

Cours Master 1 Psychologie Clinique

L'évaluation des psychothérapies

Nathalie Duriez

Maître de conférences-HDR en psychologie clinique à l'IED-Paris 8

PLAN DU COURS

LA RECHERCHE SUR L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES	4
I Définition des psychothérapies	4
II La nécessité d'évaluer les psychothérapies	5
III Historique des recherches sur les psychothérapies	6
IV Essais contrôlés randomisés (ECR). Pour ou contre ? (Hendrick , 2009, p 152-57)	13
V L'expertise collective INSERM (2004)	20
VI Les recherches sur les facteurs communs	24
 LA RECHERCHE SUR LES PROCESSUS DE CHANGEMENT	 30
I Émergence d'un nouveau paradigme	30
II Les processus de changement : des processus subjectifs	34
III Les méthodes qualitatives	35
IV La pratique fondée sur des données probantes (<i>Evidence-Based Practice</i> , EBP)	37
V Les réseaux de recherches fondées sur la pratique	39
VI Les études de cas	41
VII Intégrer clinique et recherche : le modèle de la clarification selon Rainer Sachse (1986)	47
 RELATION ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUES	 49
I La relation thérapeutique	49
II L'alliance thérapeutique	50
III La variable thérapeute	61
 L'APPORT DES NEUROSCIENCES DANS LA COMPRÉHENSION DES PROCESSUS DE CHANGEMENT	 68
I Les travaux d'Eric Kandel sur la plasticité synaptique	68
II Les travaux de Joseph LeDoux sur la mémoire implicite	70
III Les recherches d'Edelman : le présent remémoré	70
IV Siegel et l' « esprit relationnel » (2001)	71
V La découverte des neurones miroirs de Rizzolatti	72
VI La place de l'empathie dans les processus thérapeutiques	75

VII	Descartes et les neurosciences	77
VIII	La théorie des marqueurs somatiques de Damasio	79
IX	Régulation émotionnelle et interactions précoces	82
X	Épigénétique et transmission transgénérationnelle	83
	Conclusion	85
	DEVELOPPEMENTS ACTUELS DE LA RECHERCHE	87
I	Le <i>Boston Process of Change Study Group</i>	87
II	Un modèle systémique des processus de changement (Duriez, 2007, 2009)	91
III	Le paradigme des « significant events »	95
IV	La présence thérapeutique	98
V	La réflexivité (Schön, 1983) ou la conversation intérieure du thérapeute (Rober, 2005)	101
VI	Psychothérapie, conscience de soi, quête de sens et narrativité	106
	CONCLUSION	112
	BIBLIOGRAPHIE	113

LA RECHERCHE

SUR L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

I Définition des psychothérapies

C'est en 1872 que le terme « psychotherapy » apparaît sous la plume du médecin anglais Daniel Hack Tuke, dans son chapitre *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease*. Hippolyte Bernheim et l'école d'hypnose de Nancy, relayés par Maurice Barrès, vulgarisèrent ensuite en France et en Europe l'expression de « psychothérapie ». Le mot est utilisé pour désigner "toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade" (Laplanche et Pontalis, 1967).

Strotzka (1978) propose une définition qui souligne les conditions pour que la psychothérapie soit efficace : « La psychothérapie est un processus interactionnel conscient et planifié visant à influencer les troubles du comportement et les états de souffrance qui, dans un consensus (entre patients, thérapeute et groupe de référence), sont considérés comme nécessitant un traitement, par des moyens psychologiques (par la communication) le plus souvent verbaux, mais aussi non verbaux, dans le sens d'un but défini, si possible élaboré en commun (minimalisation des symptômes et/ou changement structurel de la personnalité), au moyen de techniques pouvant être enseignées sur la base d'une théorie du comportement normal et pathologique. En général, cela nécessite une relation émotionnelle solide ».

L'accent sera mis ensuite sur la dimension scientifique de la pratique : « La psychothérapie est une activité de nature scientifique qui consiste à traiter les problèmes psychiques par une méthode psychologique spécifique à laquelle s'est formée professionnellement le psychothérapeute » (Duruz, 1994, p 13). Ginger englobe également les approches qui utilisent des méthodes psycho-physiologiques : « Les psychothérapies sont des traitements fondés sur des connaissances et des recherches scientifiques, opérant par des procédés psychiques ou psycho-physiologiques, dont le but est de soulager la souffrance, de traiter et si possible, de guérir la maladie » (Ginger, 2004, p 11). Face à la multiplicité des psychothérapies, ces définitions restent très générales, ce qui était souligné avec humour dès 1950 par Victor

Raimy : « La psychothérapie est une technique indéfinie, appliquée à des cas non spécifiques avec des résultats imprédictibles. Toutefois, pour la pratiquer, une formation rigoureuse est requise » (Raimy, 1950).

