

Table des matières

Introduction	5
Chapitre 1 – Le contexte : l’usage des psychothérapies dans la société française	6
1. Les troubles psychiatriques dans la population française au XXI^{ème} siècle	6
1.1. Des classifications selon le modèle médical	6
1.2. Les principaux troubles pris en charge en France	8
2. L’usage de la psychothérapie : chiffres et pratiques	13
2.1. Les psychothérapies en France, aujourd’hui	13
2.2. Les professionnels de la santé mentale	14
2.3. Qui sont les usagers des psychothérapies?	16
3. Un exemple de prise en charge en France : la dépression	25
4. Vécu et attentes des patient.e.s français.e.s	28
4.1. Un grand besoin d’information du public et des usagers	28
4.2. Retour et satisfaction des psychothérapies	30
Chapitre 2 – Les psychothérapies en France	35
1. Quatre principales approches	35
1.1. Approche psychodynamique (psychanalytique)	35
1.2. Approche cognitivo comportementale	40
1.3. Approche systémique/stratégique	48
1.4. Approche humaniste/existentielle/phénoménologique	56
2. Efficacité des psychothérapies	61
3. Approche intégrative	65
3.1. Une demande de la société française ?	66
3.2. La formation universitaire	67

Chapitre 2 – Les psychothérapies en France

Ce second chapitre développe les principales approches, courants et illustre les pratiques en psychothérapie. Il est également l'opportunité de présenter des travaux innovants conduits pour évaluer l'efficacité des psychothérapies, et tenter de les comparer, selon le rapport INSERM (2004) et les polémiques engendrées. Enfin, l'approche intégrative en psychothérapie sera détaillée, selon des concepts sous-jacents : evidenced based and individualisation des prises en charge.

Tableau 9. Exemples de psychothérapie par approche

Approche	Psychodynamique : Psychanalytique	Cognitivo- comportementale	Systémique/ Stratégique	Humaniste/ existentielle/ Phénoménologique
Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Freudien • Lacanien • Jungien • Adlérien • Kleinien • PIP* o Latines o Américaines ... 	<ul style="list-style-type: none"> • TCC classique • Troisième vague • Thérapie processuelle • EMDR... 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie stratégique • Thérapie structurée • Thérapie interactionnelle brève • Thérapie intergénérationnelle... 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie humaniste • Centrée sur le client • Gestalt • Logothérapie • Hypnose • Thérapie existentielle...

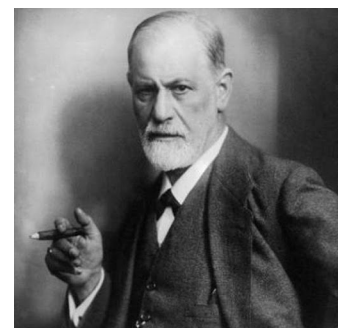
*PIP : Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

1. Quatre principales approches

Les différentes approches sont présentées ici selon leurs différences et ressemblances et non de manière exhaustive, alors que les enseignements spécifiques à ces approches le sont (ex. Enseignement sur les thérapies familiales de Madame Duriez).

1.1. Approche psychodynamique (psychanalytique)

La contribution de la psychanalyse à la psychiatrie a, aujourd'hui, plus d'un siècle d'histoire. La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du 19e siècle avec les travaux de Freud sur l'hystérie et l'interprétation des rêves. Par la description précise des phénomènes psychiques et la formulation d'hypothèses sur les mécanismes inconscients qui les sous-tendent, Freud a voulu inscrire la psychanalyse dans une approche scientifique dès son origine. Le développement de la psychanalyse s'est considérablement accentué après la Seconde Guerre mondiale.



L'approche psychodynamique regroupe différentes pratiques psychothérapiques : la psychanalyse traditionnelle (cure-type) mais également les psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. Ces pratiques relèvent toutes d'une théorie commune : la théorie psychanalytique, s'intéressant aux différents niveaux des événements actuels, à l'histoire individuelle et familiale et aux conditions du développement de la personne. Cependant, il existe certaines variations

théoriques et pratiques qui renvoient à des modélisations différentes, aspects nosologiques et étapes de la psychothérapie.

1.1.1. Conception théorique

La psychanalyse s'attache à une approche de la réalité psychique et au processus pathologique, en tissant des liens étroits entre théorie et pratique. L'approche thérapeutique consiste à apporter une aide psychologique externe et à organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer (Freud et al., 1956). Il s'agit d'une démarche narrative, interactionnelle, tout repose sur une **activité de co-pensée** (Widlöcher, 2001). L'analyste et l'analysant associent l'un avec l'autre, l'un par l'autre, l'un grâce à l'autre. L'analyste, dans la mesure où il écoute et où il essaie de comprendre l'autre, est aussi conscient de son propre travail psychique. Il s'agit en quelque sorte d'une double réflexion, une double méta-connaissance.

Cette démarche met l'accent sur la potentielle **prise de conscience** (*insight*) par le·a patient·e **des conflits psychiques** dont il·elle souffre (vulnérabilités et difficultés) et sur l'**acquisition de nouvelles capacités psychologiques** et développementales (concernant la construction du moi et la symbolisation). Les psychothérapies s'appuient alors sur les théories psychanalytiques incluant **transfert¹⁵, pulsions, mécanismes de défense, comportements et symptômes**.

Ces éléments thérapeutiques constituent le premier axe majeur de la psychanalyse : la **théorie du conflit psychique**. Un second axe correspond aux étapes du **développement psychologique**, de ses conditions et avatars potentiels (sous la forme de « fixations » ou d'un véritable déficit développemental). La conceptualisation de ce second axe s'est faite au fil de nouvelles indications : troubles du développement, narcissiques et borderline, psychoses, affections psychosomatiques.

Il existe **trois modèles principaux** dans l'approche psychodynamique (Bachmann et coll., 2003) :

- Concept conflit-défense-symptôme,
- Concept de déficience de l'individuation et de structuration du moi
- Concept d'interaction des représentations de soi et de l'objet.

Ces modèles permettent la compréhension de l'origine des troubles, la focalisation de l'évaluation diagnostique et la définition des objectifs thérapeutiques.

L'**organisation psychique** présente les traits saillants et déficits de la personnalité, et conditionne la lecture du monde, soit la **réalité psychique**. Cette réalité est mobilisée lorsque la situation (ex. événement du jour, confrontation interindividuelle, deuil, séparation) rappelle au sujet des événements traumatiques, évoque des fantasmes ou se heurte à des carences fonctionnelles. Face à telle situation, l'équilibre psychique peut être mis à mal et donner lieu à des symptômes, voire des décompensations psychiques¹⁶. La psychanalyse appréhende ainsi les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et masquée, d'une difficulté du sujet dans son rapport à lui-même et au monde. Cette difficulté peut s'exprimer de multiples façons et peut évoluer dans le temps. Par ailleurs, des mécanismes de substitution et de défense peuvent progressivement se mettre en place et contribuer à l'organisation de la personnalité et des modes de relation à la réalité.

¹⁵ Par la relation avec le·a psychanalyste, expérience de certaines modalités de relation à soi et aux autres.

¹⁶ Rupture de l'efficacité de l'ensemble des stratégies psychiques et comportementales mises en place jusqu'à cet événement pour éviter la souffrance.

Les différents éléments précédemment évoqués soulignent la complexité de l'évaluation psychodynamique. L'évaluation psychodynamique a pour **objectif de comprendre la structure fonctionnelle** à partir des traits principaux, leur possible origine, et leurs interactions. Le plus souvent les troubles sont associés et appelés comorbidités, cependant et exceptionnellement un trouble peut être isolé, par exemple à un stade encore très précoce ou dans une situation particulière comme le deuil.

La compréhension de la dynamique psychopathologique organise la pratique. La verbalisation peut permettre une réduction de la souffrance et des symptômes, par la prise de conscience, la distance et la possibilité d'action qu'apporte le passage du vécu et du représenté spontané à une approche réflexive structurée, mais elle constitue également la base d'un véritable réaménagement. En ce sens le rôle de la psychanalyste a été considéré par Wallon (1949) et Bion (1962) comme contenant des identifications projectives.

1.1.2. Formation

Les pratiques psychanalytiques rassemblent des pratiques variées, de la cure psychanalytique à des formes plus directives. Cette flexibilité est inhérente à la pratique, et est à ce titre au cœur de la formation (Widlöcher, 2001).

La formation à la psychanalyse se réfère bien plus à la **transmission d'une pratique** qu'à la communication d'un savoir. Cependant, on peut aisément identifier certaines **compétences essentielles** à l'analyste :

- L'écoute **associative** permet au psychanalyste de s'adapter à la flexibilité technique ;
- L'élaboration d'un **cadre propice** au développement d'un travail psychodynamique ;
- La pratique du **diagnostic et de décision thérapeutique** qui se rapporte à la fois à l'évaluation de la structure psychique et à la capacité de l'analyste de concevoir ce qui pourra se jouer dans la relation transférentielle et son habileté à y répondre.

La formation des psychanalystes repose sur trois composantes essentielles : **analyse personnelle, supervisions de cas traités et enseignement théorique.**

L'analyse personnelle est une condition rigoureusement nécessaire et peut être de nature variée, thérapeutique, didactique ou formatrice. Il existe des différences d'institut de formation à l'autre, celles-ci reposent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Ces écarts ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes « institutions » ne se reconnaissent plus nécessairement dans une formation commune.

La supervision a également pour objectif de familiariser le futur psychanalyste avec la pratique de la psychanalyse, et plus précisément de lui permettre de transposer dans sa pratique l'expérience qu'il a eue comme analysant.

Les apports théoriques sont éloignés du cadre académique et privilégient ainsi des enseignements au choix, des séminaires de recherche et d'étude de textes.

L'évaluation des candidats avant le début de l'analyse personnelle n'est plus de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du·de la candidat·e au sein d'une association psychanalytique.

Les instituts dispensant des enseignements théoriques sont plus ou moins liés aux sociétés de psychanalyse telles que la Société psychanalytique de Paris, l'Association psychanalytique de France ou encore l'Association lacanienne internationale. Ces associations se réfèrent à plusieurs cadres théoriques (freudien, adlerien, junien, kleinien, lacanien), en France. Cependant, dans d'autres pays, les

enseignements sont souvent inspirés des méthodes universitaires, voire intégrés dans un enseignement universitaire.

1.1.3. Les pratiques

La psychanalyse peut être considérée comme :

- une méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, actions, productions imaginaires d'un sujet (rêves, fantasmes, délires) ;
- une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée des mécanismes de substitution et de défense, du transfert et du désir ;
- un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche et Pontalis, 1973).

Suivant les normes formelles françaises, une psychanalyse nécessite un nombre de séances au moins égal à trois par semaine, d'une durée d'environ 45 minutes. Une cure psychanalytique s'étale sur plusieurs années (Widlöcher et Abel Prot, 1996).

La position du·de la patient·e limite le contact visuel avec l'analyste(ex. allongé·e). Ce·tte dernier·ère fait fonction d'objet transférentiel, en cela il·elle est le support des projections de l'analysant. Limiter le contact visuel concourt à l'élaboration et à la construction de la séance. Effectivement, même si l'analyse repose sur la règle fondamentale de la libre association (tout dire sans rien retenir, libérer par la parole ce qui était refoulé), les silences, les intonations, les difficultés d'élocution, les lapsus, ou toute autre manifestation tels que regard, attitude, posture... manifestent la disposition psychique du patient à l'instant.

Les psychothérapies diffèrent selon les sous-modèles auxquels elles se réfèrent, les objectifs particuliers qu'elles visent et les techniques spécifiques utilisées pour les atteindre. Les psychothérapies s'adaptent aux caractéristiques et besoins spécifiques des patient·e·s : les psychothérapies à long terme, les psychothérapies brèves, et les psychothérapies psychanalytiques d'enfants (cf. Tableau 10). Cependant, les psychothérapeutes peuvent utiliser une technique moins stricte que la psychanalyse. Pour être considéré comme une psychothérapie psychodynamique bien définie, le travail doit inclure celui du transfert.

- Psychothérapies à long terme concernent des pathologies complexes, telles que par exemple les troubles graves de la personnalité, en particulier borderline, les névroses chroniques et les troubles psychotiques.
- Psychothérapies brèves concernent des situations très spécifiques, développées à partir de cas. Il s'agit, par exemple, de la psychothérapie focale de Malan a pour objectif les conflits internes présents depuis l'enfance. Cependant, ces thérapies sont peu utilisées en France.
- Psychothérapies infantiles

Tableau 10. Techniques de l'approche psychodynamique

Technique	Définition
Psychanalyse	Méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet, méthode fondée sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation.
Thérapie psychanalytique	Méthode psychothérapique fondée sur l'investigation consistant à mettre en évidence la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet. Cette méthode est spécifiée par l'interprétation contrôlée des mécanismes de défense, de la résistance, du transfert et du désir ainsi que par une dynamique des processus identificatoires
Thérapie brève psychodynamique (en moyenne 12 séances au rythme d'une séance par semaine)	Interventions thérapeutiques spécifiques concernant un « état » ou un « problème » spécifique pour obtenir la modification de cet état ou la résolution du problème.
Thérapie interpersonnelle psychodynamique (10 à 12 séances)	L'accent est mis sur les expériences psychosociales et interpersonnelles du patient.

