– Observation de la situation problème : pour des parents consultant pour leur adolescent décrit comme opposant : « *Jusqu'à la prochaine fois, j'aimerais que vous observiez les échanges entre votre enfant et vous-même de telle sorte que nous puissions voir et entendre ce qui se passe comme sur une bande vidéo.* »

#### TÂCHES D'INFORMATION SUR L'OBJECTIF

Lorsque le patient se présente en touriste, lorsqu'il s'agit d'interventions sous contrainte, nous centrons l'intervention sur : « *Qu'est-ce qu'attend le demandeur de votre présence ici ?* » Par exemple : un patient consulte pour comportement agressif à l'égard de sa conjointe. Celle-ci le menace de le quitter s'il ne se fait pas soigner. La tâche est la suivante : « *Demandez à votre conjointe : "À quels changements dans votre comportement pourratt-elle vous dire que votre présence ici n'est plus nécessaire ?"* »

#### TÂCHES DE RECADRAGE

Par exemple, pour un patient demandant de l'aide lors de ses attaques de panique, le thérapeute peut donner comme tâche : « Je voudrais que vous pensiez, d'ici à la prochaine séance, que chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, vous recevez en même temps deux messages. L'un, évident, est : "Je t'aime, je t'aide et je te protège." Le second, plus subtil et plus fort, dit : "Je t'aide parce que tout seul tu ne peux pas le faire, parce que tu es malade." Je ne vous demande pas de ne pas demander de l'aide parce que vous n'êtes pas en mesure de ne pas demander de l'aide. Je vous demande seulement de penser que chaque fois que vous demandez de l'aide et la recevez, vous contribuez à ce que persistent et s'aggravent vos problèmes. » (Watzlawick et Nardone, 1997).

#### DANGERS DE L'AMÉLIORATION

Par exemple, une cliente « dépressive » dit ne plus avoir de sentiments pour son mari, mais elle ne peut pas le quitter car elle n'a pas de travail. Les tâches vont porter sur la réflexion sur les risques de l'amélioration (peur de ne pas avoir de ressources) pour l'aider à évaluer sa demande.

#### ÉVALUATION DE LA TÂCHE

Les conséquences de la réalisation ou non de la tâche sont évaluées à la séance suivante. Si le client a effectué la tâche : « *Qu'est-ce que vous avez observé de nouveau ou de différent ?* » Nous poursuivons à partir de ces informations.

Si la tâche n'est pas effectuée, après avoir félicité le client sur sa capacité à s'affirmer, à résister, nous pouvons poser plusieurs questions, voire reprendre la thérapie comme si c'était la première séance :

– « *Qu'est-ce que vous avez été capable de faire d'autre ?* »

– « *Comment avez-vous fait pour ne pas réaliser cette tâche ?* » (Cela va nous donner des informations sur la vision qu'a le client du chemin du changement.)

### *Les tâches de résolution de problème*

Dans son enseignement, Dick Fisch disait : « sur 10 séances que dure la thérapie : neuf séances et demi pour définir le problème et une demi pour le résoudre ». À ce stade, la personne est cliente : « J'ai un problème. » La tâche va être à 180° (le U Turn) du thème des tentatives de solution. Par exemple, si le thème des tentatives de solution est « éviter », la tâche va avoir pour objectif de « se confronter à ». Les tâches seront le plus souvent paradoxales.

#### PRESCRIRE LE PIRE

Par exemple, avec un client anxieux, on l'interroge sur ce qui pourrait lui arriver de pire. On lui demande alors de consacrer chaque jour un temps, par exemple une demi-heure, à imaginer le pire et à observer ce qui se passe.

#### PRESCRIRE UNE TÂCHE ENCORE PLUS CONTRAIGNANTE

À un patient venu pour insomnie, nous avons proposé la tâche suivante : soit il dort, soit il regarde son réveil et, chaque heure, il se lève, s'habille, fait le tour du pâté de maisons, se déshabille, se recouche et ainsi de suite.

#### UTILISER LE « COMME SI »

La personne doit soit faire comme si le symptôme avait disparu, soit faire comme si elle était dans la situation problème.

#### DÉPLACER VOLONTAIREMENT LE SYMPTÔME

Le problème peut être déplacé dans le temps (« *Une heure par jour, de 18 heures à 19 heures, vous exprimerez votre colère* ») ou dans l'espace (déplacer le symptôme dans un autre lieu, un autre contexte).

#### PRESCRIRE LE SYMPTÔME

Lorsque le patient s'oppose à son entourage ou au thérapeute, il est possible de prescrire le symptôme. Si le symptôme est prescrit par le thérapeute, le client, pour s'opposer, est alors contraint de le faire cesser. Il existe une contre-indication : lorsque la prescription risque de mettre en danger le client vis-à-vis de lui-même ou de sa relation à son entourage !

#### RECONTEXTUALISER

Voir « Exemple clinique » ci-après.

### EXAGÉRER LE SYMPTÔME

Il s'agit de rendre volontaire l'automatique. Nardone (1993) utilise cette tâche dans les problèmes compulsifs. Par exemple, pour une personne soumise à un rituel de lavage : « *Chaque fois que, d'ici la prochaine séance, vous effectuerez ce rituel, vous devrez le faire cinq fois, ni une fois de plus ni une fois de moins. Vous pouvez ne pas le faire, mais si vous le faites une fois, vous devez le faire cinq fois, ni une fois de plus, ni une fois de moins.* »

### INTERDIRE LE CHANGEMENT – METTRE LE SYSTÈME EN CRISE

Le thérapeute peut dire par exemple : « *Je vous demande de ne rien changer car vous n'êtes pas prêt et ce pourrait être pire pour vous.* »

### DOUBLE CONTRAINTE THÉRAPEUTIQUE

La double contrainte thérapeutique relie deux problèmes sans rapport en liant l'échec concernant l'un à la réussite d'une tâche qui concerne l'autre.

### LE PACTE DU DIABLE

Il s'agit de demander au client de signer un chèque en blanc, c'est-à-dire de dire oui avant que la tâche ne soit prescrite. Le client a le choix de dire oui ou non ; il prend dans tous les cas une décision (défi).

### RÉCAPITULER LES TENTATIVES DE SOLUTION POSSIBLES

Le thérapeute demande : « *Qu'est-ce que vous avez déjà essayé de faire ?* » Il s'agit d'imaginer d'autres réponses possibles, même les plus « loufoques », et très souvent, on constate que le client a déjà envisagé une réponse à 180° de ce qu'il essaie mais l'avait exclue.

### UTILISER L'ALTERNATIVE ILLUSOIRE

« Pile je gagne, face tu perds. » Lorsque Erickson utilisait la transe comme tâche de lâcher prise, il pouvait dire : « *Voulez-vous entrer en transe maintenant ou plus tard ?* »

La tâche n'est pas une solution au problème. Pour le client, la solution va émerger de la réalisation de la tâche. Répétons qu'une tâche n'est valide que dans un contexte précis, après définition de l'objectif et lorsque l'alliance est bien en place. Il est important à ce stade que le thérapeute attribue les résultats du changement au client en utilisant l'étonnement, la surprise, l'admiration, mais aussi l'anticipation de la suite.

Comme on peut le constater dans les exemples donnés, la réalisation de la tâche a une valeur métaphorique de changement. Elle « véhicule » un message implicite que l'on pourrait résumer par : « *j'assume, j'ose* ». Métaphoriquement, l'objectif de la thérapie est de permettre au client de monter la première marche de telle sorte qu'il puisse monter ou ne pas monter les escaliers de son choix.

## Les tâches de fin de thérapie

L'objectif est d'étendre l'influence du travail thérapeutique au-delà du contact effectif comme lorsque Erickson disait : « Ma voix t'accompagnera (aussi longtemps que nécessaire). »

### PRENDRE CONTACT

Le thérapeute peut proposer au client de reprendre contact 3 mois après la fin de la thérapie pour évaluer les progrès, lui-même restant disponible si besoin, ou de donner de ses nouvelles en terme d'évolution à 6 mois.

### ENCOURAGER LA RECHUTE

Une prescription de fin de thérapie lorsque le client exprime des doutes sur le maintien du résultat dans le temps peut être : « *Je vous propose d'ici à la prochaine séance de provoquer une rechute afin de confirmer vos doutes, par exemple une fois par jour.* »

L'indication concerne les patients ayant la peur de rechuter dans le futur, ayant tendance au négativisme, ou ayant des difficultés à recevoir l'aide des autres.

La contre-indication est lorsque le pronostic psychiatrique ou vital est péjoratif.

### PROVOQUER AVEC BIENVEILLANCE

En utilisant le doute, le pessimisme, le thérapeute peut dire : « *Je ne crois pas que vous soyez capable de maintenir ce changement dans le temps!* »

L'ensemble de ces tâches nécessite l'utilisation de tactiques et de stratégies mettant souvent en œuvre une approche paradoxale. Elles doivent bien sûr toujours être en lien avec les objectifs du client tels qu'on s'est efforcé de les définir avec lui, et tenir compte de sa position et de ses valeurs, à la fois pour le respecter et pour donner à la prescription une chance d'être réalisée et ainsi en évaluer la pertinence. C'est à partir d'elles que s'amorce la réalisation du changement.

## Exemple clinique

À l'occasion d'un atelier, une des participantes, médecin généraliste, expose ses difficultés à prescrire des arrêts de travail.

Le questionnement va amener à redéfinir le problème. Lorsqu'un patient lui demande un arrêt de travail, elle a du mal à s'y opposer et/ou à le prescrire. La difficulté porte plus sur la durée de l'arrêt que sur la prescription en elle-même. Cela peut l'amener à refuser de prescrire des arrêts de travail qui pourraient être nécessaires. Elle anticipe les possibles exigences de demande de renouvellement du patient.

Lorsque le questionnement est poussé plus en avant : « *En quoi céder à la demande du patient est-il un problème pour vous ?* », elle exprime sa peur que le patient abuse de la situation et en même temps sa responsabilité vis-à-vis de la société via l'autorité de tutelle (qu'il lui soit signifié qu'elle prescrit des arrêts de travail abusifs, qu'elle dilapide l'argent du contribuable).

Le thème des tentatives de solution devient alors de tenter de parvenir à un accord dans le conflit en évitant ce conflit, et ce dans une double direction : vis-à-vis du patient et vis-à-vis de l'autorité de tutelle. Dire oui à l'un équivaut à s'opposer à l'autre et réciproquement. C'est une description typique de double lien. Cette situation nécessite une intervention qui va modifier le cadre de référence : comment l'amener à accepter que la situation à gérer est conflictuelle ?

- La préparation à la prescription de la tâche a commencé en lui demandant : « *Quelle était la durée d'arrêt de travail maximal acceptable pour vous ?* » Elle répond : « *Un mois.* » Une première proposition est de recontextualiser et d'utiliser ses valeurs : « *Nous comprenons que cette situation est vraiment difficile pour vous. Nous comprenons que vous vous trouviez prise entre les exigences du patient d'un côté et les exigences de l'autorité de tutelle de l'autre, que ce n'est pas toujours simple de prendre la décision la plus adaptée.* » Nous la félicitons pour sa conscience professionnelle et l'importance qu'elle attribue au bien d'autrui.

- Notre intervention suivante utilise la technique du chèque en blanc : « *Il y aurait bien une tâche que nous pourrions vous prescrire et qui, à coup sûr, vous permettrait de sortir de cette situation. Néanmoins, nous ne sommes pas certain que vous soyez capable de la réaliser. Bien sûr, si vous vous engagez à la réaliser, nous pourrions vous la prescrire. Néanmoins, nous ne sommes vraiment pas sûr que vous soyez prête pour ça. Si elle est simple, elle risque d'être vraiment difficile à réaliser pour vous.* »

- Attente, défi, chèque en blanc :

- « *Dites, qu'est-ce que je dois faire ?* »

- « *Êtes-vous vraiment sûre que vous êtes prête ?* »

- « *Oui.* »

- Prescription paradoxale, double contrainte thérapeutique, choix illusoire :

- « *Alors, la prochaine fois qu'un patient va vous réclamer un arrêt de travail, vous allez lui faire une prescription pour 2 mois.* »

- « *Je ne peux pas faire ça (d'un air révolté).* »

- « *Nous vous avons bien dit que vous ne seriez pas prête à résoudre votre problème...* »

Et la séance s'est finie sur cette prescription

- Virage à 180° : assumer sa position.

- Elle est revenue nous dire que, pendant 15 jours, la scène a tourné dans sa tête, alternant entre colère envers les thérapeutes et désespoir de ne pouvoir régler son problème. Au premier patient qui s'est présenté pour lui demander un arrêt de travail, elle s'est surprise à gérer la situation en affrontant le conflit. Elle a pris sa décision en s'appuyant sur son expérience. Elle a terminé la consultation sereine.

- Recadrage, changement de contexte. Elle conclut en disant qu'aujourd'hui ce n'est plus un problème pour elle. La prescription de l'arrêt de travail est recadrée comme un acte médical dans un contexte de soin.

## Conclusion

La prescription de tâche peut paraître manipulateur et magique. Toute la préparation, de l'alliance jusqu'à la définition du problème, est essentielle. C'est à ce niveau que se situe la complexité de l'intervention thérapeutique brève. La manipulation est alors manipulation des interactions qui entretiennent le symptôme, symptôme qui, en retour, manipule le client en réduisant ses possibilités relationnelles et sa capacité à agir.

## Bibliographie (modèle de Palo Alto)

---

- BATESON G. (1972). — *Vers une écologie de l'esprit*, trad. fr., Paris, Le Seuil, t. 1, 1977 et t. 2, 1980.
- FRANKL V.E. (1988). — *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- MAALOUF A. (1996). — *Les échelles du Levant*, Paris, Grasset.
- NARDONE G. (1996) — *Peur, panique, phobies*, trad. fr., Bordeaux, L'Esprit du Temps.
- NARDONE G., WATZLAWICK P. (1993) — *L'Art du changement*, trad. fr., Bordeaux, L'Esprit du Temps.
- SHAZER S. de (1985). — *Clés et solutions en thérapie brève*, trad. fr., Bruxelles, Satas, 1999.
- WATZLAWICK P. (1978). — *Le Langage du changement*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1980.
- WATZLAWICK P., NARDONE G. (1997). — *Stratégie de la thérapie brève*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 2000.

## Pour en savoir plus (modèle de Palo Alto)

---

- CABIE M.-C., ISABAERT L. (1997). — *Pour une thérapie brève*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- DOUTRELUGNE Y., COTTENCIN O. (2008). — *Les Thérapies brèves. Principes et outils pratiques*, Paris, Masson.
- ELKAÏM M. (1989). — *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas*, Paris, Le Seuil, 2001.
- ELKAÏM M. et al. (1995). — *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Le Seuil.
- EVERSTINE J., SULLIVAN-EVERSTINE D. — *Des gens en crise. L'intervention psychologique d'urgence*, trad. fr., Marseille, Epi, 1993.
- FISCH R., SCHLANGER K. (2005). — *Traiter les cas difficiles*, trad. fr., Paris, le Seuil.
- FISCH R., WEAKLAND J.H., SEGAL L. (1982). — *Tactiques du changement*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1986.

- HALEY J. (1993) — *Stratégies de la psychothérapie*, trad. fr., Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- HALEY J. (1973). — *Milton Erickson, un thérapeute hors du commun*, trad. fr., Paris, Desclée de Brouwer, 1984.
- MALAREWICZ J.A. (1988). — *La Stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson*, Paris, ESF.
- MARC E., PICARD D. (2000). — *L'École de Palo Alto*, Paris, Retz.
- NARDONE G., VERBITZ T., MILANESE R. — *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 2004.
- O'HANLON B., BEADLE S. (1997). — *Le Guide du thérapeute au pays du possible*, Bruxelles, Satas.
- SERON C., WITTEZAELE J.-J. (1991). — *Aide ou contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte*, Bruxelles, De Boeck.
- WATZLAWICK P. (1976). — *La Réalité de la réalité*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1978.
- WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON DON D. (1967). — *Une logique de la communication*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1972.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. (1974). — *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil; trad. fr. 1975.
- WITTEZAELE J.-J. (2003). — *L'Homme relationnel*, Paris, Le Seuil.
- WITTEZAELE J.-J., GARCIA T. (1992). — *À la recherche de l'école de Palo Alto*, Paris, Le Seuil.

## Steve de Shazer – Du jazz au langage

J. BETBÈZE

Steve de Shazer, né en 1940, est décédé en 2005 à Vienne. Il a fait ses études à l'Université du Wisconsin, s'est formé en hypnose et thérapie brève à Palo Alto à partir de 1969. C'est là qu'il rencontre Insoo Kim Berg avec laquelle il va créer à Milwaukee, en 1978, l'Institut de thérapie brève, qu'il dirige jusqu'en 1989. Par la suite, il fait connaître la thérapie brève centrée sur les solutions (TBS) dans le monde entier, et notamment en France entre 1990 et 2000.

De Shazer est le fils d'une chanteuse d'opéra et d'un ingénieur en électricité. Cette double filiation se retrouve dans ses écrits qui visent à développer une compréhension rationnelle du processus thérapeutique, compréhension faisant toute sa place à la poésie du quotidien. Il était un passionné de base-ball, de cuisine et de jazz (c'était un très bon joueur de saxophone), et également de philosophie. Il s'est particulièrement intéressé à la philosophie européenne, à travers de longues fréquentations de Wittgenstein – « nous ne devons pas nous attacher à quoi que ce soit de caché, car tout est déjà visible à l'œil nu » (*Investigations philosophiques*, 1953) –, et également aux œuvres de Jacques Derrida et Jean-François Lyotard. Ces deux philosophes français sont à de nombreuses reprises discutés, utilisés, interrogés pour permettre aux thérapeutes, à travers les notions de déconstruction et de postmodernité, de trouver un nouveau cadre pour rendre compte d'une pratique collaborative de nature dialogique. Le sens ne se situe ni dans le locuteur, ni dans l'auditeur ; il se trouve entre les deux. C'est ce qui l'a amené à souligner l'importance de la relation dans toute pratique thérapeutique, celle-ci étant « une entreprise négociée, consensuelle et coopérative dans laquelle le thérapeute centré sur les solutions et le client produisent divers jeux de langage centrés sur des exceptions, des objectifs, des solutions » (1994).

Comme en hypnose, où la dissociation thérapeutique permet en même temps d'être en relation avec les ressources et avec le problème, afin de permettre à la vie de recirculer entre ces deux pôles, l'approche de thérapie brève, grâce à un jeu de langage centré sur les solutions, permet progressivement de dissoudre le problème en construisant des solutions à partir des exceptions déjà présentes.

De Shazer s'est de plus en plus intéressé à la réflexion sur le langage et à son rôle dans la thérapie. Comme pour Wittgenstein, de Shazer pense « qu'il est seulement possible de savoir ce que veut dire un mot par la manière dont les participants à la conversation l'utilisent » (1994). D'où l'importance, pour connaître exactement le sens des mots, de connaître leur contexte d'énonciation afin de pouvoir déconstruire le sens véhiculé par les constructions sociales qui isolent le sujet de ses ressources relationnelles.

Par exemple, à la question : « *Quand avez-vous oublié que vous étiez déprimé pour la dernière fois ?* », le patient répond : « *C'était mardi dernier, quand il a joué au golf, qu'il a mangé ce jour-là une pizza, bu une bière*

*avant de danser avec une ou deux filles et de s'endormir sur son canapé. »* Ainsi, le mot « déprimé » en lui-même fait percevoir toute la réalité comme envahie par la tristesse; le questionnement thérapeutique permet de construire une signification de ce mot qui inclut : le fait de ne pas aller jouer au golf, de ne pas sortir prendre une pizza et une bière, de ne pas danser avec des filles et de ne pas s'endormir spontanément sur le canapé. Cette définition est celle que de Shazer, en tant que thérapeute, a négociée avec son patient quant à l'utilisation du mot « déprimé »; elle permet de s'ouvrir à la pluralité du réel et aux perspectives de changement.

Si de Shazer a développé des techniques spécifiques comme la « question miracle » et l'utilisation des échelles, il a reconnu lui-même avoir conçu de plus en plus la thérapie comme une « simple » conversation permettant au sujet de faire des choix dans un espace où les changements sont permanents. Pour ceux qui ont assisté à ses séances de thérapie, il était un véritable virtuose de la simplicité.

À la fin de sa vie, il souligne que son intérêt pour la thérapie brève est aussi une affaire de goût. Certains aiment la brillance d'un big band de jazz, d'autres préfèrent l'intimisme d'un trio. Ceux qu'attire la TBS s'apparentent peut-être davantage aux amateurs de trio de jazz. En TBS, la créativité et le sens artistique viennent en apprenant à travailler dans un cadre coopératif, en aidant les clients à créer des chefs-d'œuvre à partir des mélodies banales de leur vie quotidienne.

# 30

## Éléments de thérapie solutionniste

A. Vallée



### Introduction

Bien qu'elle fasse parler de plus en plus d'elle, de nombreux lecteurs seront surpris par la thérapie solutionniste. Tout apparaît si simple et si minimaliste ! Avant d'aller plus loin, il convient tout d'abord de saluer la mémoire de Steve de Shazer et d'Imsoo Kim Berg, récemment disparus, qui ont été parmi les principaux élaborateurs de ce type de thérapie et qui ont inlassablement réfléchi, amélioré, enseigné, transmis le fruit de leur expérience.

C'est une thérapie sans théorie, nous dit Steve de Shazer avec un brin de provocation. Il n'y a pas besoin de savoir comment elle marche, d'après lui ; il faut d'abord l'expérimenter puis se poser des questions seulement sur la base de cette expérience. Elle n'a pas de théorie, c'est-à-dire qu'elle est uniquement empirique.

Beaucoup d'autres thérapies, d'ailleurs, créent des récits ; leur but est de pouvoir utiliser des objets intellectuels, des concepts censés maintenir la relation thérapeutique et mieux observer les effets de la pratique. Cela finit trop souvent par transformer les concepts en réalités, la théorie créant les objets qu'elle est censée observer.

Bien sûr, le lecteur ne peut faire d'expérience directe ; il peut seulement expérimenter un récit, une fiction qui peut malgré tout lui donner une représentation de la façon dont une telle thérapie se passe. À noter que ce texte bref n'a pas valeur de formation, mais simplement d'illustration destinée à donner l'envie d'en savoir plus.

### Exemples cliniques

#### *Premier exemple*

Il s'agit d'une femme qui, cliniquement, présente un comportement de type dépressif. Il y a quelques minutes, cette femme s'est présentée avec hésitation à l'interphone. En entrant dans le cabinet, elle n'a obéi que partiellement à l'in-

jonction « entrez sans sonner », puisqu'elle a appuyé sur le bouton de la sonnette. Pour moi, c'est un indice de confusion, de déjà hypnose. Lorsque je vais la chercher dans la salle d'attente, elle n'a pas choisi les fauteuils confortables, elle a préféré une chaise droite, à l'abri de la porte. Elle a l'air réservée, timide. Lorsqu'elle me voit, elle esquisse un sourire timide, passe devant moi en mettant le plus de distance possible. Je la vois qui rentre dans le cabinet, voûtée, repliée sur elle-même. Lorsque je lui offre de s'asseoir dans un fauteuil ou dans le canapé, je remarque son regard effrayé qui s'accroche à la chaise devant le bureau. Elle finit par choisir le fauteuil qui lui donne une vue sur la porte de sortie. Je lui laisse un instant pour se rassurer, s'habituer à ce nouvel espace. Je lui demande son nom, son année de naissance, son métier, ses coordonnées ; je cherche à savoir ce qui l'a amenée à venir me voir.

– « Qu'est-ce qui vous amène ? »

– « C'est parce que... »

– « Excusez-moi, j'aimerais savoir ce qui vous amène maintenant. »

– « C'est que je ne vais pas bien depuis quelque temps. Je suis triste... Je pleure souvent. Je suis fatiguée. »

– « Qu'avez-vous déjà fait par rapport à ça ? »

– « Mon médecin m'a dit que c'était de la dépression, il m'a donné des médicaments. Vous voulez savoir ? »

– « Oui, dites-moi ce que vous prenez afin que je le note. »

– « Je prends X, Y et Z. »

– « Pour vous, à quoi savez-vous qu'il s'agit de dépression ? »

– « Vous savez, c'est de ne plus avoir de goût, tout est difficile. »

– « Pouvez-vous me donner des exemples ? »

– « Oui, moi qui tenais si bien ma maison, je ne m'en occupe plus. Ça fait plusieurs mois que je n'ai pas fait mes carreaux, c'est pareil pour le jardin, je n'ai même pas planté de fleurs cette année. »

– « Est-ce que je dois comprendre que si vous étiez capable de faire vos carreaux et de planter à nouveau des fleurs, ça serait le signe que les choses vont beaucoup mieux ? »

– « Oui, c'est ça. »

– « Imaginez qu'en sortant d'ici, vous commencez à penser que vous avez été comprise, que vous avez peut-être l'espoir que les choses puissent changer, à quoi le sauriez-vous ? » Silence.

– « Je ne sais pas, c'est compliqué, ce que vous me demandez. »

– « À la place, imaginez que je ne vous ai pas comprise, que vous avez l'impression que je vous ai volé votre argent, qu'est-ce que vous éprouveriez alors ? »

– « Je serais déçue... Triste. »

– « Est-ce que je dois comprendre que vous seriez encore plus voûtée, plus repliée ? »

– « Oui, c'est ça... »

– « À la place, si vous sortiez avec l'espoir que ça puisse changer, qu'est-ce qui serait différent ? »

– « Maintenant que vous m'y faites penser, je me sentirais peut-être un peu plus légère »

– « Dans quelle partie du corps vous sentiriez cette légèreté ? »

Pendant un instant, elle prend une inspiration, ce qui lui relève la tête et elle sourit légèrement.

– « Je vous ai observée, j'ai vu que vous avez pris une inspiration plus importante. Est-ce que je dois comprendre que c'est dans la respiration que ça serait plus léger ? »

– « Oui, c'est ça. »

– « Imaginez que vous sortez d'ici avec plus de légèreté dans la respiration. Qu'est-ce que vous feriez d'un peu différent à partir du moment où vous seriez sortie ? »

– « Je ne sais pas, de toute façon je vais rentrer chez moi. »

– « Je suis d'accord avec vous, ça ne va pas bouleverser votre vie... Quels sont les petits détails qui seraient différents ? »

– « Peut-être que je prendrais le temps de faire un petit tour en ville... »

– « La tête baissée, en rasant les murs ? »

– « Non, je crois que je me tiendrais plus droite, et puis je regarderais les vitrines. »

– « Si ça continuait, qu'est-ce qu'il y aurait encore d'autre de différent en rentrant à la maison ? »

– « Peut-être que je prendrais le temps de me reposer dans le canapé au lieu d'aller dans ma chambre... J'aurais peut-être envie aussi de faire quelque chose... »

– « Quoi, par exemple ? »

– « Peut-être un peu de ménage, ou bien un peu de cuisine... »

– « La cuisine, ça serait pour vous faire plaisir ou bien pour faire plaisir aux autres ? »

– « Non, ça serait surtout pour mon mari. Il est si triste de me voir comme ça. »

– « Si je comprends bien, si vous étiez capable de vous tenir plus droite, d'être un peu plus active à tel point que vous pourriez faire un peu de cuisine pour votre mari, ça serait déjà un changement important ? »

– « Oui, vraiment. »

– « Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir un meilleur moment ? »

– « Oui, il y a une quinzaine de jours, nous avons été invités. Mon mari m'avait poussée à y aller, je m'étais sentie mieux, mais ça n'a pas duré. »

– « En tout cas, ça prouve au moins qu'à certains moments vous êtes capable d'être mieux. Est-ce que c'est OK ? »

– « Oui. »

– « Donc, si je comprends bien, vous êtes capable d'être mieux à certains moments, mais vous savez que vous ne pouvez pas être invitée tous les jours, et ce que vous voudriez, c'est être capable de vous tenir droite, d'être un peu plus active pour pouvoir faire au moins un peu de cuisine à votre mari ? »

– « Oui, c'est exactement cela. »

– « Excusez-moi, est-ce que je peux vous poser une question difficile, surprenante ? »

– « Oui. »

– « Donc, si j'ai bien compris, vous allez rentrer chez vous. Peut-être que vous allez aller directement dans votre chambre, peut-être que vous allez rester dans le salon, puis faire un peu de cuisine pour votre mari... Sans doute allez-vous ensuite dîner – j'attends son acquiescement –, peut-être regarder un peu la télévision – elle ne semble pas acquiescer –, peut-être vous coucher pendant que votre mari fera la vaisselle puis regardera la télévision – elle acquiesce –, peut-être qu'avant ou après qu'il vienne se coucher, vous allez vous endormir – elle acquiesce. Imaginez que, pendant votre sommeil, au moment où vous allez dormir le plus profondément, imaginez que, tout à coup, il y a un miracle. » Silence. J'attends qu'elle me regarde à nouveau. « Oui, un vrai miracle. » Elle semble réfléchir et chercher puis tourne à nouveau ses yeux vers moi. « Le miracle, ça serait que les problèmes qui vous ont amenée ici ont disparu, que vous êtes capable d'être active, de vous tenir droite, de faire la cuisine par exemple. » Je l'observe qui semble absorbée dans cette contemplation, ses globes oculaires sont en balayage. Elle finit par tourner à nouveau les yeux vers moi. « Oui, mais c'était pendant votre sommeil. Le lendemain matin, quand vous vous réveillez, vous ne savez pas qu'il y a un miracle. » Je vois l'air de déception sur son visage... Elle se tourne à nouveau vers moi... « À votre avis, quels sont les changements que vous pourriez observer à partir du lendemain matin et qui vous amèneraient à penser qu'il a dû y avoir un miracle ? »

Je l'observe qui réfléchit. Je regarde ailleurs.

– « Je ne sais pas. »

Je ne dis rien, j'attends... Au bout de quelques minutes :

– « Peut-être que je serais plus gaie. »

– « Quoi d'autre ? »

– « Je me lèverais en même temps que mon mari. »

– « Quoi d'autre ? »

– « Je crois que je mettrais la radio. »

– « Quoi d'autre ? »

– « Peut-être que je ferais le ménage. »

– « Le ménage, ça serait le miracle de votre mari ou bien le vôtre ? »

– « Vous avez raison, s'il y avait un miracle, eh bien, je laisserais tomber tout ça et j'irais me promener, je partirais en voyage. »

– « Toute seule ? »

– « Oui, je n'ai jamais réussi à faire quoi que ce soit toute seule, j'ai toujours besoin de quelqu'un d'autre. »

– « Donc, s'il y avait un miracle, vous seriez capable de faire plein de choses toute seule. Qu'est-ce qu'il aurait d'autre encore ? »

– « Je crois que j'aurais la force d'apprendre un métier et d'aller travailler, d'avoir mon argent à moi pour pouvoir m'acheter des choses. »

– « Est-ce que vous pouvez me raconter quel genre de femme vous deviendriez alors ? »

– « Je crois que je deviendrais sûre de moi, je serais plus forte. »

- « Qu'est-ce que ça vous permettrait de faire ? »
- « Comme je vous le disais, travailler, m'acheter des choses, pouvoir être plus coquette... Vous avez raison, ça serait vraiment un miracle. »
- « À votre avis, mis à part vous-même, qui est la première personne qui remarquerait que vous êtes changée ? »
- « Mon mari, je crois... »
- « À quoi saurait-il que vous êtes changée, qu'est-ce qu'il observerait ? »
- « Il remarquerait que je souris, que je plaisante, comme avant... »
- « Ça doit bien vous arriver de temps en temps. Qu'est-ce qui lui ferait penser que c'est un vrai changement ? »
- « Je crois que ça serait si je redevais tendre avec lui. »
- « C'est devenu impossible ? »
- « Oui, vous savez, il a eu une liaison, et je ne le supporte pas. »
- « Si je comprends bien, la tendresse serait ce que lui attend. Réellement, à quoi il remarquerait que vous êtes vraiment changée ? »
- « Je crois que ça serait si je lui disais que j'ai trouvé un travail. »
- « Trouver un travail ou bien, déjà, vous mettre en recherche ? »
- « Vous avez raison, déjà, s'il me voyait partir chercher du travail, il penserait que ça serait la révolution à la maison. »
- « Il verrait ça d'un bon œil ? »
- « D'un côté, il ne serait pas très content, mais je crois que, d'un autre côté, il serait fier de savoir que je deviens autonome. Vous savez, par moments, je le comprends de s'être lassé que je ne puisse rien faire sans lui. »
- « Qui d'autre remarquerait ? »
- « Ma mère. »
- « Qu'est-ce qui serait pour elle le signe d'un vrai changement ? »
- « Pour elle, ça serait si j'étais enceinte... Vous savez, ça m'a toujours fait tellement peur... »
- « Dites-moi, quand est-ce que ça vous est arrivé de connaître un moment pendant lequel vous étiez une personne qui ressemblait un peu à celle du miracle ? »
- « C'était il y a une quinzaine de jours, il faisait beau, j'ai pris mon vélo et je suis allé faire un tour toute seule jusqu'à la campagne. Il y avait même des gens qui me souriaient... »
- « Comment avez-vous décidé de faire cela ? »
- « Vous savez, ça n'a pas été tellement difficile... Mon mari avait réparé mon vélo. Et puis, comme cela, j'ai eu simplement envie d'aller faire un petit tour. »
- « Et ensuite ? »
- « Depuis, il faut bien le dire, les choses vont plutôt mieux... C'est vrai que je commence à faire un peu de ménage, j'ai commencé à sourire aussi et puis... Nous avons même eu des relations avec mon mari. »

Je décide que c'est alors le moment de la pause. Je me relève en lui disant que je vais réfléchir un peu maintenant que nous avons bien travaillé. Pendant ce temps, je réfléchis sur son système de valeurs, sur le fait qu'elle essaie de bien tenir sa maison et son jardin, qu'elle souhaite faire plaisir à son mari malgré qu'il ait eu

une liaison. En dépit de ses peurs, elle rêve d'avoir un enfant alors qu'elle n'est plus toute jeune. Elle a aussi le souhait de devenir autonome, de travailler, ce qui montre de vraies capacités de courage. Sa « dépression » apparaît comme étant le fruit de son désespoir de ne pouvoir réaliser tout cela.

Lorsque je reviens au bout de quelques minutes, je m'installe tranquillement, puis je lui dis : « Si j'ai bien compris ce que vous me disiez, et vous me corrigerez si je me trompe, vous m'avez dit que vous étiez tellement mal que vous ne pouviez même pas faire des choses aussi simples que vous tenir droite, tenir votre place de ménagère et d'épouse. Pourtant, il m'a semblé que c'était ce que vous souhaitiez vraiment et que vous voulez sincèrement réussir à être une bonne épouse, à devenir une femme autonome, et même, à devenir une bonne mère. Et pour réussir cela, vous savez qu'il vous faut affronter le dragon de vos peurs : c'est pour cela que vous avez osé prendre le risque de venir en thérapie, et je sais que ce n'est pas facile. Je pense que vous avez déjà dû essayer beaucoup de choses, que vous avez fait beaucoup d'efforts. » Elle acquiesce. « Vous avez dû dépenser énormément d'énergie pour faire face à vos peurs, pour les surmonter, pour donner le change. » Elle acquiesce, elle semble émue. « Vous savez, j'ai trouvé assez épatante cette promenade à vélo que vous avez faite. Pour moi, elle signifie que vous pouvez changer, mais j'étais surtout surpris que vous l'ayez fait délibérément. Alors, pendant que je réfléchissais, je me suis demandé dans quelle mesure vous seriez capable de refaire cette promenade ou bien quelque chose du même genre qui serait peut-être plus facile à faire ? Je sais que ce que je vous demande n'est pas facile, que ce sera de toute façon un rude effort, mais je sais aussi que, depuis que vous avez vos peurs, vous savez ce que c'est de faire un effort même si les autres ne le voient pas... Qu'est-ce que vous pensez que vous seriez capable de faire, avec un effort, dans ce genre-là ? »

Elle réfléchit, elle considère tous les aspects de cette proposition.