II La nécessité d'évaluer les psychothérapies

Plus de 400 thérapies (Chiland, 2012) sont pratiquées dans le monde, dont plus de 200 en France. Elles sont généralement regroupées en grandes familles : thérapies psychodynamiques, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies humanistes et existentielles, thérapies systémiques, etc. Avec l'avancée des neurosciences, cette prolifération des thérapies continue : EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Shapiro, 1989), Thérapie des Cycles de Vie ou ICV (*Lifespan Integration*, Pace, 2003), *Brainspotting psychotherapy* (Grand, 2003), etc. Cette diversité de pratiques pose la question de la formation, de la compétence et de l'éthique des praticiens concernés. Ce qui aboutira à une réflexion générale et à l'adoption au parlement d'un Statut officiel du Psychothérapeute, comme dans d'autres états européens (article 52 de la loi du 9 août 2004, décret du 20 mai 2010 modifié par le décret du 7 mai 2012). Elle pose également la question de l'efficacité des psychothérapies : quelle psychothérapie serait la plus efficace ? Pour quels symptômes ? Pour quels patients ?

Considérées par certains comme une démarche très difficile, voire impossible, les recherches sur l'efficacité des psychothérapies connaissent un ample développement depuis une vingtaine d'années. La recherche sur l'efficacité des psychothérapies apparaît comme une nécessité économique, politique, philosophique, éthique, épistémologique et clinique. Sur le plan économique, le rapport coût / efficacité préoccupe les organismes qui subventionnent les psychothérapies : ARS, CPAM, mutuelles mais aussi les usagers quand ils financent eux-mêmes leur traitement. Sur le plan politique, cette question était récemment sur le devant de la scène avec l'amendement Accoyer en 2003 puis le rapport d'expertise de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies en 2004, la loi du 9 août 2004, le projet de décret sur le titre de psychothérapeute présenté par le Ministre de la Santé, M. Xavier Bertrand le 7 avril 2006 et finalement au moment des élections présidentielles, l'ajournement de l'examen du décret par le Conseil d'État le 6 mai 2007. Ces controverses d'actualité et les décisions qui seront finalement prises ne seront pas sans conséquences sur la pratique des psychothérapies,

particulièrement dans les institutions subventionnées. Mais ce sont davantage les questions philosophiques, éthiques, épistémologiques et cliniques qui nous animent en tant que psychologues cliniciens. Nécessité éthique parce que nous ne pouvons pas concevoir de prendre en charge des patients sans avoir le souci de vérifier l'efficacité du suivi. Elle répond également à une nécessité épistémologique car l'évaluation de la pratique et des résultats permet de faire évoluer les modèles théoriques de la pratique clinique.

III Historique des recherches sur les psychothérapies

Cette question de l'évaluation avait été posée à Freud qui refusa de s'y soumettre en argumentant : « J'ai fait valoir, à l'appui de mon refus, qu'une statistique est sans valeur, lorsque les unités juxtaposées dont elle se compose ne sont pas assez ressemblantes » (Freud, 1917). La même année, à Boston, un de ses disciples, Isador Coriat (1917) évalue 93 cas traités par la psychanalyse. Il conclut que 73 % des sujets sont rétablis ou vont mieux. Il obtient des taux équivalents de rétablissement quelle que soit le diagnostic. En 1941, Robert Knight reprend les résultats de 952 cas relatés dans les études de l'Institut de Berlin, la clinique de Londres, l'Institut de Chicago, les travaux de Kessel et Hyman (1933) et ceux de la Clinique Menninger entre 1932 et 1941. Les pourcentages des patients guéris ou très améliorés sont, pour certains troubles, plutôt positifs : 68 % pour des troubles psychosomatiques, 63,2 % pour les névroses, 56,6 % dans le cas des troubles du caractère, 48,5 % pour les troubles sexuels. Ils sont moins bons dans le champ des addictions et des psychoses. Les critères utilisés pour juger de l'amélioration du patient renvoient à différentes dimensions comme par exemple l'amélioration au plan symptomatique ou de l'activité professionnelle (Ionescu, 1998, p. 182). Les études vont se poursuivre et quatre périodes dans l'histoire des recherches sur l'efficacité des psychothérapies peuvent être distinguées (Goldfried et Wolfe, 1996).

III.1. Première génération : 1950 – 1960

La phase de légitimation : la thérapie est-elle efficace ?