Les psychothérapies à long terme se déroulent sur plusieurs années et s'appliquent à des pathologies complexes, comme par exemple les troubles graves de la personnalité (notamment borderline). Dans le trouble de la personnalité borderline, la psychothérapie s'attache aux déficits qui ont marqué les premières phases du développement de l'enfant. Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation qui se répètent dans les situations courantes de la vie et s'expriment au cours de la psychothérapie. Le psychothérapeute utilise différentes techniques : expressive, analytique modifiée, exploratoire. Il s'agit de contenir, confronter, interpréter et soutenir selon le degré de sévérité d'expression de la pathologie. Mais il est tout d'abord indispensable d'installer un cadre thérapeutique stable pour que le traitement puisse commencer. La technique utilisée pour le traitement peut évoluer au cours de la psychothérapie. Ainsi « l'interprétation » peut être contre indiquée initialement et efficace ultérieurement.

Les **psychothérapies psychodynamiques brèves sont assez peu utilisées en France**. Elles varient des formes les **plus directives et centrées sur l'événement** jusqu'à celles qui sont **plus interprétatives et centrées sur la personnalité**. Leurs critères d'indication et de contre-indication (troubles sévères, faible motivation pour une thérapie) sont très précis.

Tout d'abord, un premier exemple de psychothérapies brèves est celui de la psychothérapie focale (David Malan, élève de Balint) centré sur le conflit interne. Pour cela le thérapeute identifie des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs. Le nombre de séances est généralement de 20 à 30. Un second exemple est la psychothérapie brève par provocation d'anxiété (Peter Sifneos). Elle se concentre exclusivement sur le conflit œdipien, le patient doit avoir une plainte principale spécifique et reconnaître la nature psychologique de ses symptômes. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient dans sa vie précoce et le conflit actuel. Les traitements de ce type, dans leur vaste majorité, comportent de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au-delà de 20 séances.

- Relation thérapeutique en psychanalyse

Le transfert est indissociable de la psychanalyse, il est d'ailleurs impensable que la relation thérapeutique continue si le transfert ne s'est pas établi. Le psychanalyste adopte une **posture de retrait**

nécessaire pour deux raisons : une prise de distance et l'établissement d'un lien singulier entre patient et analyste faisant office de support projectif. Le transfert est un élément dynamique constituant **une régression puis une projection de prototypes infantiles** à destination originelle des parents. Le psychanalyste par sa posture de retrait, en effaçant ce qui fait sa réalité, permet cette projection d'une relation envers un être qui n'est pas présent, en l'occurrence la mère ou le père. Le transfert facilite au départ un cheminement thérapeutique, il peut parfois l'entraver par la suite. En effet, la conscientisation d'une relation transférentielle permet de prendre la posture la plus adaptée. Le transfert suscite des émotions, ne laisse pas indifférent et est un passage que la psychanalyse pense obligatoire pour une « libération » possible du sujet. Le transfert **constitue une répétition**, élément qui va de pair avec celle de **perlaboration** qui constitue cette fois une sortie de cette répétition. En-effet la psychanalyse a théorisé sur la notion de **répétition**, notamment névrotique, **comme essence du dysfonctionnement** : répétition de relations transférentielles enfermantes, de symptômes faisant irruption dans les rêves, se manifestant dans le corps ou l'esprit et durant les séances. L'**association libre** est un moyen pour l'analyste et le patient de **cheminer vers des contenus de pensées et des affects inconsciemment rattachés**. L'**évocation et l'interprétation des rêves** sont également des moyens privilégiés d'accès à ce qui fait problème pour le sujet. La psychanalyse ne **s'attache**, pas tant à modifier ou changer, mais d'abord à **comprendre les individus** à l'aide de théories expliquant le développement et l'évolution du sujet notamment par certains éléments fondateurs popularisés auprès du grand public : stade oral, anal, phallique, complexe d'Œdipe, etc.

1.2. Approche cognitivo comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux anglo-saxons remontent à la fin des années 1950. Les TCC représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique, et son essor doit beaucoup aux développements récents des essais contrôlés randomisés (RCT) et des méta-analyses. Actuellement, les TCC représentent un courant majeur de psychothérapie en France.

1.2.1. Conception théorique

Les TCC font référence aux modèles issus :

- Des théories de l'apprentissage : **conditionnements** classique et opérant, apprentissage social
- Des théories cognitives fondées sur l'étude du traitement de l'information : **processus de pensée** conscients et inconscients **qui filtrent et organisent la perception** des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet.
- *Conditionnements, classique et opérant*

Le **conditionnement classique**, ou pavlovien, consiste à associer un stimulus neutre en le présentant un quart de seconde avant un stimulus inconditionnel, pour déclencher une réponse. Par la suite, le stimulus neutre déclenche, à lui seul, la réponse, et est associé automatiquement à des manifestations émotionnelles. La conscience joue donc un rôle dans les processus d'habituation (LeDoux, 2000) : les personnes présentant des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la **voie courte, automatique et inconsciente**. Ceci explique des réactions de colère, de violence ou de peur

disproportionnées par rapport à la situation. Cette conceptualisation (cf. Figure 9) illustre l'impact des TCC sur les émotions, comportements et cognitions : la thérapie comportementale agit sur la voie courte, émotionnelle, et la thérapie cognitive sur la voie longue, plus rationnelle.



Figure 9. Les voies du traitement de l'information émotionnelle (Heller et al., 2014)

Interprétation : La voie courte est automatique et inconsciente, la voie longue fait intervenir la conscience. Les troubles émotionnels utilisent surtout la voie courte.

Le **conditionnement opérant**, ou skinnerien, décrit le **développement et le maintien des réponses** motrices et verbales : (1) l'individu agit sur l'environnement (2) les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement, et (3) il répète ou élimine le comportement. Le **maintien d'un comportement passe par l'analyse de ses conséquences** : une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter (renforcement positif), et, inversement, face aux conséquences négatives l'individu aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement (renforcement négatif). L'absence de conséquences négatives ou positives, soit l'absence de tout renforcement, entraîne progressivement la disparition de ce comportement : c'est l'extinction.

- *Apprentissage social*

Le changement psychothérapique a lieu **dans la mesure où un sujet se considère, à nouveau, comme capable de présenter un comportement et qu'il pense que ce comportement aboutira à un résultat** (attentes de résultat). L'**impuissance apprise** (Maier & Seligman, 1976) et la perte **du sentiment d'auto-efficacité** (Bandura, 1977) sont deux concepts qui rendent compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression et en cela deux supports de travail thérapeutique. Alors, modifier les attentes de résultats et d'efficacité est un principe général de changement utilisable en psychothérapie.

Par exemple, les techniques dites de « *modeling* » sont utilisées pour **développer la compétence sociale**. Il s'agit de présenter par des jeux de rôles entre thérapeute et patient (voir thérapeute-thérapeute) ou des enregistrements vidéo des « modèles compétents » de réponse d'adaptation aux problèmes spécifiques d'interaction sociale. Le patient s'inspire du modèle pour donner sa propre version et ses progrès sont alors discutés. Cela permet alors de développer le sentiment d'auto-efficacité et limiter celui d'impuissance.

Pour aller plus loin : Vidéo pour illustrer l'impuissance apprise :

https://www.youtube.com/watch?v=j9I95BJsINc&feature=emb_logo

- *Principes issus de la psychologie cognitive et modèle interactionnel*

Les techniques des TCC interviennent à 3 niveaux : **comportemental, cognitif et émotionnel**.

Dans la théorie des TCC, le **comportement est considéré comme le trouble** à part entière et non comme un simple symptôme ou signe. Le comportement est ici défini comme un *enchaînement ordonné d'actions destiné à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète*. L'objectif de la thérapie n'est **pas de supprimer une séquence comportementale, mais d'apprendre une nouvelle séquence**, non pathologique et incompatible avec le trouble. Il s'agit bien d'assimiler le nouveau comportement dans l'ensemble de l'organisation psychique du sujet.

La cognition consiste en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du **savoir sur soi et le monde extérieur**, tandis que les phénomènes mentaux, conscients et inconscients, permettent de **s'adapter aux stimuli internes et externes**. Les TCC se centrent alors sur les processus mentaux les plus élaborés : **la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire**. Ainsi les TCC s'intéressent aux **schémas mentaux inconscients** situés dans la mémoire à long terme. Étant supports du traitement de l'information et du savoir d'un individu, les schémas mentaux guident alors l'attention et la perception sélective des stimuli internes et externes. Ces schémas sont tant des facilitateurs (rappel des souvenirs) que des freins, puisqu'ils entraînent des déformations de la perception, de l'attention et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles aux existantes. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir de l'individu.

Les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli externes. Cependant, l'individu ne répond pas passivement et en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé. Sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis. La transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur...) dépend de l'interprétation de la situation et non de la situation en elle-même. Ainsi l'affect dépendrait de la cognition.

Le **modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques** peut se résumer en dix propositions (Alford et al., 1997 ; Clark et al., 2008).

- Les schémas mentaux représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
- Les schémas mentaux influencent les stratégies individuelles d'adaptation.
- Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. Ce sont des préjugés ou des « attitudes dysfonctionnelles ».
- Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité et en particulier les schémas précocement acquis.
- Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
- Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel, et le futur. Par exemple, les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression, les schémas de danger dans les phobies et les attaques de panique, les schémas de surresponsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif.
- Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
- Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir eu une valeur de survie dans l'histoire du sujet et représentent un vestige qui a survécu à son utilité pratique.

- Ils correspondent à des réseaux de neurones, gérant à la fois les émotions, les croyances, et les comportements.
- L'activation des émotions, et des pensées automatiques¹⁷ qui leur sont associées permettent d'accéder au schéma. Lorsque le sujet, au cours d'une séance de thérapie, ressent une forte émotion, le thérapeute lui demande quelle est la pensée ou l'image qui lui vient à l'esprit. Cette mise au jour de constellations de pensées automatiques permet de comprendre et d'évaluer progressivement les schémas et leur thématique.

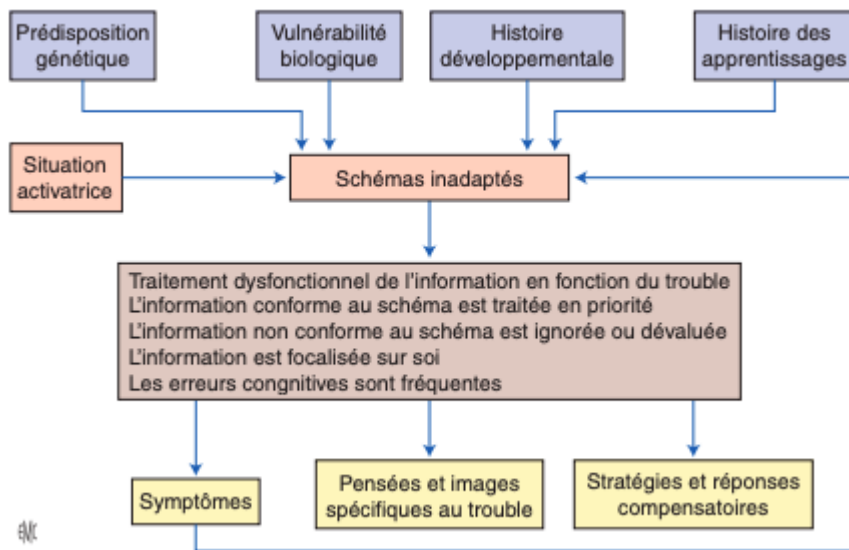


Figure 10. Théorie cognitive de la psychopathologie (Clark et al., 2008)

1.2.2. Formation

La formation est ouverte à des publics variés : psychologues, médecins psychiatres, médecins généralistes (avec une bonne formation préalable en psychiatrie), infirmiers, psychomotriciens... Depuis 1980, il existe en France différents types de formations : des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) et des formations privées par l'AFTCC et autres associations. L'enseignement se déroule selon les critères de l'association européenne des TCC (EABCT) : une formation dans une association accréditée, 450 hs de formation, 200 hs de supervision, et un mémoire de pratique clinique. Concernant les aspects du développement du/de la thérapeute, si la thérapie didactique n'est pas une obligation, la **supervision** est cependant plus que nécessaire. On peut distinguer **trois niveaux de supervision selon la difficulté** des prises en charge.