– « Je crois que je pourrais essayer de rendre visite à des anciennes amies. Je me disais ces derniers jours que je devrais les appeler au téléphone ; d'ailleurs, j'y pense maintenant, j'ai ressorti mon agenda et je l'ai posé à côté du téléphone. »

– « Sur une échelle entre 0 et 100, si à 0, vous êtes certaine d'être incapable de faire cela et, à 100, vous êtes certaine de pouvoir le faire, à combien êtes-vous maintenant ? »

– « Je dirais que je suis au moins à 90 ! »

– « OK, c'est donc d'accord d'essayer de faire cela pour la prochaine fois. Est-ce que vous seriez d'accord aussi pour noter soigneusement la façon dont les autres personnes autour de vous réagissent à tous ces changements ? »

– « Vous voulez dire sur un carnet ? »

– « Oui, si vous le voulez... À votre avis, maintenant que j'y pense, il vous faut combien de temps pour commencer à mettre cela en place et commencer à observer les changements ? »

– « Je crois qu'il me faudrait 15 jours ou 3 semaines. »

– « Est-ce que ça serait d'accord que nous puissions nous revoir au bout de ce délai ? »

Il s'agissait d'une séquence typique de la thérapie brève solutionniste. Qu'ai-je fait ? Pour ne pas me laisser entraîner dans un récit de son histoire

– car je sais que les éléments essentiels surviennent de toute façon ensuite –, je l'ai amenée à me dire ce qui l'avait poussée à venir. Ensuite, j'ai déconstruit le concept de dépression pour le réduire à l'incapacité, pour elle, de se tenir droite, de se sentir légère, et de pouvoir être active, ce que j'ai présenté comme étant l'inverse de son objectif. Il s'agit d'un travail de recadrage par l'objectif qui est une technique très puissante.

Ensuite, je l'ai poussée à se jeter dans l'anticipation d'un miracle et l'ai amenée à dire des choses qu'elle ne pensait certainement pas quelques minutes auparavant, par exemple son besoin d'autonomie, son désir d'enfant. L'interrogation sur la réaction des autres à ce changement nous a apporté beaucoup d'informations pertinentes. Surtout, à la fin, elle nous apprend qu'elle a déjà commencé à faire des changements significatifs.

Après la pause, je reformule l'entretien sous la forme de compliment et je lui propose une tâche à sa portée dont je vérifie qu'elle peut la réaliser.

Ce cas n'apparaît pas très difficile, parce qu'elle est motivée et demandeuse. L'expérience montre qu'une fois que nous avons aidé les personnes à dégager ce qu'elles voulaient réellement, il était facile d'obtenir leur coopération. Tous les cas ne sont pas aussi faciles. Cette thérapie est plus difficile à mettre en œuvre lorsqu'il s'agit de problèmes récurrents tels que des toxicomanies, des troubles alimentaires, ou bien une variabilité de l'humeur. Dans la plupart des cas, c'est l'excès d'ambition des thérapeutes qui les empêche de percevoir la modestie des ambitions des patients, ce qui fait qu'ils ont du mal à se rencontrer dans cet espace de la thérapie qui sourit surtout aux minimalistes.

### *Second exemple<sup>1</sup>*

Il s'agit d'un cas de comportement décrit habituellement comme dépendant. M. G., 28 ans, vient en consultation accompagné d'une de ses sœurs. Un extrait de la séance est donné ci-après.

T. : Bonjour. Je vous remercie d'être venu me voir. Je vais faire de mon mieux et je suppose vous aussi, et nous verrons ce qui se passera. Est-ce que vous voulez me dire ce qui vous fera savoir que cette consultation aura été au moins un peu utile ?

M. G. : Je ne sais pas. (Montrant de la main sa sœur) C'est ma sœur qui...

T. : Ah ! Vous aimeriez que votre sœur dise son point de vue ?

M. G. : Oui.

Sœur : Oh vous savez, c'est vraiment devenu intenable. Les parents n'en peuvent plus.

T. : Que se passe-t-il ?

S. : Il (montrant son frère) boit et prend la voiture.

M. G. (protestant) : Non ce n'est pas vrai, je ne le fais plus.

1. Proposé par T. Servillat.

T. : Ah !

M. G. : C'est vrai. Pas depuis 3 semaines !

T. : Oui ! C'est déjà pas mal 3 semaines.

S. : Peut-être, mais les parents n'en peuvent plus, ils ne dorment plus la nuit.

T. : Vos parents ont vraiment beaucoup d'inquiétude pour leur fils.

S. : Oui, je n'ai jamais compris. Ils sont inquiets pour tous leurs enfants, mais avec mon frère cela est vraiment incroyable !

T. : Remarquez, il semble qu'ils aient de bonnes raisons de s'inquiéter !

M. G. : Oui, mais vous savez il n'y a pas que cela. Des fois je vais très bien mais ils s'inquiètent quand même !

T. : Ah ! Ça doit être difficile ! Vous devez trouver ça injuste !

M. G. : Bah oui ! Comment voulez-vous que je m'en sorte !

T. : Hum hum... Ah oui ! Et ça serait quoi, vous en sortir ?

M. G. : Bah, avoir un bon boulot, me marier, avoir des gosses.

T. : OK ! Vous avez de l'ambition !

M. G. : Mais j'en ai toujours eu de l'ambition. (Se tournant vers sa sœur) Dis-lui, toi !

S. : Oui c'est vrai, quand il était petit il voulait être président de la République !

T. : Ouah !

M. G. : Bah oui, je peux en vouloir !

T. : OK ! Mais là déjà maintenant, j'ai l'impression que cela va mieux qu'il y a 3 semaines !

M. G. : Bah c'est sûr. J'ai rien bu !

T. : Ah oui ? Et quoi d'autre ?

M. G. : Bah... Je me sens mieux !

T. : Super ! À quoi vous savez ça ?

M. G. : Bah, je sais pas... J'ai la frite ! (Il fait une pause, puis se renfrogne.) Oui mais mon père il me croit pas...

T. : Ah, ça doit être emmerdant ça, avec tous les efforts que vous faites...

M. G. : Oui c'est vraiment ça, comme vous dites !

T. : À votre avis, qu'est-ce qui sera différent quand votre père croira que vous êtes devenu sobre ?

M. G. : (longue pause) Bah, il sera fier de moi !

T. : Ah oui ? À quoi cela se verra que votre père sera fier de vous ?

M. G. : Il parlera de moi à son meilleur ami... Il sera content... Il sera moins angoissé...

T. : Quoi d'autre ?

M. G. : Bah il rassurera davantage ma mère !

T. : Ah, vous avez de l'attention pour elle !

M. G. : Bah oui, avec tout ce que je lui ai fait subir !

Lors du compliment de fin de séance, M. G fut complimenté pour les 3 semaines de sobriété, et il lui fut demandé de réfléchir à ce qui serait différent si son abstinence se prolongeait encore trois autres semaines.

Nous allons maintenant essayer de comprendre ce qui se passe lors de ce type de thérapie. Le premier temps va être celui d'une description des différentes étapes.

## Description

Le premier travail du thérapeute est d'obtenir une description concrète de ce que le patient nomme « problème ». Fi des mots-valises comme « angoisse », « dépression », « deuil », etc. ; nous demandons des exemples, des précisions, nous reformulons de nombreuses fois jusqu'à ce que nous tombions d'accord sur une représentation commune acceptable. Maintenant, la plainte est devenue un problème. Ce n'est plus seulement une forme de communication destinée à obtenir l'aide de l'autre ; c'est un objet concret consensuel dont la formulation est très souvent tout à fait surprenante pour le patient qui, finalement, entend cela pour la première fois. Si ce n'est pas le cas, vous avez fait fausse route. Il s'agit d'un travail difficile, peut-être le plus difficile de la thérapie.

## Contrats et objectifs

Il semble – mais c'est à discuter – qu'il vaut mieux commencer par la recherche de ce que veut le client, ce qui permettra de définir le mandat qu'il nous donne. D'une certaine façon, savoir ce que veut le client, c'est déjà résoudre la difficulté, si par exemple, vous obtenez par vos questions la description de ce que sera sa vie lorsque le but sera atteint. C'est en même temps risquer de désespérer votre client si celui-ci apparaît trop lointain. Toute l'habileté consiste à ne pas pousser le client à être trop optimiste, à ne pas l'entraîner vers un univers où seul un miracle permettrait de l'en sortir.

Pour reprendre la description de M.-C. Cabié et L. Isebaert (1997), les objectifs doivent correspondre à certaines qualités :

- ils sont ceux du patient ;
- ils sont présentés comme assez difficiles à réaliser ;
- ils sont petits ;
- ils sont réalistes et réalisables ;
- ils sont formulés en terme de comportement ;
- ils sont décrits en termes interactionnels ;
- ils décrivent la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème.

Comment arriver à la détermination de ces objectifs ? Nous pouvons demander au client ce qu'il veut. Certains le savent, au moins en termes

négatifs, et restent beaucoup plus discrets quant à décrire un but positif. Quelquefois, avec un peu d'expérience, nous pouvons proposer un objectif en induisant gentiment les réponses à partir de notre expérience. Nous pouvons aussi négocier le changement minimal qui leur permettrait de rendre leur vie un peu plus supportable.

De plus en plus, j'utilise la question proposée par S. de Shazer : « *Je sais que vous avez déjà tenté beaucoup avec peu de résultats et que vous avez toutes raisons d'être prudent quand vous rencontrez un nouveau thérapeute. Probablement, en sortant d'ici, vous allez à juste titre vous poser la question suivante : "Est-ce que ça m'a été utile d'être venu ici aujourd'hui ?" Eh bien, justement, supposez que tout à l'heure, vous trouviez que ça vous a été utile d'être venu ici, qu'est-ce qu'il aura fallu que vous observiez de très légèrement différent ? Qu'est-ce qu'il aura fallu que vous ressentiez, que vous pensiez de très légèrement différent pour que vous puissiez commencer à penser que ça a pu commencer à être un peu utile d'être venu ici ? Je sais que c'est une question un peu tordue, mais vous êtes venu ici pour travailler, n'est-ce pas ?* » Et je me tais...

Les réponses viennent presque toujours en termes de sensations corporelles, de détente, de légèreté, ce qui, allié aux questions suivantes – « *Et qu'est-ce qui sera différent quand vous serez plus léger, détendu, etc. ?* » –, va amener un commentaire comportemental qui, dans la plupart des cas, se révèle être un mandat acceptable. Dans mon expérience, cette question m'apparaît plus productive que de demander directement : « *Qu'est-ce qui devra changer pour que vous puissiez trouver utile d'être venu me rencontrer ?* »

La question suivante est très simple : « *Quand est-ce que vous avez été détendu, léger, etc. pour la dernière fois ?* » Après cette question, le client répond souvent en termes de sensations corporelles, bien souvent de façon non verbale (il suffit alors de ratifier et de demander si cette manifestation qu'a montré leur épaule, etc., fait à leur avis partie de la réponse à la question, ce qui permet de féliciter son corps pour ses capacités à répondre aux questions). Je lui demande alors : « *Supposez qu'en sortant d'ici vous soyez un tout petit peu plus léger* (ou n'importe quoi d'autre qu'il aura dit et qui aura été ratifié), *qu'est-ce que vous pensez qui sera différent dans votre comportement, même si c'est minime ?* » La réponse est souvent si minime que je questionne la personne sur ses objectifs de vie ; je demande alors si cette réponse qu'elle a donnée est un pas sur le chemin de son objectif. Bien sûr, elle répond oui et je lui demande alors si nous pouvons prendre ce premier pas comme premier objectif ; les personnes n'ont guère de raisons de ne pas être d'accord.

Il existe d'autres façons, plus sophistiquées, d'entrer dans le monde du patient et de définir un objectif, mais le but de ce texte est de présenter avant tout l'esprit de cette thérapie.

## Recadrage

Si le patient reste dans sa conception du problème, il y a peu de chances qu'il puisse changer quelque chose à sa situation, puisque, depuis tant de temps, il essayait en vain tout ce qu'il pouvait et qui le menait à l'échec, au désespoir, à la crainte d'être disqualifié socialement. Tout le début de l'entretien aura pour visée d'amener le patient à une nouvelle conception des choses et, puisque l'entretien commence par la définition des objectifs du patient, d'utiliser cela pour provoquer un recadrage.

Revenant à notre entretien, je demande aux patients quand, pour la dernière fois, ils ont éprouvé la sensation en question, ce qui me permet de les féliciter amplement sur leur capacité à atteindre l'objectif : *« Vous savez déjà le faire, mais vous ne pouvez pas le faire quand vous voulez. En fait, tout ce que vous me demandez, c'est de pouvoir vous aider à le faire un peu plus souvent. Est-ce que c'est bien cela que vous voulez ? »* Ils n'ont encore une fois guère de raison de ne pas être d'accord. Il s'agit d'un puissant recadrage qui devra être testé plusieurs fois au cours de l'entretien, la répétition étant souvent une bonne chose en thérapie sous la forme de la reformulation.

La négociation d'objectifs et le recadrage font partie des plus puissants moyens qui permettent à un thérapeute expérimenté de construire rapidement une alliance thérapeutique solide. Autrement dit, l'objectif et le recadrage sont plutôt des éléments non spécifiques de cette thérapie.

À travers la question miracle, l'exception, le questionnement de suite, nous allons aborder des éléments tout à fait spécifiques

## Question miracle

*« Supposez que cette nuit, quand vous dormirez profondément, il y ait un miracle. Quand vous vous réveillez le lendemain matin, vous ne savez pas qu'il y a eu un miracle : à quels changements allez vous le découvrir ? »*

### *Comment poser la question miracle ?*

Le premier exemple clinique, ci-dessus, le montre. Certaines personnes disent que cette question, bien posée, est en elle-même une induction d'hypnose.

### *Quand poser la question miracle ?*

On peut la poser n'importe quand, dit S. de Shazer. En fait, à l'écouter, il semble qu'on puisse la poser surtout lorsque les objectifs paraissent se dégager, ou bien, au contraire, si le client ne dégage pas d'objectifs et que le thérapeute commence à souffrir.

## Comment exploiter la question miracle ?

### ATTENDRE

Il convient d'attendre longtemps : le client a entendu la question et il y réfléchit, même et surtout s'il a répondu « *Je ne sais pas* ». Ce n'est pas utile que vous le regardiez, car il va essayer de vous attendre. Au besoin, félicitez-le de réfléchir aussi longuement en commentant que c'est une question difficile et que c'est important de réfléchir.

Posez des questions dès que le patient a fini de parler : « *Quoi d'autre ?* » (Plusieurs fois.) Puis : « *Qu'est-ce qui sera différent quand vous aurez fait ça ?* *Quoi d'autre ?* » Posez aussi des questions sur la manière dont le miracle va changer la conscience de la personne, à savoir son projet de vie, l'opinion qu'elle a d'elle-même en tant que parent, enfant, professionnel, etc. À nouveau : « *Quand vous aurez changé de cette façon, qu'est-ce que ça vous permettra de faire de différent ou de nouveau ?* »

Ensuite, il s'agit d'introduire un questionnaire interactionnel. Bien sûr, vous passerez en revue les personnages de la famille ou les proches déjà évoqués : « *À quoi comprendra-t-il (elle) qu'un miracle a eu lieu pour vous ?* » S'il y en a plusieurs, créez une implication : « *Lequel de vos enfants remarquera le premier ? Mettez-vous à sa place une seconde. À votre avis, qu'est-ce qu'il va remarquer de son point de vue ? C'est bien. Croyez-vous qu'en voyant ça, il va penser que c'est une amélioration ou un miracle ?* *Qu'est-ce qu'il faudra de plus pour qu'il pense que c'est un vrai miracle ?* *Est-ce que vous pensez que ça va lui plaire dans un premier temps ?* » N'hésitez pas à introduire animaux familiers et même personnes défuntées : « *À votre avis, qu'est-ce que votre père aurait remarqué, s'il avait été encore de ce monde ?* »

Il peut être intéressant de demander à la personne si, à son avis, le miracle va aider une autre personne à progresser. On peut aussi chercher à savoir ce que les personnes de l'entourage vont se dire entre elles à ce propos et comment cela changera l'opinion qu'elles se font du client. « *Quand il aura changé son opinion de cette façon, à votre avis, de quelle manière changera-t-il son comportement à votre égard ? Est qu'il changera tout de suite ou bien est-ce qu'il faudra attendre un peu pour remarquer le changement ?* »

En bref, vous amenez une description vivante, sensorielle du miracle. Ce qui compte c'est que ce dernier soit vivant et plausible pour la personne. Félicitez, manifestez votre approbation, encouragez de la voix et du geste.

Quelquefois, la question miracle apporte peu de renseignements car elle reste floue malgré vos efforts. Ne vous inquiétez pas, la personne ne l'a pas oubliée. Vous pouvez travailler sur une anticipation plus modeste : « *Et quand vous aurez réussi ça, qu'est-ce qui sera différent ? À quoi X saura que vous avez réussi cela ?* »

Après la question miracle, nous allons entrer dans un autre type d'exploitation. Il s'agit d'utiliser cette réponse pour amener le patient à ébranler les croyances concernant le problème qui ont déjà commencé à être fissurées par la négociation d'objectifs et le recadrage. Une des modalités principales sera la recherche d'exceptions.

#### EXCEPTION

La question miracle est le bon moment pour trouver une exception. « À quel moment un petit bout de ce miracle s'est-il réalisé ? Avez-vous déjà connu quelque chose qui ressemblait un tant soit peu à ce miracle ? » Bien souvent, le patient reconnaîtra qu'il a déjà connu de tels moments. Le questionnement autour de ce moment aura pour but de faire que le patient se sente responsable par rapport à celui-ci, ne le considère pas comme fortuit, lié au contexte.

De nombreuses questions seront nécessaires pour l'amener à reconnaître qu'il aurait pu faire autrement et que cela était son choix d'agir ainsi, cette exception ayant bien été délibérée, volontaire, responsable. L'obstination de l'orpailleur doit être votre ligne de conduite jusqu'à ce que vous trouviez quelque chose de différent. Cherchez, grattez ; bien souvent, le client, toujours focalisé sur le problème, ne sait pas qu'il a fait un changement utile. C'est souvent vous qui le lui ferez découvrir et qui l'aidez à en faire une différence qui fait une différence. En d'autres mots, vous construisez l'exception.

Nous disposons de quelques moyens pour arriver à ce but.

– *La personne a déjà fait des changements.* Ils sont reconnus comme tels ; même si cette constatation est quelquefois une surprise, l'adhésion est entière : une grande partie du travail a déjà été faite. Quelques questions du type : « *Comment avez-vous fait ?* », et quelques félicitations vont renforcer la certitude. Il existe des exceptions que la personne reconnaît provoquer volontairement mais qui ne sont pas pour autant reproductibles. Il est déjà possible de les utiliser comme preuve de la capacité de changement. Très généralement, dans ces cas, la croyance est que le changement provient de l'environnement. Il faudra un recadrage minutieux et patient pour convaincre le client qu'il a eu les qualités nécessaires pour que ces changements se fassent. Dans ces cas plus qu'avec d'autres, le rôle des compliments est essentiel.

– *Il n'y a pas d'exceptions que la personne reconnaît avoir provoquées.* L'enquête sur la vie quotidienne, dans le détail, pourra amener une autre exception. L'humour, la protection sont de rigueur. Cela ne suffit pas à faire accepter l'idée du changement comme possible. Une négociation lente, patiente pourra amener le client à accepter qu'un changement minime a eu lieu, ce qui sera un premier pas vers l'acceptation de la responsabilité. La tâche de prédiction reste un outil majeur : « *Chaque soir, prévoyez à*

*combien vous serez le lendemain sur l'échelle. Le lendemain soir, vous noterez juste à côté à combien vous avez été effectivement. Faites ça plusieurs semaines et observez si vous améliorez votre prévision.* » Très généralement, les clients apprennent très bien à prévoir, donc à contrôler, à avoir des comportements adaptés à la prévision, permettant d'améliorer beaucoup plus vite leur score et donc d'entraîner l'acceptation de la responsabilité.

– Quelquefois, malgré l'habileté et l'expérience du thérapeute, *il n'y a pas d'exception délibérée qui se dégage* : le thérapeute doit l'accepter et penser à mettre en place d'autres stratégies de survenue de telles exceptions et de leur recueil. C'est là que commence le travail avec les patients « difficiles », qui sont nombreux, et que la formation du thérapeute devient primordiale.

## Réflexion et compliment

Une fois que le thérapeute et le patient ont dégagé un objectif, qu'ils l'ont enrichi par les réponses à la question miracle, voire qu'ils ont trouvé des exceptions, le thérapeute va faire une pause pour pouvoir réfléchir et préparer la fin de séance. Pendant cette réflexion, il va essayer d'entrer dans le monde du patient pour comprendre la vision qu'il a de ses difficultés, ce qui a fait qu'il vient seulement en thérapie alors que le problème existe depuis tellement de temps.

Il est important qu'il apprécie si cela est lié au fait que le patient est véritablement un client pour le changement, ou bien s'il vient simplement en visiteur, voire en touriste (Cabié et Isebaert, 1997). Si le patient est poussé par des tiers, le thérapeute aura à la pensée les attentes de ces personnes et, à l'intérieur de celles-ci, celles que peut accepter le patient et qui peuvent le rendre client de cette thérapie.

Des questions importantes seront aussi liées à la réflexion sur les améliorations et les exceptions ainsi que sur les façons de faire qu'il a utilisées pour les mettre en place, notamment si elles ont eu lieu avant le premier entretien.

Le thérapeute devra réfléchir aussi aux objectifs de vie du patient, aux valeurs qui les sous-tendent. Il devra encore réfléchir à toutes les stratégies que patient a déjà essayé pour résoudre son problème, ce qui l'aidera à ne pas lui proposer quelque chose de similaire.

En restant dans le recadrage qui a été proposé, le thérapeute devra également s'interroger sur les ressources disponibles pour le patient afin de pouvoir anticiper sur ce que celui-ci est capable d'accepter ou non. Un autre point, qui apparaît très banal et évident, est de réfléchir au fait de savoir si, totalement ou partiellement, le problème est une limitation de la personne elle-même, non susceptible de changement.

Très souvent, le patient a une représentation de ce qui est bon pour lui et de ce qu'il convient de faire, mais, encore une fois, le thérapeute ne pourra le savoir que s'il l'a préalablement demandé.

Enfin, le thérapeute va réfléchir aux compliments qu'il va faire et aux tâches qu'il va proposer.

Pendant que le thérapeute prend ce temps de réflexion, le patient pense également à ce début d'entretien. Il essaie d'imaginer ce que le thérapeute va lui dire. Il se prépare à entendre quelque chose d'important. Pour cette raison, il ne faut pas que la pause soit trop courte ou trop longue. Si elle est trop longue, progressivement le patient va penser à autre chose et ne sera plus « dans la séance » quand le thérapeute reviendra.

Le compliment commence souvent par le résumé de l'entretien sous la forme d'une reformulation : « *Je voudrais tout d'abord vous dire ce que j'ai compris. Vous pourrez me corriger ou préciser certains points...* » Au cours de ce résumé, le thérapeute aborde les difficultés du patient, les décrit en utilisant le langage de celui-ci et en procédant à un recadrage. Il donne une autre vision du problème, propose une autre carte pour en décrypter le sens. Cette nouvelle carte, ce recadrage, a été « testée » par le thérapeute durant l'entretien. Le patient a montré par ses rétroactions qu'il est prêt à l'accepter.

Dans le même temps, le thérapeute insiste également sur les ressources du patient et de son entourage. Il le complimente pour ses compétences, ses valeurs et ses qualités. Il étaye ses dires en rappelant certains éléments mis en évidence lors de l'entretien. Il s'agit là d'être chaleureux, mais jamais emphatique. Cela permet aux patients de se sentir très soutenus et de le montrer par leur acquiescement. Si le thérapeute observe bien, il remarquera le moindre signe lui permettant de savoir que le compliment n'est pas accepté, ou seulement partiellement, et il pourra alors rectifier le tir soit en proposant un autre élément de compliment, soit en commentant le fait que le patient a le droit d'avoir un avis différent du sien.

Tout en résumant l'entretien et en complimentant le patient, le thérapeute établit un « *yes-set* » (littéralement, une « série de oui ») qui amène le patient à acquiescer à ce qu'il lui dit, ce qui permet d'installer une interaction dans laquelle le patient se trouve de plus en plus prêt à accepter les propositions du thérapeute et à renforcer son envie de coopération. Un compliment bien fait va augmenter l'adhésion du patient. Souvent, c'est la première fois qu'on lui fait de tels compliments et ce type d'échange le sort complètement, au moins pendant un moment, du marasme dans lequel il était jusque-là, pour se voir enfin comme quelqu'un de bien, qui fait des efforts réels, qui est enfin compris par quelqu'un d'autre qui le soutient. De cette façon, ne serait-ce que pour recevoir d'autres compliments, il va être prêt à faire beaucoup d'efforts pour rester dans le cadre de ce que propose le thérapeute. Cette façon de faire améliore de façon très importante l'intérêt du patient pour les tâches qui vont être proposées.

Pour résumer, on complimente un patient sur la façon dont il a résisté aux problèmes en général, à son problème en particulier. On le complimentera aussi sur ses valeurs. Qui ne souhaite pas être un bon père, une bonne mère, un bon employé, un bon patron, un bon fils, une bonne fille, etc. ?

Le compliment est aussi le moment de proposer une tâche. Le thérapeute va profiter de l'aspect hypnotique de la question miracle, de l'aspect hypnotique que prend le compliment avec son *yes-set* pour proposer une tâche dont le but sera soit de créer une exception délibérée s'il n'y en a pas, soit de reproduire une exception délibérée s'il y en a.

## Les tâches

Le thérapeute prescrit ou non des tâches en fonction de la stratégie choisie. L'un des objectifs de la prescription de tâches est de montrer que le travail psychothérapeutique se poursuit entre les séances. Celles-ci doivent découler naturellement de la première partie du compliment et s'appuyer si possible sur le recadrage effectué. Au moment de prescrire ces tâches, le thérapeute peut créer un contexte où il offre des choix au patient, le définissant à nouveau comme l'expert de sa thérapie ; il lui propose plusieurs tâches, tout en suggérant que si aucune ne convient, mieux vaut s'abstenir.

Quelques principes simples ont été énoncés par Steve de Shazer.

- Si vous ne savez pas quelle tâche donner, n'en donnez aucune.
- Le client doit pouvoir la faire.
- Elle est fondée sur les fragments de miracle ou les exceptions.
- Il s'agit de quelque chose que les clients font déjà, qu'ils sont capables de faire et de réussir.
- Autant que possible, la tâche doit être sociale et interactionnelle.
- La tâche doit être limitée. Si le changement est récent, se contenter d'observer le maintien. S'il est observable depuis quelque temps, il est possible de demander l'observation du passage au niveau juste supérieur, par exemple passer de 1 à 2 sur l'échelle.
- La tâche doit être secrète. Ce secret doit être précisé clairement et complété d'une tâche d'observation des réactions des autres. Il est souvent possible de proposer la tâche comme une expérience.
- Les tâches sont un début et non une fin. Comme le dit Erikson, on demande d'observer l'apparition des lits secs et pas d'arrêter de faire pipi au lit. On demandera à quelqu'un de se réveiller et pas de s'endormir.
- La tâche est un dur travail. Il faut toujours prévenir que c'est un dur travail que de changer. La proposer comme facile la dévalue.
- La construction de la tâche peut reposer sur chaque indice de différence par rapport à l'habitude. Les questions où, quand, quoi comment, avec qui ? prennent ici tout leur sens.

– Ne demandez pas à quelqu'un de faire quelque chose que vous n'accepteriez pas de faire. Même si cette tâche était bien construite, vous risqueriez de manquer de conviction au moment de la proposer, et donc vous augmenteriez le risque qu'elle ne soit pas effectuée. L'aspect provocant de la tâche, si celle-ci n'est pas effectuée, risque de rendre plus difficile l'enquête d'informations destinées à savoir ce qui a été fait à la place.

D'ailleurs, comme le proposent M.-C. Cabié et L. Isebaert (1997), il est encore mieux de proposer au choix plusieurs tâches, de demander au patient de faire celle qui lui paraît le moins difficile. Vous lui proposez comme un essai, un entraînement. Vous pouvez aussi demander : « *Et si vous ne réussissez à faire aucune de ces tâches, est-ce qu'il y a quelque chose que vous pouvez faire à la place et qui ait la même valeur ?* »

Toujours dans le but de diminuer le risque que rien ne soit fait, il peut être important de mesurer la capacité à réaliser la tâche par une échelle : « *Si à 0 vous êtes sûr de ne pouvoir rien faire, et qu'à 100, vous êtes certain de le faire, à combien vous situez-vous maintenant ?* » Si c'est au-dessous de 80, reprenez votre questionnaire pour arriver à une tâche réalisable. Dans le doute, proposez simplement une tâche d'observation et de poursuite de ce qui existe déjà.

## Les échelles

Les échelles représentent un des outils de base du questionnement solutionniste. Les chiffres, comme les mots, sont magiques. À la différence des graphiques utilisés pour leur référence à une norme, les échelles ne sont qu'autoréférentielles. Elles n'ont d'autre but que d'aider le client en lui permettant de rendre plus concret ce qui était jusque-là flou ou abstrait.

Quel que soit le chiffre proposé par le patient sur l'échelle, on ne peut être certain du sens qu'il attribue à ce chiffre. Néanmoins, l'échelle permet de construire un pont entre client et thérapeute, bien qu'ils puissent, dans certains cas, penser à des sens différents, voire opposés.

On peut utiliser toutes sortes d'échelles. Dépression, confiance en soi, confiance dans sa capacité à mener à bien la thérapie, confiance dans la stabilité des résultats de la thérapie, dans le caractère réalisable de la tâche. Bien sûr, le jeu peut être rendu encore plus passionnant en demandant à la personne de la situer où un tiers la placerait et en l'interrogeant alors sur les raisons des différences ou des similitudes.

Il peut s'agir d'échelles de 1 à 10, mais aussi de 1 à 100, ou bien n'importe quoi d'autre que le client peut accepter facilement, telle une échelle analogique sur un segment de droite ou bien sur un chemin dessiné ou tracé sur le sol.

## Questionnement de suite

L'idée de base est d'entraîner le client dans une logique utile pour lui. Si vous demandez : « *Comment ça va ?* », vous risquez d'entendre que rien ne va mieux et d'être très déçu. Il vous faudra questionner avec beaucoup de tact, montrer votre intérêt et votre conviction que quelque chose peut être mieux pour cette personne. Pour cela, il vous faudra, encore une fois « l'obsession de l'orpailleur », enquêter sur la vie quotidienne, chercher à savoir le plus petit événement qui a permis une amélioration, même très partielle.

- « Qu'est-ce qui va mieux ? »
- « Qu'avez-vous réussi à faire aller ? »
- « Qu'est-ce qui s'est passé qui vous a touché ainsi ? »
- « Est-ce qu'avant vous auriez été encore plus touché ? »
- « Ah bien ! Alors en fait, vous êtes seulement apparemment mal, en fait vous avez augmenté votre résistance aux agressions. Sur une échelle de 1 à 7, si 1 représente la plus faible résilience et 7 la plus forte, vous êtes à combien maintenant ? »
- « À combien auriez-vous pensé que vous étiez tout à l'heure ? »
- « Comment avez-vous réussi à ne pas descendre plus bas ? »
- « À combien êtes-vous sur l'échelle maintenant ? »
- « Supposez que vous êtes à un point de plus, qu'est-ce qui sera différent ? »
- « Sur une échelle de 0 à 100, à combien évaluez-vous votre confiance dans le fait que ça tienne ? »
- « Qu'est-ce qui sera différent quand vous aurez monté de 10° sur cette échelle ? »
- « Vous me dites que ce mieux n'est que transitoire. Vous avez sûrement raison, vous vous connaissez mieux que je ne saurais le faire. Si sur une échelle où à 0 vous êtes totalement annihilé, détruit par la rechute que vous pensez inévitable, et où à 20 vous tenez le coup du mieux qui vous est possible, à combien vous situez-vous maintenant ? »
- « Qu'est-ce qui sera différent à un point de plus ? »

Bien sûr, il convient de rendre le questionnement interactionnel.

- « Qui a remarqué que... ? »
- « À combien pensez-vous que votre femme vous place sur l'échelle ? »
- « Qu'est-ce qui fait la différence à votre avis ? »
- « Qu'est-ce qu'elle aura remarqué pour que vous soyez à tant sur son échelle ? »
- « Qu'est-ce qu'elle dira alors à X ? »
- « À partir de quand, sur votre échelle, pensez-vous que vous pourrez commencer à l'aider ? D'ici là, c'est normal que vous ne puissiez rien faire, ce n'est pas utile de vous affoler ou de vous sentir plus mal à ce propos. »
- « Et maintenant que vous avez compris cela, vous êtes à combien sur votre échelle ? »

Tout cela constituera le matériau d'un compliment et peut-être d'une tâche, mais cela sera pour plus tard. En fait, lorsque vous posez de telles questions, vous ne faites que rechercher de nouvelles exceptions. De séance en séance, d'exception en exception, assez rapidement en général, le patient arrivera à un changement suffisant pour lui.

## Fin de la thérapie

Généralement, les patients s'arrêtent lorsqu'ils atteignent 7 ou 8 sur une échelle graduée de 1 à 10. Un certain nombre de questions seront utiles avant la fin de la thérapie.

- « Quels sont les événements qui pourraient faire que les choses recommencent comme avant ? »
- « Si un tel événement se produisait, que feriez-vous concrètement ? »
- « Auriez-vous alors l'impression que les choses sont revenues comme avant ? »
- « Sur une échelle de 0 à 100 dans laquelle, à 0, vous êtes certain que l'amélioration ne va pas tenir et, à 100, vous êtes certain que l'amélioration va tenir, à combien êtes-vous maintenant ? »
- « Est-ce que 80 vous paraît un chiffre suffisant ? »
- « À combien faudrait-il être pour que vous puissiez arrêter la thérapie ? »
- « Si à la prochaine consultation, vous étiez à 60 au lieu d'être à 50, qu'est-ce qui serait différent ? »

Les études du centre de thérapie brève de Milwaukee (Milwaukee Brief Family Therapy Center [BFTC]), montrent que la durée moyenne des thérapies se situe entre deux et dix séances, avec une moyenne aux environs de quatre.

## Comment ça marche ?

### *Un peu d'histoire*

Toute cette partie théorique repose sur le travail de Steve de Shazer qui a été un chercheur et un penseur infatigable durant toute sa vie, tentant sans cesse de croiser les observations de sa pratique avec les travaux de philosophes, de sociologues, de linguistes.

Aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, l'homme moderne a entrepris de dominer la nature et, pour ce faire, a développé les sciences destinées à donner une représentation de la « réalité ». Certains postmodernes ont nié la possibilité même de cette tentative. Pour les constructivistes durs (tel Watzlawick), il n'existe pas de réalité en dehors de la pensée de l'observateur. Pour Bateson,

la chute d'un arbre au fond d'une forêt en dehors de toute présence humaine est, mais n'existe pas ; n'ayant été construite dans la réalité de personne, elle n'a pas pris de place dans la réalité.

Les constructionnistes maintiennent pour leur part que la réalité n'est que le produit de récits partagés par un groupe d'humains qui co-construisent une réalité commune, notamment sociale pour les constructionnistes sociaux. Bien sûr, la carte n'est pas le territoire (selon la formule de Korzybski, 1933), le réel continue à exister en dehors de la carte et à produire des effets, mais les humains n'y ont pas d'autre accès que celui permis par l'enchevêtrement de leurs récits, y compris scientifiques.

Dans leur ensemble, les thérapeutes sont plutôt marqués par ces courants de pensée profondément marqués par la révolution relativiste et quantique. Communément, ils se représentent la réalité du patient comme essentiellement découpée par l'histoire qu'il se raconte sur sa propre vie. Quelquefois, cette histoire est congruente à celle décrite par les autres ; quelquefois, elle ne l'est pas et la genèse des [problèmes]<sup>1</sup> commence. Cette genèse est non créative souvent et productrice de symptômes, mais aussi possiblement créatrice et alors productive d'œuvres d'art ou bien de curiosité scientifique.