La première étape de cette histoire des recherches sur les psychothérapies va de 1950 à 1960. Il s'agit de savoir si la psychothérapie est ou non efficace dans la production du changement,

sans se soucier du type d'intervention du thérapeute et de la nature du problème dont souffre le patient.

C'est dans ce paradigme que s'inscrit la fameuse recherche du psychologue comportementaliste britannique, Hans Eysenck. En 1952, il amorce une polémique avec un article qui remet en cause l'efficacité des psychothérapies. Il résume les résultats de 24 rapports de psychothérapies psychoanalytiques et éclectiques avec plus de 7000 clients névrosés traités dans des dispositifs naturels avec deux groupes contrôle. La synthèse de ces études montre 44 % de réussite pour les patients suivant une psychanalyse alors que le taux d'amélioration spontanée des problèmes névrotiques était de 66 % sur deux ans pour la première partie de la recherche et pour la seconde, 64 % de réussite pour les patients traités par une psychothérapie dite éclectique tandis que 72 % des patients névrotiques hospitalisés ou traités par des généralistes allaient mieux.

Eysenck (1952) conclut donc à une corrélation inverse entre la guérison et la psychothérapie. Ces résultats ont été critiqués par Garfield et Bergin (1978) pour plusieurs raisons : choix des études arbitraire, imprécisions dans la définition de la population étudiée, valeur élevée du taux de rémission spontanée utilisé, absence d'études comparatives, etc. Quels que soient les biais méthodologiques et les arguments subjectifs mis en avant dans la rédaction de ses conclusions (Bergin, 1971, p. 218), il n'en reste pas moins que "l'effet Eysenck" a eu un impact considérable sur le développement des recherches concernant l'évaluation des psychothérapies, ouvrant la voie à cinquante années de recherche contrôlée féconde. Les travaux d'Eysenck (1952) sont fondateurs pour la recherche et les thèmes qu'il aborde seront repris et étudiés par les générations suivantes de chercheurs : la rémission spontanée (Cartwright, 1956 ; Kiesler, 1966 ; Bergin, 1971) ; les effets négatifs des psychothérapies (Bergin, 1963, 1966), etc.

III.2. Deuxième génération : 1960-1980

La phase de compétition : quelle forme de psychothérapie est la plus efficace ?

Le début des années 60 a vu l'émergence de différentes formes de psychothérapie. De 1960 à 1980, la deuxième génération de chercheurs tente d'établir quelles sont les psychothérapies les plus efficaces dans le cas d'un trouble particulier, par exemple est-ce qu'une intervention de type cognitivo-comportementale sera plus efficace qu'une thérapie d'inspiration

psychanalytique pour traiter une phobie. Le fameux article de Luborsky, Singer et Luborsky (1975), « *Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes ?* » (1975) inaugure une nouvelle controverse à partir d'une revue comparative des résultats de recherche qui conclut que toutes les psychothérapies ont des résultats relativement équivalents. Les auteurs reprennent dans le titre de leur article l'expression de Lewis Carroll dans *Alice au pays des merveilles*, au chapitre 3, *Une course au "Caucus" et une longue histoire*. En anglais, *Caucus Race* est un terme un peu méprisant, il s'agit d'une réunion politique pour désigner un candidat aux élections. Nous pourrions traduire cette expression par "course des politicards" ou "course à la candidature". A la fin du chapitre 2, les larmes d'Alice ont formé une mare dans laquelle sont tombés tous les animaux. Au début du chapitre 3, ceux-ci sont tous mouillés et se demandent comment faire pour sécher. Alors l'oiseau Dodo, une espèce disparue aujourd'hui, proposa de faire une course au « Caucus » qui se déroula de la manière suivante.

D'abord, il délimita une piste plus ou moins ronde : (« la forme exacte importe peu », dit-il) ; puis toute la bande fut éparpillée dans le champ de course. Personne ne dit : « Un, deux, trois ! Partez ! ». Mais ils couraient selon leur bon plaisir et ils s'arrêtaient à leur gré, en sorte qu'il n'était pas facile de savoir quand la course finirait. Cependant, après une demi-heure de course, ils furent enfin secs et le Dodo proclama brusquement : « La course est finie ! ». A bout de souffle ils s'assemblèrent tous autour de lui pour demander : « Mais qui a gagné ? »

A cette question, le Dodo ne pouvait répondre sans réfléchir longuement et il s'assit pendant un bon moment, un doigt sur le front (la position dans laquelle on voit habituellement Shakespeare sur les gravures), tandis que les autres attendaient en silence. A la fin, le Dodo déclara : « *Tout le monde a gagné*, et chacun doit avoir un prix » (Carroll, 1865, 1978, p. 39-40).