¹⁷ On entend par pensée automatique une image, ou une pensée, dont le sujet n'est pas conscient, à moins de se focaliser sur elle.

Tableau 11. Niveaux de supervision selon les troubles et méthodes utilisées (Cottraux, 2004)

Niveau	Trouble psychopathologique	Méthode utilisée en supervision
1	Troubles anxieux États psychotiques	Jeu de rôle Présentation de cas avec échanges
2	États dépressifs Troubles de personnalité évitante, obsessionnelle — compulsive et dépendante	Prise de conscience des schémas activés chez soi et le·a patient·e Recentrer sur la valeur d'une action thérapeutique même en l'absence de résultats
3	Stress post-traumatique Troubles de la personnalité type borderline	Centrer sur l'impact du scénario de vie du·de la patient·e sur la thérapie Aider à prendre de la distance pour trouver les moyens thérapeutiques

Pour aller plus loin :

Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 24 (3), 151-159.

1.2.3. Les pratiques

Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale (notamment sous forme de psychoéducation et de résolution de problèmes chez les psychotiques).

Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes et limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques (Cottraux, 2004).

Pour les formes graves des troubles de la personnalité comme la personnalité borderline, les techniques ont dû être adaptées à ce cadre particulier : un programme intensif qui dure une année et associe thérapie individuelle une fois par semaine et thérapie de groupe.

Les principes thérapeutiques sont comportementaux et cognitifs, ils font appel à la gestion des contingences de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique (synthèse dialectique), l'exposition aux émotions (implosion ou flooding), et au développement des comportements adaptés socialement. Il est complexe d'énumérer toutes les techniques utilisées en TCC de manière exhaustive. Cependant, elles peuvent être organisées selon trois grands groupes (cf. Tableau 12).

Tableau 12. Techniques de thérapies comportementales et cognitives

Modèle	Technique	Indications
Modèles issus du conditionnement et du principe d'habituation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposition en imagination et in vivo ○ Exposition avec prévention de la réponse rituelle de neutralisation 	Phobies, problèmes sexuels, stress post traumatique Trouble obsessionnel compulsif
Modèles issus de l'apprentissage social	○ Jeux de rôles, affirmation de soi, développement des « habiletés ou compétences sociales »	Phobie sociale, dépression, réhabilitation des états psychotiques
Modèles cognitifs	○ Restructuration cognitive, discussion socratique, modification des pensées automatiques, modification des postulats et des schémas, résolution de problèmes	Dépression, phobies, obsessions, psychoses, troubles de la personnalité

- Déroulé de la TCC

Le déroulement de la thérapie selon plusieurs étapes.

- (1) **Analyse motivationnelle** a pour objectif de définir conjointement (patient·e et thérapeute) des objectifs de traitement et de mettre en évidence du stade de changement où se situe l'individu dans le processus de changement (cf. motivation au changement plus bas).
- (2) Établir une **relation thérapeutique de collaboration** : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien
- (3) **Analyse fonctionnelle** : définition des comportements problèmes, et relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique. Cette étape capitale a pour objectif de mettre en évidence pour chaque patient·e l'application de principes généraux. Le thérapeute utilise alors des grilles d'analyse fonctionnelle (ex. SECCA (Cottraux et al., 1985)) permettant de comprendre le fonctionnement du·de la patient·e vis-à-vis de ses comportements problèmes présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses (de déclenchement et maintien du trouble) communes au patient·e et thérapeute.
- (4) **Explication** du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées
- (5) **Développement de capacités** d'autogénération et d'autogestion
- (6) **Évaluation des résultats** du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer
- (7) Programme de **maintenance et suivi** durant un an après la fin de la phase active de traitement.

Pour aller plus loin :

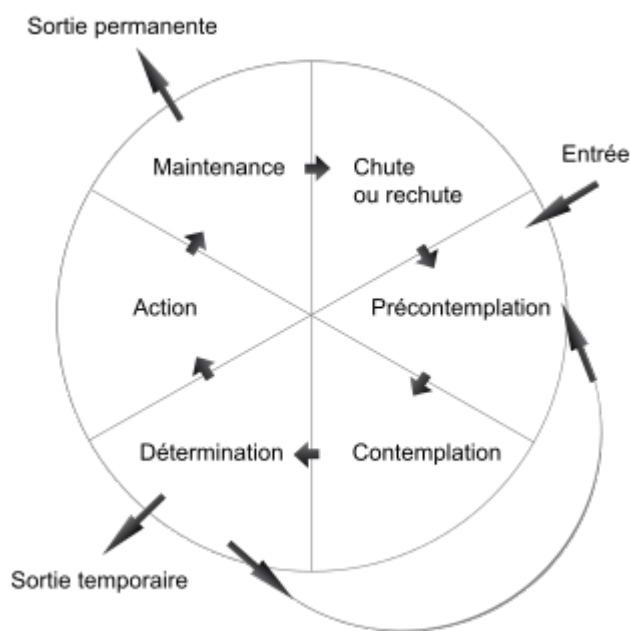
Lebrun, C., Gély-Nargeot, M. C., de Cock, V. C., & Bayard, S. (2016). Prise en charge par thérapie cognitive comportementale d'une insomnie chronique comorbide d'une maladie de Parkinson : protocole expérimental d'observation d'un cas unique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 26 (2), 56-69.
En document joint.

La motivation au changement

Il n'y a **pas de changement sans motivation**, c'est-à-dire l'espoir d'un résultat ou l'attente d'une quelconque efficacité de la thérapie entreprise (Bandura, 1977). Il est donc primordial que le·a patient·e ait le désir de changer et un certain niveau de motivation.

Le changement relève principalement d'apprentissages et de désapprentissage. Les TCC ont donc pour objectif d'apprendre le·a patient·e à s'auto-observer, s'autoévaluer et utiliser des méthodes transposables à d'autres problèmes que celui étant motif initial des consultations, donc au-delà de la prise de conscience des traumatismes à l'origine du conditionnement.

Plus spécifiquement, le changement d'un élément de la structure entraîne une modification de celle-ci par l'intermédiaire d'un réaménagement des autres éléments constitutifs. Le choix des comportements, émotions et/ou cognitions cibles, est fondamental, car la modification de l'un entraîne une réaction en chaîne. Selon le même procédé, les sujets se trouvent souvent captifs de scénarios de vie et la répétition des mêmes comportements inefficaces (Cottraux, 2020). La résistance fait partie du processus de changement.



Le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente (Prochaska & Diclemente, 1986) illustre toute thérapie et révèle six étapes :

Précontemplation : le sujet n'est pas conscient de son comportement problématique, il n'envisage pas ou est découragé à l'idée de changer ce comportement. Le changement relève de motivations externes (ex. maladie, mariage) qui exercent une pression et imposent de considérer la possibilité d'un changement. L'apport thérapeutique est alors de sensibiliser au comportement problématique.

Contemplation : le sujet a conscience du comportement problématique et témoigne alors une

certaine ambivalence à son égard. Il admet qu'il a un problème, mais hésite encore à renoncer aux bénéfices relatifs. Il étudie les possibilités et le coût (psychologique et financier) du changement. Il s'agit alors de se préparer au changement, via l'observation des autres, la recherche d'information, la prise de conscience, la confrontation au problème via les autres, etc.

Décision : le sujet est prêt à agir. Il établit alors un plan d'action. Une solution est influencée par les expériences passées et tentatives antérieures de changement. Certains ont fait plusieurs tentatives infructueuses, il·elle·s ont alors besoin d'encouragements pour se décider de s'engager à nouveau.

Action : le sujet a commencé à agir et à modifier son comportement problématique. La ressource majeure est alors le sentiment de contrôle perçu sur la situation.

Maintien : le sujet travaille alors à consolider le changement de comportement et cherche à prévenir la rechute, autrement dit il s'agit de pérenniser le changement obtenu.

Rechute : si l'ensemble des efforts échoue, le sujet entre alors dans un nouveau cycle en repartant d'une étape antérieure (ex. contemplation).

Dans les TCC, les psychothérapeutes sont considérés comme facilitateur du changement : leurs interventions sont d'aider les patient·e·s à passer d'un stade à l'autre aussi rapidement, mais surtout aussi efficacement que possible. Cependant, les patient·e·s demeurent seul·e·s agent·e·s du changement.

Pour aller plus loin :

Entretien motivationnel

- ***Déroulé d'une séance***

Au cours des TCC, les **thérapeutes disposent d'un rôle particulièrement actif**. Les séances sont structurées selon le modèle issu des thérapies cognitives de la dépression (Beck, 1979) étendu, par la suite, aux différentes indications des TCC.

Les séances débutent systématiquement par l'**évaluation des tâches effectuées entre les rencontres**. Puis, un **déroulé de séance est défini** et permet d'établir avec le·a patient·e un thème. Au cours de la séance, le·a thérapeute propose fréquemment (toutes les 10 minutes environ) un **résumé de la séance** qu'il propose à la discussion au patient·e.

L'interaction thérapeute et patient·e est marquée par l'utilisation de la **méthode « socratique » de questionnement** qui permet de mobiliser les croyances, l'**absence de confrontation directe** du·de la patient à sa problématique, mais l'utilisation d'un **jeu de questions-réponses** pour développer une prise de conscience progressive. Des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont également utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du·de la patient.

Un résumé de séance est sollicité par le·a thérapeute de manière à mettre à jour ce que le·a patient·e retient de la séance, résumé qui est également discuté. Enfin, le·a thérapeute demande un **feed-back par le·a patient·e** sur ce qu'a fait ou dit le·a thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser. Avant de clôturer la séance, thérapeute et patient·e définissent ensemble des tâches cognitives et comportementales à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et établissent un agenda concernant le(s) point(s) à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

- ***Relation thérapeutique***

Le transfert comme moyen de déclenchement de reviviscences émotionnelles et de prise de conscience des structures inconscientes profondes n'est pas un moyen fondamental en TCC. Effectivement, le **transfert n'est pas favorisé par les caractéristiques des TCC** : caractère bref de la thérapie, situation de face à face, structuration des séances par un agenda, caractère pédagogique de la relation, fait de proposer des programmes d'activité en dehors des séances. Le transfert se nourrit dans la régression du conscient vers l'inconscient, du présent vers le passé, de la pensée logique vers la pensée magique. Le

transfert est, donc, ici, découragé par l'approche réaliste proposée au patient et qui empêche la régression. Cependant, les émotions, la prise de conscience et le problème des structures mentales inconscientes sont abordés par d'autres moyens que le transfert.

Les TCC représentent une **synthèse de certains aspects de la psychanalyse et de la thérapie comportementale classique** :

- De la psychanalyse : l'intérêt porté à l'identification des thèmes latents dans la pensée du patient, la mise en évidence des interactions entre pensées, affects et comportement, et la genèse des schémas cognitifs
- De la thérapie comportementale : la structuration des séances, la définition d'objectifs thérapeutiques, l'opérationnalisation des techniques thérapeutiques et d'évaluation

Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes donnent autant d'explications que les psychanalystes, mais elles sont en relation avec une conceptualisation des problèmes du/de la patient·e. Ces problèmes peuvent également être associés à des explications d'ordre biologique selon leur nature et la vulnérabilité génétique du/de la patient (ex. trait familial anxieux).

La relation en TCC est une **relation de collaboration** empirique comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage et aux changements cognitifs du sujet. Cependant, le changement en TCC est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Il convient donc de **laisser la responsabilité du changement au sujet** sans exagérer l'importance du rôle du/de la thérapeute. La relation thérapeutique ainsi définie est une condition nécessaire, mais non suffisante.

Outil d'évaluation de la relation thérapeutique en TCC :

Cottraux (1995) : 12 items, paires d'adjectifs bipolaires, où les patient·e·s évaluent le·a thérapeute et le·a thérapeute évalue le·a patient·e à l'aide d'une échelle en 6 points.

En document joint.

1.3. Approche systémique/stratégique

L'approche systémique et stratégique regroupe une **grande diversité de pratiques**, elle-même inspirée d'**apports théoriques multidisciplinaires variés**, notamment la théorie des systèmes, la cybernétique, les théories de l'auto-organisation et les théories de la communication. Les premières thérapies familiales sont apparues dans les années 1950 aux États-Unis, comme mode de réponse thérapeutique à des situations de violence comportementale et mentale, de risque vital imminent, impliquant plusieurs membres d'une même famille et produisant souvent des effets perturbateurs sur l'environnement social.