De la psychanalyse aux thérapies brèves en passant par la cure shamanique, la thérapie prendra le chemin de la construction ou de la co-construction d'une « néoréalité » plus congruente à la réalité des autres, en tout cas plus adaptée aux aspirations de celui ou de ceux qui avaient créé des récits de [problèmes] qui étaient pour lui ou eux une solution permettant que leurs récits restent en lien avec ceux du groupe, même si l'existence d'un problème lui fait prendre le visage de l'exclusion.

Le lien avec la théorie des systèmes est particulier, tout simplement parce que l'empirisme de la pratique de la thérapie solutionniste l'amène à s'intéresser à ce qui se passe ici et maintenant dans le cadre de la rencontre. Plutôt que systémiques stricto sensu, il est plus simple de décrire ces thérapies comme interactionnelles, car elles prennent en compte cette dimension de façon essentielle. Il est possible d'utiliser ou de ne pas utiliser la métaphore systémique suivant les besoins. En tout cas, les thérapies solutionnistes ont des parentés avec le courant systémicien dont elles sont les filles directes.

Il est de peu d'importance que le problème ait telle ou telle fonction dans le groupe ; il est plus intéressant de construire un récit positif et acceptable de ce problème, le rendant valorisable et acceptable aux yeux du patient et des autres, et permettant un recadrage source d'une possible évolution de l'histoire que se raconte la personne ou le groupe.

Au centre de thérapie brève de Milwaukee (BFTC), plutôt que de tracer une limite autour du client-et-son-problème comme unité d'analyse, et par

---

1. Les crochets signifient que le mot « problème » ne désigne pas une réalité absolue, mais témoigne de l'effet d'un discours dominant.

là même une barrière entre client et thérapeute, la frontière a été tracée autour du client-plus-problème-plus-thérapeute-plus-équipe comme système-en-considération (Steve de Shazer, 1991).

La dissolution du concept [problème-plainte], la dissolution plutôt que la solution, entraînera un bouleversement des rôles, le patient et le thérapeute redevenant alors de simples quidams qui n'ont plus rien à faire ensemble : il n'y a plus de [système thérapeutique]. Cependant, très rapidement, la coopération de tout le système au sens large – nous pourrions dire, plus simplement et pour éviter une confusion, du contexte – a été jugée essentielle à l'efficacité de la thérapie, d'où la notion de « mort de la résistance » (de Shazer, 1984) : il n'y a pas de résistance, il y a seulement des tentatives inefficaces de coopération.

### *Réflexion à propos des notions de [problème] et de [solution]*

D'une certaine façon, les problèmes apportés par les clients présentent davantage de différences que de similitudes malgré leur proximité apparente : « les » phobiques ; « les » dépressifs. Si nous choisissons une approche privilégiant la personne dans son contexte, les jeux de langage impliquant la description par le client des événements de sa vie, des objectifs, etc. varieront énormément d'une personne à l'autre.

Le concept global de [problème-plainte], issu de la croyance du patient en la permanence du problème, implique, en miroir, un autre concept de [non-problème – non-plainte], c'est-à-dire des moments d'exception, qui sont des moments où la [plainte-problème] ne se produit pas, même si le client peut s'attendre à ce qu'elle se produise, créant de ce fait un espace entre problème et non-problème.

Habituellement, cette dissociation entre problème et non-problème n'est pas envisagée et n'est pas même acceptable par le patient ; c'est pourtant là que thérapeute et patient vont s'infiltrer pour construire une solution, à travers la « révélation » de l'impossibilité logique de la permanence du concept [problème-plainte] par le truchement de l'exception qui va désorganiser la conviction préalable et l'apparition de ce nouveau concept : [non-problème – non-plainte].

Le concept d'exception est un aspect essentiel de tout problème humain, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de problème, hors les limitations, qui n'ait des exceptions. De ce fait, il rend fondamentalement l'idée même de problème « indécidable ». Trouver l'exception qui représente une « différence qui crée une différence », c'est rendre indécidable pour le client le concept de [problème-plainte] et donc ouvrir à de nouvelles possibilités qui n'étaient pas concevables selon l'ancienne formulation du [problème-plainte]. C'est le même type de raisonnement que le raisonnement par l'absurde utilisé par les

mathématiciens : « S'il est possible de démontrer qu'une proposition réputée toujours vraie est fautive une seule fois, c'est qu'elle n'est pas vraie. »

À partir de 1982, certaines des implications de ce type de pensée ont commencé à entraîner de profonds bouleversements de la pratique.

Si la notion d'acceptation du concept [problème-plainte] entraîne le thérapeute à devoir accepter la plainte du patient comme la raison qui l'a poussé à commencer la thérapie, les thérapeutes doivent, selon la même logique, accepter les affirmations des clients qui estiment satisfaisantes les améliorations comme raison suffisante pour mettre un terme à la thérapie. En poursuivant le raisonnement, les objectifs et solutions décrits par le patient deviennent plus importants que le problème décrit par le patient durant la séance.

Cela a permis d'établir une distinction radicale entre les solutions et les problèmes et donc de redéfinir l'unité d'analyse comme comprenant client-plus-thérapeute-plus-objectif- (ou solution)-plus-équipe. Cela revient à pouvoir donner une définition de cette pratique : « la thérapie orientée vers les solutions est un effort mutuel impliquant les thérapeutes et les clients qui construisent ensemble un objectif défini en commun » (de Shazer, 1991).

Est également pointée la différence avec le modèle centré sur la résolution des problèmes (Watzlawick et al., 1974), qui met l'accent sur des séquences interactionnelles dans le présent. Son but est de décrire des tentatives de solution qui ont échoué, c'est-à-dire des efforts qui maintiennent accidentellement le problème, et d'intervenir pour mettre fin à ces efforts.

Le modèle centré sur les solutions, qui présente une certaine analogie avec le modèle centré sur la résolution des problèmes mais en est cependant distinct, met également l'accent sur les séquences interactionnelles dans le présent qu'il n'oublie pas. Sa pratique vise à décrire des exceptions à la règle de la plainte et des prototypes ou des précurseurs de la solution qui ont échappé au client. L'intervention consiste à aider le patient à faire davantage de ce qui a déjà bien fonctionné, considérant que c'est la meilleure façon de mettre un terme aux tentatives de solution inutiles.

Au lieu de considérer que le problème se maintient du fait de la reproduction des tentatives de solution inefficaces, le modèle solutionniste considère que les problèmes se maintiennent tout simplement parce que c'est ainsi, et surtout parce que les clients décrivent le problème comme se produisant tout le temps. Les moments où la plainte est absente sont donc considérés comme peu importants ou inapparents par le patient. Même si, comme c'est souvent le cas, ces exceptions existent déjà, elles ne sont pas perçues par le patient comme « la différence qui crée la différence ». Pour le patient, c'est le problème qui est primordial (et les exceptions, si elles apparaissent, sont secondaires et dépourvues de sens), tandis que pour les thérapeutes, ces exceptions sont considérées comme primordiales. Le but

des interventions est d'aider les clients à opérer la même inversion, ce qui mènera à l'élaboration d'une solution.

Le modèle de thérapie brève centré sur les solutions est activement focalisé sur la situation clinique qui inclut à la fois le thérapeute et le client, c'est-à-dire que la limite méthodologique est tracée autour de la [situation-thérapeutique-comme-système]. De Shazer et ses collègues ont élaboré un concept constructiviste interactionnel post-structuraliste appelé « coopération ». Chaque membre d'une [famille], d'un [couple], d'un [groupe constitué] a une manière particulière de tenter de collaborer, et le travail du thérapeute consiste tout d'abord à se représenter cette manière de comportement que manifeste le [groupe] en question, et ensuite à coopérer dans le cadre de l'acceptation de ce [groupe], et par là même à instaurer le changement.

Le thérapeute doit accepter au pied de la lettre la manière dont le patient décrit sa situation et construit la réalité, ainsi que ce qui se produit réellement pendant la séance, puis adapter et utiliser ces données comme fondement de la thérapie. Ce modèle met l'accent dès le départ de la séance sur ce que le client fait déjà et qui est efficace. La tâche thérapeutique, quand elle est élaborée de cette façon, permet au thérapeute de construire rapidement une intervention qui soit appropriée, car cette intervention se contente de demander au client de continuer à faire quelque chose.

Ce processus d'élaboration de solution peut se résumer au fait « d'aider une différence non identifiée à devenir une différence qui crée la différence » (de Shazer, 1988, p. 9-10).

## En guise de conclusion

Quelques axiomes intéressants selon De Shazer en guise de conclusion :

– « La classe des problèmes n'est pas la classe des solutions » : l'analyse des problèmes est inutile pour aider le patient à créer un contexte de solutions. On peut très bien résoudre un problème sans en rien connaître. C'est, par exemple, ce qui va permettre d'aider des parents à vivre mieux avec un adolescent à problèmes, alors que le thérapeute ne le rencontrera jamais. Les solutions découvertes par les parents vont bien souvent changer indirectement le comportement du jeune qui n'était fréquemment qu'une forme maladroite de collaboration.

– « Le patient est l'expert de sa thérapie » : ce que le patient veut, le thérapeute le veut. Le thérapeute s'interdit de rien vouloir à sa place. Le patient trace le chemin pour parvenir à son but. Le thérapeute l'aide à le découvrir puis se contente de l'encourager à aller de l'avant.

– « Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas » : le thérapeute s'abstient de vouloir changer quoi que ce soit qui ne gêne pas le patient ou son entourage. Il s'agit de laisser de côté les connaissances préalables, cliniques

notamment, et de se centrer exclusivement sur la plainte du patient et l'objectif déterminé ensemble.

– « Si ça marche, continuez » : le thérapeute soutient tout ce par quoi le système réussit à résoudre les problèmes du patient. Ce qui est bien pour le patient est bien pour le thérapeute. Celui-ci résiste à la tentation de le pousser à faire plus et de donner de bons conseils.

– « Si cela ne marche pas, faites autre chose » : il est inutile de s'obstiner à vouloir avancer dans une direction qui ne mène pas au but. Quand une thérapie ne « marche » pas, il vaut mieux changer de thérapeute.

S. de Shazer avait longuement réfléchi, sur les bases des documents du Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, aux bonnes questions que posaient les thérapeutes, et les avait collectées. L'observation de sa pratique, la lecture des scripts de thérapies qui sont la base de son œuvre nous montrent qu'avant tout la thérapie solutionniste exige l'excellence du thérapeute, un entraînement systématique, une discipline d'esprit longue à acquérir. Elle n'est pas réductible, comme il est dit trop souvent, à une sorte de thérapie positive qui utilise simplement l'imagerie du rêve et de l'anticipation ; elle demande une présence extrême, une attention soutenue ; elle nécessite de la persévérance, de l'opiniâtreté. En récompense, elle offre à beaucoup de ceux qui la pratiquent de pouvoir envisager différemment leur vie en changeant leur vision du monde d'une façon qu'ils jugent très positive.

## Bibliographie

---

- CABIÉ M.-C., ISEBAERT L. (1997). — *Pour une thérapie brève*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- KORZYBSKI A. (1933). — *Une carte n'est pas le territoire*, trad. fr.: 1988, Paris, Ed. de l'Eclat.
- SHAZER S. DE (1991). — *Putting difference to work*, New York, Norton ; trad. fr. : *Différence*, Bruxelles, Satas, 1996.
- SHAZER S. de (1988). — *Clues: investigating solutions in brief therapy*, New York, W.W. Norton and Company ; trad. fr. : 2002, *Explorer les solutions en thérapie brève*, Bruxelles, Satas.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R., (1974). — *Change : principles of problem formation and problem solution*, New York, Norton ; trad. fr. : *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1975.
- WITTGENSTEIN L. (1953). — *Investigations philosophiques*, trad. fr. : 1961, rééd. 1986, Paris, Gallimard.

## Pour en savoir plus

---

- DOUTRELUGNE Y., COTTENCIN O. (2006). — *Thérapies brèves. Principes et outils pratiques*, Paris, Masson.
- KIM BERG I. (1994). — *Family based services*, New York, Norton; trad. fr. : *Services axés sur la famille. Une approche centrée sur la solution*, Bruxelles, Satas, 1996.
- KIM BERG I., MILLER S. (1992). — *Working with the problem drinker. A solution-focused approach*; trad. fr. : *Alcool. Une approche centrée sur la solution*, Bruxelles, Satas.
- MALAREWICZ J.-A. (1992). — *Quatorze leçons de thérapie stratégique*, Paris, ESF.
- MEGGLÉ D. (2002). — *Les Thérapies brèves*, Paris, Presses de la Renaissance.
- MELCHIOR T. (1998). — *Créer le réel*, Paris, Le Seuil.
- NARDONE G., WATZLAWICK P. (1993) — *L'Art du changement*, trad. fr., Bordeaux, L'Esprit du Temps.
- O'HANLON W.H., MARTIN M. (1992). — *Solution-oriented hypnosis. An Ericksonian approach*, New York, Norton; trad. fr. : *L'Hypnose orientée vers les solutions*, Bruxelles, Satas, 1995.
- SHAZER S. DE (1994). — *Words were originally magic*, New York, Norton; trad. fr. : *Les Mots étaient à l'origine magiques*, Bruxelles, Satas, 1999.

# 31

## Spécificités des approches familiales et de couple

B. Pierre



La question pragmatique de savoir pour un thérapeute systémicien quelle est la spécificité de son art a été posée dès les origines des thérapies systémiques. Ainsi, Jay Hayley (1979) dans la fin des années 1960, appartenant à la première vague du mouvement de la thérapie familiale systémique, a décrit lors du premier entretien une phase qui est le début réel du travail typiquement systémique du thérapeute dans la famille : la *phase des interactions*, où le thérapeute s'intéresse aux interactions spontanées entre les membres de la famille.

Alors se pose la question paradoxale : comment le thérapeute va-t-il contribuer à induire cette spontanéité dans les interactions ? Se pose aussi la question essentielle pour un thérapeute : en quoi la création de cette phase d'interactions va lui être utile pour aider cette famille ?

Mara Selvini et son équipe, thérapeutes milanais, ont répondu au début des années 1970 de manière précise à ces deux questions, en détaillant très concrètement une technique permettant de circulariser les interactions dans une famille, le questionnement circulaire, et en précisant comment les thérapeutes peuvent utiliser les informations apportées par cette circularisation des interactions pour soigner la famille.

### Fonction du questionnement circulaire : créer de la différence

Pour Mara Selvini, l'élément essentiel en premier lieu est le recueil d'informations sur le système familial : l'information est la différence, et la différence est la relation (ou un changement dans la relation).

Selvini (1982) écrit qu'il est nécessaire que « les thérapeutes se libèrent du conditionnement linguistique et culturel qui leur fait croire qu'ils sont capables de penser en termes de choses, de façon qu'ils puissent redécouvrir la vérité plus profonde, qui est que nous ne pensons qu'en terme de

relation ». C'est-à-dire que nous apprenons de ce qui diffère dans notre relation à l'objet de notre étude.

Selvini conclut que le thérapeute peut obtenir de l'information pertinente en lisant la « différence et les changements dans les relations » des membres de la famille. Pour obtenir ces différences et ces changements, il s'agit d'induire des rétroactions, donc de la circularité, pour Selvini. Pour ce faire, l'outil de base du thérapeute familial est le questionnement circulaire qui va injecter une petite dose de différences dans le système par le biais de créations de réactions, de rétroactions des membres de la famille. Cette petite dose de différences, comme par une réaction en chaîne, va entraîner un tourbillon de différences et donc de relations dans la famille qui vont s'organiser naturellement sur un mode circulaire.

En lisant ces relations, le thérapeute récolte une information sur le système familial, grâce à laquelle il pourra mettre en place une stratégie d'intervention.

## Techniques du questionnement circulaire

Mara Selvini a décrit différentes techniques de questionnement circulaire permettant de créer cette petite dose de différence.

### *Cancanage en présence*

C'est la technique sans doute la plus connue du questionnement circulaire, simple à appliquer et souvent très fructueuse. Chaque membre de la famille est invité à dire comment il voit la relation entre deux autres membres de la famille. Il s'agit donc d'une relation dyadique telle qu'elle est vue par une tierce personne.

Il est possible de convenir qu'il est de loin plus utile, pour venir à bout d'une résistance, de demander à un fils : « *Comment voyez-vous la relation entre votre sœur et votre mère ?* », que d'interroger directement la mère sur sa relation à sa fille. Ce qui peut être moins évident est l'extrême efficacité de cette technique pour amorcer un tourbillon de réponses dans la famille, qui éclairent beaucoup le fonctionnement du système familial.

### *Autres méthodes pratiques de questionnement circulaire*

Outre le cancanage en présence, il existe d'autres techniques de questionnement circulaire.

#### DANS L'ICI ET MAINTENANT DE LA FAMILLE

#### • Différences de comportement interactif dans des circonstances spécifiques

– Thérapeute à Anne 11 ans, sœur d'Arthur, 15 ans : « Quand Arthur rentre très tard dans la nuit, que fait ta mère ? »

- Anne : « Maman pleure et s'enferme dans sa chambre. »
- Thérapeute : « Et ton père ? »
- Anne : « Il crie fort sur Arthur qui va se servir dans le frigo, et papa alors souvent va faire un tour dehors. »

## • Le plus et le moins

### *Le plus ou le moins d'un comportement spécifique*

- Thérapeute à Marie 12 ans : « Qui réagit le plus à la maison quand tes parents reçoivent un courrier de l'école annonçant que ta grande sœur Margot n'est pas allée en cours ? »
- Anne : « C'est maman, elle crie sur Margot, lui demande ce qu'elle a fait, lui dit qu'elle continue à faire n'importe quoi, et puis maman pleure. »

### *Classement d'un comportement spécifique chez les membres de la famille*

Cette invitation à faire une classification devrait être offerte à plus d'un membre de la famille.

- Thérapeute aux différents membres de la famille : « Classez les différents membres de la famille par le temps passé à la maison le week-end du moins au plus. »
- Charles (15 ans) : « Le moins, c'est papa qui accompagne Bruno [11 ans] au foot toute la matinée et qui fait son vélo l'après-midi et ensuite Bruno et puis... »
- Le père : « Pas tous les week-ends... »

Cette méthode de classification par les membres de la famille est une importante source d'informations car elle révèle la position des différences dans le « jeu familial », et parce qu'elle montre des divergences intéressantes entre les différentes classifications par les différents membres de la famille.

## DANS L'HISTOIRE DE LA FAMILLE

### • Réelle

Que s'est-il passé de différent après un événement précis en termes de comportements ?

- Thérapeute : « Avant le décès [datant de 3 mois] de votre mari et père, quelles étaient les activités des enfants le week-end ? »
- La mère : « Michel faisait du foot, et Christine du basket. »
- Thérapeute : « Et maintenant ? »
- La mère : « Christine n'a jamais arrêté le basket, mais Michel refuse d'aller au foot. Il veut rester avec moi tout le temps. »
- Michel : « Ce n'est pas vrai, je vais voir aussi mon copain Patrick... »

### • Hypothétique

Quelles différences un événement hypothétique induirait dans la famille ?

– Thérapeute à la famille : « Si Albert [le fils de 22 ans] réussit ce concours auquel il a déjà échoué 3 fois, qui serait le plus heureux dans la famille ? Le plus inquiet ? »

## But du questionnement circulaire selon les pionniers de la thérapie familiale systémique

Ces buts sont d'obtenir de l'information, de poser des hypothèses, puis d'intervenir.

Suite aux informations sur la famille amenée par le questionnement circulaire, le thérapeute va poser des hypothèses. L'hypothèse systémique (on note l'analogie de l'hypothèse systémique avec l'hypothèse dans les sciences expérimentales) est une supposition non prouvée, acceptée à l'essai pour servir de base à une investigation ultérieure, et dont on peut attendre confirmation ou infirmation.

Il y aura des hypothèses structurale, stratégique, existentielle, contextuelle ou intergénérationnelle d'une même famille en difficulté si l'on se réfère aux quatre grandes premières orientations de la thérapie familiale systémique.

### *Les quatre orientations d'origine de la thérapie familiale systémique*

#### THÉRAPIE FAMILIALE STRUCTURALE

La thérapie structurale fut fondée par Salvador Minuchin. Travaillant dans les années 1960 à la Wiltwyck School for Boys, internat d'un quartier très pauvre de New York, Minuchin et ses collègues furent confrontés à la nécessité de créer une approche thérapeutique adaptée aux besoins d'une population très défavorisée. En 1965, Minuchin prit la direction de la Philadelphia Child Guidance Clinic.

Selon Minuchin (1983, 1996), une famille, à l'instar d'un organe vivant, ne peut remplir ses fonctions que si sa structure n'est pas perturbée, ce concept de structure devant être entendu au sens médical du terme.

Les règles de la famille sont des informations, adoptées ou imposées, de façon généralement implicite à tous les membres du système concernant la façon de voir et d'interpréter une situation, et la façon d'y réagir. Elles permettent d'organiser, de contrôler ce « mélange de sentiments, de

comportements et d'attentes » en fonction des croyances fondamentales qui constituent le « mythe » familial.

La notion de *frontière* coïncide avec la notion de permis – interdits et donc avec les règles dont elle reflète l'application. Minuchin distingue trois sortes de frontières : des frontières « normales » perméables et sélectives, des frontières enchevêtrées (dans la famille, personne ne sait de façon précise où sont les limites, les rôles sont peu définis), et des frontières rigides et imperméables (elles interdisent toute remise en cause, avec des besoins individuels ignorés).

Dans cette orientation de pensée, on discerne la nécessité d'une double polarité : la famille, matrice de l'identité individuelle, doit assurer soutien et continuité, mais constituer aussi un lieu de socialisation. L'identité procéderait à la fois du sentiment d'appartenance et de la nécessaire individuation.

Il s'agit avant tout de viser des transformations structurelles : changer l'organisation de la famille entraîne un changement des positionnements individuels, susceptible à son tour de modifier l'expérience individuelle des membres. Pour y parvenir, le thérapeute devra *susciter un contexte de crise*, et ce après s'être soigneusement *affilié* à la famille au travers d'un processus d'affiliation avec toute la famille que Minuchin a appelé le *joining*.

#### THÉRAPIE FAMILIALE STRATÉGIQUE

Jay Haley qui avait rejoint très tôt (dès 1953), le premier groupe de Palo Alto, et qui introduisit l'approche systémique en thérapie familiale, très influencé par les travaux de Milton Erickson, élabora une démarche axée sur le changement et la prescription de tâches : l'approche stratégique (1979).

Le niveau interactionnel (comportement et paroles) prévaut sur l'intrapyschique, la thérapie familiale est destinée à résoudre un problème spécifique et se fait alors jeu stratégique, visant à déjouer l'homéostasie familiale par des interventions actives et des directives.

#### • Hypothèses centrales

L'un des grands apports de cette approche est d'introduire la notion de *pouvoir*. L'hypothèse est que tout système de communication – la famille comme situation thérapeutique – est fondé sur une *lutte de pouvoir*. Une certaine conception du symptôme en découle. Les problématiques familiales sont liées à des *dysfonctionnements dans la hiérarchie familiale*. Le patient désigné a une certaine emprise sur son symptôme et peut exercer par ce biais un pouvoir sur les autres membres de la famille.

L'approche structurale définit aussi le *symptôme comme une métaphore* non seulement de l'état intérieur d'un sujet, mais aussi de l'état d'un proche avec lequel il est impliqué, ou d'une séquence interactionnelle puissante dans le groupe familial. J. Haley met ainsi l'accent sur la *fonction et la*

*valeur de protection du symptôme*, lecture éminemment positive qui incite le thérapeute à une attitude bienveillante vis-à-vis de la famille.

### • Déroulement de la thérapie

Centrée sur le symptôme et l'élaboration de procédés pour le résoudre, la thérapie implique la planification d'un plan avec des objectifs thérapeutiques précis qui pourront être réajustés si nécessaire au cours des entretiens, plan qui sera chaque fois aussi adapté dans la mesure où chaque cas est singulier.

#### THÉRAPIE FAMILIALE EXPÉRIENTIELLE

(NAPIER ET WHITAKER, 1980 ; WHITAKER, 1989)

L'expression « thérapie expérientielle » fut employée pour la première fois en 1953 par Carl Whitaker et Thomas P. Malone dans leur livre *The Roots of psychotherapy*, où ils affirment que la croissance de l'individu surgit au décours de la croissance émotionnelle. Pour ces auteurs, le rôle du thérapeute est de permettre aux différents membres du système thérapeutique de vivre une expérience émotionnelle intense dont le but majeur est l'épanouissement du patient.

Virginia Satir (1971), l'autre grande thérapeute de la thérapie expérientielle, fonda avec Don Jackson en 1958 le Mental Research Institute de Palo Alto; elle fut directrice de la formation en 1963 à l'institut Esalen en Californie, et forma dans le monde entier des centaines de thérapeutes. V. Satir propose un modèle fondé sur la croissance, où la pathologie est liée à la difficulté à exprimer son potentiel de développement.

Le thérapeute intervient en séance pour recueillir les éléments vécus en interactions auxquelles il assiste. Sa participation consiste à aider le système émotionnel susceptible de mener à une impasse, et à lever les obstacles qui entravent la croissance relationnelle du système.

L'approche de Whitaker et celle de Satir ont en commun la primauté donnée à l'expérience, le fait que le passé n'est abordé qu'à travers l'expérience du présent, et enfin que le but de la thérapie n'est pas de résoudre un problème spécifique, mais de permettre l'épanouissement des membres de la famille en thérapie.

#### THÉRAPIE FAMILIALE INTERGÉNÉRATIONNELLE

Rappelons les apports de deux grands thérapeutes qui ont contribué à la notion de thérapie familiale intergénérationnelle.

– Murray Bowen (1978). De formation psychiatrique et psychanalytique, Murray Bowen, dès le début des années 1950, a été le premier à hospitaliser la famille entière du schizophrène. Il affirme que la santé mentale d'un individu donné est liée au degré de différenciation qu'il est

capable d'atteindre vis-à-vis de sa propre famille. Il estime que la difficulté de se différencier est susceptible de se transmettre d'une génération à la suivante, avec comme conséquence au bout d'un certain nombre de générations l'apparition d'un schizophrène.

– Ivan Boszormenyi-Nagy et la thérapie familiale contextuelle (Heireman, 1989; Van Heusden et Van Den Eerenbeemt, 1994). Ivan Boszormenyi-Nagy est né en 1920 en Hongrie. À Chicago, il utilise l'apport freudien pour l'abord clinique de la schizophrénie, et se tourne en 1958 – 1959 vers la notion de système. Après les lectures de Buber, un philosophe existentialiste, il développe la thérapie intergénérationnelle dialectique qui a évolué vers l'approche contextuelle.

La thérapie contextuelle s'ancre sur le fait que l'héritage du passé n'est ni un fardeau encombrant dont il faut se débarrasser, ni une fatalité irrémédiable qui nous condamne à l'échec, mais une sorte de capital, qu'il nous incombe de bien gérer, afin de mieux vivre nos relations familiales présentes et de prendre conscience de l'héritage que nous transmettons à nos descendants.

Cette thérapie se fonde sur l'éthique relationnelle qui recherche dans les relations au sein de la famille une justice, une réciprocité dans les échanges. C'est la balance relationnelle, une balance des comptes entre ce qui est donné et reçu entre les différents individus d'une famille. Cette balance peut se retrouver dans les liens transgénérationnels où, par le biais de l'ardoise pivotante, l'homme fera payer à son actuelle compagne le contentieux d'une relation à ses parents, parfois par la violence.

L'attitude du thérapeute obéit au principe de partialité multidirectionnelle qui consiste à prendre alternativement le parti des différents membres de la famille. Le rééquilibrage de la balance des crédits et des mérites dans la succession des générations permet à la fois de restaurer la fidélité à l'égard de son propre passé et de conquérir une liberté indispensable à la construction de sa propre vie.

### *Poser les hypothèses systémiques et intervenir. Cas clinique*

Une famille est composée d'un couple, M. et M<sup>me</sup> R., et d'Albertine, 21 ans, sœur déficiente mentale de M<sup>me</sup> R., qui était devenue grabataire et quasi mutique depuis 2 ans (depuis l'annonce du décès de son autre sœur lors d'un accident de voiture).

• *Poser les hypothèses.* Suite à un entretien où a été utilisé le questionnement circulaire, les hypothèses systémiques ont été les suivantes.

– *Hypothèse structurale.* C'est une famille fermée, avec repli sur soi, et limitation maximale de relations avec l'extérieur. Albertine occupe la position centrale prépondérante.

Il y a un sous-système (Albertine – M<sup>me</sup> R.), comme l'atteste la proximité spatiale de M<sup>me</sup> R. et d'Albertine durant la consultation. Les frontières entre elles sont enchevêtrées, les deux femmes étant en contact des mains, des corps. Le lien est fusionnel. Albertine est en position hiérarchique haute envers M. et M<sup>me</sup> R. ; elle les tyrannise par ses cris, ses pleurs qui les interrompent continuellement.

– *Hypothèse expérientielle*. La question à se poser est : dans quelle expérience émotionnelle se situe cette famille ? Elle se trouve engluée dans un deuil non effectué d'un de ses membres importants (la sœur décédée avait un rôle paternel envers Albertine). Albertine, par sa position de gisante, personnifie la morte et montre à la famille ce qui ne peut pas être parlé. Lorsque la sœur décédée est évoquée au cours du premier entretien, cela entraîne des pleurs inextinguibles chez M<sup>me</sup> R., une douleur et aussi une réaction importante d'Albertine qui devient très attentive et intervient lors de l'entretien, sortant de sa position de gisante.

– *Hypothèse stratégique*. La question est : à quoi sert le symptôme ? Dans cette famille, suite au questionnement circulaire, on peut poser l'hypothèse fonctionnelle que l'état grabataire d'Albertine permet à sa sœur de s'occuper d'elle jour et nuit et, ainsi, d'échapper au processus de deuil en ayant une personne presque morte à soigner et à maintenir en vie. Cela permet à Albertine de bénéficier de soins de sa sœur qui lui reconnaît une souffrance tout en respectant le tabou de la nommer (d'autant qu'Albertine est devenue quasi mutique). Cette double sollicitude permet à M. R. d'être plus à l'extérieur, peut-être d'échapper à des tensions du couple, bénéficie qu'à aussi M<sup>me</sup> R.

– *Hypothèse contextuelle*. On peut se poser la question, pour la famille R., de savoir si cette impossibilité de parler des morts, de la mort, ne renvoie pas à d'autres deuils non effectués. On peut remarquer le dévouement de M<sup>me</sup> R. pour cette sœur, et se poser la question du sens de la mission qu'elle porte, M<sup>me</sup> R. ne se permettant pas de s'en décharger, même partiellement.

• *Intervenir*: Le thérapeute va intervenir dans les séances ultérieures en choisissant une hypothèse et une seule par séance.

– Selon l'*hypothèse structurale*, le thérapeute interviendra en essayant de modifier la structure de la famille avec pour objectif de d'abord sortir Albertine de sa place centrale dans la famille.

– Selon l'*hypothèse expérientielle*, on essaiera de débloquer le processus de deuil, peut-être en mettant en crise la famille en l'aidant à nommer l'innommable de ses ressentis et de ses pensées.

– Selon l'*hypothèse stratégique*, à travers des tâches par exemple, on travaillera plus sur le symptôme (la grabatisation), peut-être en impliquant plus M. R. lors de tâches (par exemple noter le nombre de lever de son épouse la nuit).

– Selon l'*hypothèse contextuelle*, on travaillera sur les deuils antérieurs, les traumatismes dans la famille dans les générations passées, les missions dévolues à chacun, et comment on peut être loyal dans cette famille.

Notons que, lors d'un entretien, on travaillera alors seulement selon une hypothèse (contextuelle par exemple) quitte, lors de l'entretien suivant, à travailler selon une autre hypothèse (structurale, fonctionnelle, etc.).

L'hypothèse n'est que provisoire et pourra être corrigée selon l'évolution de la thérapie. Ce qui importe dans l'hypothèse n'est pas sa vérité mais son utilité pour la thérapie.

En résumé, Mara Selvini considère le questionnement circulaire comme une technique de base qui apporte une information sur la famille, qui lui permet de poser des hypothèses sur le fonctionnement du système, et enfin d'intervenir. Le thérapeute est impliqué ici dans le processus de la thérapie ; le contenu de l'interaction est en second plan.

## But du questionnement circulaire selon les thérapeutes systémiciens se référant au constructivisme

Parmi les thérapeutes plus récents qui s'appuient sur le constructivisme, prenons l'exemple de Guy Ausloos (1990, 1995), qui utilise aussi l'interactivité pour mener ses thérapies, en particulier à travers le questionnement circulaire.

Psychiatre, né à Bruxelles en 1940, il est actuellement professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal. Participant depuis 1970 au mouvement systémique, il est connu pour ses apports théoriques et cliniques et sa fonction de formateur de thérapeutes.

Guy Ausloos insiste sur le rôle essentiel du questionnement circulaire pour activer le processus, ce qui est en soi une stratégie d'intervention thérapeutique. Il écrit : « La définition la plus simple que je pourrais donner d'une intervention systémique est circulariser l'information. » (1990)

Il s'appuie sur la technique du questionnement circulaire de l'équipe de Milan, mais réfute la recherche d'hypothèse explicative de M. Selvini. Pour lui, le thérapeute est en situation paradoxale : il doit poser des questions sans savoir ce qu'on cherche à circulariser, rechercher de l'information sans savoir quelle information mérite de l'être. Il s'agit d'activer un processus qui modifie la réalité de la famille, de sorte que ce qui s'énonçait comme problématique ne le soit plus.

Au lieu de proposer une thérapie ou une prise en charge qui, le plus souvent, désresponsabilise et où le thérapeute se retrouverait être l'agent du changement, G. Ausloos propose un travail dont l'essentiel est la circularisation de l'information pour aboutir à une « déprise en charge ».

Le thérapeute agit essentiellement comme activateur du processus familial. Même si, la plupart du temps, les membres de la famille ne le savent pas, ils disposent des éléments de solution originaux à leurs problèmes spécifiques. En faisant émerger cette information, dont ils disposent, ils seront en mesure d'élaborer leur auto-solution. Au lieu de les considérer comme une famille dysfonctionnelle, Guy Ausloos met en évidence leur propre compétence, avec l'espoir qu'à l'avenir ils n'auront plus besoin du thérapeute pour continuer le processus.

N.B. : le thérapeute familial systémique travaille aussi parfois avec un système regroupant plusieurs familles autour d'une pathologie donnée, en

particulier les addictions, la psychose, notamment pour les familles résistantes aux thérapies familiales classiques. Ces « thérapies multifamiliales » (Cook-Darzens, 2007) se fondent sur le principe qu'il est toujours plus aisé de travailler sur un système plus important et donc plus complexe, les interactions et donc les leviers thérapeutiques ainsi que les interactions s'y trouvant démultipliés.

## Conclusion

Le questionnement circulaire est une technique fondatrice et spécifique pour les thérapeutes pionniers qui l'utilisent pour créer de l'interaction dans le système familial, afin de poser, à partir de l'observation de cette circularité en action, des hypothèses systémiques, et en partant de ces dernières, d'intervenir dans le système familial pour le traiter.

C'est une technique de base du thérapeute familial systémique constructiviste qui, à travers elle, met en mouvement la circularité dans le système en le mettant en crise, pour que celui-ci puisse évoluer vers un nouvel équilibre où pourront émerger de nouvelles solutions possibles aux problèmes actuels de la famille.

## Bibliographie

---

- AUSLOOS G. (1990). — « Individu, symptôme, famille », *Revue de Thérapie Familiale*, vol. XI, fasc. 3, p. 273-280.
- AUSLOOS G. (1995). — *La Compétence des familles*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- BOWEN M. (1978). — *La Différenciation de soi*, Paris, ESF.
- COOK-DARZENS S. (2007). — *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- HALEY J. (1979). — *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Paris, Delarge.
- HEIREMAN M. (1989). — *Du côté de chez soi*, Paris, ESF.
- MINUCHIN S. (1983). — *Familles en thérapie*, Paris, Éditions Universitaires.
- MINUCHIN S. (1996). — *La Thérapie familiale*, Paris, ESF.
- NAPIER A., WHITAKER C. (1980). — *Le Creuset familial*, Paris, Laffont.
- SATIR V. (1971). — *Thérapie du couple et de la famille*, Paris, Epi.
- SELVINI M. et al. (1982). — « Hypothétisation-Circularité-Neutralité », *Thérapie Familiale*, vol. 3, n° 3.
- VAN HEUSDEN A., VAN DEN EERENBEEMT E. (1994). — *Thérapie familiale et générations*, Paris, PUF.
- WHITAKER C. (1989). — *Les Rêveries d'un thérapeute familial*, Paris, ESF.