Les résultats de Luborsky, Singer et Luborsky (1975) soulèvent ainsi un problème dans l'évaluation des psychothérapies, problème désigné par l'expression « *Dodo bird verdict* » en référence au titre de leur article. Comment expliquer qu'un comportementaliste et un psychanalyste obtiennent des résultats identiques malgré une conception de leur pratique si différente ? Si « tout le monde a gagné », c'est que la victoire repose sur des facteurs communs. Ce qui serait efficace, ce ne sont pas les techniques spécifiques à une approche mais les facteurs communs. Nous développerons ce point dans un chapitre séparé. Ce « verdict » sera confirmé à différentes reprises et réfuté parallèlement d'un point de vue méthodologique au fur et à mesure que la connaissance des multiples facteurs impliqués dans une psychothérapie s'affineront.

III.3. Troisième génération : 1980 – 1990

Les essais contrôlés randomisés

La phase de prescription : quelle forme de psychothérapie est efficace pour quel type de patient ?

A partir des années 80, une troisième génération de chercheurs apparaît en continuité avec la deuxième génération. Le souci de la rigueur méthodologique amène les chercheurs à se tourner vers le DSM pour constituer des groupes de patients homogènes et à demander aux thérapeutes qui entrent dans le protocole de recherche de suivre rigoureusement les manuels de thérapie. En 1985, la NIMH (*National Institute of Mental Health*) décide d'appliquer la même méthodologie à l'évaluation des psychothérapies que celle utilisée dans la recherche pour les médicaments (Duncan, 2002). Cette méthodologie est celle de *l'essai contrôlé randomisé* (ECR). L'engouement pour ce type de méthode s'explique aussi par des variables socio-économiques comme l'hégémonie croissante du modèle de la maladie mentale psychiatrique, le succès remporté par les études pharmacologiques sur l'efficacité des psychotropes et la nécessité de répondre aux pressions institutionnelles des congrès, des caisses de sécurité sociale et du public pour fournir des données convaincantes de l'efficacité des psychothérapies (Parloff et Elkin, 1992). Dès 1982, dans son article « Bambi Meets Godzilla », Parloff avait cependant mis en garde sur l'utilisation détournée des résultats des recherches sur l'évaluation des psychothérapies que les caisses de sécurité sociale pouvaient faire.

III.4. Quatrième génération : Depuis 1990

La phase de compréhension : qu'est-ce qui permet à la psychothérapie d'être efficace ?

L'ère de la Change Process Research

L'influence du post-modernisme (Hertlein et al., 2004) favorise un changement dans les méthodes de recherche, amenant plus de flexibilité et un rapprochement entre les cliniciens et les chercheurs. Les recherches ne sont plus seulement quantitatives mais aussi qualitatives. Les chercheurs veulent comprendre les singularités du processus thérapeutique et conduisent les recherches d'une manière tout à fait différentes que pour les recherches sur l'efficacité des psychothérapies. Les résultats intéressent les cliniciens et l'objectif annoncé de ces recherches est bien de construire un pont entre la pratique et la recherche (Fourie, 1996).

Les essais contrôlés randomisés ne permettent pas de répondre à la question de l'influence respective des facteurs communs et des facteurs spécifiques (Cook & Campbell, 1979 ; Haaga & Stiles, 2000 ; Kazdin, 1998). Ils sont « vides de causalité ». S'il est possible d'envisager des hypothèses entre certaines variables et les résultats de la thérapie, celles-ci ne peuvent être validées de façon méthodologique avec les ECR (Elliott, 2002, p 2). Pour certains chercheurs, « il n'est plus possible de se contenter d'études centrées sur la comparaison des symptômes avant et après l'application ou non du traitement. Il est nécessaire d'ouvrir la « boîte noire » qui a fonctionné entre ces deux temps » (Thurin, 2017, p 57). C'est ce que propose Greenberg (1986) avec le concept de « recherche sur les processus de changement ». Il s'agit de dépasser la vieille dichotomie processus / résultats en se centrant « sur l'identification, la description, l'explication et la prédiction des effets des processus qui causent le changement thérapeutique. Cette approche reconnaît la complexité du processus psychothérapique et tente d'analyser le développement successif, moment par moment, des fonctionnements de la personne dans différents états et contextes. Elle peut représenter une alternative aux études expérimentales (Greenberg 1991) » (Thurin, 2017, p 57). Goldfried et Wolfe (1996) s'intéressent également aux actions du thérapeute qui amènent ces changements.