Elles se sont ainsi développées pour faire face à une large gamme de troubles : troubles psychotiques, troubles psychosomatiques, troubles du comportement alimentaire, addictions, troubles démentiels, maltraitance envers les enfants, violence conjugale et familiale. Elles replacent l'individu dans son « **système** » relationnel et considèrent **la famille comme un partenaire thérapeutique**.



1.3.1. Conception théorique

L'approche systémique véhicule une singularité à plus d'un titre, **l'individu n'étant pas conçu dans sa dimension individuelle, mais dans les relations qu'il possède de fait avec un entourage**. S'il est évident que chaque être humain a des appartenances à différents systèmes (ex. famille, profession.), le propos de la systémie est d'en faire plus qu'une simple introduction et que cela accompagne le regard du·de la thérapeute et ses interventions. Pour cela, le·a thérapeute adopte une **démarche orientée par des modèles de fonctionnement**. Par exemple, la théorie des systèmes permet d'observer et de penser les actions, les processus de rétroactions, les mécanismes d'équilibre groupaux, les modes de communication, la place des mythes, les règles singulières de chaque groupe d'appartenance et ce que cela implique dans la relation avec le sujet qui en fait partie.

La définition la plus consensuelle des thérapies familiales correspond à toute forme de **consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes** faisant partie du contexte de vie d'une ou de plusieurs personne(s) en souffrance. Ces thérapies visent les symptômes, la souffrance, et les problèmes, les relations. Le processus thérapeutique implique les consultant·e·s, les personnes en souffrance, les thérapeutes impliqué·e·s, mais aussi l'entourage thérapeutique élargi et l'entourage des personnes qui consultent.

- *Théories du sujet, du symptôme et du changement*

Cette approche s'intéresse au sujet en tant qu'être relationnel, mais surtout à comment il est en lien avec la réalité et quelle est sa relation aux autres. Il est possible de **comprendre** le sujet, sa personne, voire les symptômes, **à travers une lecture étendue du système global**. Le mouvement d'un symptôme ou d'un sujet mobilise d'autres éléments qui sont interreliés. En ce sens, les **symptômes n'appartiennent pas à un sujet de manière singulière et stable**, mais s'inscrivent dans un système particulier et dans un temps donné.

L'approche systémique et stratégique se fonde également sur **la théorie cybernétique** (cf. Figure 11). La première cybernétique correspond à la **causalité circulaire** : toute action vient agir sur sa propre cause. En pratique, la recherche d'une cause au symptôme ou de sa diminution est abandonnée au profit d'une **analyse de la structure de l'interaction**. Il s'agit bien de se dégager d'une interprétation causalisme en s'intéressant à comment chaque réaction nourrit l'autre dans une boucle rétroactive singulière (plutôt que par ex., imaginer que l'agressivité de l'un répond à la colère première de l'autre). La seconde cybernétique correspond quant à elle au fait que le·a thérapeute forme un système qui entre en relation avec celui de la famille pour **former ensemble un supra-système**. Inhérent à cette conceptualisation se pose la question de l'autoréférence, puisqu'en étant dans un système nous avons tendance à en adopter les normes. C'est alors qu'interviennent des moyens comme la glace sans tain, la supervision, l'enregistrement des séances, et les arrêts de séances.

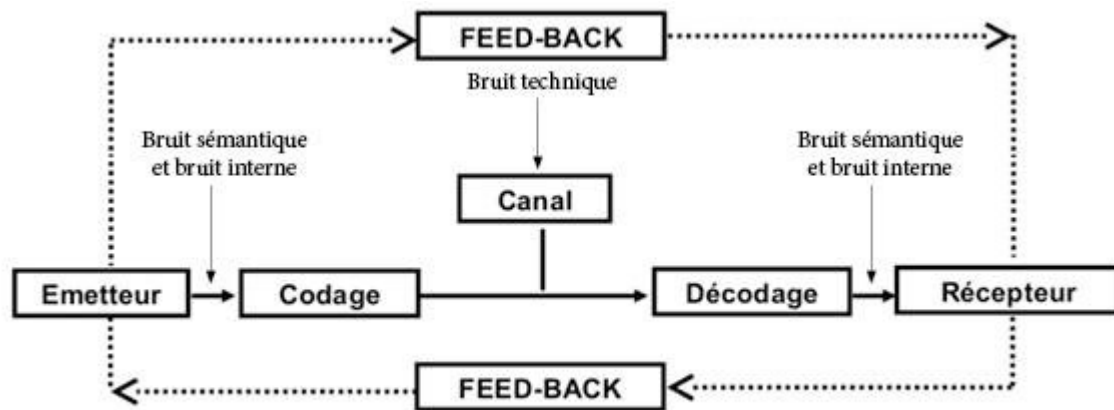


Figure 11. Modèle cybernétique (Wiener & von Neumann, 1949)

La théorie générale des systèmes propose d'abord la complexité des interactions des éléments composant les systèmes (cf. Figure 12). L'accent porte sur l'action de l'environnement sur le développement des potentialités de l'humain. Il en ressort qu'un système se définit par ses **interactions**, son caractère **adaptable** et ses **propres règles internes**. Cela correspond notamment au sous-système présent dans un système familial global, et qui est particulièrement intéressant pour observer les rétroactions, la circulation de l'information et les interactions d'un sous-système avec un autre ou avec l'ensemble. Comme tout système, la famille ait donc régi par des principes :

- principe de totalité : le tout n'est pas égal à la somme des parties
- principe de non-sommativité : un système n'est pas réductible à la somme de ses parties et à des qualités émergentes
- principe d'auto régulation : un système fonctionne de manière stable et homéostatique
- patient-désigné : le problème
- principe d'équifinalité : faire entendre qu'un même symptôme peut apparaître dans deux familles ayant emprunté des chemins différents.

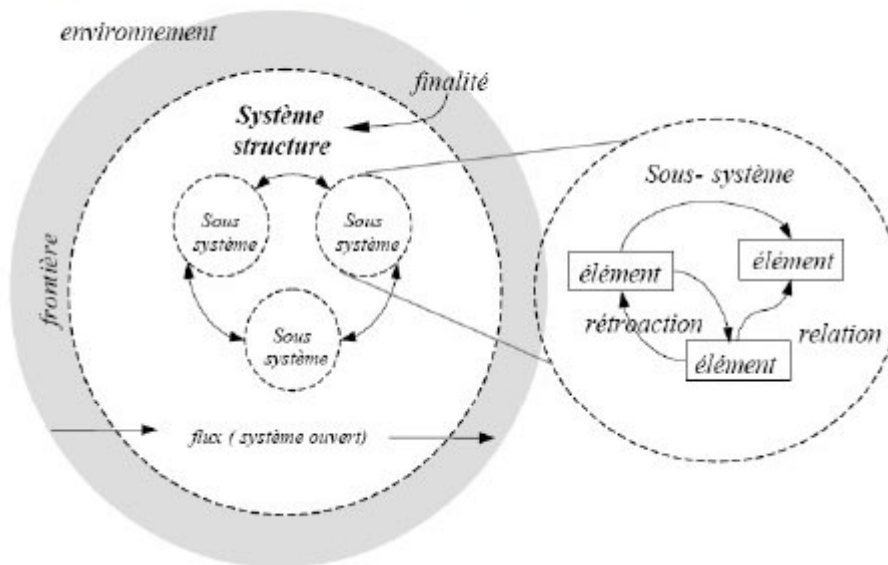


Figure 12. Théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy, 1968)

La **théorie de la communication postule l'impossibilité de ne pas communiquer** (Watzlawick, 1978). Les symptômes interviennent parfois parce que le sujet a du mal à se positionner dans le système, ceux-ci pouvant prendre la fonction d'un moyen de communication. De plus, le **contenu** de la communication est toujours **lié à une relation**. On distingue **deux modes de communication : digital et analogique**. Le premier est informatif, la chose est vraie ou fausse et le deuxième est le comportement qui accompagne le message. Ces modes de communication sont complétés de la ponctuation à savoir la manière d'**interpréter un fait dans un système de référence et la séquence des faits** (ex. processus d'escalades symétriques). Enfin, il est nécessaire d'envisager les **échanges comme symétriques ou complémentaires**, tout dépend de la considération accordée à l'autre, comme égal ou dans sa différence.

La clinique des communications familiales est apparue pour faire face aux situations de crise, de perturbations, de violences qui caractérisent de nombreux troubles comportementaux et mentaux : psychoses, maltraitance, troubles du comportement alimentaire, troubles addictifs, troubles psychosomatiques, démences. Les thérapeutes qui sont confrontés à ces troubles interviennent dans des situations marquées par la violence extrême, se traduisant par des états de dangerosité vis-à-vis de soi-même ou d'autrui. **Leur objectif** n'est pas tant de percer un mystère, ni même de supprimer des symptômes, que de **limiter les risques mortifères liés à ces symptômes, de gérer des contextes de survie et de solliciter des opportunités ouvertes sur la création et la vie**. Ces perturbations créent des situations critiques de survie qui mettent en cause l'identité des personnes et des groupes. Elles s'accompagnent d'une mise en question des systèmes de communication et de relation, des systèmes de croyance et de valeurs, des systèmes de connaissance et de reconnaissance qui opèrent habituellement dans la constitution des liens interhumains et les processus d'autonomisation. Le traitement de ces perturbations réclame des lectures multiples, qui débouchent sur des modes d'intervention éventuellement opposés : psychodynamiques, systémiques, comportementaux et cognitifs.

1.3.2. Formation

Une vingtaine de pays européens participent à l'organisation de l'Association européenne de thérapie familiale (EFTA). Le courant dominant est le courant écosystémique. Environ 200 professionnels français adhèrent directement à l'EFTA, en majorité des psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs et infirmiers. La Société française de thérapie familiale (SFTF), qui adhère à l'EFTA et à la Fédération française de psychiatrie (FFP), est composée de 300 membres, dont 180 membres titulaires. Ces derniers doivent justifier de 4 ans de formation à raison de 200 heures par an, et de 4 ans de pratique des thérapies familiales. Elle est composée, pour plus de 50 %, de psychiatres, et comporte également des psychologues, infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux. La SFTF édite un annuaire tous les deux ans. Certains thérapeutes familiaux français adhèrent conjointement à la SFTF et à l'EFTA. Il existe par ailleurs plusieurs courants de thérapie familiale psychanalytique, en particulier la Société française de thérapie familiale psychanalytique, et le Collège de psychanalyse groupale et familiale.

1.3.3. Pratiques

L'approche systémique est souvent oubliée dans les manuels français et trop souvent encore cette absence est justifiée par la complexité de cette approche qui évoque un groupe en même temps que des théories. La **diversité des orientations** théoriques, des **modalités** d'exercice et des **styles thérapeutiques** est à la mesure de l'extrême variété de contextes dans lesquels ces thérapies se réalisent, et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender. De plus c'est une approche qui est plus facilement **intégrable à d'autres**, l'histoire des thérapies familiales nous montre que psychanalyse et systémie se sont rapidement rapprochées pour cette modalité d'intervention (Miermont, 2000).

Au préalable et au contraire de ce que nous avons coutume de penser en France, l'approche systémique **peut s'adresser individuellement** au sujet et pas uniquement à l'entité famille. La systémie, c'est avant tout penser en termes de système où tout est interaction et sans identifier des facteurs uniques ou des causalités linéaires. Elles se distinguent des autres approches par l'**absence d'interprétation à partir de métapsychologie** (psychanalyse) et de **proposition de comportements cibles** (TCC).