# 32

## La thérapie provocatrice

W. Martineau



Parler de thérapie provocatrice peut en soit être une provocation. Pourtant, la plupart des thérapeutes issus du courant systémique (et d'autres) l'utilisent dans leurs interventions pour faciliter un autre regard, modifier des positions qui limitent le changement ou sortir d'une impasse. Toutefois, Frank Farrelly (Farrelly et Brandsma, 1989) l'a érigée en système, si bien que toute son approche se centre sur ce mode d'intervention particulier destiné à bousculer le patient ancré sur son problème dans un positionnement quasi immuable malgré la demande souvent sincère de changement.

Le maniement de ce type d'intervention comporte bien des difficultés et nécessite un savoir-faire et une compétence toute particulière pour être en phase avec l'interlocuteur et ce qu'il attend. Le positionnement du thérapeute est important, puisque cette approche présuppose un optimisme thérapeutique et des valeurs centrées sur le changement toujours possible quel que soit le problème.

### Thérapie provocatrice et changement

Les présupposés de la thérapie provocatrice concernant le changement chez l'homme sont déterminants pour comprendre cette approche reposant sur un certain nombre de postulats que l'on retrouve dans la plupart des approches de type systémique.

Le changement peut être radical, permanent et se réaliser dans un temps court. Il est dépendant de nos croyances et les moyens mis au service de la relation thérapeutique sont là pour permettre un recadrage des croyances « aliénantes » du sujet, pour permettre des ouvertures.

À partir d'un petit changement peuvent s'en produire d'autres par une réaction en chaîne à effet « boule de neige ».

Le changement est plus issu d'une pragmatique que d'une théorie. Il est lié aux expériences actuelles qu'il convient de faciliter, provoquer ou

prescrire. Il reste un choix, possible à tout moment, appartenant à la personne (responsabilisation vis-à-vis du futur).

Le groupe peut favoriser le changement par l'apport d'information, par l'intersubjectivité, par le regard de l'autre qui peut modifier la conscience que le sujet a de ses difficultés ou de son problème. En conséquence, le groupe (qu'il soit familial ou non) est un moyen favorable pour la mise en œuvre de ce mode de relation thérapeutique.

À l'inverse, l'absence de changement opéré ne sera pas mise sur le compte d'une résistance, mais sur celui d'une approche thérapeutique inadaptée invitant ainsi en permanence le thérapeute à une révision de ses stratégies.

## Le patient au cœur de la thérapie provocatrice

Le but premier de la thérapie provocatrice est d'amener la personne à une responsabilisation vis-à-vis de ses choix. La formulation du discours a donc une signification implicite autour de la liberté, de la responsabilité et du pouvoir du patient qui ne sera jamais considéré comme un être fragile à protéger ou comme un incapable (même s'il le prétend). La personne est donc responsable de ses actes et de ses choix. Le thérapeute présentera tout problème en terme de choix alternatif et invitera le patient à s'affirmer dans une voie en déroulant les hypothèses jusqu'à l'extrême.

Pour cela, il faut amener le patient à cesser les projections, les rationalisations, la recherche des causes, et démolir toutes les croyances possiblement frénatrices, croyances concernant la prédétermination, la génétique ou même l'inconscient, car elles sont souvent l'objet d'une rigidification (voire d'un fatalisme) du positionnement du sujet dans sa maladie ou son problème.

Cette démarche a pour seul objectif de restaurer la dignité de la personne (ce qu'elle est dans sa vie). L'idée sous-jacente est que la transformation se réalise face au défi. Devant un problème, deux attitudes sont possibles :

- la confrontation (faire face) ;
- la fuite.

Les personnes en difficulté ont le plus souvent choisi la deuxième attitude (fuite ou évitement) et le thérapeute est là pour les contraindre à faire face d'une manière parfois radicale.

## Moyens mis en œuvre

### *Création d'un microcosme social en thérapie*

Le « jeu » du thérapeute est de provoquer un comportement équivalent en société et en thérapie pour renseigner le patient sur la manière dont il est perçu. Le thérapeute créera donc des situations fictives empreintes de

réalisme mais aussi d'humour (la caricature et l'excès) pour favoriser un apprentissage et amener le patient à faire face au thérapeute. En faisant face au thérapeute, le patient apprend à faire face aux autres dans ses comportements et sa compréhension des situations. Toutes les manœuvres utilisées par le thérapeute au sein de ce microcosme se feront dans une dynamique interactionnelle.

### *Langage du thérapeute*

Le thérapeute va jouer à certains moments sur l'absence de congruence dans son langage (verbal et non verbal) pour déconcerter le patient et faire passer son message. Par exemple, il pourra dire d'une voix douce et protectrice une affirmation plutôt sévère (c'est ce que Frank Farrelly appelle « mettre de la confiture pour faire passer la pilule »). Toujours imprévisible, le thérapeute alterne les moments de dérision et les moments de conversation sérieuse en utilisant l'emphase ou le changement de registre émotionnel.

En revanche, il sera totalement congruent sur l'expression de ses propres sentiments. Les réactions même excessives sont toujours parallèles aux sentiments ressentis dans le moment et autorisent l'expression spontanée de la colère, de la peur, du rire. Le langage est alors direct et spontané.

Le thérapeute va utiliser la confrontation, la provocation en ayant un temps de parole au moins égal à celui du patient et en rétroagissant aussitôt à son discours ou à son comportement en restant très attentif au patient. Pour cela, il observe les indices non verbaux d'acceptation, de colère inquisite ou les émotions qui apparaissent pour vérifier qu'il est sur la bonne voie, c'est-à-dire que la stratégie des discours est en train de porter des fruits (du changement !).

Le contenu du discours et sa forme sont propres au style et à la personnalité du thérapeute. Frank Farrelly utilise un discours plein d'emphase au sein duquel il raconte des histoires de cas similaires, des données de la recherche (bien sûr fictives), des séries statistiques, des généralisations. Il joue l'avocat du diable en :

- se faisant l'écho amplifié des craintes du patient même non exprimées ;
- jouant l'hypocrite (« *certaines diraient que...* ») ;
- allant dans le sens contraire de la logique (jouant à fond le paradoxe) ;
- usant de messages contradictoires en forme de doubles contraintes ;
- poussant à l'extrême les idées du patient (décrire des scénarios futurs ou trouver des preuves stupides à l'appui des croyances du patient).

À l'occasion, il met en place des jeux de rôles pour mettre le patient en situation, avec toujours l'idée de le confronter à ses idées, ses croyances, ses attitudes face à la réalité sociale.

## *Place de l'humour*

Dans cette ambiance vraiment pas feutrée de la thérapie provocatrice, l'humour reste au centre ; un humour partagé qui amène le patient à rire de lui-même mais aussi du thérapeute. Si l'humour est provocateur par le contenu du discours, il n'est jamais agressif. « Le meilleur antidote des larmes, c'est le rire » nous dit Farrelly. L'humour est là pour faire accepter le message, et le thérapeute, derrière son discours pontifiant, emphatique, excessif, dit souvent ce que le patient pense tout bas.

Il faut un certain lâcher prise pour se permettre d'utiliser une pensée « papillonnante », avec ses propres libres associations, pour parfaire le microcosme de la thérapie. Frank Farrelly utilise volontiers un jargon dans quatre sphères principales – médicale, corporelle, religieuse, scatologique –, mais ce type de discours n'est pas vraiment transposable, car il correspond au « style Farrelly ». Aussi convient-il de s'adapter au patient tout en acceptant d'être ce que l'on est dans l'instant.

Derrière l'humour, la provocation, le thérapeute laisse percer son intérêt pour la personne et montre une certaine complicité. Ce sont cette bienveillance, ce fond chaleureux qui font toute la force de cette approche thérapeutique, car ce sont eux qui permettent au patient d'accepter le message et, finalement, de changer en réalisant l'objectif pour lequel il était venu en thérapie.

## **Buts de la thérapie provocatrice**

### *Amener le patient à s'affirmer sur le plan comportemental*

Le thérapeute le pousse à réagir, à se défendre, à argumenter de manière adéquate. Les réactions de la personne en thérapie sont ainsi des expériences transposables dans la vie du sujet.

### *Inviter le patient à émettre des messages positifs*

Qu'ils soient de chaleur, d'amitié, d'amour, d'attraction réciproque, les messages ressentis peuvent être énoncés, quitte à montrer un instant sa propre vulnérabilité pour éprouver finalement plus de force par l'adéquation des mots ou des comportements aux sentiments éprouvés.

### *Amener le patient à un autre regard sur lui*

Il faut que le patient puisse exprimer sa propre valeur sur lui-même sans avoir besoin d'autrui. Le manque d'estime de soi, de confiance entraîne fréquemment le patient à chercher dans l'autre une réassurance, mais cette

recherche risque d'être infinie et souvent déçue. En conséquence, la réassurance si souvent enseignée n'est qu'un pansement passager (Farrelly dit : « regonfler un pneu crevé »). La personne, avant d'être aimée, doit apprendre à s'aimer elle-même.

### *S'adapter à la réalité psychosociale*

La réalité n'est jamais celle qu'on souhaite. Si la plainte peut être validée (on se plaint de l'autre : parent, conjoint, voisin, collègue), en aucun cas elle ne doit faire penser que le patient est un sujet hors du monde qui subit plus que d'autres une réalité particulièrement difficile. Le thérapeute discourt largement et excessivement sur des généralités humaines ou sociales (« *Les femmes... les adolescents... sont comme ça. Vous l'ignorez ?* ») de manière à ce que le particulier ne soit pas l'exception mais s'intègre au contraire dans une norme élargie.

Au total, les buts ne diffèrent pas de la plupart des approches thérapeutiques, seuls les moyens peuvent paraître déconcertants. Toutefois, quel thérapeute n'a pas observé qu'une petite touche de provocation s'accompagnait de plus de changement que l'écoute attentive et silencieuse d'une plainte qui s'auto-entretient ?

## Bibliographie

---

FARRELLY F., BRANDSMA J. (1989). — *Provocative therapy*, Cupertino, Meta Publishing Co. ; trad. fr : *La Thérapie provocatrice*, Bruxelles, Satas.

# 33

## Le courant narratif

T. Servillat et A. Vallée



### Approche narrative de White et Epston

L'approche narrative de Michael White (principal auteur) et de David Epston (1990) est une des plus récentes contributions au riche champ des thérapies brèves d'inspiration systémique. Née d'une pratique de la thérapie familiale en pédopsychiatrie, l'approche narrative propose une nouvelle métaphore (ou, plus précisément, analogie) : la vie humaine est conçue comme un texte dont il importe que nous soyons autant que possible les propres auteurs (analogie textuelle). Une des pratiques les plus originales issues de ce travail est l'externalisation, que nous décrirons plus loin.

Le cas princeps de l'approche narrative est celui d'un jeune garçon qui présentait un problème d'encoprésie. Incapable de retenir ses selles, il était moqué par les enfants de sa classe et, à la maison, la vie était infernale, l'enfant jouant même avec ses matières fécales. Le père avait honte et s'isolait de ses propres collègues de travail. La mère se sentait incompétente et déprimée. Les difficultés du couple augmentaient de jour en jour et le fonctionnement familial se déstructurait rapidement. Michael White eut l'idée de proposer à l'enfant de nommer son problème, en présence de sa famille, et lui offrit de l'aide pour cela. Le jeune garçon décida d'appeler sa difficulté « *sneaky poo* », soit en français « *caca sournois* » (même s'il manque dans cette traduction la dimension du jeu de mot, puisque « *snake* » veut dire « serpent », évoquant la forme que prenait la matière fécale lorsque l'enfant jouait avec).

Le fait de proposer à la personne de renommer elle-même son problème permet de travailler le processus d'externalisation. En effet, Michael White propose dans un premier temps à la famille de décrire avec le plus de détails possible (jusqu'à « saturation ») les effets qu'a le problème sur chaque personne du groupe, mais aussi sur les relations entre toutes les personnes du groupe (« mise en carte des effets du problème »). Une fois ce premier temps réalisé, le thérapeute propose la démarche inverse, soit une description par chacun des membres du groupe familial de l'influence de chaque

personne, mais aussi des relations entre les personnes concernant le problème lui-même (mise en carte de l'influence des personnes et des relations sur le problème). Il peut favoriser ce travail en facilitant la description de moments lors desquels l'influence du problème a été contenue, voire diminuée (moments qualifiés d'« événements uniques », qui ne sont pas sans évoquer la notion d'exception utilisée dans les thérapies solutionnistes). La rhétorique utilisée est volontiers celle habituellement utilisée lors des conflits militaires et politiques : résistance au problème, révolte, reconquête de la liberté, expulsion du problème ou établissement de relations pacifiques mais plus acceptables avec le problème.

Cette pratique vise, en se référant explicitement à la psychologie cognitive de Brunner (qui ne se réfère pas du tout à l'analogie informatique habituellement utilisée par le cognitivisme, mais à la notion de descriptions et de récits), à permettre une révision de la façon dont les personnes se racontent face à leur problème afin d'obtenir des descriptions plus riches de possibilités (processus de « *reauthoring* ») qui pourront ensuite être étendues afin d'obtenir de nouvelles histoires.

Au-delà de ce procédé d'externalisation, l'approche narrative de White et d'Epston a le mérite de réintroduire dans le domaine systémique une réflexion sur le pouvoir que Gregory Bateson avait contribué à évacuer. Non dénuée de connotation politique, cette approche est d'introduction très récente dans notre pays et y reste encore très confidentielle. Bien qu'à notre avis non idéologique, elle insiste sur le rôle aliénant de discours dominants tels les discours des mass media (ainsi sont nées des pratiques groupales pour le traitement des problèmes d'anorexie mentale encourageant la pratique de résistance créative à l'hypercontrôle du corps et des émotions).

Initialement, beaucoup fondée sur les pratiques d'écriture (Michael White, récemment décédé, écrivait systématiquement une lettre à ses patients après chaque séance de thérapie afin de leur faire part de son soutien, de sa solidarité, de son empathie, voire de simples pensées d'« après-séance »), l'approche narrative peut favoriser toute forme d'expression personnelle ou groupale (poésie, théâtre, musique, peinture) destinée à aider la personne à devenir davantage auteur de sa propre existence. Elle favorise la mise en valeur des compétences de la personne, n'hésitant pas, sur un mode souvent non dénué d'humour, à utiliser des diplômes destinés à valoriser la personne et à indiquer au corps social que l'ex-patient est, grâce à son travail thérapeutique, devenu susceptible d'être une personne ressource pour son environnement social (diplôme de « dompteurs de monstres » remis à des enfants anciennement phobiques).

Conjuguées aux autres approches narratives décrites plus loin, nous pouvons envisager que ces pratiques innovantes vont peu à peu se développer dans le champ de la psychothérapie et de la relation d'aide.

## Nouvelles ouvertures issues du constructionnisme

Au-delà des thérapies narratives, le constructionnisme social nous entraîne vers d'autres approches. Il nous enseigne que toutes les réalités sociales, tout ce qui ordonne les relations entre les humains, leurs coutumes, leurs façons de vivre ne sont que des effets de langage. Bien plus même, le temps, c'est-à-dire le passé et le futur, ne semble être qu'une construction. Seul persiste l'instant. C'est à partir de la conscience de soi issue de la perception que les effets de langage à propos de la mémoire vont rendre nécessaire de créer le passé et le futur, tellement différents suivant les cultures.

Cela nous amène à reconnaître que, dans le monde de la thérapie, seul le présent est le lieu et le temps de l'intervention. Il ne nous appartient pas de réparer le passé, pas plus que de construire l'avenir. Le « souvenir » n'est jamais que du présent, de la même façon que toute anticipation.

Dans le courant « postmoderne » (Gergen et Gergen, 2004), « l'intervention » va donc se centrer sur le présent, et permettre de dé (re) construire les réalités construites par le langage : les toujours, les jamais, les habitudes, les croyances.

Se mettre en contact, collaborer et créer, telles sont les bases du travail (Anderson, 2005) qui va favoriser l'échange respectueux et interrogatif destiné à mettre en mouvement la créativité des effets de langage et ouvrir ainsi à de nouvelles possibilités.

Une autre approche issue de ce courant est celle de l'*appreciative inquiry* (David Cooperrider, 1986). À travers l'attractivité de l'anticipation, ce qu'il appelle l'« héliotropisme de l'humanité », Cooperrider trouve l'occasion de créer dans un groupe des conversations qui vont donner lieu plus tard à des récits qui vont être une occasion de créer de nouvelles réalités. Dans une entreprise ou bien dans tout groupe humain, bien sûr, ces nouvelles réalités seront de nouvelles façons de travailler, de créer de nouvelles règles écologiques et éthiques pour travailler ensemble. Dans une famille, un couple, le fait de s'appuyer sur les richesses et les forces du passé avant de trouver de nouvelles forces et de nouvelles valeurs dans l'anticipation va permettre de définir ce qu'il est bon de commencer à faire maintenant.

Cet ensemble d'échanges, de conversations et de récits qui vont susciter et ancrer ces réalités sera un puissant moyen de reconstruire des échanges fluides et une dynamique s'orientant vers un projet commun ou « retrouvé ».

Les romans *Harry Potter* représentent d'une façon éclairante cette création commune, écologique et éthique née des conversations et récits d'un groupe d'adolescents confrontés à la déliquescence des constructions du monde antérieur, ce qui explique peut-être leur succès, en cette époque d'incertitudes pour les plus jeunes d'entre nous.

De nombreux champs restent ouverts ; plus la réflexion des êtres humains avance et peut créer de nouvelles réalités, plus la vérité s'éloigne...

# Bibliographie

---

- ANDERSON H. (2005). — *Conversation, language and possibilities*, New York, Basic Books ; trad. fr : *Conversation, langage et possibilités*, Bruxelles, Satas.
- COOPERRIDER D.L. (1986). — *Appreciative inquiry : toward na methodology for understanding and enhancing organizational innovation*, thèse de doctorat, University Microfilms International, Ann Arbor, MI.
- GERGEN K, GERGEN M. (2004). — *Social construction, entering the dialogue*, Cleveland, Taos Institute Publications ; trad. fr : *Le Constructionisme social. Un guide pour dialoguer*, Bruxelles, Satas, 2006.
- WHITE M., EPSTON D. (1990). — *Narrative means to therapeutic ends*, New York, Norton ; trad. fr : *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*, Bruxelles, Satas, 2003.

## Pour en savoir plus

---

- PAYNE M. (2000). — *Narrative Therapy. An introduction for counsellors*, Londres, Sage.

# 34

## L'EMDR (*eyes movement desensitization and reprocessing*)

E. Bardot



### Historique

En 1979, Francine Shapiro obtient un doctorat de littérature anglaise à l'Université de New York. Elle apprend à cette époque qu'elle a un cancer, ce qui, dit-elle, a profondément changé sa vie. Après la chirurgie et les rayons, les médecins lui auraient dit : « *Apparemment, vous ne l'avez plus, mais ça revient chez certains patients. On ne sait pas chez qui, ni comment. Bonne chance* », paroles qui l'ont choquée. Elle s'est mise alors à lire des livres sur la maladie, le rôle du stress dans le déclenchement et l'aggravation de la maladie. Elle va s'intéresser pendant une vingtaine d'années à la psychologie, aux liens corps – esprit, afin de chercher à prévenir une éventuelle rechute. Elle aurait alors exploré plusieurs formes de psychothérapie.

Elle a été sensible à deux formes :

- la thérapie brève systémique de l'école de Palo Alto : elle est chercheuse associée au Mental Research Institute avec Dick Fisch et Paul Watzlawick ;
- les thérapies comportementales et cognitives avec Joseph Wolpe, Andrew Slater et Aaron T. Beck.

Elle passe un doctorat de psychologie clinique. En 1987, elle découvre l'EMD (*eyes movement desensitization*) au cours d'une promenade dans un parc. Des pensées négatives obsédantes l'envahissaient. C'est alors qu'elle aurait eu la surprise de constater que ces pensées avaient disparu après des mouvements de va-et-vient de ses yeux.

Elle s'est mise à expérimenter sa « découverte » avec des ami(e) s puis avec des personnes souffrant d'état de stress post-traumatique, notamment des vétérans de la guerre du Vietnam, en y adjoignant une procédure pour dissiper durablement l'anxiété. Ainsi, est née l'EMD comme technique de

désensibilisation de l'anxiété. En 1990, l'EMD devient l'EMDR (*eyes movement desensitization and reprocessing*) comme modèle de traitement adaptatif de l'information en référence aux concepts de traitement de l'information et des réseaux associatifs originellement présentés par Lang et Bower. Le modèle est prioritairement orienté vers le traitement du psycho-traumatisme (Shapiro, 1995, 1997).

Elle obtient en 1994, le Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award de l'Association californienne de psychologie et, en juin 2002, le prix Sigmund Freud, décerné à la fois par l'Association mondiale de psychothérapie et par la ville de Vienne. Francine Shapiro est la présidente de l'Association internationale d'EMDR fondée en Californie. L'EMDR, dont elle a déposé la marque, connaît un développement important dans le monde.

La stratégie de Francine Shapiro porte sur trois axes :

– l'affirmation d'un modèle syncrétique, incluant les ingrédients venant d'autres thérapies :

- les thérapies cognitivo-comportementales dans l'utilisation d'échelles et la verbalisation des croyances négatives et positives sous-jacentes.
- la Gestalt dans l'insistance sur le ressenti émotionnel et corporel dans l'ici et maintenant de la séance ;
- l'hypnose éricksonienne dans l'utilisation de techniques d'imagerie guidée, l'utilisation des ressources, de la suggestion ;
- la psychanalyse dans l'association libre.

– la recherche d'une justification et d'une caution scientifique à l'efficacité de sa méthode par la multiplication d'études cliniques ;

– l'organisation et l'encadrement de la formation des thérapeutes.

## Le traitement en huit phases

L'EMDR semble une technique simple et rapide à enseigner qui a des effets bien concrets et, en retour, ne peut que questionner le thérapeute. Son apparente simplicité cache en fait une *complexité relationnelle*. Celle-ci s'exprime dans l'exigence de recruter des thérapeutes expérimentés.

L'EMDR se décrit en huit phases.

### Anamnèse

L'anamnèse permet :

- de définir sur quel(s) souvenir(s) traumatique on va travailler ;
- d'évaluer les bénéfices attendus du traitement.

## Préparation du patient

Le thérapeute présente la technique, vérifie et facilite les capacités de contrôle de soi du patient en utilisant :

– *la place sûre* : le thérapeute demande au patient de retrouver le souvenir d'une situation où il s'est senti en sécurité. On ancre avec des mouvements oculaires les sensations liées à ce souvenir sur un geste ou un mot ;

– *le travail sur les ressources* : le thérapeute demande au patient le souvenir d'une situation où il a été capable de faire preuve de courage avec succès. Là encore, on ancre l'expérience présente liée à ce souvenir ;

– *le signal d'arrêt* : il va permettre au patient de sortir de l'expérience si celle-ci le met en difficulté.

## Évaluation

C'est la mise en route du protocole dans l'ici et maintenant de la séance à partir du souvenir traumatique. Prenons un exemple simple : une patiente vient consulter pour des cauchemars récurrents, une asthénie et une peur de la conduite. Elle a été victime d'un accident de voiture 4 mois auparavant. On ne note pas de problèmes particuliers auparavant. On va définir les points suivants.

– Une *cible* : le thérapeute (T) demande au patient de choisir une image qui représente la partie la plus bouleversante du souvenir et de se concentrer dessus. La patiente se concentre sur l'image d'elle la poitrine coincée contre le volant.

– Une *croyance négative* à partir de cette cible : « *Quelle idée négative sur vous-même vous évoque cette image, là, maintenant ?* » Cette croyance doit être une croyance irrationnelle sur soi ou sur la situation. Il existe trois grandes catégories de croyance négatives :

- celles concernant la responsabilité, la faute : « *Je suis un mauvais, un nul, un méchant, un minable, etc.* » ;
- celles concernant le manque de sécurité : « *Je continue à être en danger* » (alors qu'il n'y a plus de danger) ;
- celles concernant la perte de contrôle ou le choix : « *J'aurais dû mieux contrôler, j'aurais dû faire autrement ; alors je me traite de pauvre type, bon à rien, incapable, etc.* ».

La patiente (P) dit : « Je suis morte » (là, maintenant, devant nous, même si son corps semble figé, elle est bien vivante) : nous sommes sur le thème de la sécurité.

– Une *cognition positive*, alternative à la croyance négative. On va évaluer à l'aide d'une échelle de 1 à 7 (*validity of cognition* [VoC]) : « *Qu'est-ce que vous préféreriez vous dire de plus positif ?* » (lorsque le patient se focalise sur l'image). Cette cognition, qui n'est pas encore une croyance, doit être réaliste, se décliner comme un « *je peux* » ou « *je suis capable de* ».

P. dit : « Je suis vivante. ».

T. : « À combien entre 1 et 7 êtes-vous ; 1 vous n'y croyez pas du tout et 7 tout à fait ? »

P. : « 2. »

Il s'agit ensuite d'exprimer la réaction émotionnelle qui accompagne la focalisation sur la cible et l'évocation de la croyance négative en évaluant :

– son *intensité* sur une échelle de 10 à 0 (*subjective unit of distress* [SUD]), où 10 est la perturbation la pire qu'il ait connu et le 0 correspond à tout à fait calme ;

– sa *localisation corporelle* : « Dans quelle partie du corps ressentez vous cette émotion ? »

T. : « Comment ça réagit en vous ? »

P. : « J'ai une boule là. » Elle montre son sternum avec sa main.

T. : « À combien évaluez-vous l'intensité de cette réaction entre 0 et 10, où 10 est le pire que vous connaissez et 0 est tout à fait calme ? »

P. : « 7 sur 10. »

## Désensibilisation

Cette phase associe focalisation sur la cible, croyance négative et localisation corporelle avec les mouvements oculaires ou autres jusqu'à cessation de la perturbation émotionnelle, lorsque le SUD est à 0.

Le thérapeute déclare : « Je vous propose de vous concentrer sur l'image, la pensée et votre sternum. Suivez avec vos yeux le mouvement de mes doigts. » Le thérapeute fait une séquence d'une vingtaine d'allers et retours de droite à gauche, en démarrant et en finissant entre les deux yeux puis demande : « Qu'est-ce qui vient ? » (de différent comme sensations, images, pensées, autres).

Sur les trois premières séquences, la patiente répond : « rien » (même si, sur la troisième séquence, son corps se met à bouger).

À la quatrième, surprise, elle se lève de la chaise, se met debout et dit : « J'ai besoin de respirer » en même temps qu'elle prend une grande inspiration.

## Installation de la cognition positive

C'est la phase dite de restructuration cognitive. On amplifie la cognition positive avec les mouvements oculaires jusqu'à ce qu'elle devienne une conviction, c'est-à-dire jusqu'à ce que la VoC arrive à au moins 6 sur 7.

À la question : « À combien entre 1 et 7, maintenant, pouvez-vous vous dire : "Je suis vivante ?" », la patiente répond : « À 5. Je ne vois plus l'image et je sens ma respiration. » Elle continue à se focaliser sur sa respiration comme si elle testait son fonctionnement puis dit : « Maintenant, c'est bon, je suis à 7. »

## *Vérification du vécu corporel*

Le thérapeute est à la recherche de tensions résiduelles.

Le thérapeute lui demande de fermer les yeux et de vérifier comment est son corps de la tête aux pieds. La patiente répond que tout est bien.

## *Terminaison de la séquence*

La séquence se termine en disant aux patients que cela va continuer à travailler, qu'ils notent les changements jusqu'à la prochaine séance. Si cela leur semble nécessaire, ils peuvent rappeler le thérapeute.

## *Réévaluation des effets obtenus*

Il s'agit, en orientant le travail dans le sens passé, présent, futur, de rechercher une fois le souvenir passé traité, les déclencheurs dans le présent qui peuvent réactiver les perturbations ainsi que les situations futures anticipées comme pouvant potentiellement provoquer la rechute.

## Mouvements oculaires

Les mouvements oculaires s'effectuent par un mouvement de deux doigts de la main devant les yeux du patient à une distance qui soit confortable pour celui-ci. On effectue un balayage rapide de droite à gauche en commençant et finissant entre les deux yeux, à une fréquence d'une vingtaine d'allers et retours par minute. Cette fréquence diminue et le rythme est plus lent lorsqu'on travaille la place sûre et les ressources.

D'autres stimulations peuvent être utilisées :

- le tapping : il s'agit d'un tapotement alterné sur le dos de chacune des mains du patient avec les mêmes règles de rythme et de fréquence ;
- les stimulations auditives alternées.

On peut demander aux enfants de taper de manières alternées dans les mains du thérapeute.

## Hypothèses de fonctionnement

L'hypothèse de Francine Shapiro concernant l'efficacité de l'EMDR se résume à la notion d'activation d'un réseau, et l'assimilation d'une information émotionnelle corrective, qui s'infiltré ensuite dans l'ensemble des réseaux adaptatifs. » Cette activation serait en lien avec :

- un sentiment de maîtrise lié au protocole tant chez le patient que chez le thérapeute ;
- une prise en considération de la sensation corporelle ;

- le recadrage cognitif vers une croyance positive plus adaptative ;
- le rassemblement des composants sensoriels, cognitifs et imagés du souvenir ;
- les associations libres ;
- la focalisation double de l'attention ;
- les mouvements oculaires, le tapping et la stimulation alternée bi-attentionnelle ;
- la synchronisation des hémisphères cérébraux ;
- les réactions de réorientation, induites par les mouvements alternatifs, qui interrompent les associations qui se rattachent à un vécu négatif et permettent l'intégration d'informations nouvelles ;
- le rapport avec les mouvements oculaires de la phase de sommeil paradoxal ;
- la réaction de relâchement : les mouvements oculaires imposent une réponse de relâchement avec stimulation du parasympathique.

## Indications et contre-indications

La première indication de l'EMDR est le psychotraumatisme simple. Depuis, les protocoles se sont développés. L'EMDR est utilisé pour traiter les désordres dissociatifs de l'identité, les troubles de l'attachement, les phobies, les douleurs traumatiques, les troubles du comportement alimentaires d'origine traumatique.

Pour Francine Shapiro, la principale contre-indication tient dans la compétence et le degré de formation du thérapeute.

## L'EMDR en France

Un psychiatre, François Bonnel, ayant rencontré l'EMDR lors d'un séjour en Californie, a été à l'origine de la première formation en France en 1994. Il a créé la Société française d'EMDR (SFEMDR). En 2001, un autre psychiatre, professeur au département de recherche cognitive à l'Université de Pittsburg, David Servan-Schreiber, transforme la SFEMDR en EMDR France. Il fait reconnaître l'efficacité de l'EMDR dans le psychotraumatisme par la Fédération française de psychiatrie en 2004 et oriente le développement de l'EMDR vers une perspective neuro-intégrative.

## La HTSMA, un modèle post-EMDR

Pourquoi introduire l'EMDR dans l'hypnose et les thérapies brèves ? En 1996, nous avons été une quinzaine de collègues à découvrir et nous former

à l'EMDR. Très vite, nous est apparue une synergie avec l'hypnose et les thérapies brèves que nous avons fait évoluer vers un modèle intégratif, la HTSMA : hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs.

Ce travail a pris forme à partir des bases suivantes.

### *Une approche systémique et constructiviste du traumatisme*

Si nous partons de l'hypothèse que l'individu est en relation avec le monde, l'autre comme être humain et lui-même, alors, le psychotraumatisme peut se décrire comme l'interaction de trois processus :

– d'invasion : l'intrusion, l'effraction, avec ses composantes :

- le mouvement caractérisé par sa vitesse et son intensité ;
- l'imprévisibilité (anticipation) ;
- la répétition : l'événement peut être unique ou répété. Il transforme le monde à l'instant « T » en monde hostile et insécure, engrammé dans une expérience « corps – esprit » qui restera en mémoire. Cet envahissement peut venir du monde extérieur (par exemple, des catastrophes), d'un tiers agresseur, ou de son propre corps (par exemple, la douleur), voire de ses propres pensées. Il met en scène la mort physique et crée des phénomènes de distorsion temporelle ;

– de perte de contrôle avec vécu d'impuissance, peur de devenir fou (confusion, dépersonnalisation, automatisme, délire), de sombrer dans le néant. Elle met en scène la folie ;

– de perte de reconnaissance, avec l'absence de soutien, la solitude, l'abandon, le rejet, la disqualification (être traité comme un objet), l'humiliation, la faute inscrite dans l'expression de l'autre en position d'autorité (relation d'emprise), le sentiment d'être seul au monde, de ne plus appartenir à la communauté humaine. Elle met en scène l'exclusion.

### *Un modèle intégratif d'hypnose fractionnée à rythme rapide*

Ce modèle est particulièrement intéressant pour traiter des vécus de détresse.

Nous définissons le vécu de détresse comme une intensité émotionnelle dysfonctionnelle, expression bio-psycho-corporelle d'un stress dépassé (au sens de Selye). (Rappelons que le stress physiologique prépare l'organisme à une réponse adaptée en terme d'action dans sa relation à l'environnement.) Ce vécu peut prendre des expressions différentes comme la peur, la douleur, la fatigue, la colère, la rumination mentale, etc., et mobilise les réponses de survie bien décrites par Laborit (1979) :

- faire face, lutter contre (focalisation) ;
- éviter, fuir (défocalisation) ;

– faire le mort (dissociation).

Ces trois réponses peuvent devenir dysfonctionnelles (syndrome de répétition) et se transformer en processus :

- obsessionnel par répétition de tentatives d'excès de maîtrise ;
- phobique par répétition de tentatives d'excès d'évitement ;
- dissociatif pathologique où une partie de soi est dans l'excès de contrôle pendant qu'une autre est dans l'excès d'évitement.

Cela peut être en lien avec des situations concrètes comme avec des représentations de ces situations.

### *Mouvements oculaires, alternatifs et hypnose*

L'utilisation des mouvements oculaires est ancienne dans l'histoire de l'hypnose, avec l'emploi du pendule, des miroirs de Luys (1897), de l'oscillation du regard (Jean Brun, 1957), en thérapie reichienne ; plus récemment, ils ont été utilisés en programmation neurolinguistique (PNL) avec le modèle appelé IMO (intégration par les mouvements oculaires) et avec les techniques de Rossi (2002) en hypnose éricksonienne.

Les mouvements alternatifs peuvent être multiples. Il semble que toute stimulation corporelle volontaire – c'est-à-dire que le sujet perçoit – puisse être utilisée. La fonction de ces stimulations nous paraît comparable à la lévitation dans la triple fonction d'induction, d'accompagnement idéomoteur comme stabilisateur du processus qui se déroule (relation patient – thérapeute), et d'ancrage de l'expérience dans le vécu corporel.

Le revécu traumatique peut être comparé à une hypnose négative. L'objectif de la thérapie est alors de déshypnotiser le patient en le refocalisant sur le contexte présent. La HTSMA peut être présentée comme un modèle intégratif d'*hypnose fractionnée*.

## Description de la HTSMA

### *Construction d'une alliance*

Lorsque les expériences de vie du patient ont altéré ses capacités de relation à l'autre, l'alliance pose problème et nécessite un véritable travail de mise en place d'un cadre relationnel suffisamment sûr pour permettre que s'y déroule le travail thérapeutique.

L'alliance entre le patient et le thérapeute va se construire à partir :

– d'une écoute (verbale et non verbale), d'une validation du vécu de détresse, d'une définition des attentes et des objectifs, des risques du chan-

gement. Dans une perspective interactionnelle, on utilise le questionnement, la reformulation, les paraphrases et les mouvements alternatifs ;

– d'une évaluation par le patient de la qualité de la relation, de la compréhension du thérapeute : « *Oui, ce que tu as vécu (ce que tu vis) a été (est) source de souffrance et de détresse... Et, maintenant, avec ce que l'on a fait de toi, que vas-tu faire de toi dans ta relation à toi, à l'autre et au monde ?* »

– Cette alliance peut être rapide ou nécessiter un véritable travail. Il est important que les objectifs prennent en compte la situation actuelle du patient. Les conditions sont-elles réunies pour engager une thérapie ou nécessitent-elles la mise en place de mesures de protection ?