Une des premières recherches avec ce nouveau paradigme est celle de Blatt et Ford (1994) qui ont effectué une analyse du processus thérapeutique à long terme sur un échantillon de 90 patients sévèrement atteints. Les patients ont été évalués à plusieurs reprises à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives : tests psychologiques incluant le Rorschach, le test d'aperception thématique (TAT), une forme du test d'intelligence Wechsler et les images de figures humaines. Les résultats thérapeutiques montraient une réduction de la fréquence et/ou de la sévérité des symptômes cliniques, de meilleures relations interpersonnelles, une intelligence accrue, une réduction des troubles de la pensée et une réduction des fantasmes concernant des relations personnelles irréalistes. Ces études de cas prospectives ouvrent la voie à un modèle de recherche quasi expérimental tout à fait pertinent (Barber et Lane, 1995). Fishman (1981) et Persons (1991), tous les deux des praticiens, avaient formulé le besoin de développer un paradigme de recherche qui analyse de façon personnalisée l'intervention thérapeutique, à partir d'une évaluation initiale du problème et du patient. Cette analyse serait alors rédigée sous forme d'étude de cas.

La distinction « facteurs spécifiques » vs « facteurs communs » fait place à la différenciation entre les modérateurs et les médiateurs (Kraemer et al., 2001, 2002 et Kendall et al., 2004). Les modérateurs sont les variables antérieures à l'intervention thérapeutique qui auront un impact sur le traitement. Elles spécifient pour qui et dans quelles conditions le traitement thérapeutique sera efficace. Quels types d'action du thérapeute sont efficaces ? Avec quel type de patients ? Et pour quel type de changement ? Les modérateurs sont par exemple l'âge du client, son origine ethnique, son sexe, le type de problème présenté, la sévérité de ce problème, la formation du thérapeute, les modalités de la thérapie (individuelle, en groupe), le cadre et l'outil d'évaluation du changement (Durlak, Fuhrman et Lampman, 1991 ; Durlak, Wells, Cotten et Johnson, 1995 ; Shadish et Sweeney, 1991 ; Weisz, Weiss, Han, Granger et Morton, 1995). Ainsi, nous pouvons nous demander si l'efficacité d'une thérapie varie en fonction de la formation du thérapeute. L'effet du modérateur est un effet d'interaction (Holmbeck, 1997).

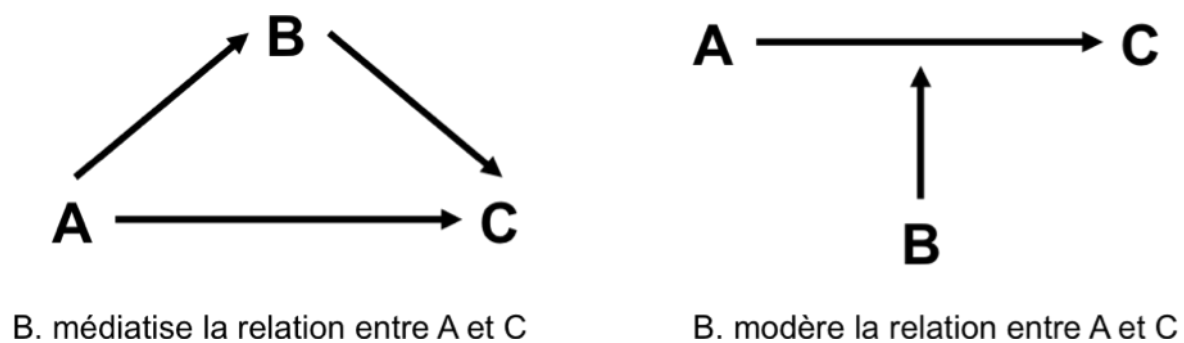


Figure 1 : Représentation des effets d'un médiateur et des effets d'un modérateur (Holmbeck, 1997, p 600)

Le terme de « médiateurs » est employé pour désigner « les différents processus ou mécanismes qui permettent d'obtenir les changements. Ce sont des variables qui expliquent pourquoi ou comment les interventions ont des effets sur le patient. Les modèles médiationnels sont des **modèles causaux** » (Kendall et al., 2004, p 32). Le séminaire organisé par la NIMH a réalisé un travail important de définition des modérateurs (conditions de changement) et médiateurs (mécanismes de changement). L'étude des médiateurs permet d'identifier les « ingrédients actifs » ou les composants d'une intervention qui sont pertinents ou inefficaces. En s'appuyant sur ces études, les praticiens pourront adapter leurs interventions pour répondre aux besoins spécifiques. Ces études font également avancer la connaissance concernant la nature et l'évolution des troubles cliniques (NIMH, 2002).