Tableau 13. Définition des différentes approches familiales

Technique	Définition
Thérapies de couple psychanalytiques	Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients
Thérapies de couple psychodynamiques	Centrées sur l' <i>insight</i> et/ou les expériences affectives, l'expression du <i>self</i> , les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire
Thérapies de couple écosystémiques	Centrées sur l'amélioration des communications, la prescription des paradoxes, la prise en considération de l'écosystème
Thérapies de couple comportementales-cognitives	Centrées sur l'amélioration des conduites et des cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'apprentissage des habiletés aux relations sociales
Thérapies familiales psychanalytiques	Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients
Thérapies familiales psychodynamiques	Centrées sur l' <i>insight</i> et/ou les expériences affectives, l'expression du <i>self</i> , les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire
Thérapies familiales systémiques synchroniques	Centrées sur les communications dans l'ici et maintenant, la prescription des résistances, des symptômes, des tâches, des rituels, des paradoxes interactionnels
Thérapies familiales intergénérationnelles	Centrées sur l'équilibrage des dons et des dettes sur plusieurs générations, le repérage des loyautés invisibles, la promotion de l'éthique, les transmissions symboliques
Thérapies familiales multigénérationnelles	Centrées sur l'amélioration des niveaux de différenciation des <i>selves</i> , des triangulations et des projections multigénérationnelles
Thérapies familiales stratégiques	Centrées sur la gestion des conflits de pouvoir, des triangles pervers, la résolution de problèmes, les prescriptions paradoxales
Thérapies familiales structurales	Centrées sur le remaniement des coalitions, l'aménagement des frontières, les triangulations, la restructuration des règles et des interactions
Thérapies familiales comportementales-cognitives	Centrées sur les conduites et les cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'atténuation de l'expression des émotions critiques et hostiles, la gestion du stress, l'apprentissage de schèmes comportementaux et cognitifs, l'entraînement des habiletés aux relations sociales
Psychoéducation familiale	Centrée sur l'information sur les troubles, les maladies, les traitements et sur les attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie
Thérapies familiales narratives	Centrées sur les conversations, l'élaboration communautaire des événements vécus et des formes d'expérience
Thérapies familiales centrées sur la solution	Centrées sur les compétences et les ressources de la famille, et les moyens mis en œuvre par la famille pour se dégager des impasses liées aux symptômes et aux problèmes

Thérapies familiales humanistes	Centrées sur les attentes et la personnalité des clients, leurs aptitudes à l'autonomisation, et sur la capacité à choisir de maintenir les symptômes ou de s'en dégager
Thérapies familiales éclectiques et intégratives	Centrées sur l'ajustement des méthodes, des techniques et des théories en fonction des exigences des familles et des projets thérapeutiques
Thérapies familiales éco-étho-anthropologiques	Centrées sur les processus de deutéro-apprentissages (apprentissage d'apprentissages) concernant la ritualisation, l'organisation des croyances mythiques et des compétences et performances épistémiques
Thérapies familiales pour familles non volontaires	Centrées sur l'apprentissage des contextes sociaux au sein desquels émerge la demande de soins ou l'injonction thérapeutique : la famille comme méta-thérapeute qui aide les thérapeutes
Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives	Centrées sur l'échange d'informations, sur l'entraide, le partage des problèmes, les moyens d'y faire face, le développement de la solidarité interfamiliale
Thérapies psychosociales psychodynamiques	Centrées sur le psychodrame d'inspiration psychanalytique, les jeux de rôles, leur interprétation transférentielle
Thérapies psychosociales comportementales et cognitives	Centrées sur l'apprentissage aux habiletés sociales, à la réhabilitation socioprofessionnelle, à la gestion du stress

Les pratiques en approche systémique et stratégique sont diverses effectivement et relèvent initialement de la thérapie familiale systémique de Selvini :

- l'importance du recueil d'informations dès la prise de contact téléphonique ;
- une forte ritualisation et dramatisation du protocole thérapeutique ;
- une attitude de neutralité vis-à-vis des positions contradictoires des membres de la famille ;
- l'examen des comportements d'hubris dans la famille, c'est-à-dire de compétitions symétriques exacerbées dans les familles dites « à transaction schizophrénique »
- l'exploration des interactions par le « commérage en présence d'autrui », c'est-à-dire le fait de demander à un tiers ce qu'il pense de la relation entre deux autres personnes ;
- l'élaboration d'hypothèses, fréquemment élaborées et discutées pendant le déroulement de la séance ;
- l'énoncé de conclusions, éventuellement écrites, lues solennellement par un thérapeute, apportant un effet de surprise, et comportant une dimension contre-paradoxe.

Il peut s'agir de **prescrire des tâches et des rituels** (ex : inviter les parents à sortir le soir sans prévenir leur enfant psychotique alors qu'il impose une présence constante, déléguer les prises de décision alternativement à chaque parent un jour sur deux lorsqu'il existe un conflit à ce sujet). Par ailleurs, les thérapeutes en viennent à **connoter positivement les attitudes des membres qui assurent l'homéostasie du système**, surtout lorsque celles-ci apparaissent comme contre-intuitives au premier regard. Le « patient désigné » est l'enjeu d'instigations, de manœuvres, de discrédits, de coups tordus alors la thérapie a pour objectif d'**atténuer les aspects pathologiques des interactions**, afin de supprimer cette « désignation » et de normaliser la forme des échanges. Une autre orientation adapte les conditions de la cure psychanalytique classique à l'approche de la famille. La famille est alors appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelle et paternelle, et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe. Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'interfantasmatisation, à la sollicitation des activités oniriques.

Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation.

Différents outils existent en thérapie systémique. Les premiers sont à utiliser dans le système, ils peuvent être des objets flottants ou le génogramme (cf. Figure 13). Les seconds permettent aux thérapeutes de prendre un recul suite à son entrée dans le système familial : la glace sans tain, la supervision, l'enregistrement des séances et l'arrêt des séances.

- Relation thérapeutique en thérapie familiale

Le·a thérapeute **s'adapte au système présent afin de s'y affilier**. Alors, il s'agit d'accepter l'organisation et le style de la famille, en quelque sorte s'y fondre peu à peu. Cela est plus que nécessaire puisque l'approche systémique part du principe que les éléments d'un système s'influencent mutuellement. C'est grâce à des interactions que la modification d'un élément peut produire un changement en cascade sur tout le système. C'est pourquoi il faut **être dans le système pour pouvoir y impulser un changement**. « Si le thérapeute e peut s'affilier à la famille et établir un système thérapeutique, la restructuration ne peut se faire et tout effort pour atteindre les objectifs thérapeutiques échouera » (Minuchin, 1974). Il ne s'agit pas seulement d'une stratégie thérapeutique, mais bien d'une relation entre deux systèmes. L'affiliation doit concerner la famille et non seulement certains membres de la famille pour contrer au maximum les tentatives de ralentir ou détruire toute modification du système par certains membres. L'affiliation est en constante évolution, dépendante du moment, des spécificités des systèmes du·de la patient·e, du·de la thérapeute et de leurs interactions (Duriez, 2007). Alors en donnant du dynamisme au système général, l'affiliation permet donc d'impulser le changement en soi.

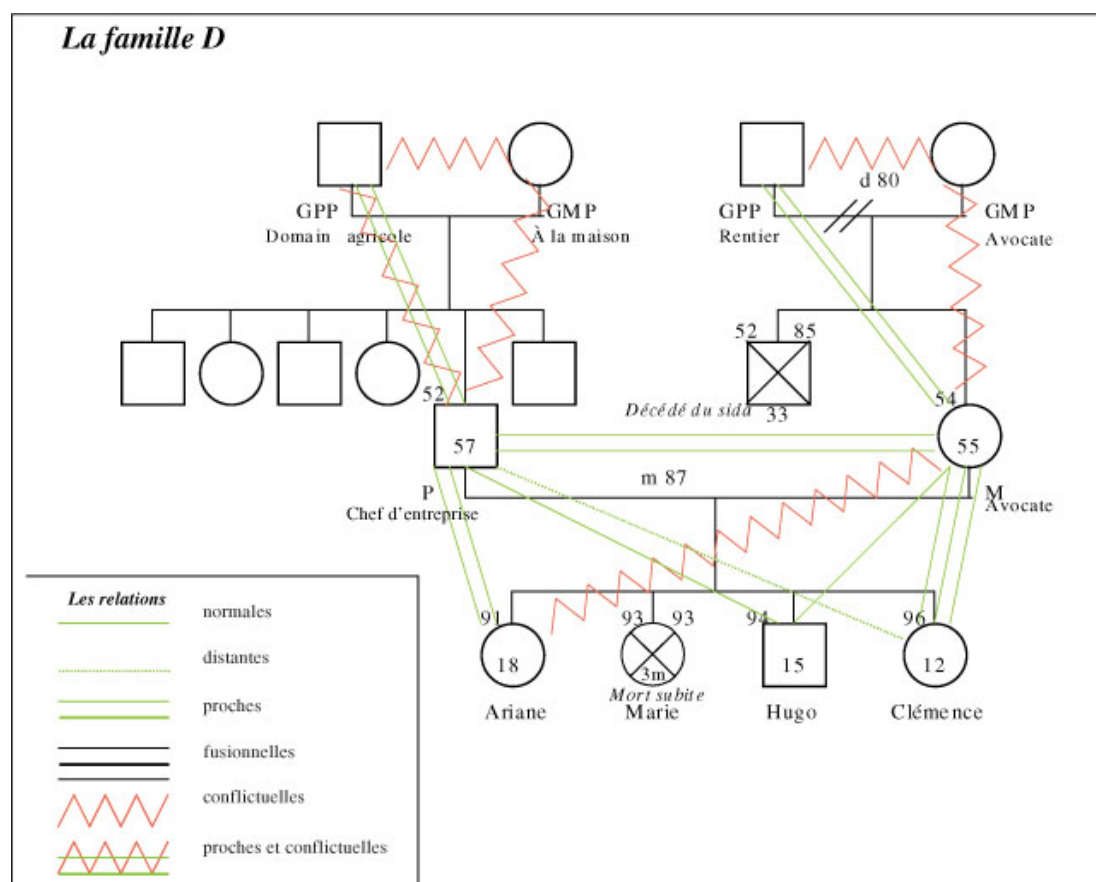
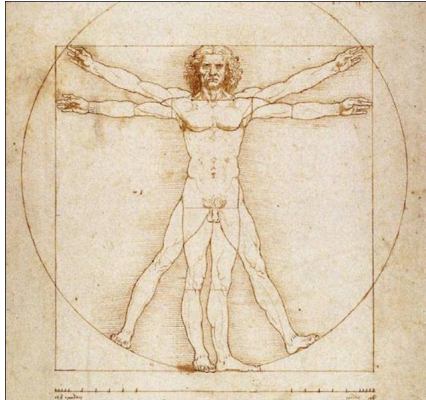


Figure 13. Exemple de Génogramme d'une famille

1.4. Approche humaniste/existentielle/phénoménologique



L'approche humaniste a pour objet d'étude la **subjectivité** et constitue une « *Troisième force* », selon Maslow et Rogers, après la psychanalyse et les TCC.

C'est dans un élan de liberté et de rejet dogmatique assez proche de l'humanisme de la Renaissance que la psychologie humaniste naît à la fin de la Seconde Guerre mondiale aux États-Unis. Ce nouveau mouvement affirme que l'homme perd toute sa liberté s'il se confie au déterminisme ou à l'objectivisme du béhaviorisme. Ce mouvement devient une organisation assez structurée, forte d'un nombre croissant de professionnels de la santé et de théoriciens de la personnalité. L'approche humaniste a démontré l'ambiguïté à interpréter le réel comme tente de le faire la psychanalyse ou l'impossibilité de réduire la complexité de ce réel comme souhaite le faire les TCC (Lecomte & Richard, 1999).

1.4.1. Conception théorique

- *Théorie de la motivation*

En opposition à la tradition médico-thérapeutique d'identification et d'éradication de la maladie, Maslow conçoit l'être humain comme une **personne en développement souffrant parfois de carences**¹⁸, et non comme un être à purger du mauvais en lui. Il s'agit alors d'**étudier les conditions de la santé mentale** plutôt que celles de la psychopathologie. La démarche essentielle est alors de voir en l'autre le bon en lui, présent et à venir, et de faire ressortir la noblesse que contient l'humain sans le savoir, et non d'insister sur les bassesses qu'on lui attribue depuis toujours afin de, soi-disant, l'en libérer. L'approche humaniste se démarque par sa délicatesse et son humanisme, mais aussi de rigueur et de précisions.

La motivation peut alors être définie comme « *les forces qui agissent sur une personne ou à son intérieure pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif* » (Louart, 2002). La motivation prend alors source dans les besoins de l'être humain, qui déterminent ses désirs et élans. La satisfaction d'un besoin libère l'individu et lui permet de se tourner vers autre chose de plus « social » ou de plus « ontique ».

Représentés le plus souvent sous forme de pyramide et donc de forte relation hiérarchique (certainement à tort), les besoins humains ont été identifiés par Maslow (1948) :

Les **motivations physiologiques** sont directement liées à la survie¹⁹. Ce sont des comportements qui ont un lien direct avec les motivations biologiques, telles que la faim, la soif, la sexualité, le sommeil, etc.

¹⁸ Au contraire de bon nombre de conceptions qui envisagent les psychopathologies sous un angle que des causes traumatiques, l'approche humaniste l'envisage sous l'angle des carences au niveau des besoins fondamentaux. Il ne s'agit cependant pas de nier l'existence d'un niveau inconscient et de traumatisme.

¹⁹ La survie est juste pour ne pas disparaître et assurer le minimum tandis que la vie est pour exister pleinement.

«Lorsqu'ils sont chroniquement satisfaits, les besoins physiologiques et leurs buts partiels cessent d'exister comme déterminants ou organisateurs du comportement» (Tournebise, 2018), ce qui les différencie des besoins névrotiques dont la satisfaction n'amène pas l'apaisement.