### *Une stratégie de traitement*

Un *espace de sécurité* est créé, le patient pouvant y vivre une expérience différente et nouvelle de celle pour laquelle il consulte. Cet espace de sécurité peut être amplifié par la focalisation sur une place sûre et son utilisation par projection dans le futur.

Cette expérience est l'expression d'une *co-construction* entre le sujet d'une part et le thérapeute d'autre part qui mobilise le vécu motivationnel.

Il s'agit également d'une *expérience émotionnelle correctrice*, qui engage le sujet dans son entier (sensoriel, émotionnel, comportemental, cognitif), dans sa relation à lui-même, aux autres et au monde. Il s'agit d'un mouvement sur lequel va s'appuyer la thérapie pour l'amplifier en terme de changement. Tout sujet a en lui et autour de lui des *ressources* qui peuvent être mobilisées dans le sens de l'amélioration (une bonne ressource est une ressource qui mobilise d'autres ressources).

La partie dysfonctionnelle (expression sur un mode symptomatique du *vécu de détresse*) va être utilisée comme une métaphore d'hypnose négative et va servir à l'induction du processus thérapeutique. Pour cela, le thérapeute aide à l'externalisation de cette partie dysfonctionnelle par l'utilisation de la dissociation thérapeutique : « *Pendant qu'une partie de vous-même est là en sécurité dans ce lieu, une autre partie de vous-même va pouvoir explorer ce qui vous perturbe en sélectionnant une image sensorielle fixe et sa représentation négative personnalisée sur un mode analogique ici et maintenant, puis une représentation plus acceptable, afin d'évaluer le vécu émotionnel et sa localisation corporelle.* »

Cette dissociation thérapeutique construit une représentation du souvenir passé dans l'ici et maintenant de la séance (technique d'externalisation). Cela a déjà valeur de décentration et de remise en contrôle, et permet également au thérapeute, pendant qu'une partie de lui-même est dans sa posture, à une autre partie de lui-même d'être en contact avec cette représentation du souvenir passé dans le présent. Il est bien sûr possible de commencer par

une représentation négative, un vécu émotionnel, une localisation corporelle et reconstituer l'ensemble.

La partie saine va être mise en évidence, partagée et amplifiée (utilisation des ressources, recadrages, métaphores) en utilisant la régression en âge puis la projection dans le futur. C'est la mobilisation de ressources qui activent d'autres ressources qui est intéressante.

Le travail de *réassociation* par tissage, tricotage (sensoriel, comportemental, cognitif) entre la partie saine et la partie dysfonctionnelle conduit à une nouvelle expérience, exprimée par une *posture* différente. Ce tissage peut être spontané ou nécessiter l'utilisation des mouvements alternatifs. Il a comme objectif d'amener la perturbation émotionnelle évaluée sur une échelle visuelle analogique (10 à 0) à 0.

C'est à partir de cette nouvelle expérience que va s'effectuer le travail de *reconstruction cognitive* (représentation plus adaptée de soi, de l'autre ou du contexte sur un mode analogique), et sa généralisation par *projection vers le futur*.

La pertinence du travail thérapeutique s'évalue à partir de ce qui change pour le sujet dans sa vie quotidienne.

## Bibliographie

---

- DOUTRELUGNE Y., COTTANCIN O. (2008). — *Thérapies brèves. Principes et outils pratiques*, Paris, Masson, 2<sup>e</sup> édition.
- ERICKSON M.H. (1999). — *Collected papers*, Bruxelles, Satas.
- LABORIT H. (1979). — *L'Inhibition de l'action biologique, physiologique, psychologique, sociologique*, Paris, Masson.
- ROQUES J. (2008). — *Découvrir l'EMDR*, Paris, InterEditions – Dunod.
- ROSSI E. L. (2002). — *Psychobiologie de la guérison*, Bruxelles, Satas.
- SHAPIRO F. (1995). — *Eyes movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*, New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F., SILK FORREST M. (1997). — *Des yeux pour guérir*, Paris, Le Seuil ; trad. fr., 2005.

## Pour en savoir plus

---

- DOUTRELUGNE Y., COTTANCIN O. (2008). — *Thérapies brèves. Principes et outils pratiques*, Paris, Masson, 2<sup>e</sup> édition.
- ERICKSON M.H. (1999). — *Collected papers*, Bruxelles, Satas.

# Introduction



Le choix de trois grands courants de référence, abordés dans les parties précédentes, ne signifie pas que ceux-ci résument le paysage particulièrement contrasté des ressources psychothérapeutiques.

Nous en proposons, dans cette dernière partie, deux autres illustrations : la Gestalt-thérapie, avec ses racines phénoménologiques... et ses inconditionnels ; le courant intégratif et éclectique qui prend le pari d'un certain œcuménisme, au risque de la banalisation des différences mais avec l'intérêt d'un pragmatisme assumé.

Nul doute que ce nouveau choix fera discussion. Tant mieux !

# 35

## La Gestalt-thérapie, une thérapie de l'expérience

J. Blaize



*Dialogues imaginés, mais non imaginaires*

- 1) – Je viens vous voir parce que vous êtes Gestalt-thérapeute :  
je cherche une thérapie émotionnelle, et je sais que c'est là la  
spécificité de la Gestalt-thérapie.  
– Je ne sais comment vous répondre...
- 2) – Je viens vous voir parce que vous êtes Gestalt-thérapeute :  
je cherche une thérapie corporelle, et je sais que c'est là la  
spécificité de la Gestalt-thérapie.  
– Je ne sais comment vous répondre...
- 3) – Je viens vous voir parce que vous êtes Gestalt-thérapeute :  
je cherche une thérapie non verbale, et je sais que c'est là la  
spécificité de la Gestalt-thérapie.  
– Je ne sais comment vous répondre...

### Prologue

Le « je ne sais comment vous répondre » des dialogues ci-dessus vient ici marquer le fossé qui sépare certaines manières de regarder la Gestalt-thérapie de ce qu'elle est véritablement, du moins à mes yeux : la Gestalt-thérapie, contrairement à certaines images, qu'elle a d'ailleurs parfois contribué à entretenir, ne s'occupe ni de l'émotionnel, ni du corporel, ni, non plus, du non-verbal. Elle s'intéresse à l'expérience en cours, ou, pour le dire autrement, elle se centre sur la capacité dont dispose la personne à être au monde de manière diversifiée, sur sa capacité, dirait Husserl, à varier ses modes de visée intentionnelle.

Husserl n'était pas thérapeute mais philosophe, et pourtant je crois que, sans lui, la Gestalt-thérapie n'aurait jamais vu le jour, ou se résumerait tout au plus à un ensemble de techniques plus ou moins hétéroclites. C'est en effet lui, le fondateur de la phénoménologie, qui a ouvert la voie à une conception de l'être conscient indissociable de ce dont il est conscient : sans un quelque chose dont je suis conscient, « ma » conscience n'existe plus ; et, inversement, si je ne suis plus conscient de rien, rien, au niveau de l'expérience, n'existe.

C'est aussi lui qui a permis de se représenter l'émotion, le souvenir, la perception, la sensation, ou encore la raison non pas comme des facultés intrapsychiques disposant chacune de leurs propres « lois » de fonctionnement, mais tout simplement comme autant de manières d'être conscient de quelque chose.

Et c'est cela que reprend, parfois sans le savoir, la Gestalt-thérapie : ce n'est ni une thérapie émotionnelle, ni une thérapie corporelle, ni une thérapie non verbale. Ce qui l'intéresse, c'est la manière d'être au monde du patient ou de la patiente. Ainsi, si ce patient, ou cette patiente, est en permanence sous l'emprise de l'émotion, alors le travail thérapeutique sera non pas de soutenir l'émotion, non pas non plus de la bloquer. Ce sera simplement d'aider cette personne à percevoir, à se souvenir, ou à raisonner, bref, de l'aider à pouvoir être au monde d'une manière plus riche et plus diversifiée, et pas seulement sur le mode émotionnel.

Inversement, si cette personne ne sait plus que raisonner, alors le travail sera peut-être de l'aider à ressentir, à accepter d'être émue, ou à imaginer. Le travail thérapeutique ne consiste jamais, dans la perspective gestaltiste, à empêcher ou à enlever quoi que ce soit, fût-ce un « symptôme », mais toujours à essayer d'élargir la gamme des possibilités d'être au monde.

Husserl est décédé en 1938. Le texte fondateur de la Gestalt-thérapie, signé par Perls, Hefferline et Goodman, est paru, lui, en 1951, aux États-Unis, sous le titre *Gestalt therapy : Excitement and growth in the human personality*. Il ne s'agit pas ici d'établir une filiation directe entre la phénoménologie de Husserl et la Gestalt-thérapie de Perls, Hefferline et Goodman, mais, à tout le moins, d'en reconnaître les influences. C'est d'ailleurs ce que font Isadore From, l'un des fondateurs de la Gestalt-thérapie, et Michael Vincent Miller (1994) : « La phénoménologie, écrivent-ils, en se référant directement à Husserl, est, avant tout, une alternative à la méthode scientifique dominante : elle n'affirme ni ne rejette l'existence d'un monde physique "extérieur", elle insiste simplement sur le fait que l'investigation philosophique ne doit commencer qu'avec le monde tel que nous le connaissons, c'est-à-dire tel qu'il se présente à la conscience. Par conséquent, la philosophie se doit être l'étude de la structure de l'expérience subjective immédiate. » Et ils ajoutent : « la Gestalt-thérapie, c'est de la phénoménologie appliquée ».

## Le Gestalt-thérapeute, un contactologue

Bien sûr, « contactologue » est un mot barbare, un néologisme peu encourageant, et pourtant je ne trouve pas de meilleur terme pour définir le rôle du Gestalt-thérapeute. On me dira peut-être que son rôle est celui de tout psychothérapeute, que son travail est de s'intéresser à la psyché de son patient et d'essayer de faire que cette psyché « aille du mieux possible ». Encore faudrait-il s'entendre sur ce terme de « psyché », ou encore sur celui de « psychisme » ! « Psyché », « psychisme », ces deux termes renvoient, dans notre culture, à une entité individualisée, à une forme de solipsisme dans laquelle la rencontre avec l'environnement, quel qu'il soit, ne serait qu'un événement parmi d'autres.

De son côté, la Gestalt-thérapie affirme : je ne suis jamais rien d'autre que la totalisation, jamais achevée, sauf au moment de la mort – et encore ; voir Heidegger (1927) –, de mes expériences, ou, en d'autres termes, de mes tentatives, réussies ou avortées, de faire de mes contacts avec l'environnement quelque chose qui me permet ou m'empêche de croître.

Alors, si le « psychisme » n'est que la totalisation progressive des expériences, si le « sujet » n'est, en schématisant, que le fruit de son engagement dans les situations auxquelles il est confronté, cela veut dire que la « psychothérapie » n'a de sens que si elle met au centre de ses préoccupations, plutôt que l'analyse de la « psyché », l'analyse du contact, ou mieux des modalités du contact entre le « sujet » et son « environnement ».

Le contact, ce n'est pas la relation. Dans la perspective gestaltiste, le contact entre l'organisme et l'environnement, entre « je » et le « monde », désigne ce moment dans lequel quelque chose de nouveau advient et qui me fait devenir un peu autre. Le contact nécessite un « aller vers » et un « prendre de ». « Aller vers », c'est aller vers la nouveauté, vers l'inconnu, c'est se risquer à... « Prendre de », c'est se nourrir de ce contact, mais c'est aussi, et peut-être surtout, accepter l'altérité, et accepter que cette altérité me modifie.

Le contact (il serait plus juste de dire le « contacter », ou « l'événement de contact ») est donc un moment, un acte créateur, par lequel de la nouveauté se crée et peut être assimilée. La relation, elle, implique la durée, et, alors que le contact a à voir avec la nouveauté et le changement, la relation a à voir avec la continuité et la stabilité. Or, chacun a pu en faire l'expérience, beaucoup de relations sont presque dépourvues de contact : cela s'appelle l'habitude ou la routine.

## Contactologie et formation de formes

Contacter l'environnement, ou se laisser contacter par lui, que cet environnement soit un « autrui », un objet ou un événement, c'est donner une

nouvelle forme à l'expérience en cours. Ainsi, la Gestalt-thérapie regarde l'existence humaine, dans sa temporalité, comme une succession ininterrompue de construction et de déconstruction de formes. *Gestalt* est un terme allemand qui signifie justement « forme », et si les fondateurs de la Gestalt-thérapie ont choisi cette appellation, c'est bien pour insister sur ce processus de construction et de déconstruction.

La forme est ce qui est au premier plan de l'expérience en cours, mais, bien entendu, elle n'existe, ou du moins elle n'est perceptible, que si elle apparaît sur fond d'autre chose, en particulier sur fond d'expériences antérieures auxquelles elle ressemble mais en même temps dont elle est différente. C'est pourquoi les gestaltistes parlent du « processus ».

D'instant en instant, l'environnement dans lequel je vis se modifie ; d'instant en instant, l'organisme que je suis se modifie, à la fois physiologiquement et psychologiquement, qu'il s'agisse de mes croyances, de mes valeurs, de mes préoccupations, de mes besoins ou de mes désirs. La forme « juste » advient si je suis présent – pas nécessairement de façon délibérée : il s'agit le plus souvent d'une simple présence –, comme ouverture, à ce processus d'instant en instant qui englobe à la fois cet organisme que je suis et cet environnement dans lequel je vis.

Cette « justesse » de la forme, ou plutôt de la création de formes, est l'un des critères de « santé » ; peu importe ici que cette forme soit celle du plaisir, celle de la souffrance, ou encore celle de la dépression – la dépression, elle aussi, peut être une manière ajustée de vivre certains événements.

La création de formes, ou le contact, se fait donc toujours, on l'aura compris, à ce que, métaphoriquement, on a appelé la « frontière organisme/environnement ». Cette création de formes, ce contact en action, c'est aussi ce que les fondateurs de la Gestalt-thérapie ont appelé le déploiement du self.

Ce terme de self est un peu ambigu, d'une part au sens où il est aussi utilisé dans d'autres approches, d'autre part et surtout au sens où il induit un retour sur soi, alors que ce qu'il cherche à nommer c'est ce processus du « contacter » qui n'appartient ni à l'organisme ni à l'environnement, mais qui les implique et les englobe tous les deux.

Mais il arrive que ce processus de construction – déconstruction des formes soit perturbé. Le plus souvent, cette perturbation est liée à l'angoisse face à la nouveauté : être présent à soi et à son environnement revient à accepter que quelque chose de nouveau, d'inattendu, de déstabilisant surgisse. Être présent à soi et à son environnement, c'est accepter le fait que l'expérience en cours ne soit pas réductible aux expériences précédentes ; c'est accepter aussi le fait que cette expérience, au moins pour un temps, et peut-être définitivement, n'ait pas de sens.

Or l'être humain a besoin de sens ; c'est peut-être son besoin essentiel. Dans notre culture, nous sommes habitués à aller chercher le sens du côté

d'un déjà-là, voire d'un au-delà, du côté d'explications causales, la plupart du temps en référence au passé ou à un ailleurs ; ou encore du côté d'interprétations qui, bien entendu, ne peuvent se faire que parce que celui qui interprète « sait » (même s'il ne s'agit que d'un « supposé savoir »). Ce sens déjà-là est rassurant : même si je souffre, je sais pourquoi, et même si je vais mal, je sais que je suis comme tout le monde.

Pour garder la sécurité d'un sens déjà-là, nous avons souvent besoin que le processus du « contacter » soit perturbé. La Gestalt-thérapie, au contraire, dit que le sens n'est jamais pré-donné, qu'il est toujours, non pas à découvrir, mais à inventer, qu'il n'est jamais dans un avant mais seulement dans un « maintenant et ensuite », qu'il ne peut jamais se construire dans une généralisation, mais toujours dans la présence à la singularité de l'expérience en cours. Bien entendu, cela peut être anxiogène, voire insupportable.

Comment faire pour éviter cette présence au présent, anxiogène et insupportable ?

## Quelques recettes simples pour perturber ou interrompre le contact

Une première manière, relativement simple, d'interrompre le contact est, paradoxalement, de ne pas l'interrompre, ou, pour le dire autrement, de tout faire pour que l'expérience précédente, dans sa forme particulière, reste en l'état : on peut alors parler de *fixation* ou, dans le langage de Perls, de « *morsure crampon* ». On se cramponne à ce qui est là, la nouveauté n'existe pas, et, du même coup, on se conforte dans l'idée non consciente qu'il est de son pouvoir d'immobiliser le temps. Le temps n'a plus de prise sur « l'exister », toute « nouveauté » devient une pseudo-nouveauté qui ne change rien, et même si, par exemple, dans un couple, la relation change, ce sera regardé comme un pseudo-changement qui ne change rien. Ici, le gestaltiste parlera de Gestalt fixée, du refus de laisser cette forme se déconstruire pour laisser la place à la possible construction d'une nouvelle forme.

Cette première manière d'interrompre le contact en cours peut se perfectionner : il suffit de lui adjoindre la non-conscience de l'interruption ; il s'agit de ce que la Gestalt-thérapie appelle « *confluence* ». Cette confluence – mais l'expression de « non-conscience de ce qui se passe » serait sans doute plus appropriée – peut se décliner sur au moins deux modalités différentes. L'une de ces modalités est la non-conscience de la nouveauté (dans le couple, tout va toujours de la même manière, que ce soit satisfaisant ou non), l'autre de ces modalités étant la non-prise en compte des différences et donc de la singularité des expériences. Par exemple, à la sortie d'un cinéma, il est demandé à deux personnes leur opinion, et l'une d'elles

répond, sans que l'autre s'en offusque : « Vous savez, nous, nous n'aimons pas ce genre de film. »

À l'opposé de la confluence – mais ici encore il s'agit d'une manière d'éviter la nouveauté –, une autre « recette » est celle de l'*égotisme* : pour éviter la nouveauté de l'expérience qui va nous faire changer, fermons les frontières, ne nous laissons toucher par rien de ce qui surgit dans l'environnement, ou alors a minima : « *Ceci, c'est ton problème, je n'y suis pour rien, et cela ne me concerne pas. D'ailleurs, moi, de mon côté, je ne viens pas t'envahir avec mes préoccupations.* » C'est une autre possibilité, bien entendu non consciente la plupart du temps, pour éviter la nouveauté du présent.

Viennent ensuite, dans le catalogue des recettes, l'« introjection », la « projection » et la « réflexion ». Quand j'écris « ensuite », ce n'est évidemment pas un ordre chronologique mais simplement un ordre d'exposition.

Nous savons tous *introjecter* : c'est accepter comme vrai, et le plus souvent sans nous en rendre compte, ce que l'on nous dit comme étant vrai. Ici, le « on » peut renvoyer à une figure particulière, parentale par exemple, mais aussi à une norme sociale, culturelle, idéologique, ou religieuse. Par exemple, tout le monde sait qu'il ne faut pas montrer ses émotions, surtout s'il y a des témoins ; tout le monde sait aussi qu'un psychologue ne doit pas nommer à son patient, ou à sa patiente, qu'il est touché par ce qui est en train de se passer là, en séance.

Bien entendu, pour que cette introjection ou, plutôt, pour que l'introject, sorte de corps étranger résultant du processus d'introjection, puisse être opérant, il est nécessaire que tout cela se passe hors conscience, c'est-à-dire à nouveau dans une forme de confluence. Mais, pour que cet introject puisse contribuer à perturber, ou à interrompre l'expérience en cours, encore faut-il qu'il soit projeté sur ladite expérience.

La *projection* représente encore une manière de perturber le contact : plutôt que de voir le film que je suis en train de regarder pour la première fois, je n'ai de cesse de le voir comme celui que j'ai déjà vu peut-être dix fois, et d'en éviter la nouveauté. Plutôt que de prendre en compte mes propres difficultés, je les attribue à quelqu'un d'autre, voire au monde entier, dans une dimension de type paranoïaque. Plutôt aussi que d'assumer le désir que j'ai pour l'autre, je l'attribue à cet (te) autre.

Ne nous y trompons pas : cette manière de projeter l'agressivité, ou le désir, voire d'autres mouvements, ne tient pas (du moins le plus souvent) à une forme de perversion, mais tout simplement à la nécessité de donner du sens à une expérience inassimilable, à la nécessité de trouver des repères au sein d'un environnement qui n'a plus de sens.

Pour tenter de clore ce catalogue de recettes, un détour par la *réflexion* est nécessaire. Réfléchir, c'est bloquer le mouvement d'aller vers ; c'est

aussi, le plus souvent, transformer ce mouvement d'aller vers l'environnement en un mouvement contre soi : il est parfois (souvent ?) plus simple de s'en vouloir plutôt que d'en vouloir à l'autre, surtout si des loyautés familiales, sociétales ou culturelles sont en jeu.

Il va de soi que ce catalogue reste ouvert : les différentes modalités que j'ai tenté de décrire ne sont évidemment pas les seules possibles, et leur combinatoire nous ramène, une fois de plus, à l'infini des possibles, et toujours à la nécessité, en tant que Gestalt-thérapeute, de se centrer sur ce que chaque combinatoire particulière présente de spécifique et de singulier.

## Interruptions du contact ou tentatives de contacter autrement ?

Bien entendu, il est possible de regarder ces différents processus (confluence, égotisme, introjection, projection, rétroflexion) comme des « résistances », comme des interruptions du contact ; cependant, on peut aussi les voir comme des tentatives, maladroites peut-être, mais ultimes, de créer à nouveau du contact. Si le thérapeute les voit comme des « résistances », son projet sera de les surmonter, voire de les détruire ; s'il les voit comme les seules possibilités d'être au monde de son patient ou de sa patiente à ce moment-là, son projet sera, on l'a déjà vu, non pas de faire disparaître ces possibilités-là, mais d'essayer d'en ouvrir, ou d'en réouvrir, d'autres.

La nuance introduite ici est importante. Même si, pendant longtemps, les Gestalt-thérapeutes ont été amenés, peut-être par mimétisme avec d'autres approches, à parler de « résistances », il semble aujourd'hui beaucoup plus important de regarder ce que ces « résistances » tentent de créer plutôt que ce à quoi, ou à qui, elles s'opposeraient. Il ne s'agit pas ici d'entrer dans une logique de la « positivation », mais simplement de considérer que ce que nous avons tendance à regarder comme des « interruptions du contact » ou comme des « résistances » représente, possiblement, des tentatives pour entrer en contact d'une manière que nous ne comprenons, ou ne connaissons, pas encore.

La « résistance » serait alors à regarder non plus comme une résistance du patient, ou de la patiente, à notre égard, mais comme notre résistance à nous, en tant que thérapeutes, à nous laisser aller à la nouveauté de ce que cette personne est en train de créer dans ses modalités d'être au monde.

Dans cette logique-là, il est un autre concept de la Gestalt-thérapie qui serait, lui aussi, à réinterroger, celui de « situation inachevée ». En effet, dire qu'une situation est restée inachevée, c'est dire au moins deux choses : d'une part, qu'il y avait une autre issue possible ; d'autre part que, dans l'après-coup, il est encore possible de compléter ce qui est resté inachevé.

L'exemple qui me vient – classique malheureusement – est celui d'une personne qui a été dans l'enfance abusée sexuellement ou psychologiquement et qui n'a jamais pu, à l'âge adulte, se confronter à l'abuseur. Si, en tant que thérapeutes, nous considérons qu'il est capital que cette personne puisse enfin se confronter à l'abuseur pour « achever la situation », cela risque de déboucher pour elle sur une nouvelle expérience de culpabilité, ou de honte, liée à l'impossibilité de le faire.

À l'inverse, une autre manière d'« achever la situation » serait d'accepter, avec toute la douleur et la souffrance que cela implique, qu'il n'est plus possible d'y changer quoi que ce soit. Il ne s'agit pas ici de résignation ; il s'agit simplement, sans doute, d'une forme de deuil, mais surtout d'un passage qui, possiblement, va permettre que l'énergie investie dans cette tentative impossible d'achèvement devienne, ou redevienne, disponible pour la création de nouvelles formes.

Autrement dit, « achever une situation », ou « terminer une Gestalt », peut se faire de deux manières : l'une consiste à revenir sur l'inachevé et à tenter de faire en sorte que l'achèvement arrive ; l'autre consiste à clore le désir d'achèvement, à considérer que parfois il n'y a pas de réparation possible. La première logique est celle de la tentative (tentation ?) de combler le manque, la seconde étant, elle, la reconnaissance du manque, de l'imperfection, voire de l'insupportable, comme faisant partie intégrante de la condition humaine.

En ce sens, vouloir nier le manque, l'imperfection ou l'insupportable reviendrait à se nier soi-même, alors que le projet de la Gestalt-thérapie est à l'opposé, puisqu'il s'agit de faire que la personne soit au maximum consciente de son être au monde, y compris de ses manques, frustrations et insatisfactions.

En écrivant ces lignes, j'ai conscience que cela n'a pas toujours été la position de la Gestalt-thérapie, loin de là ! Dans les années 1970 – 1980, en effet, la tendance, sous l'influence de Perls en particulier, était de considérer que l'important était la satisfaction des besoins, et que donc le manque ne pouvait avoir qu'un statut d'inachevé à combler ; il ne pouvait être que provisoire. À mon sens, et je ne suis, bien évidemment, pas le seul à le penser, c'est vouloir faire comme si l'être humain n'était pas toujours fondamentalement en manque de quelque chose, que ce soit en manque de ce qu'il désire ou en manque de lui-même.

## Seul existe le présent

Vouloir achever une situation inachevée, c'est vouloir, dans l'après-coup, remplacer une forme par une autre ; c'est un autre avatar de la tentative d'immobiliser le temps à laquelle je faisais allusion plus haut à propos de la fixation ou de la « morsure crampon ». Une telle tentative d'immobiliser

le temps relève d'une prétention illusoire ; plus fondamentalement, il s'agit d'un déni du présent toujours changeant, c'est-à-dire de la seule instance temporelle dans laquelle nous existons.

Il m'arrive volontiers de dire que personne n'a jamais vécu dans le passé ou dans l'avenir, et que le présent précède le passé. Que veulent dire ces deux affirmations, ou plutôt quel est mon projet en les posant ?

Notre manière habituelle de regarder le temps, avec, répartis sur la ligne du temps, d'abord le passé, puis le présent, et enfin l'avenir, est une pure construction intellectuelle, totalement abstraite, et qui n'a comme seule fonction, une fois encore, que de nous rassurer par le biais d'un réseau de certitudes. Or, si l'on en revient à l'expérience – et l'on retrouve ici la phénoménologie de Husserl –, ce qui est premier c'est le présent : toute expérience se déroule dans le présent, et ce n'est qu'ensuite que je peux la regarder comme « passée ». De même, l'avenir n'est jamais qu'une manière présente d'imaginer la suite de ce qui est en train de se passer. Cela revient à dire que « présent », « passé » et « avenir » ne constituent pas une chronologie, mais qu'il s'agit là simplement de trois possibilités toujours présentes en même temps, dont nous disposons pour nous orienter dans notre expérience.

L'une des conséquences de cette approche de la temporalité est le renoncement à la croyance selon laquelle le passé déterminerait le présent. La conception du présent de Daniel Stern (2003), qui n'est pas gestaltiste, est proche de celle que je tente de décrire : « L'expérience présente, dit-il, doit être en mesure de modifier le passé [...]. Si le présent ne peut pas faire ça, autant tirer un trait sur le changement thérapeutique » (p. 182).

Bien entendu, il ne s'agit pas de modifier le passé en tant que « réalité », mais en tant que manière présente de se tourner vers ce qui a été vécu, ou plutôt vers le sens que nous avons donné précédemment à ce qui a été vécu.

## Le Gestalt-thérapeute, présentologue

La Gestalt-thérapie a souvent été présentée, et s'est elle-même souvent présentée, comme une « thérapie de l'ici et maintenant ». C'est le cas, mais si l'on ne prend pas la peine de regarder la question de la temporalité comme je viens de le faire, le « maintenant » devient réducteur, voire terroriste : le patient ne peut plus parler que de ce qu'il en train de vivre à la minute présente face à son thérapeute. Dès qu'il fera référence à des expériences antérieures ou à ce qu'il imagine ou espère pour la suite, il s'entendra dire (par le thérapeute) : « *laissons tout cela de côté, revenons à l'ici et maintenant* », ou « *arrêtez de fuir hors de l'ici et maintenant* ». Il ne s'agit pas forcément d'une caricature : cette façon de voir les choses et de travailler a bien fait partie de l'histoire de la Gestalt-thérapie.

Comment travailler au présent sans tomber dans cette caricature ? Lorsque le patient parle de ce qu'il a vécu antérieurement, il s'agit toujours de regarder en quoi ce souvenir l'affecte maintenant, et non de chercher une explication causaliste. La référence à un souvenir peut aussi bien contribuer à l'émergence d'une nouveauté, à la création d'une nouvelle forme, qu'à la confirmation d'un déjà connu, d'un sens déjà là, bref à une interruption du contact en cours.

Il s'agit toujours aussi, lorsque c'est l'avenir qui est évoqué, de centrer la personne sur la fonction présente de cette évocation ; autrement dit, sur la manière dont actuellement, par le biais de cette évocation, elle est en train de structurer son expérience, de créer une nouvelle forme ou de s'empêcher de le faire.

Dans les deux cas, le Gestalt-thérapeute ne se centre pas sur le contenu du souvenir ou de l'anticipation, mais sur l'événement constitué par l'évocation de ces derniers et sur l'impact que cette évocation présente a sur l'expérience en cours. Cette conception se rapproche d'ailleurs de ce que Lewin a appelé le « champ psychologique » ou « psychosociologique » : fait partie du champ tout ce qui, à un instant donné, que cela appartienne au « passé » ou au « futur », contribue à la structuration de l'expérience (voir Parlett, 1999). J'y reviendrai.

À partir de là s'ouvrent deux directions de travail possibles (la deuxième étant abordée au point suivant). Une première manière de travailler se fonde sur l'hypothèse selon laquelle le patient va répéter au cours de la séance de thérapie les perturbations du « contacter » qu'il met en œuvre dans d'autres contextes. Une telle hypothèse, si elle reste une véritable hypothèse, c'est-à-dire si elle ne recouvre pas l'affirmation d'une vérité absolue, peut souvent être féconde. Ainsi, tel ou tel patient, habitué à introjecter, pourra me dire lors d'une séance : « *J'ai fait comme vous m'aviez dit* », alors que, lors de la séance précédente je lui avais simplement demandé si, par rapport à la situation conflictuelle qu'il vit à son travail, il ne pouvait pas regarder les choses sous un angle nouveau. Là, le travail sera d'aider cette personne à prendre conscience du processus par lequel elle est passée.

Si maintenant il s'agit de quelqu'un qui recherche de la confluence, c'est-à-dire une forme de non-conscience de ce qui se passe pour lui et pour l'autre, il est vraisemblable que, à chaque fois que je lui demanderai ce qu'il ressent, la réponse sera « *rien* », ou « *je ne sais pas* ». Ici, on tentera de l'aider à ressentir...

Enfin, un « spécialiste de la projection » pourra m'attribuer des intentions que je n'ai pas, ou du moins dans lesquelles je ne me reconnais pas. Ici, ce qui l'aidera peut-être, c'est de prendre conscience que ces intentions qu'il m'attribue sont peut-être les siennes, peut-être aussi celles que d'autres ont eues à son égard.

## Du Gestalt-thérapeute présentologue au Gestalt-thérapeute présent et engagé

Une deuxième direction de travail amènera le Gestalt-thérapeute sur d'autres sentiers ; dans la première façon de travailler, en effet, le postulat implicite est que tous ces processus, d'introjection, de confluence, de projection, etc., sont la reproduction de la manière d'être au monde du patient dans d'autres circonstances de sa vie ; il s'agirait alors des signes de sa névrose, ou de sa pathologie.

### *Le Gestalt-thérapeute co-constructeur*

Si l'on en revient au caractère indissociable de la totalité « organisme/ environnement », alors comment ne pas voir que tous ces processus sont vraisemblablement co-construits, et que s'ils révèlent une quelconque « pathologie », il ne s'agit pas tant de celle du patient que de celle de la situation thérapeutique ? Or, cette situation n'est pas identique aux situations de la vie quotidienne du patient. Donc, si dans la séance apparaissent des introjections, projections, réflexions, tentatives de confluence ou d'égotisme, je ne peux plus, en tant que thérapeute, penser que je n'y suis pour rien. Puisque nous ne nous intéressons pas à la psyché mais à l'expérience, il nous faut en effet considérer que toute « pathologie » est une pathologie de l'expérience, dans laquelle organisme et environnement sont tous deux engagés ; s'il s'agit de l'expérience vécue en thérapie, alors, à l'évidence, le thérapeute y est aussi pour quelque chose.

Cela a au moins deux conséquences : d'une part un changement de posture chez le thérapeute, d'autre part l'adoption d'un autre regard, au sens où il ne verra plus les perturbations de contact de son patient comme des répétitions, mais comme des tentatives, maladroites peut-être, d'aller vers de la nouveauté.

Le « changement de posture » évoqué ici se traduit par le fait que le thérapeute n'est plus là pour « faire travailler » son patient. Il n'est plus l'expert qui sait où il va, mais il se vit désormais comme un élément de la situation, sans savoir a priori en quoi il influe sur cette situation, sans savoir qu'est-ce qui, au sein de ce qui est en train de se construire là, vient de lui ou de l'autre.

Dans cette perspective-là, il ne s'agit plus de constater la névrose de l'autre, mais d'essayer de se demander ensemble comment nous avons co-construit le processus névrotique qui vient de se produire. Ainsi, au lieu, par exemple, de constater que le patient interrompt le contact à cause d'un sentiment de honte, on cherchera plus à ouvrir la possibilité que cette honte ait été générée, au moins en partie, par une manière d'être du thérapeute, la plupart du temps non consciente de sa part, mais perçue par le patient.

Paradoxalement, c'est alors le patient qui, peut-être, aidera le thérapeute à prendre conscience de ce qui était présent pour lui sans le savoir, c'est-à-dire

à sortir de la confluence ! On pourrait dire que le thérapeute s'engage alors dans la situation. Toutefois, cette formulation serait réductrice et caricaturale ; en effet, par définition, tout thérapeute est engagé dans la situation ! Pour décrire le changement de posture que j'essaie ici de définir, il serait plus juste de dire que le thérapeute cherche en permanence à expliciter avec son patient sa manière d'être engagé dans ladite situation. Autrement dit, le thérapeute ne peut plus parler de son patient, mais seulement de la manière dont il le voit, ou dont il se sent affecté par lui ou par la situation.

Cela m'amène à la deuxième conséquence évoquée plus haut, à savoir ce changement de regard, qui ne sera plus centré sur la répétition mais sur la nouveauté, fût-elle minime.

### *De la répétition à la singularité*

Le simple fait que le thérapeute puisse nommer qu'il est peut-être pour quelque chose dans la honte du patient fait très souvent événement. En effet, cela permet au patient de passer de l'image de lui qu'il connaît par cœur, de lui comme mauvais et qui donc ne peut qu'avoir honte, à la prise de conscience que c'est la situation qui est génératrice de honte pour lui, mais aussi peut-être pour le thérapeute. La honte cesse alors de parler de lui, de sa personnalité, pour ne plus parler que d'un événement, d'un contact, construit à deux et de façon non consciente pour chacun des deux (voir Robine, 2004).

Mais pour qu'il y ait nouveauté, encore faut-il qu'il y ait un regard qui constitue l'événement comme nouveauté. Cela signifie qu'il est aussi important que le thérapeute cesse de voir tout ce qui se passe sous l'angle de la répétition ; pour regarder les choses sous l'angle de la répétition, il faut considérer que tous les environnements sont identiques. Or, ce n'est pas juste. Pour pouvoir imaginer qu'un patient « répète » avec moi ce qu'il fait ailleurs, je dois faire abstraction de la situation thérapeutique dans ce qu'elle a de nouveau à la fois pour l'autre et pour moi.