Kraemer et al. (2001, 2002) insistent sur la distinction entre modérateurs et médiateurs à partir des notions d'antériorité temporelle et de corrélations : un modérateur précède le traitement ; un médiateur se produit pendant le traitement. Par exemple, le niveau d'estime de soi préalable au traitement doit être considéré comme un modérateur, mais le changement du niveau de l'estime de soi pendant le traitement serait alors un médiateur. De même l'influence que peut avoir une attitude autoritaire inadaptée des parents (modérateur) sur les troubles des conduites des enfants, peut se modifier, voire s'inverser à partir d'une intervention du psychothérapeute. Elle devient alors une variable médiatrice du changement des enfants (Kazdin & Nock, 2003). Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'un modérateur n'est pas corrélé avec le traitement alors qu'un médiateur l'est. La même variable ne peut pas être un modérateur et un médiateur mais l'impact du traitement peut amener un modérateur à devenir médiateur. Cette distinction permet de mieux appréhender, dans la finesse, ce qui agit dans une psychothérapie et dans quelles conditions.

Les modérateurs et les médiateurs sont nombreux et restent à découvrir pour mieux appréhender la complexité des processus de changement en thérapie familiale. Leur nature et leur richesse ne peuvent être comprises si le chercheur limite les facteurs étudiés (Greenberg, 1991). Nous introduisons des limites et des biais dans notre recherche (Alexander et al., 1993) si (a) nous nous focalisons artificiellement sur un seul ensemble de variables, (b) nous les décontextualisons (Faubert et Long, 1991 ; Hetherington, 1989), (c) nous les envisageons selon une causalité linéaire alors que les phénomènes étudiés sont en fait de nature transactionnelle, et (d) nous les codons selon des unités qui ne correspondent pas aux « moments » pendant lesquels les significations cliniques émergent (Alexander et Barton, 1995, p 210).

Bien que ce tournant paradigmatique se soit affirmé dans les années 1990, le modèle des essais contrôlés randomisés est toujours d'actualité et semble encore être le seul dogme reconnu pour certains. En ce qui concerne l'évaluation des médicaments, l'actualité avec le covid-19 nous montre combien ces questions de méthodologie de recherche sont sensibles, certains considérant qu'il ne peut y avoir plusieurs types de méthodologies et que quel soit le contexte, une seule méthodologie est valide. La croyance est alors plus forte que le bon sens ou l'éthique. Edmond Marc (2006) nous avait déjà alerté sur la domination des dogmes :

Transformer la connaissance en croyance est donc une façon d'échapper au doute. Il y a une vérité révélée et être détenteur de cette vérité confère une force singulière au croyant. Il sait ce qu'il doit penser et faire. Le dogme entraîne donc chez le croyant un interdit du doute ; il proscriit l'esprit critique qui pourrait remettre en cause les convictions partagées par le groupe. Il favorise un blocage de la pensée personnelle au profit de l'idéologie collective. Ainsi le dogme s'oppose à la pensée libre, rationnelle et critique. Il maintient l'individu dans une attitude infantile de dépendance à l'égard de l'autorité parentale ("c'est vrai puisque tes parents te le disent"). (Marc, 2006, p 172).

C'est ainsi que pour l'expertise collective INSERM de 2004, les résultats sont issus d'essais cliniques menés en laboratoire. Nous vous proposons d'étudier ces questions à partir de l'article de Stephan Hendrick (2009) et d'une réflexion critique au sujet de l'étude de l'INSERM.

IV Essais contrôlés randomisés (ECR). Pour ou contre ? (Hendrick , 2009, p 152-57)

Deux thèses s'affrontent, parfaitement décrites par Stephan Hendrick (2009) dans son article « Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies » dont nous vous présentons un extrait.

Vous pouvez télécharger la totalité de l'article sur Cairn.

Thèse I – Les essais contrôlés – *Randomized Controlled Trials (RCT)* – constituent la seule approche scientifique possible

Dans cette approche, seuls les essais contrôlés sont considérés comme présentant une valeur scientifique, c'est-à-dire une étude dont les résultats reposent sur des faits reproductibles et non sur des opinions ou des anecdotes.

Un « essai contrôlé » respecte trois règles de base (Roberts et Ilardi, 2003). Les sujets entrant dans l'essai doivent être assignés aléatoirement au groupe expérimental ou au groupe de contrôle (*Randomized*). L'étude doit inclure un groupe de contrôle (*Control*). Enfin, on procède à des mesures à divers moments du processus : avant et après celui-ci (*Trials*). La notion de mesure implique le recours à des instruments présentant de bonnes qualités psychométriques (validité et fidélité). Dans le cadre de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies, ce type d'étude doit se soumettre à d'autres critères très stricts.