Les **motivations de sécurité** consistent à se protéger contre différents dangers qui nous menacent. L'individu est en quête de « sécurité, stabilité, dépendance, protection, libération de la peur, de l'anxiété et du chaos, besoin d'une structure, de l'ordre, de la loi et de limites, sentiment de force parce qu'on a un défenseur, etc. » (Maslow, 2020). À ce niveau motivationnel, l'individu n'aime pas trop le changement et a besoin des choses familières. Il prône l'inertie et aura tendance à se méfier de la nouveauté, qui est a priori suspecte. Ces besoins de sécurité sont fortement liés à la théorie de l'attachement (Bowlby...) qui affirme que les nouveau-nés sont biologiquement prédestinés à s'attacher à leur *caregiver* et que des perturbations précoces dans ces relations peuvent conduire à une insécurité émotionnelle. Ainsi, il existe un fort lien entre difficultés d'organisation du style d'attachement et la psychopathologie de l'adulte (Bartholomew & Horowitz, 1991).

La **motivation à l'affection et à l'appartenance** révèle la dimension affective et sociale de l'individu, qui a besoin de sentir accepté et aimé des groupes (ex. famille, travail) et d'être aimé dans une relation intime et significative avec un autre être humain.

La **motivation à l'estime de soi** correspond à une motivation qui pousse la personne à être reconnue en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels elle appartient. Ce besoin conduit au sentiment d'estime, de confiance en soi, de valeur, de force, de compétence, et d'être utile et nécessaire dans le monde.

Enfin, la **motivation à l'accomplissement personnel** est le plus haut niveau de développement personnel puisqu'il pousse l'individu à l'autoréalisation c'est-à-dire à développer toutes ses potentialités.

Plus tard, Maslow (Abraham H. Maslow, 2013) ajoute **la motivation à la connaissance** (se focaliser, connaître, comprendre, explorer), **la motivation à l'esthétique** (recherche de l'harmonie, de la beauté), et **la motivation à la transcendance** (se connecter à quelque chose au-delà de l'ego ou aider les personnes à réaliser leurs potentialités).

- *Le potentiel de changement de la personne*

En formalisant l'Approche Centrée sur la Personne (ACP), Rogers (1951) est à l'origine d'une réelle révolution de la psychothérapie. La vision humaniste est marquée par la conception que les femmes et les hommes naissent essentiellement bons et c'est la société, la famille, la culture qui les corrompent et les influencent négativement. Rogers postule l'existence d'un potentiel de changement, une tendance à s'actualiser, c'est-à-dire **un potentiel à augmenter, à croître proactivement et à s'adapter aux nouvelles informations de la vie quotidienne**.

L'ACP est **orientée vers les tendances et ressources des personnes, et non vers leurs problèmes**. Le concept de personne renvoie alors à une unité de mouvement, à un processus, à un devenir organique qui s'articule sur un niveau sensoriel, cognitif, émotionnel, intentionnel et spirituel. La personne préexiste à toutes les structures, et est elle-même créatrice de structure à travers une tendance. Elle oriente l'ensemble des fonctions psychologiques de l'être (émotions, comportements, spiritualité, cognition) vers un unique but en 2 étapes : **sa conservation et son enrichissement**.

1.4.2. Formation

L'approche humaniste considère le changement comme émanant d'un être humain dont les caractéristiques personnelles constituent le moteur. Alors, le·a thérapeute par sa présence permet au patient·e d'entrer en lien avec sa propre subjectivité. Il ne se positionne pas dans la démarche

d'évaluation psychologique ou psychiatrique, il ne propose pas réellement de techniques ou d'outils spécifiques, mais donne toute sa place à **l'expérience de la vie plutôt qu'à la transmission intellectuelle** pour former les thérapeutes. Le manque de nosographie, d'outils à transmettre aux étudiant·e·s et, par extension, de rigueur a souvent été discuté. Et il semblerait que cette critique ait empêché la popularisation de cette approche malgré son intérêt. En France elle est souvent rangée comme philosophique, en termes d'abstraction et anti-pragmatique (Bachelart, 2017).

1.4.3. Pratique

L'approche humaniste (ou « humaniste/existentielle/phénoménologique », car ces approches ont beaucoup en commun) se fonde sur l'importance de la **subjectivité**, la **compréhension de nos comportements** et s'oppose à la vision de la personne en tant qu'objet.

Certains se posent même la question de considérer ou non cette approche comme une psychothérapie au sens d'un modèle formalisé ou structuré proposant des étapes, des outils particuliers, une grille psychopathologique et un guide thérapeutique (Bachelart, 2017). Effectivement, l'approche humaniste se concentre sur l'écoute du sujet qui lui permet de **se mobiliser d'une manière émancipatrice**. L'écoute phénoménologique est au cœur de cette approche, au plus près du sujet, **en dehors de toute interprétation**, permettant de saisir l'être — au-monde du sujet. La perspective existentielle confère à cette approche, quant à elle, le souci de **la condition humaine et de l'adaptation d'un sujet à son environnement**.

Carl Rogers a alors défini une **attitude générale vers le discours de la personne : la non-directivité**, ne pas orienter la séance et laisser à la personne le pouvoir de diriger le cours de son exploration. Il ne s'agit cependant pas d'une absence d'intervention, mais d'une **absence d'interventionnisme**. Cette forme de présence se décline en forme d'écoute active qui s'organise sur des **techniques d'exploration discursives et dialogiques**, qui ont pour objectif la création et le développement de la relation thérapeutique, et à plus long terme le changement.

L'écoute active et l'espace de parole donné à la personne en souffrance sont favorisés selon certains comportements adoptés par le·a thérapeute (Tourette-Turgis, 1996) :

- Le·a thérapeute crée un environnement dans lequel la personne se sent acceptée, encouragée et valorisée.
- Le·a thérapeute cherche à clarifier les propos de la personne, tout en lui offrant inconditionnellement un regard chaleureux et positif.
- Le·a thérapeute démontre qu'il/elle lui fait confiance, l'encourage à prendre librement ses décisions.
- Le·a thérapeute est authentique dans ses formulations verbales et dans son attitude afin de créer une atmosphère permettant à cette personne d'être elle-même.

Différentes stratégies discursives sont identifiées et détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 14. *Stratégies discursives en thérapies humanistes (Santarpia, 2020)*

Stratégie	Objectif	Exemple
Questionnement	Préciser, clarifier, approfondir ce qu'a dit le·a patient·e	Pouvez-vous préciser le lieu dans lequel vous avez cette terreur extrême que vous appelez attaque de panique ? Pouvez-vous ajouter encore des détails ? Pouvez-vous visualiser une image ?
Reformulation	Transmettre sa présence affective Extraire le sentiment inhérent aux paroles et le lui communiquer sans le lui imposer	Si je vous comprends bien, vous aimeriez gérer mieux cette peur qui vous paralyse.
Synthèse	Résumer ce qui a été provoqué en cherchant à rendre plus clair et plus compréhensible pour chacun	En résumé, vous ressentez un profond manque d'attention et vous vous sentez souvent seul dans votre sentiment de peur.
Écoute réceptive	Faciliter l'expression du·de la patient·e, sans l'interrompre, sans jugement ni critique	Oui, oui d'accord (accompagné d'un geste d'encouragement de la tête), c'est intéressant, touchant, je comprends.

Plus récemment, les relances ont été identifiées pour interroger, sélectionner et surtout élargir le récit de la personne et ainsi ajoutées à ces stratégies discursives (Blanchet, 1991).

La **réitération reproduit le contenu d'un énoncé du·de la patient·e** et a pour objectif de :

- signifier au patient·e sa présence attentive et le·a rassurer,
- stimuler la conscience (écouter à nouveau et approfondir l'élaboration) ou annoncer le commencement d'une élaboration en co-construction,
- stimuler, encourager, élargir la narration et/ou les associations
- éviter un silence ingérable
- prendre un temps de réflexion supplémentaire avant d'interpréter
- prendre une distance dans une situation difficile à gérer (pour le·a thérapeute)

L'**assertion** permet au thérapeute de **faire une proposition à partir du discours du·de la patient·e**. Par exemple : – Patient « Je ne sais pas si une femme peut porter un enfant qu'elle n'élèvera pas quand je vois les problèmes psychologiques que cela pose. » — Thérapeute « Vous pensez que ça pose des problèmes psychologiques ? » ou « Vous êtes réticent à l'égard de cette pratique »

- *Relation thérapeutique en approche humaniste*

Rogers valorise fortement l'**implication active du·de la thérapeute** dans la relation thérapeutique à la découverte des ressources uniques du·de la patient·e. L'individu possède en lui une **capacité de s'auto actualiser** qui, une fois libérée, lui permet de résoudre ses propres difficultés. Le thérapeute veille à mettre en place une **relation de confiance et d'authenticité**. Cela se traduit concrètement dans une posture clinique dans laquelle le·a psychothérapeute ne se cache pas derrière une façade défensive ou

dans un rôle d'expert qui comprend le problème et décide de la façon dont il doit être résolu. Le thérapeute s'engage activement dans la relation, doit créer les conditions d'expression du potentiel que possède le·a patient·e (Rogers préfère l'appeler « client ») pour résoudre par lui-même ses problèmes personnels. Garantes de la non-directivité, **trois attitudes sont essentielles pour obtenir le changement** : la congruence, le regard positif inconditionnel et l'empathie.

La congruence du·de la thérapeute correspond au fait d'être véritablement soi-même, au rapport que le·a thérapeute a avec ses motivations, à la conscience qu'il en a et à l'expression qu'il en donne. Il s'agit pour le·a thérapeute d'être ouvert à son expérience pour trouver comment être en relation de manière adéquate, personnalisée, souple et authentique. La congruence s'actualise par une recherche de concordance entre ce qui est ressenti, conscientisé et exprimé. Le psychothérapeute a toute liberté d'exprimer son ressenti. Cette forme d'ouverture conduit le·a patient·e à entrer en contact profond avec ses besoins et lui donne la possibilité de les exprimer.

Le regard positif inconditionnel est la possibilité d'être totalement encouragé et soutenu à faire une expérience sans être jugé et à se trouver dans la pleine acceptation. L'acceptation ou la considération positive inconditionnelle, c'est appréhender le monde de l'autre avec ses références positives ou négatives, sans jugement. Le·a thérapeute d'orientation rogerienne facilite alors ce type d'expérience chez le·a patient·e.

Enfin, l'empathie est une autre qualité essentielle de la relation thérapeutique dans l'ACP. Rogers la définit comme « **une compréhension juste et affective de l'univers de l'autre** vu de son point de vue, c'est à dire une compréhension avec la personne et non avec le sujet, et s'efforcer de lui **communiquer ce sentiment**. Ressentir le monde singulier de la personne **comme s'il était le nôtre**, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le comme si ». Cette définition a orienté le·a psychothérapeute vers sa propre réceptivité sensorielle, dans une relation d'attention à l'interaction corps à corps dans la circularité de l'échange discursif. L'empathie n'est donc pas une technique, mais une attitude. Pour l'atteindre, l'acceptation inconditionnelle permet d'adopter des présupposés que le·a client·e possède afin de mieux ressentir avec empathie son expérience subjective. Le thérapeute a pour objectif de transmettre à la personne sa compréhension de ce qui se passe à un moment précis. L'attitude empathique permet à la personne de prendre conscience que l'expérience qu'elle est en train d'expérimenter dans sa relation avec le·a thérapeute est son expérience.

Pour Rogers, ces **conditions sont aussi nécessaires que suffisantes au changement**. Le·a thérapeute n'a pas à comprendre la personnalité ni les problèmes de son·a client·e, pas plus qu'il ne doit le·a guider dans la recherche de la solution à ses problèmes. Il suffit qu'il·elle soit sincère et accepte le·a client·e sans réserve, en faisant preuve de compréhension et de sensibilité à son égard. Cependant **il ne suffit pas que le·a thérapeute soit empathique, mais il faut aussi que le·a client·e le·a ressente comme tel**. Plusieurs conceptions ont officiellement ou non influencées des modes de prise en charge, notamment ceux d'acceptation et d'empathie (Zech, 2008). Par exemple, l'Association de Psychologie américaine (APA) identifie l'empathie et la chaleur comme essentielles, la congruence et l'acceptation comme probablement efficaces (Watson, 2007).