Le travail du thérapeute, dans cette perspective inspirée à la fois de la phénoménologie et de la théorie du champ de Lewin, consiste, au contraire, à mettre en figure la nouveauté de ce qui se passe d'instant en instant, à mettre en lumière la singularité de chaque situation. Pour le dire autrement, il s'agit d'aider le patient, ou la patiente, à découvrir, ou à retrouver une forme d'être au monde, ou plutôt une forme d'être à la temporalité toujours changeante, et à pouvoir ainsi, même si c'est inconfortable, se défaire de formes ou de Gestalt fixées.

## Le Gestalt-thérapeute, psychanalyste ou phénoménologue ?

Comme tout autre approche, la Gestalt-thérapie dispose de son propre jargon. Celui-ci témoigne sans doute d'au moins deux choses : d'une part

du fait que toute théorisation nouvelle passe nécessairement par des conceptualisations complexes pour pouvoir, au bout du compte, nommer des choses relativement simples ; d'autre part de la difficulté à se défaire d'un mode de pensée pour en inventer un autre.

### *Perls et la psychanalyse*

Perls (1893 – 1970) a d'abord, et pendant longtemps, été médecin et psychanalyste. Son premier ouvrage, *Le Moi, la faim et l'agressivité*, publié en 1947, se voulait une contribution à la théorie psychanalytique. Il s'agissait en particulier de montrer que toutes les résistances ne sont pas anales, mais qu'elles peuvent aussi être orales (d'où le titre), et que ces résistances orales sont sans doute plus fondamentales que les autres. Cette thèse, Perls l'avait déjà abordée lors du congrès de l'International Psychoanalytic Association (IPA) de Marienbad en 1936. Malheureusement pour lui, cette révision de la théorie freudienne a été très mal accueillie, peut-être par Freud lui-même, sans aucun doute par certains de ses disciples, Marie Bonaparte en particulier.

Voici ce que dit Perls (1969) de sa rencontre avortée avec Freud, chez lui, à Vienne, toujours à l'occasion de ce congrès de Marienbad : « Je pris rendez-vous, je fus reçu par une femme d'un certain âge (sa sœur, je crois) et attendis. Puis une porte s'ouvrit, sur environ deux pieds de large, et le Maître apparut à mes yeux. Je trouvais curieux qu'il ne quittât pas l'embrasement de la porte, mais à ce moment-là je ne savais rien de ses phobies. "Je suis venu d'Afrique du Sud faire une communication au Congrès et vous voir." "Ah bon, et quand repartez-vous ?" dit-il. Je ne me souviens plus du reste de la conversation, qui dura peut-être quatre minutes. J'étais atterré et déçu. Un de ses fils fut délégué pour m'emmener dîner. Nous mangeâmes de l'oie rôtie, mon plat favori. Je m'attendais à être "blessé" au vif, mais j'étais seulement abasourdi... » (p. 66 – 67). Et il ajoute : « Ma rupture avec Freud et son école fut définitive quelques années plus tard, mais le fantôme n'a jamais été complètement exorcisé. Repose en paix, Freud, génie têtue, saint et démon » (p. 67).

Freud « saint et démon », cela ne pouvait pas ne pas laisser quelques traces ; j'y reviendrai entre autres à propos de la théorie du self.

Pour la « petite » histoire, il me faut mentionner qu'à ce même congrès de Marienbad en 1936, une autre future célébrité, nommée Jacques Lacan (1901 – 1981), avait connu le même sort : première communication, consacrée au stade du miroir, première ex-communion !

### *Vers une perspective phénoménologique*

Au début des années 1950, Perls arrive à New York, où il rencontre Paul Goodman (1911 – 1972), Isadore From (1919-1994) et quelques autres. Il y

rencontre aussi son épouse, Lore Posner, devenue Laura Perls (1905 – 1990). Avec Goodman et From, ce sont de nouvelles influences que rencontre Perls, en particulier l'influence de la phénoménologie. Avec Laura, son épouse, cela se renforce : elle a longtemps fréquenté à Francfort les cercles de la Gestalt-psychologie qui, elle-même, est, du moins pour une part, une héritière de la phénoménologie de Husserl. Il importe aussi de faire référence à Ralph Hefferline (1910 – 1974), le troisième cosignataire de *Gestalt-thérapie*. Son rôle essentiel, semble-t-il, a été, en tant que professeur d'Université, de proposer à ses étudiants toute une gamme d'exercices permettant de valider les hypothèses gestaltistes ; en tant qu'universitaire reconnu, il a aussi certainement facilité la parution du livre *Gestalt-therapie*.

Psychoanalyse d'un côté, phénoménologie de l'autre, ce n'est pas sans rapport avec le « jargon » évoqué ci-dessus. Prenons l'exemple du self : s'agit-il du self de Kohut, ou plutôt de celui de Winnicott ? Le self de la Gestalt-thérapie n'a rien à voir ; il ne parle pas du psychisme mais seulement de l'organisation de l'expérience en cours, expérience qui englobe toujours à la fois le sujet (l'organisme) et son environnement. Le self, c'est le contact en action, et la théorie du self n'a pas d'autre but que de décrire, dans une perspective phénoménologique, le déploiement de l'expérience. Pourtant, si l'on entre un peu plus dans le détail, on découvre que le self comporte plusieurs « fonctions », trois essentiellement : il y a la fonction ça, qui renvoie aux désirs, aux pulsions, aux situations inachevées ; il y a aussi la fonction ego (ou fonction moi) qui permet l'orientation dans l'environnement, qui choisit, qui dit oui ou non ; enfin, il y a la fonction personnalité qui, elle, comprend l'image que nous avons de nous-même mais aussi nos systèmes de valeur, etc. Comment ne pas voir que ces trois fonctions ne sont pas très loin de la deuxième topique freudienne (ça, moi, surmoi) ?

### *Deux modèles, sans doute contradictoires*

À l'évidence, Perls et Goodman sont tiraillés entre deux modèles, un modèle intrapsychique largement inspiré de la psychoanalyse d'une part ; un modèle centré sur la description de l'expérience toujours changeante, largement inspiré de la phénoménologie, d'autre part.

Or, ces deux modèles sont largement incompatibles. Le modèle intrapsychique, celui de Freud en particulier, se centre sur ce qui se passe entre les sous-systèmes psychiques que sont le conscient, le préconscient et l'inconscient. Mais l'inconscient ne s'observe pas ; seuls en sont observables les représentants lorsqu'ils arrivent à la conscience ; et encore : le plus souvent, ils n'arrivent à la conscience que sous une apparence déformée et méconnaissable. Le travail thérapeutique sera donc essentiellement une tentative pour débusquer cet inconscient.

La perspective phénoménologique, elle, essaie de s'en tenir à l'observable, autrement dit, pour elle, la question de l'inconscient ne se pose pas. Cela ne veut pas dire qu'elle affirme la non-existence de l'inconscient, mais simplement qu'elle laisse de côté la question de savoir si celui-ci existe ou non pour se centrer sur la multiplicité et la singularité des facettes de l'expérience en cours. En effet, si je laisse de côté la question de l'existence de l'inconscient, je ne peux plus non plus me référer aux « lois » supposées régir ledit « inconscient ». Autrement dit, en présence d'une « hystérique », je n'irai pas chercher nécessairement du côté d'une problématique œdipienne, mais je m'intéresserai à la manière originale et singulière dont cette personne est « hystérique » ; ou, plus précisément encore, à la manière dont elle se manifeste à moi dans ce registre-là et aussi à ma manière à moi, thérapeute, de la solliciter sans le savoir afin qu'elle se montre à moi dans ce registre-là...

## Le champ, dernier avatar de la Gestalt-thérapie ?

La perspective de champ représente l'une des plus récentes évolutions de l'approche gestaltiste.

### *Le retour du self*

Dans les années 1970 – 1980, l'essentiel de la méthodologie gestaltiste consistait à aider le patient à identifier ses besoins, à l'aider aussi, après sa prise de conscience de ses résistances et après les avoir surmontées, à trouver les moyens de satisfaire les besoins en question, qu'ils soient de nature physiologique, psychologique, affective, sociale ou culturelle. « *De quoi as-tu besoin, qui ici pourrait t'aider à combler ce besoin. Qu'est-ce qui t'empêche de le lui demander ?* » Il ne s'agit pas forcément d'une caricature ; et il n'est pas sûr non plus que ce ne soit pas encore, peu ou prou, l'orientation essentielle de certains gestaltistes.

La théorie du self, quant à elle, était présente dès 1951 dans le livre *Gestalt-therapy*. Mais elle avait été oubliée, supplantée par la « théorie » de la satisfaction des besoins. Depuis les années 1980 – 1990, cette théorie du self, sous l'impulsion entre autres d'Isadore From, mais aussi, en France, de Jean-Marie Robine, Jean-Marie Delacroix (2006), et peut-être aussi de moi-même et de bien d'autres, est revenue au premier plan. Il ne s'agit plus alors de satisfaire les besoins, mais d'être attentif au déploiement de l'expérience (du patient, bien sûr) en cours.

Le patient est-il conscient de ses besoins, de ses désirs, de ce qui l'agite (fonction ça) ? Est-il capable de poser des choix clairs, de dire un oui qui soit vraiment un oui, ou un non qui soit vraiment un non. Est-il capable d'assumer la responsabilité de ses propres décisions sans s'abriter derrière

des impossibilités, ou encore derrière des « il ne faut pas » ou des « ça ne se fait pas » (fonction ego) ? Enfin, est-il capable, ou non, d'assimiler l'expérience qu'il vient de vivre, de reconnaître cette expérience comme étant la sienne, et de reconnaître qu'au travers de cette expérience il est devenu un peu autre ; en bref, de reconnaître qu'il n'est jamais rien d'autre que la totalisation progressive, et jamais achevée, des expériences dans lesquelles il a été engagé, ou dans lesquelles il s'est engagé (fonction personnalité) ?

Le retour à la théorie du self signe donc le renoncement au modèle individualiste de la satisfaction des besoins. Pour autant, il reste encore facile de tirer cette théorie du self du côté d'un sujet qui entrerait en relation avec son environnement : la fonction ça permet à la personne d'identifier ce qui la pousse à... ; la fonction ego lui permet de faire des choix ; et la fonction personnalité lui permet de conforter ou de modifier l'image qu'elle a d'elle-même.

### *Du self au champ*

Le champ, fondamentalement, est le renoncement à une fable majeure, à une pseudo-évidence, consistant pour chacun à se faire croire qu'il existe en tant qu'entité bien définie et délimitée. Cette perspective de champ a été initiée par Lewin (1890 – 1947). Ainsi, au niveau de l'expérience, axe central d'intérêt pour la Gestalt-thérapie, je ne peux plus dire : « Je suis moi. » Pourquoi ? Ce « moi » n'est rien d'autre que ma manière présente d'être au monde à un moment donné. De plus, ce qui contribue à cette manière présente d'être au monde englobe non seulement les souvenirs que j'ai de mon enfance et mes projets d'avenir, mais encore la manière dont je suis affecté par la présence ou l'absence de tel ou tel autre, qu'il s'agisse d'une personne ou d'un autre « autre ». Il convient également de ne pas oublier les conditions météorologiques ou les conditionnements culturels, qui sont tellement présents qu'il m'est impossible d'en prendre conscience.

Le champ, ce n'est ni l'interaction ni la relation. Il s'agit d'un tout indifférencié, en changement perpétuel, et l'état dans lequel je me sens à un moment donné est une fonction, ou une résultante, de cet ensemble.

Est-ce à dire que la liberté disparaît, puisque je ne suis jamais qu'une fonction du champ ? Certainement pas, puisque le champ n'est pas une réalité physique, mais seulement une réalité psychologique ou psychosociologique. Ce qui va me permettre une forme de liberté, c'est la prise de conscience la plus grande possible de tout ce qui contribue à mon expérience du moment, c'est-à-dire de tout ce qui contribue à me faire être de telle ou telle manière, mais aussi de tout ce que je mets en place pour que mon expérience du monde, et donc de moi-même, prenne telle ou telle coloration.

Fait partie du champ tout ce qui, à un instant « T », contribue à la structuration de l'expérience en cours. Par exemple, le souvenir d'un traumatisme fera aujourd'hui partie du champ si ce souvenir modifie mon être au monde sur le plan émotionnel. Mais le même souvenir, quelques jours après, même s'il est encore conscient, ne fera plus partie du champ au sens où il n'influencera plus mon mode de présence.

La théorie du champ comprend aussi le renoncement aux explications causalistes. Le champ désigne un ensemble tellement complexe d'éléments en perpétuelle interaction et en perpétuel changement que je ne peux plus savoir quelle est la cause et quel est l'effet.

### *Une illustration : trois possibilités*

Faisons un petit détour par la clinique : imaginons qu'au cours d'une séance de thérapie une patiente me dise : « *J'ai du désir pour vous* ».

Une première manière de travailler, selon le modèle de la satisfaction des besoins, serait de l'inviter à trouver par quels moyens cette patiente pourrait arriver à satisfaire ce désir.

Une deuxième manière de travailler, plus en lien avec la théorie du self, serait de l'aider à mettre en tension sa fonction ça (désirs, besoins, pulsions, etc.) et sa fonction personnalité (l'image qu'elle a d'elle, ses systèmes de valeur et ses loyautés) pour que, au terme de ce conflit, émerge une figure claire, à savoir une décision (fonction ego) : soit tout faire pour satisfaire son désir, soit tout faire pour y renoncer. Même si ces deux perspectives sont irréductibles l'une à l'autre, elles n'en ont pas moins un point commun : le thérapeute est dans une certaine extériorité par rapport à la situation.

La troisième possibilité renvoie à la perspective de champ. Cette fois, lorsque cette personne me parle de son attachement pour moi, je ne sais encore rien, je suis dans de l'indifférencié. Peut-être est-elle réellement amoureuse de moi, peut-être ne s'agit-il que d'une « névrose de transfert ». « Que d'une névrose de transfert » : comme si le « que » avait comme fonction de dédramatiser la situation et de me la rendre plus vivable... Le « que », ici, vient signer, chez le thérapeute, une nécessité urgente de mettre du sens là où, pour l'instant, il n'y en a pas, et, par là même, de se protéger.

Au-delà, ou en deçà, de tout cela, se pose une foule d'autres questions : qui est amoureux de qui ? De quoi se charge cette patiente en me parlant ainsi ? Est-elle, par exemple en train de m'éviter de lui parler de mes sentiments pour elle, ou, au contraire, de m'y inviter ? Bien plus : à quoi cela nous sert-il, à chacun de nous, patiente et thérapeute, que la question soit posée en de tels termes ? Et encore : comment l'expérience thérapeutique a-t-elle pu donner naissance à tout cela ? Enfin, parce que, pour l'instant, toutes ces questions que je soulève font référence à un sens possiblement

déjà là, comment cette déclaration de la patiente m'affecte-t-elle, comment l'affecte-t-elle elle-même, et comment ces deux existences affectées vont-elles pouvoir construire quelque chose de nouveau ?

Ce qui, ici, est à regarder comme phénomène de champ, ce n'est pas le fait que la patiente soit amoureuse de son thérapeute ; ce qui fait phénomène de champ, c'est qu'elle le lui dise, ou du moins qu'elle le lui laisse entendre (toutes les déclarations n'étant pas toujours nécessairement aussi directes !). Un tel phénomène sera à travailler. Pour l'instant, qu'est-ce qui vient d'elle, de sa vie actuelle ou de son passé, mais aussi qu'est-ce qui vient de moi, de ma vie actuelle ou de mon passé ? Par quelle étrange alchimie cela a-t-il bien pu se construire ? Qui sait si cela ne s'est pas joué aussi autour d'un silence, d'une lumière, voire d'un bruit extérieur, ou encore d'un grondement d'orage ? Mystère... Ce mystère sera peut-être un jour élucidé, mais peut-être aussi ne le sera-t-il jamais, et, dans ce dernier cas, nous aurons alors, patiente et thérapeute, à cheminer avec cet inconnu, avec ce mystère non élucidé.

En exagérant un peu, et sans dire que l'important est de ne rien comprendre, je pourrais donc dire que l'un des intérêts de la perspective de champ est de réhabiliter la dimension du mystère, du non-complètement élucidable, du non-complètement assignable. Elle revient aussi à sortir de l'illusion selon laquelle ne seraient vivables et supportables que l'élucidable et l'assignable.

La satisfaction des besoins, puis le self, enfin le champ... Enfin ? J'espère en tout cas que ce ne sera pas une fin, que d'autres théorisations viendront, qui rendront peut-être à leur tour la théorie du champ obsolète, et que d'autres avatars émergeront et contribueront à nous construire autrement.

Le « champ » – et je retrouve ici la perspective phénoménologique –, pas plus que le « self », pas plus non plus que l'« inconscient » ne sont observables. Ce sont seulement, mais c'est déjà beaucoup, des grilles de lecture, des théories, c'est-à-dire, pour reprendre une formule que j'aime, des tentatives pour s'orienter dans quelque chose à quoi l'on ne comprend rien. Le piège – et il est facile d'y tomber – est d'en faire des réalités.

## La question de la clinique

La question de la clinique est incontournable, certes ; mais l'absence de réponse à cette question souvent contourne sinon la théorie, du moins l'épistémologie. Comment comprendre autrement les glissements incessants entre une clinique psychanalytique et une théorie phénoménologique, par exemple chez Binswanger (1957), ou chez nombre de Gestalt-thérapeutes ?

Une clinique gestaltiste qui serait ancrée dans une perspective phénoménologique, et qui s'appuierait sur la théorie du champ, considérée non pas comme une vérité mais simplement comme une béquille provisoire, devrait

s'interdire de parler d'un « cas » ou d'un « patient ». Comment, alors, parler de clinique ?

C'est à la fois très compliqué et très simple. Dans la perspective phénoménologique, en effet, la seule chose dont je puisse parler est l'expérience que je suis en train de vivre. Cela signifie que, alors même que je crois parler de mon patient, ou de ma patiente, et de la pathologie qui les caractérise, je ne parle jamais, en fait, que de la manière dont leur être au monde m'affecte. Cette affectation, qui englobe aussi le besoin que je ressens (pour me protéger ? pour rester dans du déjà connu ?) de trouver des repères psychopathologiques classiques, si je la regarde de plus près, par exemple comme un phénomène de champ, ne parle plus ni du patient ou de la patiente pris(e) isolément, ni du thérapeute bloqué dans un quelconque contre-transfert ; c'est bien plus complexe.

Le renversement concernant la clinique est ici radical. Toute la tradition médicale, psychiatrique, voire psychanalytique, nous invite à parler de l'autre, de ses symptômes, de ses souffrances, ou encore de ses mécanismes de défense. À l'opposé, la perspective gestaltiste, inspirée à la fois de la phénoménologie et de la perspective de champ, nous oblige (mais est-ce une obligation ou, au contraire, une autorisation ?) à nous centrer non pas sur un patient qui serait affecté de tel ou tel trouble, mais sur l'expérience singulière que nous sommes en train de vivre en sa présence. En tant que thérapeute, se centrer sur ce que je suis en train de vivre, c'est aussi prendre conscience de la puissance du « diagnostic » traditionnel, de la façon dont ce diagnostic me permet de rester à distance du patient : « *Ah, bon, c'est un paranoïaque... Donc je "sais" comment me positionner.* » Cependant, dans cet exemple, que vient dire le terme de paranoïaque ? Tout, si l'on considère qu'il qualifie le patient ; mais rien si, à l'opposé, il qualifie simplement la manière dont je vois, et dont j'ai besoin de voir cette personne.

Dans la Gestalt-thérapie, la clinique cesse d'être seulement un regard sur l'autre pour devenir aussi un regard sur soi ; elle ne concerne plus uniquement le patient en tant que tel, mais également le thérapeute dans sa manière de voir le patient, de vivre le contact avec lui, et d'en être affecté. Bien entendu, cela ne veut pas dire que le patient ne serait pour rien là-dedans : il s'agit bien d'une construction à deux ; mais il n'y a plus une histoire avec d'un côté un patient et de l'autre un thérapeute, une histoire dans laquelle chacun des deux serait bien défini et circonscrit a priori. Ici, il s'agit de passer à une autre histoire, à une histoire dans laquelle chacun des deux se laisse, bon gré mal gré, définir par la situation.

## Exemple non exemplaire

Il y a quelques jours, un patient, ou plutôt un homme (car, enfin, pourquoi vouloir le réduire à une « patientalité », terme qui n'existe pas mais qui s'impose

à moi ?), qui a commencé une thérapie avec moi depuis quelques années, me dit, en fin de séance : « *Ça a été une drôle de séance, aujourd'hui.* » Je lui ai répondu : « *Oui, cela arrive de temps en temps.* » Avec cette réponse, je banalise l'étrangeté de cette séance, on pourrait dire que je « résiste », alors que, moi aussi, j'ai bien ressenti cette étrangeté.

Ma réponse banalisante, finalement, n'est rien d'autre qu'un évitement de ce qu'il me dit de son expérience. Suis-je menacé ? Je ne sais pas. Mais toujours est-il que ma première réaction, non dite, a été double : d'une part, je me suis dit qu'il « résistait », d'autre part je me suis dit que je n'avais pas été très bon...

Au cours de cette séance, il avait été beaucoup question de sa sœur, régulièrement hospitalisée en psychiatrie. Les éléments qu'il me donnait de l'histoire de cette sœur m'amenaient à poser une forme de diagnostic : elle aurait subi soit un inceste, soit une autre forme d'agression sexuelle. Ce diagnostic n'est pas forcément faux, mais ce qui me questionne dans l'après-coup c'est ceci : qu'est-ce qui m'a amené à faire ce diagnostic, moi qui suis plutôt réticent sur ce sujet ? C'est aussi, et peut-être surtout : qu'est-ce qui m'a amené à lui en faire part ?

Ici, plusieurs lectures possibles se présentent. Tout d'abord je peux penser que ce patient m'a manipulé en m'entraînant sur le problème de sa sœur, ce qui lui permettait d'éviter de s'engager personnellement : « Tant qu'il s'agit d'elle il ne s'agit pas de moi, je suis tranquille et à l'abri. » Nous sommes dans la logique de la satisfaction des besoins : le besoin du patient est un besoin de sécurité, et donc il se protège en ne parlant pas de lui mais de quelqu'un d'autre, en l'occurrence de sa sœur. Mon travail de thérapeute serait alors de mettre cela, c'est-à-dire cette stratégie d'évitement et de résistance, au jour. Mais je peux aussi imaginer que, si la problématique de la sœur est venue au premier plan, c'est que cela m'arrangeait bien. Il y avait là un os à ronger, et ronger un os me permettait de ne pas m'endormir, hypothèse d'autant plus plausible qu'il s'agissait de mon dernier rendez-vous au terme d'une journée particulièrement bien chargée.

Donc, pour l'instant, soit c'est le patient qui résiste, soit c'est le thérapeute. Et si, troisième possibilité, tout cela n'avait guère de sens ? Ou plutôt, si ces deux hypothèses n'étaient, au bout du compte, que deux manières différentes d'aboutir à la même chose ? D'aboutir simplement au fait qu'il y a une explication à la situation, cette situation pouvant être référée à un sens bien défini, quasi objectif, et ayant valeur de vérité.

Cette troisième possibilité ou lecture possible, celle selon laquelle tout cela n'aurait guère de sens, serait la lecture issue de la perspective de champ et de la posture phénoménologique. Dans cette perspective, une seule chose est sûre, c'est le sentiment d'étrangeté que ressent ce patient (non, cet homme !) en fin de séance, sentiment que je partage également. La seule chose observable est un sentiment partagé d'étrangeté.

Qu'en faire ? Sans doute pas grand-chose, mais ce « pas grand-chose » peut être essentiel. Si ce sentiment d'étrangeté ne peut plus être attribué à l'autre ni à moi, que reste-t-il ? Seulement une forme d'incertitude (voir Staemmler, 2003), avec pour corollaire la nécessité de prendre du temps pour y revenir, pour regarder cet événement comme nouveauté, sans chercher à l'expliquer en en attribuant prématurément la responsabilité à l'un ou à l'autre, en le regardant simplement comme un phénomène de champ. Parler de « phénomène de champ » revient simplement à accepter le fait que la réalité psychologique est bien trop complexe

pour qu'on puisse l'expliquer vraiment. Mais si l'on ne peut plus expliquer, que faire ? Rien, ou plutôt accepter de regarder les différents possibles, sans chercher à attribuer à l'un ou à l'autre d'entre eux le statut de cause ultime.

Je crois – mais, bien entendu, je n'en suis pas certain – que, lors de notre prochaine séance, j'essaierai simplement de dire : « À la fin de notre dernière séance, vous m'avez parlé de votre sentiment d'étrangeté. J'avais le même sentiment, mais je ne vous en ai rien dit. Serait-il possible que nous regardions un peu ce qui s'est passé et surtout ce que cela nous amène à être aujourd'hui ? »

J'ai intitulé ce paragraphe « Exemple non exemplaire ». En effet, la possibilité que j'évoque pour la séance suivante à cet homme n'est qu'une possibilité parmi d'autres. De plus, si la « même chose » se reproduisait avec quelqu'un d'autre, précisément, ce ne serait pas la « même chose », et il y aurait alors quelque chose d'autre à inventer, quelque chose qui tiendrait compte de ce nouveau champ. Non, tous les champs ne se ressemblent pas !

## Épilogue – Pour finir par le commencement : les fondateurs

Heureusement, la Gestalt-thérapie n'est pas une Gestalt fixée. Dès le départ, elle a été traversée par différents courants. On peut dire que ses principaux initiateurs ont été, nous l'avons vu, Friedrich Perls (médecin et psychanalyste allemand, devenu « Fritz » lors de son émigration aux États-Unis pour fuir le nazisme) ; sa femme, Lore Posner, devenue Laura Perls, elle qui était passionnée de danse, et avait beaucoup travaillé avec l'école de la Gestalt-psychologie à Francfort ; et aussi, bien entendu, Paul Goodman, ce chanteur américain de la contre-culture, féru en particulier de poésie et de philosophie ; sans oublier Isadore From, féru, lui, de phénoménologie.

C'est cette diversité qui a conduit à la publication de *Gestalt-therapy* en 1951. C'est encore elle qui permet que, au-delà des divergences théoriques et méthodologiques, une véritable communauté gestaltiste puisse aujourd'hui exister et continuer à se développer.

## Bibliographie

- 
- BINSWANGER L. (1957). — *Le Cas Suzanne Urban*, Brionne, Gérard Monfort, 1988.
- DELACROIX J.-M. (2006). — *La Troisième histoire*, Saint-Jean de Braye, Éditions Au Monde.
- FROM I., MILLER M.V. (1994). — « Introduction à une nouvelle édition de Perls, Hefferline et Goodman », *Gestalt-Therapy*, p. XXI ; trad. fr. : *Gestalt-thérapie*, L'Expressimie, Bordeaux, 2001.

- HEIDEGGER M. (1927). — *Sein und zeit*; trad. fr. : *L'Être et le temps* (1938), puis *Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986.
- PARLETT M. (1999). — « Réflexions sur la théorie du champ », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 5, p. 9-42.
- PERLS F.S. (1947). — *Ego, hunger and aggression*; trad. fr. : *Le moi, la faim et l'agressivité*, Paris, Tchou, 1978.
- PERLS F.S. (1969). — *In and out the garbage pail*, Real People Press; trad. fr. : *Ma Gestalt-thérapie, une poubelle vue du dedans et du dehors*, Paris, Tchou, 1976.
- PERLS F.S., HEFFERLINE R., GOODMAN P. (1951). — *Gestalt-therapy. Excitement and growth in the human personality*, New York, Julian Press; trad. fr. : *Gestalt-thérapie*, Bordeaux, L'Exprimerie, 2001.
- ROBINE J.-M. (2004). — *S'apparaître à l'occasion d'un autre*, Bordeaux, L'Exprimerie.
- STAEMLER F. (2003). — *Cultiver l'incertitude*, Bordeaux, L'Exprimerie.
- STERN D. (2003). — *Le Moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

## Pour en savoir plus

---

- BLAIZE J. (2001). — *Ne plus savoir*, Bordeaux, L'Exprimerie.
- BLAIZE J. (2008). — « De l'évidence de la vérité à l'évidence de l'évidence », *Gestalt*, n° 34, juin, p. 65-95.
- HUSSERL E. (1929). — *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 1953.
- PERLS L. (1982). — « Living at the boundary », *Gestalt Journal*; trad. fr. : Ottawa, Éditions du Reffet, 1993, puis Bordeaux, L'Exprimerie, 2001.
- PETIT M. (1980) — *La Gestalt, thérapie de l'ici et maintenant*, Paris, Retz; rééd. Paris, ESF, 1984.

# 36

## Le courant intégratif et éclectique

M. Marie-Cardine



La psychothérapie est devenue une question d'actualité. Elle fait régulièrement l'objet d'un débat public. Notamment, la promulgation de la loi établissant une profession de psychothérapeute a suscité une violente polémique qui n'est pas encore éteinte et qui se réactive chaque fois qu'un projet de publication de décret est annoncé.

Pour voir plus clair dans ce débat, il est nécessaire de mieux cerner ce qu'est cette pratique à la lumière de nouvelles données, qui nous viennent comme très souvent des pays d'Amérique du Nord ou de culture anglo-saxonne. Nous allons donc réexaminer dans un premier temps le contenu de la notion de psychothérapie, puis la classification originale que nous avons proposée dans ce domaine, et enfin les nouvelles approches qui ont été élaborées dans les pays anglo-saxons depuis environ une trentaine d'années.

### Définition

#### *Une définition par les moyens*

Il existe de nombreuses définitions de cette pratique de soins qu'est la psychothérapie. La plus simple et la plus complète nous paraît être celle que donnait J. Guyotat (1978) : c'est l'ensemble des traitements des maladies mentales et de la souffrance psychique par des moyens psychologiques. Il en existe de plus complexes, mais toutes mettent l'accent sur les moyens, ces différents troubles pouvant par ailleurs être traités par des médicaments – moyens chimiothérapeutiques.

#### *Un ensemble de techniques thérapeutiques mises en œuvre dans le champ médical*

Nous insistons – avec la commission spéciale du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP), qui avait été créée au sein de la Fédération

française de psychiatrie (FFP) pour préparer un rapport qui fut ensuite publié dans le nouveau Livre Blanc de cette spécialité (2003) – sur le fait qu’il s’agit bien d’un ensemble de moyens thérapeutiques, qui entrent en jeu dans le traitement médical de maladies répertoriées par la médecine, comme le souligne aussi le rapport publié sur ce sujet par les experts de l’Inserm à la demande du ministre de la Santé en 2004. La psychothérapie, terme générique qui englobe, en fait, de nombreuses techniques et théories, doit rester dans le champ médical, contrairement à l’avis de nombreux praticiens qui lui sont étrangers et qui voudraient en faire un ensemble de procédés de développement personnel qui lui échapperaient ainsi et se pratiqueraient d’une manière tout à fait indépendante. Nous reviendrons plus loin sur cette importante question.

### *Un ensemble de techniques centrées sur le travail relationnel*

Toutes les définitions, pour variées qu’elles soient, convergent sur ce point capital : le matériau que travaillent les différentes techniques et que décrivent les différentes théories de la psychothérapie est la relation qui s’établit entre le psychothérapeute et son patient. Cette relation thérapeutique est appelée *processus relationnel* (Chambon et Marie-Cardine, 2003), le terme de processus désignant une action ou un phénomène qui avance (du verbe latin *procedere*, avancer) et qui, par conséquent, évolue ou du moins est en mouvement. Il s’agit d’une interaction qui se développe entre les deux protagonistes. Les relations interhumaines sont indispensables à la vie psychique de l’être humain. Il est évident qu’elles peuvent être positives, bénéfiques ou, au contraire, destructrices, comme en témoignent les nombreuses guerres qui déciment encore malheureusement l’humanité aujourd’hui ; la psychothérapie vise à rendre ces relations bienfaitantes et, donc, thérapeutiques.

Ce processus relationnel met en interaction typiquement deux protagonistes qui sont dans une situation *asymétrique* indispensable à son déroulement : le patient, porteur d’une souffrance, d’une demande d’aide, et le psychothérapeute qui propose cette aide en vertu d’une compétence spéciale qu’il doit avoir acquise et qu’il doit entretenir par sa formation. Cette asymétrie de la relation est absolument indispensable à la dynamique de son fonctionnement. Dans certains cas, le nombre d’individus concernés peut être plus important, comme c’est le cas dans les psychothérapies de groupe, mais le processus, plus complexe, répond toujours au même dispositif mettant en jeu le psychothérapeute (ou un couple ou un groupe de psychothérapeutes) et le patient (ou le groupe des patients).

### *Un processus relationnel inscrit dans un cadre*

Le processus relationnel doit s’inscrire dans un cadre qui va lui donner sa puissance, sa concentration, son orientation thérapeutique, sa spécificité,

et va le différencier des multiples modalités qui s'intriquent dans le milieu de vie habituel, tant du médecin que du patient. Ce cadre définit un champ particulier, un espace et un temps à part, un contenant où la vie psychique du patient va pouvoir se dérouler sur un mode à la fois symbolique, expérimental et réel. Le patient va revivre son existence actuelle et passée, sur un mode symbolique, c'est-à-dire en utilisant les représentations véhiculées par le langage ou par d'autres moyens d'expression, comme c'est le cas dans les psychothérapies médiatisées par le jeu de rôle, le psychodrame, l'art-thérapie, l'ergothérapie, la mise en œuvre du corps dans la relaxation, les thérapies à médiation corporelle, etc., parmi lesquels le langage a toujours une place prépondérante, car il est le support et le vecteur privilégié de la pensée et donc du fonctionnement psychique.

Dans ce cadre, le patient va faire une expérience originale, devenant à la fois l'observateur et l'acteur de sa vie psychique avec l'aide de son psychothérapeute, ce qu'il n'est pas possible de faire dans la vie courante si on ne l'a pas appris dans une situation de ce genre. Le psychothérapeute va aider le patient à faire cette expérience originale, grâce encore une fois à la compétence dont il dispose et qui met en œuvre une (ou plusieurs) théorie et une technique.

La théorie est faite des représentations que l'on se donne de l'appareil psychique et des moyens techniques à utiliser pour agir sur lui et pour remédier à ses dysfonctionnements. Elle est donc un des éléments essentiels de la psychothérapie. Les différentes et nombreuses écoles sont sur ce point très inégales. Dans certains cas, la théorie est très pauvre, voire indigente, ou en tout cas, non fondée scientifiquement.

La théorie la plus complète dont nous disposons encore actuellement, malgré les critiques dont elle fait l'objet, est la théorie psychanalytique qu'on appelle encore métapsychologie (parce qu'elle va au-delà des concepts de la psychologie classique telle qu'elle existait du temps de son créateur, S. Freud), psychopathologie (l'analogue, pour la médecine mentale, de ce qu'on appelle la physiopathologie en médecine organique), ou psychodynamique (parce qu'elle met en évidence l'action de forces inconscientes qui animent le fonctionnement psychique). Elle est fondée sur l'interprétation des données de l'observation clinique. Elle est pour une part largement spéculative et fait beaucoup appel à l'expérience subjective, d'où la nécessité, pour le futur psychanalyste, de faire sur lui-même l'expérience de l'application de cette théorie et de la technique qui en découle ; d'où également la grande diversité des variations de ce corpus théorique et technique.

La théorie qui est la plus scientifiquement fondée est celle des thérapies comportementales et cognitives qui s'inspirent des données de la psychologie expérimentale ; mais elle est beaucoup moins complète que la théorie psychanalytique.

Le cadre est également porteur des éléments pratiques nécessaires à la mise en œuvre de l'expérience psychothérapique (lieu, horaire des rendez-vous, paiement ou gratuité, etc.). Il en est donc le véritable socle et le contenant.

### *Approches psychothérapeutiques hors cadre*

Il existe, à titre exceptionnel, des approches psychothérapeutiques hors cadre. Celles-ci ne prennent leur sens que par rapport aux différents cadres qui régissent habituellement le fonctionnement des psychothérapies et vers la réintégration desquels elles tendent. Ce travail hors cadre est rendu nécessaire par l'abord de patients particulièrement graves et déstructurés. Leur état les exclut complètement de la vie sociale et de la fréquentation des lieux de soins habituels. Des équipes vont à leur rencontre pour tenter de renouer contact avec eux et les aider à réintégrer des modalités de traitements plus classiques. Le maniement du cadre revêt alors un certain nombre de particularités et prend une place plus importante, comme l'a montré dans ses travaux le psychanalyste argentin J. Bleger à propos des malades psychotiques.