Groupe de contrôle et groupe expérimental

Le groupe expérimental est constitué des sujets sur lesquels on applique le traitement. En effectuant des mesures avant et après, on sera susceptible de vérifier si un changement s'est produit. Toutefois, si un changement est constaté, on ne peut totalement exclure que celui-ci résulte d'autres paramètres indépendants du traitement. Par exemple, il est possible que les sujets du groupe expérimental se soient de toute façon améliorés même s'il n'y avait pas eu de traitement. Pour être en mesure d'éliminer cette éventualité, on crée un second groupe appelé groupe de contrôle.

Le groupe de contrôle permet d'observer ce qui se produit lorsqu'on n'applique pas le traitement, par exemple des sujets que l'on place sur une file d'attente. On compare ensuite les résultats des deux groupes, ce qui permet cette fois d'être à peu près certain que les changements résultent du traitement et uniquement de ce dernier. D'autres types de groupes de contrôle sont possibles : sujets bénéficiant d'un ancien traitement éprouvé (groupe dit « *as usual* »), sujets suivant un traitement « placebo » (traitement très simplifié réputé ne produire que des améliorations mineures). Ce dispositif implique toutefois une contrainte importante : les deux groupes doivent être équivalents avant le traitement.

Homogénéité des groupes sur le plan diagnostique

On recommande de travailler avec des groupes de patients présentant des pathologies identiques (uniquement dépressifs ou phobiques, etc). En effet, puisqu'il s'agit d'évaluer si le traitement produit effectivement une amélioration, il importe de préciser de façon préalable ce que l'on souhaite améliorer.

Un bon diagnostic constitue donc la première étape de tout traitement. Actuellement, le manuel diagnostique de base est le DSM IV dont la vocation est de pourvoir les chercheurs et les cliniciens du monde entier d'une classification standardisée, indépendante de tout référent théorique et uniquement fondée sur une approche sémiologique.

Une autre raison qui commande l'homogénéité est que cette façon de procéder permet de satisfaire à la contrainte que nous venons d'énoncer dans la section précédente : garantir que le groupe expérimental et le groupe de contrôle soient équi-

valents avant le traitement. Pour garantir cette équivalence, on veillera à ce que les sujets souffrent d'un seul trouble (absence de comorbidité). Par exemple, des sujets tous dépressifs, mais sans problème d'alcoolisme ou sans problème conjugaux, etc.

Modalités d'évaluation

On peut avoir recours à l'auto-évaluation (demander au patient s'il estime avoir progressé) en utilisant des questionnaires auto-administrés, ou à l'hétéro-évaluation (dans ce cas, l'évaluation est effectuée par le thérapeute lui-même, par des observateurs indépendants ou des proches du patient). De façon générale, les données sont considérées comme étant moins fiables si elles résultent du thérapeute lui-même. Celui-ci ne peut être à la fois juge et partie à la cause.

Analyse des données

Les partisans de la thèse I apportent un soin particulier à l'analyse quantitative des données. Plusieurs approches complémentaires sont possibles, mais nous n'en citons ici que la principale : la comparaison statistique entre groupes. Cette méthode bien connue est la plus ancienne et est commune à tout chercheur. Le principe consiste à déterminer si des différences constatées – par exemple entre un groupe expérimental et un groupe de contrôle – s'expliquent par une cause systématique ou bien par de simples fluctuations aléatoires.

Description du traitement et mesures d'adhésion

Si on souhaite vérifier qu'un traitement est efficace, il faut évidemment vérifier que celui-ci a été effectivement appliqué. Ceci peut paraître simple s'il s'agit de prendre une pilule chaque jour, mais les choses se compliquent s'il s'agit d'administrer une psychothérapie. Comment peut-on être certain que le thérapeute fait bien ce que le traitement prévoit ? Et comment être sûr que c'est bien le même traitement qui sera appliqué à tous les sujets ?

Pour satisfaire à ces contraintes, les chercheurs doivent rédiger des « manuels » qui décrivent avec un maximum de précision le traitement : ce que le thérapeute doit faire et quand il doit le faire. Pour être parfaitement certain que le thérapeute a bien appliqué le traitement prescrit, on filme son travail et un juge indépendant vérifie le degré d'adhésion aux procédures décrites dans le manuel. L'objectif vise à renforcer la validité interne en s'assurant que les effets résultent effectivement du modèle thérapeutique et non d'autres pratiques.

En résumé, les essais contrôlés imposent des contraintes très strictes qui garantissent la validité interne de l'étude. On peut alors être certain que les effets observés résultent effectivement du traitement testé et non d'autres paramètres comme des différences entre les sujets ou des fluctuations dans l'application du traitement.