« Le patient, comme je finis par le comprendre, insistait — et avait le droit d'insister — pour que j'apprenne à voir les choses exclusivement à sa manière, et pas du tout à la mienne. »

Heinz Kohut (2009)

2. Efficacité des psychothérapies

Les approches présentées précédemment sont **toutes opérationnelles**, en cela qu'elles apportent concrètement des éléments de réponses aux patient·e·s et thérapeutes. Cependant, **toutes ne se valent pas**, ce qui signifie qu'elles ne font pas la même chose, qu'elles ne **s'adressent pas au même niveau**. Par exemple, elles peuvent utiliser des termes différents pour des concepts communs, telle que l'empathie rogérianne et la bienveillance psychanalytique. Les approches sont donc plus ou moins adaptées à des populations, des problématiques, mais le·a thérapeute peut être amené à en extraire des éléments utiles face à une situation clinique particulière.



Au-delà de cette perception subjective, une évaluation objective des effets des psychothérapies apparaît nécessaire notamment pour **orienter la décision en santé publique** et **répondre à l'exigence des patient·e·s** souhaitant connaître l'efficacité des traitements proposés. Les revues qui ont analysé les premières études, publiées entre 1972 et 1983, soulignent l'absence ou le caractère inadéquat des groupes contrôles, la non-fiabilité des mesures d'évaluation, l'absence de délai suffisant avant l'appréciation du suivi, l'aspect mal défini des fondements théoriques permettant les comparaisons. Depuis les années 1980, les auteurs ont proposé des indications plus circonstanciées à partir de comparaisons avec les thérapies individuelles, de comparaisons entre orientations théoriques, des différences entre ces orientations en fonction des problèmes traités, et des effets des modérateurs essentiels et des choix méthodologiques sur l'appréciation des résultats. Dans le rapport d'expertise de l'Inserm *Psychothérapie : Trois approches évaluées* (Canceil et al., 2004), un comité d'expert a analysé trois approches en psychothérapie qui disposent suffisamment de travaux pour conduire une évaluation de leur efficacité selon des critères scientifiques : approche psychodynamique, approche cognitivo-comportementale et approche familiale et de couple. Malgré le caractère polémique de ce rapport, ses résultats sont particulièrement novateurs, intéressants et encore très majoritairement utilisés par les chercheurs et politiques. Il est ainsi intéressant pour mieux comprendre le regard de la société sur notre profession. Cette partie présente donc les résultats de ce rapport. Les psychothérapies évaluées ont en commun : l'ancienneté et la solidité de leur conceptualisation théorique ; l'existence de formations spécifiques à leur pratique par des cliniciens ; leur utilisation répandue dans le domaine du soin. Les troubles pris en compte dans cette expertise sont : troubles anxieux, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles du comportement alimentaires, troubles de la personnalité, et alcoolodépendance.

La description des pathologies et la définition des objectifs thérapeutiques peuvent être différentes selon les études en fonction des cadres théoriques. Or, cela peut complexifier les comparaisons des traitements. Néanmoins, dans la mesure où une thérapie est proposée pour un syndrome donné, l'amélioration de ce syndrome peut constituer un standard commun pour évaluer différentes thérapies. Malheureusement dans les études comparatives, les designs sont assez restrictifs : des méta-analyses et des études contrôlées randomisées, comparaisons directes entre deux types de thérapie ou groupe contrôle sans traitement actif. Les critères sont une modification des critères diagnostiques, des symptômes ou des aspects du fonctionnement du·de la patient·e.

Considérant d'abord les effets globaux, toutes pathologies confondues, des psychothérapies, cinq méta-analyses fondées sur presque 700 études effectuées depuis 60 ans ont été identifiées. Ces études, très diverses sur le plan méthodologique, portent pour la plupart sur des personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs. Leurs observations montrent que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour **les patient·e·s traité·e·s est de 70 à 80 % supérieur à celui pour les patient·e·s non traité·e·s**. Plus spécifiquement, le plus souvent les résultats positifs sont associés à la TCC.

Pour divers syndromes anxieux, une méta-analyse a montré que l'approche TCC est plus efficace que les approches psychodynamiques et gestalt et que la thérapie de soutien. Concernant la dépression, de nombreuses méta-analyses ou revues systématiques ont conclu à une plus grande efficacité de la TCC en fin du traitement. Cependant, deux méta-analyses ont montré que les psychothérapies psychodynamiques et TCC ont des résultats similaires.

Face aux troubles dépressifs, les résultats sont bien plus ambivalents puisqu'ils mettent en évidence l'efficacité tant de l'approche psychodynamique que cognitivo comportementaux, mais sans différence significative entre ces deux approches.

Dans les troubles du comportement alimentaires, que ce soit la boulimie ou l'anorexie, l'efficacité des diverses thérapies examinées, thérapie psychodynamique, TCC, thérapie familiale, soutien standard a été mise en évidence, cependant aucune différence significative n'a été souligné quant à la nature ou l'ampleur de cet impact. De même, pour d'autres troubles chez l'adulte, notamment la dépendance à l'alcool et les troubles de la personnalité, la littérature n'est pas suffisamment conséquente pour permettre une analyse comparative des différentes psychothérapies faisant l'objet de cette expertise.

Ces résultats relèvent tout d'abord des études sélectionnées par le comité d'experts, puisque, malgré les controverses au sein dudit comité, seules les études d'efficacité en conditions de laboratoire (essais contrôlés randomisés) et leurs méta-analyses ont été retenues. Cette sélection exclut les recherches cliniques en conditions naturelles (études observationnelles contrôlées sur des cas uniques et/ou mis en séries), bien qu'elles aient été historiquement privilégiées par la psychanalyse au motif recevable d'une plus grande significativité clinique. Automatiquement, on compte comparativement beaucoup moins de preuves expérimentales d'efficacité pour la psychanalyse que pour les TCC — celles-ci ayant entrepris de nombreux essais cliniques depuis le milieu des années 1980. De plus, nous pouvons nous questionner sur l'objet de mesure de l'évaluation. La disparition des symptômes est effectivement un objectif thérapeutique en TCC, mais peut devenir un non-sens dans d'autres approches, par exemple la disparition de l'angoisse dans une approche humaniste. L'approche systémique non plus n'est pas centrée sur le symptôme, mais sur le groupe, son fonctionnement et sa communication. L'approche psychanalytique n'a pas toujours pour objectif une guérison par disparition des symptômes. Ensuite, les approches se sont nourries des différentes cultures où elles sont adoptées, elles ne sont pas figées et leur application est toujours fonction de la situation, du milieu, des besoins, des attentes, des pressions environnementales, des motivations et de l'espoir du·de la patient·e. Nous pouvons même considérer à la dimension financière, à la place du·de la thérapeute dans la société, à la médiatisation.

La conclusion du rapport n'est pas une preuve d'inefficacité de la psychanalyse ou de la thérapie systémique, cependant, les TCC deviennent pourtant en France, dans le sillage du monde anglo-saxon, les psychothérapies à promouvoir. En conséquence, la Haute autorité de santé (HAS) initie une politique d'implémentation desdites « bonnes pratiques » TCC dans le champ sanitaire et médico-social, en recommandant l'approche psychanalytique. D'un point de vue clinique, ce rapport marque également

profondément le besoin de variété dans l'offre de psychothérapies. Les grandes approches ont chacune modélisé le monde, pour autant elles n'excluent pas forcément l'intérêt des autres. Cependant, le·a psychothérapeute d'aujourd'hui a pour mission de ne pas jouer le jeu d'une vision unique, sectaire ou radicale et de tenter de faire cohabiter plusieurs regards. Et découle de cette conceptualisation alors une grande richesse, et une réponse plus adaptée pour définir, entendre, comprendre et venir en aide dans des situations diverses.

« Il n'y a pas de meilleure preuve en soi, au sens absolu ; seulement en référence à un type particulier de problème, dans un contexte particulier. » (Visentini, 2020)

Pour plus d'informations sur l'évaluation des psychothérapies :

Le cours de Madame Duriez « l'évaluation des psychothérapies » vous permettra de mettre plus en perspective l'élaboration, les résultats et les conséquences de ce travail collectif.

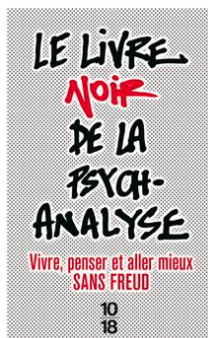
Pour plus de détails sur ce rapport d'évaluation :

Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J.,... & Thurin, J. M. (2004). Psychothérapie : trois approches évaluées.

<https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570642/document>

Pour une prise de perspective par rapport à ce rapport

Visentini, G. (2020). Quinze ans après le rapport de l'INSERM. L'efficacité de la psychanalyse réévaluée. *L'Évolution Psychiatrique*.



Guerre des psys ?

Au-delà de la difficulté pour une personne en souffrance et la population générale, de savoir à quel « spécialiste psy » s'adresser, ce sont les psys eux-mêmes qui se perdent dans des querelles obscures, à se prétendre meilleur psy... Le rapport de l'INSERM a ouvert la porte à d'autres travaux bien moins documentés, bien moins avisés, bien moins novateurs, par exemple « *Le Livre noir de la psychanalyse* », « *Freud & Lacan des charlatans ?* », « *Le crépuscule d'une idole* »... Une chose est sûre à chaque parution de diatribe antipsychanalytique, c'est un succès éditorial et une médiatisation importante,

notamment et malheureusement des divergences entre psys. Celles-ci sont également bien présentes lors de l'arrivée d'un petit nouveau, soit l'immense difficulté de faire une place à une nouvelle pratique... voire même à une nouvelle catégorie professionnelle comme les psychothérapeutes.

Les Québécois parlent de « *chicanes de clochers* », les Italiens de « *campanilismo* », les Anglo-saxons de « *parochialism* »²⁰... chacun semble avoir eu le besoin de nommer cet état d'esprit marqué par l'attachement et malheureusement opposé à un universalisme (certainement le reflet d'une attitude individualiste partagée dans la société actuelle).

Dans son ouvrage « *Pour en finir avec la guerre des psys* », Rassial (2010) souligne combien ce manque d'unité est inquiétant tant pour les professionnels, mais aussi pour la reconnaissance de la réalité psychique qui garantit une subjectivité mise à mal par la culture actuelle.

L'origine de la pluralité des pratiques psys se niche certainement dans la culture française, à l'importance des débats intellectuels qui limitent le succès d'utilitarisme et d'un pragmatisme naïf. L'absence d'unité, la pluralité des disciplines a permis le développement de la « psychologie intégrative » (renvoi vers la partie plus bas). Cependant, même si elle est pertinente au point de vue épistémologique, la pluralité rend plus fragile le statut social des psys. Tout d'abord, le statut légal a associé les psychologues au statut de professionnels de santé et les psychiatres à une spécialité médicale et ne les a ainsi pas rassemblés sous la psychothérapie qui est pourtant le prolongement des pratiques de ces professionnels ainsi que des psychanalystes. Ces ruptures législatives ont créé des distensions également et ont donné lieu à un compromis entre les professionnels des disciplines psychologiques et psychopathologiques. Ensuite, comme indiqué dans le chapitre I, l'offre en matière de psychologue peut, à certains égards, sembler avoir dépassée la demande, mais leurs compétences thérapeutiques sont encore trop mal exploitées. Certain·e·s se demandent cependant si la lutte entre psys ne serait pas une « banale lutte commerciale sur le marché » des patient·e·s, étudiants, crédits, postes plutôt qu'une réelle argumentation épistémologique et/ou éthique. Enfin, la politique de santé et la politique universitaire ont également accéléré les distensions, par exemple le remboursement des consultations des psychologues ou l'attribution des allocations de recherche... Enfin, il y a l'application des critères d'évaluation quantitative systématique à des supports parfois peu propices où la subjectivité et le qualitatif est plus adapté. Cette primauté et application de critère evidence based est pertinente, mais pas à tout prix et pas sur toute matière.

²⁰ Toutes ces figures prennent la métaphore de l'église (tout comme le terme obédience très utilisé en France).

3. Approche intégrative



La plupart des pratiques psychothérapeutiques actuelles découlent des quatre principales approches présentées ci-dessus. Si les psychologues, psychiatres et psychothérapeutes n'ont pas tou·te·s la même approche, s'il·elle·s ne parlent pas tou·te·s la même langue, il·elle·s ont **tou·te·s le même but : comprendre le fonctionnement humain**. Comme nous avons pu le préciser, aujourd'hui, l'enjeu est moins de faire exister une théorie au dépens d'une autre, mais plus d'accepter que **chaque théorie s'intéresse ou met en évidence des « niveaux » de réalité différents**. Cette perspective ouvre la voie à la psychologie

intégrative.

À partir des « grands courants » se sont développées des « psychothérapies intégrées », des pratiques qui empruntent à différents champs leurs théories et/ou pratiques. L'objectif est alors de développer (1) une **approche originale et pragmatique**, et (2) une **pratique plus individualisée, plus efficiente pour des patient·e·s spécifiques**.