### *Contrat et période de préparation*

Le cadre et le processus sont liés par le *contrat* qui est la plupart du temps verbal et informel. Mais il est indispensable que l'accord du patient soit obtenu pour que se crée la relation et l'alliance thérapeutique. Cependant, un authentique travail psychothérapique se réalise dans les *périodes de préparation* à la psychothérapie. Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur l'importance de cette première phase de préparation qui, trop souvent, n'est pas réalisée. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles la prise en charge psychothérapique échoue. On n'envoie pas, l'indication posée, un patient en psychothérapie sans avoir réalisé avec lui un travail d'explication, de motivation, de réflexion qui fait déjà partie de la psychothérapie. Selon E. Gilliéron, dans la plupart des cas, le traitement ne va pas au-delà de la sixième ou septième séance. Cette constatation est, pour lui, l'un des motifs de la création des techniques de psychothérapie brève.

Cette phase de préparation a parfois été désignée par le terme anglais, mal traduit, de « contemplation » parce que, dans cette langue, il veut dire « réflexion », alors qu'en français il relève du vocabulaire esthétique, philosophique ou religieux.

Cette phase de préparation prend une importance particulière dans le cas des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement, sous le régime de la loi du 27 juin 1990. Il s'agit dans ces cas pour le psychiatre, s'il accorde quelque valeur à la psychothérapie, de créer, malgré cette situation difficile, une alliance thérapeutique, de transformer une hospitalisation sans consentement en hospitalisation consentie et, au moins, d'engager le

patient dans un processus thérapeutique. Cela n'est pas encore véritablement une forme réglée de psychothérapie mais implique déjà la mise en œuvre de mécanismes psychologiques qui y tendent et qui s'inscrivent dans le cadre des psychothérapies de type II dont nous allons parler plus loin.

## Une nouvelle classification des psychothérapies

De la manière dont s'établissent les rapports du processus, du cadre et du contrat, peut être déduite une classification des psychothérapies. En effet, la plus grande confusion règne dans ce domaine et, souvent, on parle de psychothérapie sans savoir exactement de quoi il s'agit. À notre avis, et selon celui de nombreux auteurs, sans que ce soit toujours dit explicitement, il existe différents niveaux ou différents degrés de psychothérapie. Nous proposons de les envisager de la manière suivante.

### *Psychothérapies de niveau ou de type I*

À ce niveau, rien n'est vraiment défini ; les cadres et les processus sont multiples et s'enchevêtrent. Il s'agit, en fait, de l'aide psychologique spontanée de la vie courante. Chacun sait les bénéfices que l'on peut tirer des confidences faites à un ami. Les décompensations des maladies mentales sont, elles, souvent l'effet de facteurs dits de stress ou de facteurs précipitants qui résultent de difficultés de la vie relationnelle : deuils, pertes, séparations, conflits de tous ordres, frustrations, etc., générateurs de traumatismes psychiques pathogènes. Les relations humaines, d'une manière générale, peuvent être plus ou moins bénéfiques ou maléfiques selon les cas, et la psychothérapie consiste à étudier et à utiliser ces relations dans le sens où elles peuvent être le plus possible profitables et susceptibles d'apaiser ou de guérir la souffrance psychique, voire également somatique.

Dans cette étude et cette sélection des attitudes les plus bénéfiques, il existe un certain nombre de degrés ou de niveaux. À ce niveau I, les attitudes peuvent être soit complètement spontanées et laissées un peu au hasard des circonstances, soit déjà un peu formalisées et utilisées dans le cadre de ce que l'on appelle le travail des paraprofessionnels ; ceux-ci reçoivent une formation de base, en général très élémentaire, qui utilise et accentue déjà des aptitudes spontanées et une certaine générosité qui les poussent à aider les autres. Ainsi en est-il d'activités, en général bénévoles, comme celles de l'écoute des suicidants, l'animation de groupes d'entraide de malades, etc. Ces activités tendent, fort heureusement, à se développer chez nous sur le modèle des pays anglo-saxons, où elles ont beaucoup plus d'importance et jouent un rôle non négligeable dans la prise en charge de la santé mentale des populations.

Ces aptitudes spontanées à aider les autres sur le plan psychique représentent également le terrain où vont germer les orientations vers les psychothérapies plus spécifiques.

Cette aide psychologique de niveau I n'est pas encore très différenciée, mais elle ne peut pas être négligée et doit être distinguée pour être prise en compte et étudiée de façon à améliorer la solidarité ainsi que le climat social dans une société en crise.

### *Psychothérapies de niveau ou de type II*

Ces psychothérapies s'inscrivent dans un cadre hétérogène auquel elles sont reliées par un contrat implicite. S'il y existe bien un processus relationnel (la relation entre le médecin et le malade), le cadre et le contrat portent explicitement sur l'abord du corps dans sa conception biologique ; il n'est pas fait référence explicitement à quoi que ce soit de psychologique.

Pourtant, on sait que toute activité médicale est très fortement porteuse d'effets psychologiques implicites probablement très complexes et puissants. Ils peuvent être, là aussi, bénéfiques ou maléfiques, et leur étude fait l'objet de la psychologie médicale. M. Balint, par exemple, dans un langage imagé, parlait de l'effet du « médecin-médicament ».

Ces effets sont produits par les attitudes psychologiques des médecins et du personnel soignant, en interaction avec le malade. Ces attitudes implicites sont masquées par les actes techniques qui en sont le support et dont elles apparaissent un peu comme les ombres portées indissolublement liées à l'objet qui les produit. Elles sont très diverses et ne peuvent pas être facilement systématisées, mais il est très important que le personnel médical s'y forme. De nombreux travaux ont montré qu'en dépend une bonne part du succès ou de l'échec des thérapeutiques, même et surtout dans le domaine de la haute technicité moderne, notamment celui des greffes d'organes.

Par ailleurs, 50 à 60 % des malades expriment à travers des plaintes rapportées à leur corps des troubles psychologiques et parfois des maladies mentales caractérisées. Ces effets impliquent les attitudes psychologiques des praticiens et leur interaction avec le patient. Paradoxalement, celles-ci devraient requérir une connaissance et une pratique approfondies de différentes techniques dans une sorte d'éclectisme personnel, alors que la majeure partie des praticiens demeurent sans formation ; ils mettent en œuvre leurs aptitudes psychothérapeutiques naturelles et les attitudes spontanées qui en découlent, parfois remarquables, souvent déficientes, ou laissées en friche, telles que définies au niveau I<sup>1</sup>.

---

1. C'est ce niveau, qui représente les attitudes psychothérapeutiques de base, que nous visons à faire acquérir dans notre diplôme universitaire (DU) de psychologie médicale, à l'Université Claude-Bernard – Lyon-I.

Ces psychothérapies de type II regroupent, de façon hétérogène, plusieurs courants.

#### LA PSYCHOTHÉRAPIE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE PAR LA MÉTHODE BALINT

Ce niveau des psychothérapies de type II est par excellence celui qui est développé par ce que l'on appelle la pratique Balint, du nom de son inventeur, M. Balint, fils d'un médecin généraliste hongrois, très imprégné de culture médicale, qui est devenu psychanalyste et a, par la suite, exercé à Londres. Il s'était rendu compte de l'importance de la souffrance psychologique qui s'exprimait auprès des médecins généralistes ou dans les hôpitaux généraux, à travers les plaintes corporelles. Cette intuition a, par la suite, été largement confirmée par de nombreuses études. Beaucoup de ces malades ne peuvent pas être directement adressés à un psychiatre ou à un psychothérapeute (sans faire d'assimilation hâtive entre les deux, bien que la plupart des psychiatres soient aussi psychothérapeutes). Balint a donc eu l'idée de former des médecins généralistes, qui acceptaient de travailler avec lui, à un mode spécifique d'abord et de traitement de ces malades par une méthode très pratique, inspirée de la psychanalyse, mais qui en est bien différente. Il ne s'agissait pas de faire, comme on l'a trop souvent dit, une psychanalyse au rabais, mais d'en tirer une application adaptée à la pratique médicale, ainsi conçue comme une pratique globale incluant les problématiques intriquées du corps et de l'esprit. On a parlé de médecine bio-psycho-sociale. On en parle malheureusement beaucoup plus qu'on n'en fait l'application, notamment au cours de la formation des futurs médecins généralistes ou spécialistes, psychiatres en formation exceptés.

C'est de cette pratique que M. Balint a tiré son ouvrage le plus connu, *Le Médecin, son malade et la maladie* (1957). Cette nouvelle théorie de la pratique du médecin généraliste où les plaintes corporelles sont mises en avant est vue sous un angle psychologique inspiré de la psychanalyse. La pratique de ces groupes porte le nom de leur fondateur. Ce sont les « groupes Balint ».

Les *groupes Balint* sont constitués d'une dizaine de médecins réunis autour d'un ou de deux psychanalystes. L'un des médecins présente d'une manière associative ou spontanée, sans notes, le cas anonyme d'un malade qui lui pose problème dans sa pratique. Le groupe le discute avec l'aide de l'animateur psychanalyste qui apporte à sa compréhension l'éclairage tiré de la théorie et de la pratique psychanalytique.

Mais pour des raisons complexes, dues notamment aux modifications récentes de l'exercice de la médecine qui ne laissent malheureusement plus beaucoup de temps aux praticiens, la pratique de ces groupes s'est beaucoup moins répandue que n'ont été diffusés les ouvrages. Il existe cependant dans la plupart des pays occidentaux une Société médicale Balint qui regroupe tous les animateurs et les médecins qui pratiquent la méthode,

cherchent à s'y former, à entretenir ou développer leurs acquis, continuent d'approfondir leur pratique et leur théorie au cours de débats, de rencontres, de congrès.

#### DES ÉLÉMENTS TIRÉS DU COURANT DES FACTEURS COMMUNS

Beaucoup des instruments conceptuels issus de la psychanalyse forment les instruments de nombreuses autres techniques psychothérapeutiques. Ils font partie de ce que l'on appelle maintenant leurs facteurs communs, dans l'une des conceptions du mouvement de psychothérapie intégrative et éclectique dont il sera question plus loin. Les instruments ou outils conceptuels sont des idées, des manières de penser ou de concevoir la pratique, qui guident l'attitude du psychothérapeute et ses interventions techniques. Ils font partie en général du corpus théorique de ces psychothérapies, mais peuvent en être extraits et appliqués dans d'autres contextes, sous réserve de respecter certaines conditions qui ne les dénaturent pas. Ainsi, en est-il par exemple de la neutralité bienveillante, de l'écoute compréhensive, de la catharsis, du rôle de l'expression verbale (ou verbalisation, dérivée de la notion de cure par la parole, l'une des premières étapes du développement de la psychanalyse par Freud), de la notion si importante d'expérience émotionnelle correctrice, des notions d'attitudes transférentielles et contre-transférentielles (les termes de transfert et de contre-transfert sont réservés, en toute rigueur, à la psychanalyse), des notions d'identification, de mécanismes de défense, de résistance, de répétition, etc.

#### MÉDECINE COMPORTEMENTALE

La médecine comportementale s'inspire des thérapies comportementales ou psychoéducatives et vise à mettre à la portée des médecins généralistes des outils techniques qui en sont également, de la même manière, extraits. Après de longues années de résistance, cette médecine comportementale tend à se développer davantage actuellement parce qu'elle est plus proche de la mentalité et des modalités d'exercice des médecins praticiens ; mais elle rencontre des difficultés d'application du fait du manque de temps et de disponibilité de ces derniers. De plus, le conseil de l'Ordre des médecins interdit la mention sur les plaques et le papier à en-tête des médecins des titres ou des diplômes de formation qu'ils ont acquis dans ce domaine, attitude tout à fait paradoxale, puisqu'il s'agirait d'informer les malades des compétences acquises et aussi d'encourager les médecins à se former dans ce sens, très déficient dans leur cursus universitaire.

#### LA PSYCHOTHÉRAPIE DU PSYCHIATRE

Les psychiatres, dans leur ensemble, estiment que l'exercice de la psychiatrie implique plusieurs dimensions, en référence à la conception dite « bio-psycho-sociale » déjà évoquée, où la dimension psychologique est, on le conçoit, particulièrement importante. Il s'agit donc d'une pratique

psychothérapique, la plupart du temps implicite, mais qui joue un rôle important dans la consultation ou l'intervention du psychiatre. Ce rôle est notamment souligné quand il s'agit d'aider un malade à accepter de se faire soigner, à prendre son traitement, à renoncer à la consommation de toxiques qui aggravent et entretiennent, voire déclenchent sa maladie, comme c'est le cas en ce qui concerne la consommation de cannabis chez les jeunes schizophrènes. Cet aspect de la pratique psychiatrique est particulièrement affirmé dans le dernier Livre blanc de la psychiatrie qui a été publié récemment par la Fédération française de psychiatrie (Collectif, 2003). Cette « psychothérapie du psychiatre », donc également de niveau II, doit être bien différenciée de l'exercice par ce dernier des différentes techniques psychothérapiques du niveau III dont il va être question ci-après.

### *Psychothérapies spécifiques de niveau ou de type III*

Ces psychothérapies regroupent ce que l'on désigne comme psychothérapies spécifiques, systématisées ou réglées. Ici, le processus, le cadre et le contrat sont homogènes. Il s'agit bien de traiter un trouble psychique, une difficulté psychologique ou une maladie mentale avérée. La demande est explicite. Le cadre est lui aussi spécialement conçu pour permettre ce genre de pratique visé par le contrat d'une manière formelle.

#### CLASSIFICATION HABITUELLE

Cet ensemble de techniques fait lui-même l'objet de classifications courantes selon différents critères connus :

- le mode de communication ou de médiatisation – psychothérapies verbales ou non verbales ;
- selon la théorie de référence : psychanalytique, systémique, gestaltiste, analyse transactionnelle, comportementale, cognitive, etc. ;
- l'auteur de référence : Freud, Lacan, Rogers, etc. ;
- la durée, prolongée ou brève ;
- le nombre de patients, individuelle ou de groupe, etc.

Ces techniques posent cependant le problème important déjà évoqué de leur prolifération, de leur hétérogénéité (des plus scientifiques aux plus insolites), de leur choix, de leurs indications ainsi que celui de la formation qu'elles requièrent.

#### DU CONSEIL À LA PSYCHOTHÉRAPIE, UNE DISTINCTION D'APPARITION RÉCENTE

De ces psychothérapies de niveau III, nous proposons une subdivision dérivée des pratiques nord-américaines, permettant de distinguer deux extrêmes d'un même continuum : le conseil (*counselling*), ou niveau IIIa, et la psychothérapie proprement dite, ou niveau IIIb. Selon qu'il s'agit d'une activité de conseil ou de psychothérapie, on aura affaire à des clients

ou des patients présentant une expérience de soi dans l'ensemble peu pathologique ou, inversement, gravement perturbée, dont les comportements problématiques peuvent être de nature essentiellement instrumentale, transitoire, liée aux circonstances ou, au contraire, personnelle et affective, relevant plutôt de l'actualité ou, à l'opposé, du développement des avatars de leur histoire personnelle, de la structuration de leur personnalité. Leur demande de consultation sera spécifique, concrète et claire dans le cas du conseil ; plus complexe et difficile à cerner dans le cas de la psychothérapie.

Suivant en cela Duruz (1994), nous réserverions l'activité de conseil à un travail psychologique qui reste essentiellement focalisé sur une demande explicite, et qui tend à présenter de manière directive, bien qu'avec souplesse, des modèles de comportements que le consultant peut s'approprier. Le but de la consultation est de faire acquérir des savoirs, des aptitudes cognitives et comportementales, de manière à améliorer les capacités adaptatives, à l'aide de techniques dites « rationnelles », dans le sens où leur utilisation est relativement évidente pour le consultant. Dans la psychothérapie proprement dite, l'abord des problèmes d'un point de vue rationnel, sous forme d'aide éducative, ne semble plus suffire, du fait de l'état psychopathologique impliqué. Il s'agit alors de travailler avec les résistances du patient et de les dénouer à l'aide d'une logique différente de celle du sens commun ou de la raison socialisée (association libre, connotation positive, injonction paradoxale, réactivation intentionnelle de la crise, interventions psychoéducatives, etc.).

La formation à acquérir à ce niveau ne peut être donnée que dans les instituts des différentes écoles de psychothérapie spécifiques. Ces instituts fonctionnent en secteur privé, mais rien n'empêcherait, sur le plan des principes, d'inclure la formation à ces techniques en milieu universitaire. Ce n'est pour nous qu'une question de moyens. Nous avons déjà expliqué que le renforcement des défenses, objecté par les psychanalystes, existait partout, sous des formes différentes, et peut-être encore plus et d'une manière insidieuse dans les instituts privés, notamment de psychanalyse.

### *Psychothérapies intégratives et éclectiques de niveau ou de type IV*

La multiplication des psychothérapies systématisées et de nombreux autres facteurs ont conduit à l'apparition d'une nouvelle approche que nous situons à ce niveau. C'est celui des psychothérapies intégratives et éclectiques.

Du fait de leur évolution à partir des années 1970, les écoles de psychothérapie s'étaient considérablement multipliées et diversifiées aux États-Unis – on cite le chiffre de plus de 400 (Karasu, 1986) – et elles s'étaient beaucoup cloisonnées, entrant en rivalité les unes avec les autres.

Sous l'effet de différentes pressions (réduction des crédits, exigences des compagnies d'assurance, expérience de collaboration dans différentes cliniques spécialisées, et surtout résultats des recherches effectuées dans ce domaine), il apparut peu à peu à bon nombre de psychothérapeutes qu'ils avaient avantage à abandonner leurs exclusives et à essayer de mieux se connaître et de collaborer. On s'était aussi rendu compte de l'attitude dite « procustéenne » de beaucoup de psychothérapeutes (Chambon, 1998), cherchant plutôt à adapter le malade à la technique que la technique au malade. C'est ainsi qu'est né le mouvement intégratif et éclectique, dont on doit bien souligner qu'il ne vise pas à présenter une nouvelle théorie ou une nouvelle technique, mais plutôt à modifier le climat dans lequel fonctionnent les différentes écoles.

On distingue d'ailleurs le mouvement éclectique proprement dit, qui examine les conditions de collaboration des différentes écoles, et le mouvement intégratif, qui, sur un plan théorique, vise à élaborer une théorie générale ou métathéorie de la psychothérapie qui intégrerait les différentes théories existantes actuellement, tout en respectant leurs spécificités. Ce but est très ambitieux et est encore loin d'être atteint, mais d'intéressantes tentatives en ont été réalisées visant à combiner, par exemple, la théorie psychanalytique et la théorie des psychothérapies cognitives dans le domaine du traitement des états-limites (théorie cognitivo-psychodynamique ; M.J. Horowitz, 1988 ; A. Ryle, 1990).

#### MOUVEMENT ÉCLECTIQUE

C. Lecomte et L.G. Castonguay (1987) distinguent plusieurs niveaux d'éclectisme, à partir du type habituel de l'orientation exclusive des psychothérapeutes orthodoxes radicaux qui approfondissent leur théorie et sont très spécialisés dans leur exercice, mais ignorent les autres courants.

- Les orthodoxes pluralistes qui prennent tout de même en considération l'existence d'autres courants.

- Le courant du rapprochement qui conserve l'attachement à un modèle théorique de base, mais accepte d'utiliser des modalités techniques complémentaires provenant de modèles différents.

- Le modèle de la convergence qui garde une théorie et une pratique spécifiques, mais reconnaît la présence de dimensions communes à toutes les approches psychothérapeutiques, l'existence de différents aspects de la relation thérapeutique et de différentes fonctions de la psychothérapie (Franck, 1974).

- Le modèle de la combinaison thérapeutique qui prend les meilleurs aspects de chaque approche en essayant de les assimiler et de les intégrer en réponse aux besoins profonds et spécifiques de chaque patient ; c'est la psychothérapie multimodale d'A. Lazarus (1981). Ce modèle est riche, intéressant et très profitable pour les patients, mais difficile à appliquer. Il nécessite la connaissance approfondie, la maîtrise et la pratique de diffé-

rents modèles, de règles fondées sur des données scientifiques tenant compte à la fois des variables qui tiennent au patient (sa personnalité, son style défensif, ses capacités relationnelles), des variables qui tiennent au psychothérapeute (sa personnalité, son expérience personnelle, son style et ses préférences, sa disponibilité, etc.) et du contexte de soins (réseau social et familial, traitement en milieu hospitalier ou en cure ambulatoire, etc.).

Il existe actuellement plusieurs sociétés internationales qui regroupent les psychothérapeutes qui se réfèrent à ce mode d'approche, y publient et y confrontent leurs travaux.

Parmi les différentes théories, l'une d'elles doit retenir particulièrement l'attention : celle des facteurs communs.

#### THÉORIE DES FACTEURS COMMUNS

##### • À quoi attribuer les effets des psychothérapies ?

Les données qui résultent de méta-analyses effectuées aux États-Unis sur les psychothérapies montrent que les effets des psychothérapies se répartissent ainsi (Lambert, 1986) :

- 40 % des changements relèveraient (dans le domaine du traitement des troubles névrotiques) de l'amélioration spontanée (contre 70 % attribués précédemment par Eysenck, en 1952, à la suite d'une étude biaisée) ;

- 30 % seraient dus à des facteurs considérés comme des facteurs communs à toutes les techniques. Ces facteurs interviennent en proportion variée selon les contextes (technique, patient, psychothérapeute), mais ils sont toujours présents et actifs quel que soit le modèle ;

- 15 % relèveraient des effets proprement spécifiques de chaque technique ;

- 15 % relèveraient de ce que l'on appelle l'effet de la liste d'attente ou effet d'expectation positive. Lorsque des patients sollicitent une psychothérapie et sont inscrits sur la liste d'attente de psychothérapeutes qui n'ont pas la possibilité de les prendre en charge dans l'immédiat, 50 % d'entre eux se déclarent guéris et déclarent au moins ne plus avoir besoin d'aide quand une place se trouve disponible plusieurs mois après. Indépendamment de toute amélioration spontanée, on estime qu'un effet psychologique particulier, un peu analogue à l'effet placebo, dit « effet d'attente ou d'expectation positive », explique cette amélioration.

Quand il s'agit de définir un programme de formation, on peut se demander s'il ne vaut pas mieux former d'abord les futurs psychothérapeutes à l'emploi correct de ces différents facteurs communs, à une meilleure tolérance, à une attitude neutre de compréhension et de respect des différentes techniques, et à éviter d'adopter un esprit de chapelle et d'exclusive encore si communément répandu. Ils pourront choisir ultérieurement de se spécialiser dans une technique plus particulière.

Ce courant des facteurs communs tend à prendre de l'importance et a été introduit il y a quelques années en France (Marie-Cardine et al., 1994).

### • Les différents facteurs

Parmi ces facteurs communs, l'un des plus importants et des plus constamment retrouvés concerne la relation qui est au cœur du processus psychothérapeutique. La qualité de l'alliance ou de la collaboration thérapeutique est l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'évolution d'une psychothérapie quelle qu'elle soit. Mais on cite aussi l'expression émotionnelle (catharsis ou abréaction), l'expérience émotionnelle correctrice, le désir de changement du patient ou sa motivation, les qualités personnelles du psychothérapeute, l'amélioration du sentiment d'estime de soi, l'acquisition de nouveaux comportements, la meilleure régulation du niveau d'activation émotionnelle, l'amélioration des capacités d'introspection (insight).

### FORMATION AU NIVEAU IV

Le niveau IV des psychothérapies est par excellence celui que nous cherchons à faire acquérir par notre diplôme universitaire (DU) de psychothérapie à Lyon, qui est aussi ouvert, gratuitement, aux internes du diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie. Cependant, il existe une ambiguïté car ce niveau IV repère les attitudes ou habiletés de base que devrait avoir développé tout candidat à une formation spécifique (niveau III) et, en même temps, le niveau optimal de développement de la fonction psychothérapeutique chez des psychothérapeutes chevronnés. En fait, la formation à ce type de psychothérapie doit être envisagée dans une optique dimensionnelle, d'un minimum à un maximum, sans limite d'ailleurs, car la progression dans ce domaine n'est jamais terminée, ce qui lui donne du reste un aspect stimulant.

Il ne s'agit donc plus d'utiliser une technique ou une théorie de référence déterminée ou de s'y former, mais d'utiliser et de se former à des attitudes psychothérapeutiques guidées, orientées par la référence à des instruments ou des outils conceptuels, en fonction des besoins et de la demande des malades. Qu'on nous pardonne l'approximation et la triviale analogie avec la chirurgie où on utilise des pinces de Kocher, des ciseaux, des bistouris, des aiguilles, des agrafes, des ligatures et autres instruments, dans tous les types d'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit la spécialité, mais tout cela en fonction de la pathologie à traiter.

## RÉSISTANCES À L'ÉCLECTISME

L'approche éclectique et intégrative suscite encore beaucoup de résistances. On lui reproche – à juste titre si elle n'est pas envisagée avec toute la rigueur souhaitable – d'exposer au risque de la confusion des langues ; de créer des syncrétismes aux effets douteux voire désastreux ; de favoriser aussi la tentation de l'omnipotence ou de la mégalomanie chez le psychothérapeute qui croirait tout savoir et pouvoir tout faire ; de comporter un risque de dispersion entre de multiples théories et techniques mal comprises et mal maîtrisées ; et enfin de risquer d'affaiblir la pensée.

D'une manière générale, les tentatives d'éclectisme se sont soldées par des échecs dans l'histoire des différentes cultures. Celle de Victor Cousin, au XIX<sup>e</sup> siècle en France, dans le domaine de la philosophie, alimente encore beaucoup de prévention.

À l'inverse, on voit de plus en plus le mot d'éclectisme employé, par un effet de mode, mais il ne recouvre en général aucune réalité, sans effort de réflexion ni de recherche d'une pratique la fois cohérente et souple, véritablement adaptée aux besoins des patients. Il existe une Association française pour l'intégration et l'éclectisme en psychothérapie (AFIEP), mais elle recrute peu de monde, ce qui tend à prouver que les recherches en ce domaine n'intéressent que peu de psychothérapeutes.

## PSYCHOTHÉRAPIES ET MÉDICAMENTS : L'ÉCLECTISME ÉLARGI

Il est encore un type d'éclectisme qui a beaucoup d'importance et dont la compréhension doit être éclaircie : il s'agit de ce que l'on appelle l'éclectisme élargi. Cette conception concerne tout particulièrement l'emploi, d'une manière associée, de médicaments psychotropes et d'une psychothérapie<sup>1</sup>. Cette question a pendant longtemps été très conflictuelle et si, pour la plupart des psychiatres et des psychothérapeutes, il va de soi qu'actuellement ces deux ensemble de moyens constituent les piliers de la thérapeutique psychiatrique, il reste encore d'importantes poches de résistance, surtout idéologiques, qui doivent être examinées.

Elles ont pour origine un conflit historique qui a été des plus passionnés et des plus importants ; il est né aux États-Unis après la Deuxième Guerre mondiale. À cette époque, la psychanalyse s'était développée d'une manière considérable dans ce pays où elle avait atteint une position dominante difficilement concevable aujourd'hui. Elle pouvait prétendre représenter la seule méthode valable de traitement de toutes les maladies mentales. Conçue initialement pour traiter les névroses, des applications de cette théorie et de cette technique avaient été développées pour traiter également

---

1. Elle a fait l'objet de toute une ligne de recherches de l'École lyonnaise de psychiatrie au sein du Comité lyonnais de recherche en thérapeutique psychiatrique (CLRTP) (Marie-Cardine et al., 1989).

les psychoses et tous les autres types de troubles mentaux. Elle fut réintroduite en Europe, et notamment en France, avec le plan Marshall (plan de reconstruction de l'Europe par les États-Unis après la Deuxième Guerre mondiale) ; celui-ci eut pour conséquence de favoriser une diffusion massive de la culture américaine, ce dont la psychanalyse a profité.

En contraste, il n'existait alors pratiquement pas de médicaments psychotropes (médicaments destinés à traiter les troubles mentaux). Au premier congrès mondial de psychiatrie, organisé à Paris, en 1950, il ne fut tenu qu'un atelier discret concernant l'emploi des médicaments. Mais quelques années après, la psychopharmacologie connut un développement fulgurant et impressionnant, après la découverte des premiers médicaments neuroleptiques par J. Delay et P. Deniker (hôpital Sainte-Anne, Paris, 1952) destinés à traiter les psychoses. Ce fut une véritable révolution. Ces médicaments se montrèrent d'emblée très efficaces pour traiter les grands accès d'agitation, les états de violence, les crises de fureur maniaque, qui faisaient à l'époque la terrible réputation des hôpitaux psychiatriques. Très rapidement, ces quartiers d'agités, comme on les appelait, et l'ensemble des services d'hospitalisation en psychiatrie reprirent un aspect humain. La peur des malades s'estompa et le personnel hospitalier put reprendre avec eux un contact que les manifestations souvent bruyantes de la maladie rendaient souvent très difficile. Mais cette transformation de l'ambiance des hôpitaux psychiatriques fut aussi due à l'influence des différents courants de psychothérapie institutionnelle, que nous rappellerons plus loin. Il en résulta – peut-on dire d'une manière un peu simpliste mais plus compréhensible – une lutte entre ces deux puissances rivales qu'étaient devenus la psychopharmacologie d'un côté et le courant psychanalytique de l'autre. Des anathèmes et des exclusives furent jetés de part et d'autre. Il fallut beaucoup de courage à un certain nombre d'auteurs pour oser reconnaître et peu à peu imposer l'idée que les deux types de moyen thérapeutique devaient être associés et qu'il en résultait une meilleure efficacité des traitements. De nombreuses publications, des colloques, des congrès furent organisés, de nombreux travaux de recherche furent publiés sur ce thème et finirent progressivement par amener un dépassement de ce conflit dont on perçoit encore de temps à autre des échos ou des résurgences. Il faut connaître ces données historiques pour mieux comprendre les arrière-plans d'une question qui reste toujours discutée, même s'il est admis d'une manière générale que les maladies mentales doivent être traitées par l'association de ces deux grands groupes de moyens thérapeutiques.

La question s'est ensuite posée de savoir comment les employer et comment ils agissaient. On redécouvrit à cette occasion que tous les médicaments pouvaient avoir, indépendamment de leur effet pharmacologique propre, un effet psychologique que l'on dénomma « *effet placebo* ».

L'*effet thérapeutique global*, lui, est dû à l'intrication de ces deux effets, l'effet pharmacologique (dû aux propriétés chimiques de la ou des subs-

tances qui composent le médicament) et l'effet placebo. Cet effet placebo peut être si puissant qu'il fut décidé que tout nouveau médicament serait essayé contre son placebo, son homologue chimiquement inactif, pour mieux mettre en évidence son effet spécifique (ou pharmacologique). Toute une série de théories sur l'utilisation des placebos, là aussi élaborées dans une atmosphère de conflits entre partisans et adversaires au nom de divers arguments, virent le jour ; et les débats ne sont toujours pas terminés, bien qu'il soit admis maintenant que, pour être autorisé, tout nouveau médicament doit avoir fait la preuve de sa supériorité sur l'emploi d'un placebo.

Ces données furent reprises dans l'étude de la combinaison des effets des moyens médicamenteux (chimiothérapie) et psychologiques (psychothérapie). On s'interrogea sur l'effet des médicaments sur les pulsions ou sur les fantasmes qui en sont les représentations à la suite de M. Balint (Congrès de la Fédération internationale des Sociétés de psychothérapie, Paris, 1976), sur l'impact des prescriptions médicamenteuses simultanées sur le cours d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie. Certains auteurs adoptèrent une attitude rigide, excluant ce genre d'association, prétendant que les médicaments réduisaient l'activité fantasmatique et inhibaient le travail psychothérapique, du moins dans une optique psychanalytique.

Pourtant, une vingtaine d'années plus tard, plusieurs enquêtes révélèrent que les idées avaient évolué et qu'une majorité des psychanalystes qui y avaient répondu déclaraient traiter un nombre important de malades sous chimiothérapie. D'autres auteurs pensaient que les médicaments permettaient au malade de renouer le contact avec les autres et permettaient ainsi, notamment aux malades psychotiques, d'entreprendre une psychothérapie, ce qui n'aurait pas pu être le cas autrement. Cette histoire s'intègre du reste dans celle des conflits qui surgirent également entre les différentes écoles de psychothérapie et qui fleurirent en Amérique du Nord avant d'être exportées dans les pays européens, notamment en France.

## CONFLITS APAISÉS

Des règles ont été fixées pour l'emploi de ces différents moyens thérapeutiques. S'il n'est pas pensable (ni non plus indiqué) de conduire une cure type ou cure standard psychanalytique chez un patient qui prend par ailleurs un traitement par médicaments psychotropes, il est admis que les différents types de traitements psychothérapiques non seulement sont compatibles, mais peuvent être également favorisés par les traitements de ce genre et réciproquement. Dans la plupart des publications, actuellement, l'association de ces deux moyens thérapeutiques donne de meilleurs résultats que l'emploi de l'un d'eux séparément, quel que soit le type de psychothérapie utilisé et quel que soit le type de pathologie traitée. Les effets sont en général considérés comme additifs, et encore une fois, si la psychothérapie favorise l'observance et la prise du traitement médicamenteux, celui-ci rend également souvent possible l'abord psychothérapique,

l'association des deux permettant une meilleure efficacité. Par exemple, la plupart des recherches effectuées sur les psychothérapies cognitives dans le traitement des psychoses sont menées à prises de médicaments constantes, mais évidemment de telles associations ne s'imposent pas toujours et il existe encore un grand nombre de patients traités par une technique psychothérapique seule, ou par chimiothérapie seule. On a donc défini des indications de ces associations. Il existe également une grande diversité de situations et d'indications, en fonction du contexte, selon qu'il s'agisse d'une recherche comparative destinée à mieux cerner les effets des différentes méthodes, en fonction de besoins du patient, de son type de personnalité, des critères utilisés par exemple dans une psychothérapie multimodale, telle qu'évoquée rapidement ci-dessus, etc.

Ainsi, la situation a beaucoup évolué et la conception de l'éclectisme élargi permet de l'envisager en fonction d'indications posées sur de seuls critères scientifiques tenant à la fois à la pathologie du patient, à sa demande, aux données du côté du thérapeute, aux possibilités pratiques, etc.

Cette grande souplesse de la pratique se retrouvera dans ce que l'on appelle les psychothérapies institutionnelles évoquées ci-après.

### *Psychothérapies institutionnelles de niveau ou de type V*

Ces psychothérapies méritent bien d'être individualisées, car elles recèlent un potentiel thérapeutique important, en rapport du reste avec la gravité de la pathologie à laquelle, en général, elles s'adressent. Elles correspondent à ce que les Anglo-Saxons, surtout aux États-Unis, appellent la *milieu psychotherapy*, le terme de milieu ayant le même sens qu'en français et désignant la psychothérapie par l'influence du milieu, ici le milieu de vie institutionnel ou l'ambiance. Les contraintes de place ne permettent pas de développer davantage cet aspect qui mériterait de l'être et l'on trouvera dans les références des indications de lecture sur ce sujet.

## Conclusion

Une définition large de la psychothérapie, à partir de ses éléments constitutifs, permet de mieux en définir le champ, les limites et surtout les différentes modalités. On parle trop souvent de psychothérapie d'une manière floue. Historiquement, au milieu du siècle précédent, quand la psychanalyse était la seule technique et la seule théorie de référence, le vocable de psychothérapie désignait seulement les psychothérapies d'inspiration ou d'orientation psychanalytique (PIP ou POP). Depuis, ce domaine s'est considérablement enrichi et il importe de mieux préciser de quoi l'on parle, par souci de rigueur scientifique.

En outre, une nouvelle conception du maniement des psychothérapies s'est fait jour. Il ne s'agit plus de considérer chaque technique comme universelle, bonne à tout faire, valable dans tous les cas ou pour tous les patients, mais de mieux en définir les différentes indications, de la manière la plus adaptée à chaque cas particulier.