L'approche intégrative adopte une **curiosité vis-à-vis des processus thérapeutiques** au-delà des différences théoriques. Cela rend alors possibles des **rapprochements, des convergences et des compléments** aux niveaux théorique, empirique et clinique. Il s'agit bien d'un dialogue à partir des connaissances et pratiques actuelles et non leur unification.

Pour rendre compte de la pluralité de la psychologie intégrative, une typologie de l'intégration a été proposée (Bachelart et al., 2011). Celle-ci permet de différencier les intégrations précliniques, faites a priori (ex. les programmes centrés sur un trouble ou une population), et les intégrations in situ, faites a posteriori (sur mesure, selon la situation clinique). Le Tableau 15 présente cette typologie.

L'intégration préclinique désigne (1) des psychothérapies intégratives, officielles et structurées à partir de l'utilisation de théories et pratiques issues de différentes approches face à une certaine pratique clinique (pathologie ou population), et (2) la pratique personnelle du·de la clinicien·ne qui a une tendance à observer selon plusieurs référents théoriques. Afin d'illustrer la seconde, les auteurs utilisent la manifestation d'angoisse de solitude et soulignent que celle-ci peut être entendue comme un événement passager, un élément constitutif de la personnalité ou encore un trouble de la personnalité. En considérant ces manifestations comme des comportements appris, des séances d'exposition, des exercices de conditionnement pourraient alors être intéressants. Cependant, le·a thérapeute peut également penser des implications en termes de théorie de l'attachement voir se questionner sur des liens avec ses parents ou encore l'envisager comme un mécanisme de défense.

L'intégration in situ ou post-clinique correspond quant à elle à un thérapeute qui après l'écoute clinique se sent dirigé vers des pistes qui dépassent sa pratique ou son champ théorique de référence. C'est dans cette dynamique « comprendre ou aider un sujet » que le·a thérapeute peut être amené à convoquer des éléments novateurs vis-à-vis de sa pratique.

Tableau 15. Types d'intégration en matière de psychothérapie

Type d'intégration	Élaboration	Pratique
Préclinique	« Officielle » structurée	Programme à destination d'une pathologie précise ou à destination d'une certaine population
	Personnelle	Tendance personnelle du·de la psychothérapeute à avoir une réflexion multi référencée : <ul style="list-style-type: none"> - intégration assimilative - intégration théorique - pluralisme - éclectisme technique
In situ	Personnelle	Éclectisme technique

Pour découvrir les différents modèles intégratifs :

Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011, September). Les courants intégratifs en psychothérapie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 8, pp. 485-489). Elsevier Masson.

3.1. Une demande de la société française ?

L'intégration des thérapies provient des États-Unis, pays où l'enjeu de l'intégration s'illustre au-delà de la psychologie, mais bien dans la société, notamment avec les communautés et l'immigration²¹. Sur cette question d'intégration, les États-Unis se distinguent de la France par leur culture du groupe (ex. succès des communautés et groupes thérapeutiques, tels que les alcooliques anonymes), leur préférence pour le self et l'auto-efficacité par rapport à l'autonomie, un goût bien moins prononcé pour la critique et un esprit d'initiative, d'entreprise et pragmatique. Ces composantes sont autant qui permettent une ouverture, une volonté de modifier les idées en fonction de la pratique. L'intégration des approches psychothérapeutiques a alors d'emblée eu du sens dans la culture américaine.

« Combien de psychiatres français ont été fascinés par les discours lacaniens, convertis à une pensée originale, percutante, mais pas toujours totalement compréhensible ? L'ensorcellement fait-il partie du génie de la langue française ? Comment nier les effets de signifiant quand des amphithéâtres complets se laissent subjugués par des paroles dont ils ne maîtrisent pas le sens ! Ce phénomène culturel qui a profondément marqué la psychiatrie française n'était guère exportable, sauf peut-être dans certains pays latins et latino-américains. Question de langues, de modes e pensées, d'attitudes face au savoir et à la vérité. Il y avait du mysticisme et du messianisme dans ce culte rendu au Maître et à sa parole. On ne comprenait pas tout, on comprenait peu de choses parfois, mais on était convaincu qu'il y avait au bout du chemin, une lumière à conquérir. Allez expliquer cela en Amérique du Nord ! »

Wolf, 2001 (psychiatre français installé au Québec questionné sur l'attrait français pour la psychanalyse)

²¹ En sociologie, intégration se définit comme l'adaptation du sujet à une culture d'accueil.

L'engouement de l'intérêt des cliniciens et chercheurs pour la psychologie intégrative est aujourd'hui très important. En ce sens Bachelart et ses collaborateurs (2011) ont mis en évidence différentes **raisons à l'origine du développement de la psychologie intégrative en France**. C'est alors surprenant, mais une très large majorité de ces raisons sont issues de la société.

Tout d'abord, tiennent une place importante la demande sociale, **les pressions socio-économiques externes**, notamment l'objectif d'efficacité. La question du remboursement des consultations des psychologues pousse les instances législatives, et de soins à demander aux intervenants un engagement et la démonstration de l'efficacité des méthodes sur panel de patient·e·s le plus large possible.

Le **développement de la démocratie sanitaire** a permis de mieux entendre les patient·e·s. Certaines associations de patient·e·s ont ainsi demandé à être mieux informées des objectifs, processus, outils, et bénéfices thérapeutiques des prises en charge proposées.

De plus, **l'essor grandissant des TCC, l'essor et la considération à l'égard des thérapies brèves** face à la psychanalyse (cf. ci-dessus) jouent certainement un rôle dans ce besoin d'évolution des pratiques.

Enfin, les recherches sur l'efficacité des psychothérapies, et, avant elles, l'expérience clinique ont constaté qu'**un seul type de prise en charge ne fonctionne pas pour tou·te·s** les patient·e·s ou toutes les problématiques, obligeant ainsi à penser différemment les schémas thérapeutiques. De plus, en s'intéressant plus à comprendre le fonctionnement de la psychothérapie qu' à distinguer les approches, **le rôle prépondérant de la qualité de l'alliance thérapeutique** a été identifié **sur les résultats thérapeutiques** (Bachelart et al., 2011 ; Gaston, 1990).

Dans ce contexte, s'exprime la volonté d'adopter un langage commun, notamment pour les professionnels, et de créer un répertoire transthéorique des principes de changements.

3.2. La formation universitaire

Les spécificités des formations universitaires françaises constituent un élément explicatif possible au manque d'intégration psychothérapeutique. A l'acquisition du diplôme de psychologue clinicien·ne, les jeunes professionnel·le·s français·es sont des experts en psychologie. Les formations universitaires françaises sont marquées par une psychopathologie plurielle (structurale et système DSM/CIM), un lien étroit entre psychologie clinique et psychanalyse, et parfois une orientation unique selon un modèle et un personnage. En comparaison, d'autres formations universitaires axent directement leurs enseignements sur la pratique thérapeutique. Par exemple, la vision instrumentaliste anglo-saxonne développe des guidelines, des manuels thérapeutiques. Or il est évident que ces différents systèmes d'apprentissage ont des répercussions sur la pratique clinique et le développement thérapeutique. Effectivement, il est confié aux diplômé·e·s français·es l'opportunité de développer et de construire leur identité de psychothérapeute, et ce en complément de leur formation universitaire.

Aux vues de son orientation plurielle, l'université française pourrait se saisir d'une formation à la psychothérapie selon une approche intégrative, et ce pour plusieurs raisons :

1. L'université est le lieu où se délivre le savoir et peut être supposée garante de la qualité auprès des étudiant·e·s puisque ceux·elles-ci ne sont pas en mesure de critiquer les apports, notamment par respect et manque de connaissances (Schopenhauer & Dietrich, 1994)

2. Le besoin d'adhésion des étudiants à la première théorie enseignée et de l'opposer aux autres en jugeant la première « meilleure ».
3. L'offre universitaire est complétée, en France, par la création de différents institut, associations et centres de formation, ouverts en théorie à différents publics.
4. Les ressources et connaissances universitaires pour développer une modélisation, support de la formation à une pratique intégrative, modèle intégratif, différents modules selon une certaine structure.

Références bibliographiques

- Alford, B. A., Beck, A. T., & Jones, J. V. (1997). The Integrative Power of Cognitive Therapy. In *Journal of Cognitive Psychotherapy* (Vol. 11, Issue 4, pp. 309–312). <https://doi.org/10.1891/0889-8391.11.4.309>
- Bachelart, M. (2017). *L'approche intégrative en psychothérapie : Anti-manuel à l'usage des thérapeutes*. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=lrCbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=approche+int%C3%A9grative+bachelart&ots=_9xZ-1MgWu&sig=MybM5CJxa18fWeE2eTJsONvMqIE
- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, Issue 8, pp. 485–489). <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.018>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall ; Toronto : Prentice-Hall of Canada.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. A. Colin.
- Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M., & Thurin, J.-M. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570642/>
- Clark, D., Hollifield, M., Leahy, R., & Beck, J. (2008). Theory of Cognitive Therapy. In *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585623648.gg06>
- Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Elsevier Health Sciences.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*.
- Cottraux, J., Note, I.-D., Cungi, C., Légeron, P., Heim, F., Chneiweiss, L., Bernard, G., & Bouvard, M. (1995). A Controlled Study of Cognitive Behaviour Therapy with Buspirone or Placebo in Panic Disorder with Agoraphobia. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 167, Issue 5, pp. 635–641). <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.635>
- Duriez, N. (2007). *Vers une théorisation du changement en thérapie familiale systémique* [Paris 5]. <https://www.theses.fr/2007PA05H051>
- Freud, S., Breuer, J., Berman, A., & Breuer, J. (1956). *Études sur l'hystérie*. Presses universitaires de France.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* (Vol. 27, Issue 2, pp. 143–153). <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Heller, M., LeDoux, J., Debiec, J., & Brozek, B. (2014). *The Emotional Brain Revisited*.
- Kohut, H. (2009). *How does analysis cure?* https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=h5UkCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=How+does+analysis+cure%3F&ots=fiBoCxTrnN&sig=hKdKaIPr2K_Y2W36GqdbNhaUYy8
- Lecomte, C., & Richard, A. (1999). La psychothérapie humaniste existentielle d'hier à demain : épilogue. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20 (2), 189–205.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184.
- Louart, P. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Les Cahiers de La Recherche Architecturale*, 1–18.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology. General*, 105(1), 3.
- Maslow, A. (2020). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Editions Eyrolles.
- Maslow, A. H. (1948). “Higher” and “Lower” Needs. *The Journal of Psychology*, 25(2), 433–436.
- Maslow, A. H. (2013). *Toward a Psychology of Being*. Simon and Schuster.
- Miermont, J. (2000). *PSYCHOTHERAPIES CONTEMPORAINES : Histoire, évolution, perspective*. Editions L'Harmattan.
- [No title]. (n.d.). Retrieved October 26, 2020, from https://www.researchgate.net/profile/Emmanuelle_Zech/publication/329999423_L'Approche_Centree_sur_la_Personne_defend-elle_et_se_fonde-elle_sur_une_image_rousseauiste_naive_et_angelique_de_l'Homme/links/5c28630c458515a4c700bb3d/LApproche-Centree-sur-la-Personne-defend-elle-et-se-fonde-t-elle-sur-une-image-rousseauiste-naive-et-angelique-de-lHomme.pdf
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In *Treating Addictive Behaviours* (pp. 3–27). https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

- Rassial, J.-J. (2010). *Pour en finir avec la guerre des psys*. Albin Michel.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters*. Houghton Mifflin Oxford, United Kingdom.
- Santarpia, A. (2020). *Introduction aux psychothérapies humanistes — 2e éd.* Dunod.
- Schopenhauer, A., & Dietrich, A. (1994). *Contre la philosophie universitaire*. Ed. Payot & Rivages.
- Tourette-Turgis, C. (1996). Le counseling : théorie et pratique. Paris, PUF, coll. *Que Sais-Je*, 3133, 126.
- Tournebise, T. (2018). *L'écoute thérapeutique : Cœur et raison en psychothérapie*. ESF Sciences Humaines.
- Visentini, G. (2020). Quinze ans après le rapport de l'INSERM. L'efficacité de la psychanalyse réévaluée. *L'Évolution Psychiatrique*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385520300761>
- Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory: foundations, development, applications. George Braziller. Inc. , New York.
- Watson, J. C. (2007). Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy*, 44 (3), 268–273.
- Watzlawick, P. (1978). *La réalité de la réalité : confusion, désinformation, communication*. Seuil.
- Wiener, N., & von Neumann, J. (1949). Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine. In *Physics Today* (Vol. 2, Issue 5, pp. 33–34). <https://doi.org/10.1063/1.3066516>
- Zech, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? In *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* (Vol. 8, Issue 2, p. 31). <https://doi.org/10.3917/acp.008.0031>