De plus, chaque technique emploie, de façon variée et diversement proportionnée, des instruments qui sont communs à l'ensemble des psychothérapies. L'efficacité des différentes techniques tient plus à la mise en œuvre de ces facteurs communs qu'à celles de facteurs plus spécifiques. L'intérêt de l'approche éclectique et intégrative est de mettre l'accent sur ces faits, d'amener à une formation plus ouverte et plus complète, et même, à employer ces différents outils, plus en fonction de leur efficacité dans chaque cas particulier qu'en fonction de leur appartenance à un corpus théorique trop souvent idéalisé et considéré comme intangible.

L'avenir est au dialogue entre les différentes écoles, sur la base de données scientifiques, issues d'expériences, de pratiques et d'études menées avec autant de rigueur que possible.

## Bibliographie

---

- BALINT M. (1957). — *Le Médecin, son malade et la maladie*, 7<sup>e</sup> éd., trad. fr. par J.-P. Valabrega, Paris, Payot, 1996.
- CHAMBON O. (1998). — « Les Psychothérapies cognitives dans l'institution », Rapport présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXXVI<sup>e</sup> Session, Paris, Mediaflash.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2003). — *Les Bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Odile Jacob.
- COLLECTIF (2003). — *Livre blanc de la psychiatrie*, Montrouge, John Libbey Eurotext, coll. « Fédération Française de Psychiatrie ».
- DURUZ N. (1994). — *Psychothérapie ou psychothérapies ?*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- FRANK J.D. (1974). — « Common features of psychotherapies and their patients », *psychotherapy and psychosomatics*, 24, p. 368-71.
- GUYOTAT J. et al. (dir.) (1978). — *Psychothérapies médicales*, Paris, Masson, coll. « Médecine et Psychothérapie », 2 vol.
- HOROWITZ M.J. (1988). — *Introduction to psychodynamics. A new synthesis*, New York, Basic Books.
- INSERM (2004). — *Expertise collective : les psychothérapies*, Paris, Inserm.
- KARASU T.B. (1986). — « The "specificity vs. non-specificity" dilemma : Toward identifying therapeutic change agents », *American Journal of Psychiatry*, n° 143, p. 687-695.

- LAMBERT M.J. (1986). — « Implications of psychotherapy. Outcome research for eclectic psychotherapy », in J.C. Norcross (ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, New York, Brunner-Mazel.
- LAZARUS A. (1981). — *The practice of multimodal therapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- LECOMTE C., CASTONGUAY L.G. (1987). — *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, Montréal, Gaëtan Morin.
- MARIE-CARDINE M., GUYOTAT J., TERRA J.-L. (1989) — « Médicaments psychotropes et psychothérapies », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Éditions techniques, 37820 B90.
- MARIE-CARDINE M., CHAMBON O., MEYER R. (1994). — *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Éditions Le Coudrier – Somatothérapies.
- MARIE-CARDINE M., TERRA J.-L., GUYOTAT J. et al. (2001). — « Articulation de la psychothérapie et de la chimiothérapie en psychiatrie : évolution des idées », *Revue Québécoise de Psychologie*, n° 22 (2), p. 121-148.
- RYLE A. (1990). — *Cognitive-analytique therapy : active participation in change*, Chichester, J. Wiley and Sons.

## Pour en savoir plus

---

- GERIN P., DAZORD A., SALI M., et al. (1987). — « Psychotherapeutic factors within psychiatric institutions », in *Progress in Psychotherapy*, P.U. Louvain, Belgique.
- JEAMMET P., REYNAUD M., CONSOLI S. (1996). — *Psychologie médicale*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, coll. « Abrégés ».
- MARIE-CARDINE M. (1989). — « Psychothérapies institutionnelles », in DENIKER P., LEMPÉRIÈRE T., GUYOTAT J., *Précis de psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, p. 513-519.
- MARIE-CARDINE M., CHAMBON O. (1995). — « Thérapeutiques institutionnelles », in SENON J.-L., SECHTER D., RICHARD D., *Thérapeutique psychiatrique*, Paris, Hermann, p. 621-632.
- NORCROSS J.N., GOLDFRIED M.R. (1998). — *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.
- WIDLÖCHER D., MARIE-CARDINE M., BRACONNIER A., et al. (2006). — *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*, Paris, Odile Jacob.

# Conclusion

## Problématique des indications et des cothérapies

A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat et J.-L. Vénisse



Le tour d'horizon des principales références actuelles en matière de psychothérapies proposé dans ce livre souligne combien les postulats de départ en termes de modèle du fonctionnement psychique, comme de représentation du problème dont souffre le patient, conditionnent la manière d'aborder celui-ci et, à partir de là, aussi bien les élaborations théoriques que les aspects techniques à l'œuvre dans l'approche thérapeutique.

Il permet également de mesurer à quel point les emprunts et réinterprétations croisées de phénomènes identiques sur le fond abondent, définissant autant de zones de chevauchement au-delà des enjeux terminologiques. Si on ajoute la part considérable des facteurs communs aux différentes approches, dominée par la qualité de la relation patient – thérapeute et de l'alliance thérapeutique construite, il faut bien admettre que les croyances du thérapeute quant à la pertinence et l'efficacité de sa méthode tiennent une place prépondérante dans le processus. Comment pourrait-il d'ailleurs en aller autrement, et cette croyance n'est-elle pas un des vecteurs de l'efficacité attendue et perçue par le patient (Kress, 1999) ?

Faut-il pour autant que croyance rime avec idéologie, générant des positions plus ou moins sectaires, de rejet et disqualification, a priori, de ce qui n'appartient pas en propre à la référence et au modèle choisis ?

Nous ne le pensons pas et plaidons pour que ces croyances fécondes s'accompagnent de regards et représentations croisés entre thérapeutes d'obédiences diverses dans un respect mutuel. Il en va d'ailleurs simplement d'une perspective de recherche et de confrontation épistémologique à laquelle aucune discipline n'échappe.

## Problématique des thérapies conjointes

À un autre niveau, c'est la question de la complémentarité des différentes approches et donc des co-thérapies qui se trouve ouverte. Elle est fondamentale et l'évolution des pratiques au cours des deux dernières décennies a montré qu'elle pouvait apporter beaucoup en terme d'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire de processus de changement (notion beaucoup plus « dynamique » que celle de guérison). Ces thérapies conjointes se justifient du fait à la fois de leur spécificité et apport propres, et des particularités du fonctionnement psychique de nombreux patients.

Il n'est pas besoin ici d'insister sur le fait (lié à de multiples facteurs sur lesquels nous ne nous étendrons pas) que, dans nos sociétés contemporaines, un nombre croissant d'individus – donc aussi de patients, surtout parmi les plus jeunes – se structure selon des modalités bien éloignées des organisations névrotiques qui ont fait les beaux jours du modèle psychanalytique, avec ce qu'elles supposent de capacité d'intériorisation et de conflictualisation intrapsychique. Marqués par d'importantes fragilités narcissiques, la primauté des agirs et des modes insécures de relation à l'autre, ces aménagements, souvent qualifiés de « limites », contribuent à conférer un pouvoir menaçant à la relation psychothérapique dont il résulte des risques de rupture précoce.

La pluralité des espaces et référents thérapeutiques peut à certaines conditions prévenir ces risques, de même que ceux qui, à travers un renforcement des phénomènes de clivage au sein du patient, préservent le lien, mais au prix d'un renforcement des troubles, des symptômes. En termes psychanalytiques, nous dirions que la différenciation de ces espaces du soin, en soutenant la possibilité de clivage de l'objet, peut protéger le sujet de la nécessité de renforcer son clivage du moi.

Ces co-thérapies associant, simultanément ou successivement, des approches différentes participent également à l'émergence d'une fonction différenciatrice qui tranche avec l'indifférenciation souvent à l'œuvre à de multiples niveaux (de Shazer, 1991). Encore faut-il que la place de chacun soit clairement définie, bien différenciée et convenue, ce qui est loin d'être la règle en pratique.

C'est pourquoi un des enjeux majeurs de l'évolution des pratiques thérapeutiques pour les prochaines décennies est sans doute que de tels projets de soins articulés se développent. Comme le souligne P. Jeammet (1992) à propos des thérapies d'adolescents, cela suppose notamment que la place d'un référent global, à qui il revient de poser les indications et qui sera le garant de l'évaluation régulière du processus et des réajustements éventuels à opérer, soit clairement reconnue par tous ceux qui interviennent auprès du patient. À défaut, il faudrait postuler que ces différentes approches peuvent être réalisées par le même thérapeute, ce que les partisans des thérapies éclectiques n'excluent nullement.

Il nous apparaît quant à nous que, même s'il est évident que la « boîte à outils » de chaque thérapeute se complète et évolue au fil des années de pratique, en puisant (quoi qu'en disent certains) à différentes sources, il est sans doute important, en terme d'identité dudit thérapeute, pour lui comme pour ceux qui lui font confiance, qu'il garde une référence prévalente, au risque sinon d'entretenir des confusions et indifférenciations problématiques. Après tout, cette capacité à accepter ses limites et ce que l'autre (ou d'autres) peut apporter de plus et de différent est a priori, en tant que témoin du deuil d'omnipotence, au cœur du processus thérapeutique. Ce serait un comble que les psychothérapeutes l'oublient pour eux-mêmes.

## Un exemple clinique

Pour illustrer ce propos, nous avons choisi de présenter sommairement et de commenter le parcours thérapeutique d'une jeune patiente suivie par plusieurs d'entre nous, à partir de 18 ans et pendant près d'une dizaine d'années, en nous appuyant sur ce qu'elle en dit elle-même au cours d'un entretien réalisée à la fin des soins.

Caroline souffre – a souffert devrions-nous dire à l'heure où nous écrivons – d'une polyaddiction intriquant conduites anorexiques et boulimiques, automutilations et tentatives de suicide, abus et dépendance à l'alcool et au cannabis. Ces conduites s'accompagnent de troubles de l'humeur et du caractère, avec une image très dépréciée d'elle-même, une dépendance intolérable au regard et à l'estime des autres qu'elle tente de maîtriser par un retournement projectif quasi paranoïaque (« *Chaque événement était comme une pierre contre moi, je prenais tout comme une agression... J'étais en manque d'amour, c'était mon obsession, quitte à me transformer, à m'adapter aux gens... Si quelqu'un ne m'aimait pas c'est que j'étais nulle* »).

Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises, à temps plein ou en hôpital de jour, sur sa demande ou sur l'initiative de proches. Mais : « *Au début du soin ici ça été très difficile, j'étais contre toute autorité. Je ne supportais pas les règles... Je voulais qu'on ne m'aime que moi. Fallait qu'on n'aime que moi... Et je ne voulais pas décevoir Aline [son infirmière référente], je voulais être la meilleure partout.* » De sorte qu'elle s'oppose, refuse, multiplie les passages à l'acte ou, plus souvent, fuit et interrompt le suivi.

## Thérapie individuelle

Caroline engage une psychothérapie individuelle, avec un thérapeute extérieur à l'institution qui lui a été recommandé par le chef de service de l'unité d'hospitalisation, lequel restera le référent médical de la prise en charge tout au long de ces années.

Longtemps, elle n'a d'autre attache thérapeutique que ce psychothérapeute avec lequel s'installe progressivement un mode relationnel nouveau pour elle, sécure, confiant.

« Là, ça a un peu changé pour moi, parce que je me suis beaucoup attachée à mon psy... C'était le seul adulte en qui j'avais confiance et qui ne me trahissait pas. Il me prouvait que je pouvais avoir confiance : quelquefois ma mère lui a téléphoné, à chaque fois il me le disait et ne lui disait rien à elle. Pour moi ça devenait un moment... J'avais une date, une heure, ça m'a obligée à avoir un rythme et à être assidue. Je ne dis pas que j'y suis allée tout le temps, mais dans l'ensemble, comparé à ce que je faisais d'habitude, j'ai réussi à m'y tenir. »

Soulignons l'importance de ce lien qui, au début, est de type « addictif » et constitue le seul ancrage de sécurité de la patiente. On peut se référer ici à l'instauration de la relation thérapeutique telle que présentée dans l'approche cognitivo-comportementale (voir supra p. 151-166 : l'empathie, les objectifs, les compliments, etc.). Les attentes du thérapeute sont alors autant celles de l'efficacité de sa thérapie que celles sur les capacités du patient à agir sur ses problèmes. Attentes qui rencontrent les attentes propres du patient, ses croyances dans la thérapie et dans le changement.

Du contenu même, du processus évolutif de cette psychothérapie, nous ne savons rien et cela n'importe guère. Le thérapeute qui l'a partagé avec Caroline nous dirait probablement combien souvent il fut mis à l'épreuve et quelle solidité contre-transférentielle il lui fallut développer. Le transfert est d'évidence massif, donc potentiellement dangereux, probablement ininterprétable (dans le sens où elle n'aurait pu en entendre l'interprétation sans se sentir désavouée, rejetée).

À la question de savoir pourquoi et comment la relation thérapeutique a pu se maintenir malgré tout, nous répondrons que c'est grâce à l'aménagement concomitant de la distance avec l'institution soignante et ses représentants bien identifiés – le médecin et l'infirmière référents – qui, comme la relation aux parents, reste en toile de fond. N'oublions pas que le thérapeute choisi a été recommandé dans l'unité d'hospitalisation, où Caroline fait toujours quelques apparitions quand elle ne se manifeste pas auprès du service voisin. Le champ du soin forme un ensemble organisé par un clivage fonctionnel entre la thérapie individuelle, l'institution et la famille – clivage qui n'est pas rupture, déni des autres espaces, mais forme ténue d'un lien permettant la régulation de la violence pulsionnelle qui, sans cela, le détruirait.

### *Thérapie familiale*

L'évolution des relations avec sa famille est, selon Caroline – qui, dans cet entretien, construit ce que l'on peut appeler son « roman thérapeutique » (White et Epston, 1990) –, l'autre élément clé de son évolution.

« Maintenant j'en suis convaincue, mes parents m'aiment... comme si ça avait mis une pierre solide en moi, une ancre. Même s'il y a des gens qui ne m'aiment pas, il y a l'ancre qui est là, je suis rattachée. »

La thérapie familiale – il s'agissait dans ce cas d'entretiens familiaux systémiques – semble avoir modifié à la fois la représentation qu'elle avait de ses parents, ses attentes idéales, et les modalités concrètes des interactions familiales. *« Que mes parents acceptent de faire les entretiens familiaux a été une preuve ; pendant des années ils avaient trop peur, comme si j'étais l'ennemie qui pouvait casser leur vie... Là, en s'engageant pour de bon, ça voulait dire qu'ils étaient prêts à changer quelque chose... J'ai enfin compris que mes parents je ne les changerais pas ; qu'il n'y a que moi qui pouvais changer, je devais les prendre comme ils étaient. »*

Père et fille se sont expliqués, se sont dit leur attachement mutuel. Entre mère et fille, la hargne est apaisée, mais la tension reste vive entre Caroline et sa sœur. Caroline accorde plus d'importance à l'évolution actuelle des échanges intra-familiaux et à ses effets sur son estime personnelle qu'à son propre cheminement interne, même si elle reconnaît avoir parlé des relations familiales à ses thérapeutes, en thérapie individuelle et en groupe de psychodrame notamment (les démarches sont le plus souvent parallèles). Elle ignore bien sûr par quels détours elle a évolué, quels déplacements se sont opérés qui ont remodelé ses représentations.

### *Groupe de psychodrame*

Du psychodrame psychanalytique en groupe qu'elle a pratiqué à deux périodes des soins, lors de la première hospitalisation et lors de la longue hospitalisation de jour, Caroline ne retient que la seconde.

Caroline souligne surtout deux points des groupes de psychodrame : la réassurance identifiante et contenantante du groupe (*« On se dit des choses et on est tenu par le secret ; certains dévoilaient des choses très personnelles et ça encourageait à en faire autant »*) et le jeu de rôles comme apprentissage comportemental (*« Le psychodrame m'a aussi aidé à rompre avec X. Je l'ai joué plusieurs fois avant de pouvoir... »*). Elle reconnaît cependant aussi que le jeu lui a permis un autre regard sur son monde interne : *« Quand je me mettais à la place de quelqu'un d'autre, je me rendais compte que je me faisais des idées sur ce que pensaient les gens, comment je pouvais interpréter des choses qui n'étaient pas forcément réelles, que j'imaginai trop, que souvent je me trompais et me faisais du mal toute seule. »*

Nous nous souvenons parfaitement de la place de Caroline dans ce groupe, de sa participation active, et du lien ambivalent mais privilégié qu'elle avait développé à l'égard d'une autre patiente, Estelle, investie comme double narcissique tantôt allié, tantôt honni. Le « jeu de l'arrivée du bébé », que nous avons présenté de façon détaillée dans un article antérieur (Deneux, 2002) en illustre différents niveaux possibles d'analyse.

Caroline n'a probablement retenu de ce jeu que son effet de catharsis émotionnelle : après avoir déclaré qu'elle n'a plus été heureuse après la naissance de son petit frère quand elle avait 7 ans, elle joue l'arrivée de sa mère avec l'enfant à la maison, la jalousie et le conflit violent qui l'oppose alors à sa sœur (jouée par son alter ego, Estelle) pour la possession du bébé, le rejet de sa mère (dans le rôle duquel elle a sollicité la thérapeute) et l'inhibition du père témoin passif de la

scène. Au plus fort de sa colère, Caroline explose : « *Vous ne m'aimez pas, vous n'êtes pas mes vrais parents. Mes vrais parents reviendront un jour me chercher, ils sont gentils, eux!* »

La scansion de l'interruption du jeu sur ces mots souligne leur signification particulière, tant pour Caroline que pour les autres du groupe. Caroline développe alors son roman familial : « *J'ai cru pendant des années que ce n'était pas mes parents. D'ailleurs, dans les moments difficiles, j'y pense encore. Mes autres parents arriveraient en bateau et ma mère aurait une belle robe rose...* » Estelle renchérit : « *C'est un vrai conte de fées* », et s'adressant à la thérapeute – mère de ce groupe et de ce jeu, elle ajoute : « *J'ai été émue quand vous avez dit que le bébé était sorti de votre ventre. Je me suis sentie liée à quelque chose, venir de quelque part.* »

Nous avons là deux figures de la mère, la fée et la sorcière, figures clivées de l'objet originaire que le sujet peine à réunir en une image unifiée, ambivalente mais apaisée. Le déplacement transférentiel sur la thérapeute, ici en place de mère, et sur le thérapeute qui dirige le jeu et en contient tout débordement autorise de nouvelles représentations, où l'angoisse est contenue, dans un lien qui apaise et donne vie, sans emprisonner. Parallèlement, Caroline développe des aptitudes empathiques jusque-là insoupçonnées, qui lui feront dire peu après, s'adressant au couple de thérapeutes : « *Estelle commence à vous aimer.* » C'est qu'elle-même commence à ne plus craindre d'aimer...

### *Institution : stratégie, paradoxes et restructuration cognitive*

La thérapie individuelle, les entretiens familiaux, le groupe de psychodrame, etc. sont autant de dispositifs thérapeutiques, avec leurs cadres de référence théorique propre, qu'il est aisé de répertorier et présenter en les différenciant. S'il est certes impossible de distinguer si tel effet, tel changement, revient à l'un ou l'autre, chaque thérapeute peut en proposer sa lecture, son décryptage. C'est encore plus simple selon Caroline : avec « son » psychothérapeute, elle a acquis la confiance ; dans la thérapie familiale, elle a retrouvé l'amour parental ; le psychodrame lui a permis de s'éprouver dans la mise en scène d'une « réalité fictive ».

Mais ce qui tient le tout, en assure la contenance et la continuité n'est guère explicité : à savoir l'institution, les activités diverses qui y sont proposées dans une perspective cognitivo-comportementale le plus souvent, et ses représentants que sont l'infirmière – toujours au plus près des attentes, éclats, passages à l'acte de Caroline – et le médecin qui coordonne et ajuste l'ensemble.

Le parcours pathologique manifeste de Caroline ayant commencé par une anorexie mentale sévère, bientôt suivie d'un tableau d'anorexie boulimie, Caroline a maintes fois « travaillé », soit en groupe en cours d'hospitalisation (lors de « réunions d'après repas » notamment), soit individuellement, sur ses distorsions cognitives concernant son corps et son alimentation. Rappelons aussi l'aide au niveau comportemental qu'elle a

spontanément mentionnée concernant la valeur structurante des rythmes et exigence de présence dans la thérapie individuelle.

Ce « travail » passe initialement par l'analyse fonctionnelle qui, dans un premier temps, permet au patient d'être actif dans sa prise en charge. Par l'auto-observation, il doit prendre conscience de sa « manière addictive » d'être au monde : on lui demande d'observer son quotidien, de noter (Caroline écrivait dans son « cahier alimentaire », ainsi qu'on le nomme dans l'unité) les situations addictives avec les pensées, les comportements et les émotions qui s'y rattachent. Il s'agit de prendre conscience des cycles addictifs et de sortir de l'ancrage dysfonctionnel (« *c'est plus fort que moi, je n'y peux rien* ») pour, dans un second temps, regarder les situations autrement et s'autoriser à penser et vivre différemment.

Modifier les cycles addictifs, c'est déjà « mettre un virus dans le système ». Selon l'étape de la prise en charge, ces « outils-virus », dont la prescription s'inscrit dans une démarche globale, peuvent être d'ordre comportemental (prescription de symptômes, techniques de résolution de problèmes, d'affirmation de soi, etc.), cognitif (restructuration des schémas de croyances dysfonctionnels, des contingences de renforcement, etc.) ou émotionnel (gestion du stress, visualisation mentale, restructuration cognitive en imagination, etc.).

Cette modification du regard que le patient a sur son trouble lui permet de créer le décalage minimal constitutif du changement : il expérimente qu'il peut faire un début de choix entre ses cycles addictifs enfermants (ancrage de pseudo-sécurité) et ses variantes comportementales, cognitives, émotionnelles, etc.

Caroline a aussi participé brièvement à un groupe d'entraînement à l'affirmation et à l'estime de soi (Beaudry et Boisvert, 1979), que sa mésestime et l'importance de ses idées de référence indiquaient. Notons qu'une certaine évolution préalable est nécessaire pour ces groupes, qui demandent un minimum d'autonomisation. Cette participation a été interrompue après qu'elle eut demandé à intégrer le groupe de psychodrame ; la distinction entre jeu psychodramatique et jeu de rôle étant parfois délicate, il importe en effet de ne pas confondre thérapies plurielles, éclectisme et indifférenciation confusionnante.

La diversité des approches doit au contraire être pensée afin de permettre la distinction des espaces thérapeutiques, des lieux de vie, des personnes, etc., et de favoriser la reconnaissance de l'individualité, la sienne et celle des autres, pour que reprenne, in fine, le processus d'individuation d'où procèdera le changement.

Dans cet exemple clinique qui s'étend sur une petite décennie, il n'y a pas eu de thérapie stratégique brève ! Mais le contexte de la prise en charge, les aléas de l'hospitalisation, les relations avec le médecin référent évoquent volontiers les stratégies paradoxales. Voici ce que Caroline en dit :

*« J'ai refait une tentative de suicide, ils m'ont fait mal aux urgences... Et puis, bon, vous avez été dur avec moi... Vous m'avez secouée en me disant que je n'avais pas été correcte puisque je vous avais demandé une hospitalisation et que juste après j'ai fait une tentative. Ça m'a secouée, c'était vrai mais vous l'avez dit brutalement et on n'a pas envie d'entendre quand on a tort! »*

*Et encore : « Vous m'avez dit j'attends de voir, en me faisant comprendre que vous ne me croyiez pas sur parole. Ça m'a touchée et ça m'a motivée encore plus, j'ai essayé de me tenir... »*

De fait, en plusieurs occasions, ses engagements furent pris en défaut. Devant des conduites réitérées de fuite et d'absences, des rappels à l'ordre et des mesures d'exclusion – paradoxales (Watzlawick et al., 1974) – furent nécessaires, surtout au début de la prise en charge. D'aucuns considéreront sans doute que c'était trop exiger d'elle par rapport à ses capacités d'alors ; c'est pourtant à cette époque, dans ce contexte, qu'elle commence à avoir une vie un peu moins chaotique et un travail suivi, et qu'elle assoit sa psychothérapie individuelle sur des bases solides. Cette vérification de la possibilité de se déprendre du lien d'emprise qu'elle vivait probablement par rapport à l'équipe soignante de l'unité était peut-être la condition de l'acceptation ultérieure d'un contrat de soin comportant ses règles et ses limites.

Ses modes de relation avec les autres patients se sont quasi inversés entre le début et la fin des soins : d'abord du côté de la rivalité féroce, ensuite de l'empathie et du soutien interactif (avec peut-être une part d'idéalisme qui viendrait en souligner la fragilité). Cette évolution, qui a été progressive et lente, s'est nourrie de l'ensemble des démarches thérapeutiques tout autant que du changement des attitudes de l'environnement et de la famille, par le jeu de boucles de renforcement mutuel. Elle peut aussi se formuler en terme de recadrage, notamment dans une relecture de ce qui s'est, pour partie, joué en groupe de psychodrame, quand Caroline prend la mesure de ses projections (voir ci-dessus). Distinguer ce qui serait là de l'ordre de l'interaction selon la première systémique, du modeling cognitiviste ou de la perlaboration psychanalytique n'a évidemment de sens que relativement aux fondamentaux des thérapeutes.

### *Avènement du sujet*

Dans le cas de Caroline comme dans tous les cas, il convient d'abord de faire preuve de beaucoup d'humilité et de mesurer que les ressources du patient et également de son entourage, ainsi que les opportunités de la vie

jouent un rôle déterminant. Encore faut-il leur offrir des conditions propices qui sont, dans notre expérience de ces formes graves de troubles identitaires témoignant d'impasses développementales, avant tout des garanties d'étayage et d'accompagnement pluridisciplinaire au long cours, sous des formes évolutives et selon une temporalité qui est loin d'être toujours continue.

Remarquons l'écart entre l'idée du patient sur la thérapie – ce qui consciemment l'aide, par où il pense que le changement opère – et les élaborations théorico-cliniques des thérapeutes se référant à leur champ conceptuel habituel. Les niveaux logiques ne sont évidemment pas du même ordre ! Il serait vain d'essayer d'attribuer tel effet à telle approche. Comment évaluer isolément, par exemple, l'impact de l'intervention effectuée par le thérapeute individuel et qui semble hypnotique : « Mademoiselle C. [...] vous pouvez guérir de la boulimie [...] vous ne vivrez pas toute votre vie avec ça [...] Vous pouvez réellement en sortir » (Rosen, 1983). Soulignons au contraire l'importance d'un dispositif global de soin qui ménage des possibilités de dégageant et de reprise à travers la pluralité des espaces et des intervenants, et la complémentarité de ceux-ci, que l'on a trop souvent opposés à tort.

Se trouve également bien mise en exergue dans le cas clinique développé ci-dessus la fonction essentielle d'un espace psychothérapique personnel suffisamment décalé des autres éléments de la prise en charge et en même temps dans une articulation minimale (au moins à travers la représentation de complémentarité que peuvent s'en faire les différents soignants impliqués).

Il nous semble que le modèle théorique du psychothérapeute est contingent par rapport à la qualité de l'alliance thérapeutique. Dans bien des cas, cet espace psychothérapique ne pourra réellement advenir que secondairement, quand des ouvertures se seront manifestées au niveau de l'accompagnement soignant, institutionnel éventuellement, quelles que soient ses modalités. Il faut que le patient se reconnaisse au moins un peu sujet de sa démarche pour qu'elle prenne sens.

Nous avons parlé d'évolution, de changement, non de guérison. À cet égard, les derniers propos de Caroline dans cet entretien valent mieux qu'une longue digression théorique.

*« Un jour j'ai dit : je suis triste mais ce n'est pas la fin du monde, je ne suis pas écrasée comme d'habitude. C'était la première fois que je gérais une souffrance comme ça, sans me punir, en acceptant d'avoir mal... Je suis contente de moi quand je peux dire : ça va et ni bien ni mal, ça dépend des jours. Alors j'ai l'impression de dire quelque chose de juste, c'est pas la catastrophe, pas l'extase, c'est juste... »*

Elle conclut : *« J'ai l'esprit bien moins envahi, je suis disponible... Avoir cette sécurité pour pouvoir faire des choses ; j'ai l'impression de vivre maintenant. »*

Qu'on mette le changement en relation avec l'élaboration de la position dépressive, selon le modèle psychanalytique de M. Klein, avec l'effet d'une

restructuration cognitive et émotionnelle, ou qu'on le comprenne comme résultant d'une redéfinition des frontières intrafamiliales selon le modèle de la thérapie familiale structurale, il s'agit dans tous les cas des mêmes faits cliniques vus dans des perspectives différentes, de lectures multiples du même processus de subjectivation qui confère à la patiente une liberté nouvelle.

## La question des indications

Le lecteur aura remarqué que nos commentaires du cas ne discutent à aucun moment l'indication de telle ou telle approche ; plus encore, que les chapitres de cet ouvrage n'abordent pas de manière détaillée la question des indications des différentes psychothérapies. Tout juste trouve-t-on quelques notations sommaires, quelques chapitres consacrés à l'abord d'un trouble donné ou l'exemple du traitement d'un trouble par le biais d'un cas clinique. En outre, ces présentations diffèrent d'un courant psychothérapeutique à l'autre selon la place faite au symptôme dans ce courant.

L'idée même d'indication renvoie en effet à celle de symptôme et de diagnostic, au sens de la nosographie, qui procède d'une approche essentiellement médicale, étrangère à nos modèles théorico-cliniques et peu pertinente pour discriminer nos choix et modalités d'interventions. Cette affirmation doit pourtant être nuancée.

Si l'engagement dans une psychothérapie structurée<sup>1</sup> requiert l'accord des personnes concernées, il faut s'interroger sur la nature de cet « accordeur » qui, pour être nécessaire, ne peut cependant suffire. Cette alliance, ce « lien collaboratif » – pour reprendre l'expression cognitiviste – peut n'être qu'un leurre, un écran, où patient et thérapeute s'enferment dans un rituel inefficace et interminable. Chacun sait en effet, tous courants confondus, qu'il ne suffit pas qu'un sujet se plie à la démarche pour que les conditions de possibilités d'un changement soient réunies. On sait que Milton Erickson craignait par-dessus tout les patients trop coopérants !

La thérapie naît de la rencontre de deux contextes : le contexte plaignant, qui porte la demande – un patient le plus souvent, mais ce peut être un groupe, familial notamment –, et le contexte soignant, qui porte l'offre – à savoir le praticien (ou les praticiens dans certains dispositifs) reconnu à cette place par la société. De cette rencontre advient un nouveau contexte, le contexte thérapeutique, co-créé par les précédents et propice ou non au changement.

---

1. Nous excluons de ce propos l'action psychothérapeutique qui intervient dans toute relation d'aide ou de soin, quels qu'en soient les agents médiateurs – psychologiques, biologiques ou sociaux –, et qui peut être ou non le préalable nécessaire à une thérapie spécifique.

Cette co-création résulte évidemment de nombreux facteurs intriqués : les psychologie et psychopathologie du patient et son environnement, ses conditions de vie, ses attentes, ses références culturelles, etc., d'un côté ; la personnalité, la formation, les théories, les appartenances institutionnelles, etc. du thérapeute, de l'autre. La valeur thérapeutique n'est pas donnée d'emblée ; elle est imaginée, anticipée, ce qui fait parler d'« indication créative » ou « inventive » (Chambon et Marie-Cardine, 1999) quant au choix du dispositif psychothérapeutique. Nous voulons croire que nul ne s'engagerait, et que nul n'engagerait son patient, en toute conscience, sur un chemin impraticable ou qui ne mènerait à rien.

C'est dire que réfuter la problématique des indications au sens commun du terme, ce n'est pas bannir l'évaluation clinique de la situation, bien au contraire. Au praticien d'apprécier si, avec tel patient, dans tel contexte, il est, lui – sa personne et son savoir –, le mieux placé pour accompagner le changement, ou si tel autre thérapeute, telle autre approche ne seraient pas plus pertinents. De plus, toute thérapie déroulant un processus qui s'inscrit dans la durée, une réévaluation des conditions de possibilité de ce travail peut s'imposer dans le cours de son déroulement.

La démarche de l'« investigation psychanalytique brève » selon E. Gilliéron (voir supra p. 119-128 ; et Gilliéron, 1994) est exemplaire à cet égard ; mais la même rigueur soutient l'appréciation de la structuration psychique d'un postulant à la psychanalyse (son « analysibilité »), ou l'établissement de l'analyse fonctionnelle dans toute thérapie cognitivo-comportementale (la définition d'objectifs et un bilan systématique et répété après quelques séances permettent de recentrer le travail du patient). Seule une sérieuse connaissance clinique peut en garantir les conditions ; de ce point de vue, l'exigence des pouvoirs publics d'une formation de base des psychothérapeutes est parfaitement recevable ; reste à en préciser la forme...

Bien sûr, l'« équation personnelle » du thérapeute influence son jugement. Les premiers analystes l'ont rapidement compris, puisqu'ils ont institué la cure personnelle du futur psychanalyste pour circonvenir le contre-transfert ; mais certains – et pas seulement dans la mouvance psychanalytique – préfèrent encore ignorer les facteurs idéologiques qui leur font considérer la théorie ou la méthode à laquelle ils s'agrippent (Houzel, 1986) comme la seule valable, l'unique.

Nous retrouvons là un thème cher aux initiateurs de cet ouvrage, sur lequel nous sommes revenus au fil des pages, et qui en justifie la publication : un psychothérapeute ne peut ni tout connaître ni tout pratiquer ; il doit être conscient de ses limites et avoir un minimum de connaissance des possibilités des autres pour en offrir l'opportunité à celles et ceux qui lui font confiance en s'adressant à lui.

Poussée par l'exigence moderne de rationalité, la recherche en psychothérapie nous apprendra peut-être dans les années à venir à mieux

discriminer les indications des différentes psychothérapies. En l'état actuel, les études ne sont guère recevables et butent sur l'évaluation comparative de ce qui ne peut se comparer, en mettant en perspective des symptômes isolés aisément quantifiables d'un côté, et les subtils méandres du mal-être existentiel de l'autre. Pour l'heure, si l'exercice de la psychothérapie reste un « art du possible », faisons en sorte que ce soit « du mieux possible ».

## Bibliographie

---

- BEAUDRY M., BOISVERT J.-M. (1979). — *S'affirmer et communiquer*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (1999). — *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- DENEUX A. (2002). — « Troubles addictifs : groupe analytique en institution », in FALGUIÈRE J. (dir.), *Analyse de groupe et psychodrame. Fondements théoriques, dispositifs et pratiques en institution*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, p. 171-206.
- GILLIÉRON E. (1994). — *Le Premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- HOUZEL D. (1986). — « Le Choix d'une théorie comme défense contre l'angoisse psychotique », *Psychiatrie Française*, numéro spécial *Entre théorie et pratique, fonctions de la pensée théorique*, mai, p. 130-132.
- JEAMMET P. (1992). — « La Thérapie bi-focale », *Adolescence*, t. 10, n° 2, p. 371-383.
- KRESS J.-J. (1999). — « Les Rapports subjectifs du psychiatre avec ses théories », *Psychiatrie Française, Trente ans après I*, n° 3-99, p. 34-50.
- ROSEN S. (1983). — *My voice will go with you*, New York, Norton; trad. fr. : *Ma voix t'accompagnera*, Paris, Hommes et Groupes, 1986.
- SHAZER S. DE (1991). — *Putting differences to work*, New York, Norton; trad. fr. : *Différences. Changements et thérapies brèves*, Bruxelles, Satas, 1996.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. (1974). — *Change. Principles of problem formation and problem resolution*, New York, Norton; trad. fr. : *Changements. Paradoxes et psychothérapies*, Paris, Le Seuil, 1975.
- WHITE M., EPSTON D. (1990). — *Narrative means to therapeutic ends*, New York, Norton; trad. fr. : *Moyens narratifs au service de la thérapie*, Bruxelles, Satas, 2003.

## Pour en savoir plus

---

- COTTRAUX J. (2007). — *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*, Paris, Masson.
- YLIEFF M., FONTAINE O. (2006). — « Démarche diagnostique et analyse fonctionnelle », in FONTAINE O., FONTAINE P. (dir.) *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Retz.