Thèse II – Les études contrôlées – RCT – sont impraticables et réductrices

Comme indiqué ci-dessus, bon nombre de praticiens se reconnaissent peu ou pas du tout dans le modèle d'évaluation décrit ci-dessus. Cette attitude s'appuie sur une série de critiques méthodologiques.

Les études RCT s'appuient sur des classifications psychiatriques discutables

D'aucuns ont fortement critiqué le recours à ce type de classification. En effet, la plupart de ces études reposent généralement sur un diagnostic des troubles mentaux (généralement sur base du DSM). Il en résulte que nous savons beaucoup moins de choses sur l'efficacité des thérapies lorsque le problème mis en avant concerne des problèmes relationnels tels que les conflits parent-enfant ou la mésentente conjugale, etc. – situations très courantes en consultation familiale ou de couple. D'autres formes de problèmes comme la stérilité (sans cause biologique), la timidité, etc., ne se prêtent pas à une classification psychiatrique.

Même si les auteurs du DSM sont capables de mettre sur la table des études qui démontrent la fidélité inter-juges du système, dans la pratique, cette fidélité sur le terrain est souvent médiocre. Un examen même sommaire de dossiers de patients hospitalisés indique que les diagnostics varient en fonction du moment ou du psychiatre.

Clarkin et Levy (2003) montrent que ce que l'on appelle les « variables clients », plus que le seul diagnostic, devraient entrer en ligne de compte dans la caractérisation des groupes⁵. De même, l'étude de Eisler, *et al.* (1997) indique que l'efficacité de la thérapie familiale dépend davantage de variables modératrices (durée et âge de début de la maladie) que du fonctionnement familial ou du diagnostic initial⁶.

D'autres critiques, plus générales et que nous ne reprendrons pas ici, ont été formulées. On consultera à ce propos les ouvrages de Barrett (1998), Kirk et Kutchins (1998) ou la critique de Martens (2001).

Les problèmes liés à l'homogénéité des diagnostics

On reproche souvent à certains praticiens de traiter des maladies et non des malades. Dans une perspective clinique, on prend en charge une personne humaine, dans sa globalité, et non une pathologie. Une personne phobique n'est pas l'autre. Et lorsque des similitudes apparaissent entre deux individus présentant un même symptôme, celles-ci se manifestent sur des plans qui ont peu de rapport avec la « maladie » : fonctionnement familial, « *coping style* », ressources personnelles. En d'autres termes, l'homogénéité du diagnostic ne garantit en aucune manière l'homogénéité des situations cliniques.

En pratique, il est relativement rare qu'un thérapeute tout-venant se spécialise dans un type de pathologie. Sa clientèle est constituée de personnes présentant des diagnostics différents. Par conséquent, dans le cadre d'une consultation classique, il est impossible de constituer des groupes homogènes.

Les diagnostics sans comorbidité sont une chimère de laboratoire

Un des grands principes est de travailler avec des groupes de sujets présentant des diagnostics sans comorbidité. Or, en clinique, l'absence de comorbidité n'est pas

⁵ Voir notre autre article dans ce même numéro.

⁶ Voir notre autre article dans ce même numéro.

la règle mais l'exception. Par ailleurs, il ne faut pas confondre diagnostic et plainte. Ainsi, il n'est pas rare qu'un alcoolique rejette le diagnostic d'alcoolisme, mais qu'il reconnaisse qu'il a de sérieux problèmes conjugaux. Le thérapeute traite alors le problème conjugal. De même, on peut traiter un patient comme une personne souffrant d'un « trouble anxieux ». Mais il se peut que, pour cette personne, le problème principal réside dans sa relation avec sa mère et que cela le rende également dépressif.

Le diagnostic correspond à ce qui est important aux yeux du praticien. Mais ceci ne signifie pas que le patient voit les choses de la même manière. L'absence de comorbidité est donc une situation rarissime.

La notion d'adhésion au manuel est illusoire, voire nuisible

Pinsof et Wynne (2000) indiquent que les études contrôlées reposent sur le *mythe de l'uniformité*⁷ c'est-à-dire sur la croyance – fausse – qu'un thérapeute travaille toujours de la même façon d'une thérapie à l'autre, voire même au cours d'une même thérapie. Son approche n'est pas plus constante s'il travaille avec des sujets souffrant d'une même perturbation (trouble ou problème).

Bien au contraire, il apparaît que la plupart des cliniciens deviennent de plus en plus éclectiques et intégratifs au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur carrière. Alors que les chercheurs s'efforcent de garantir l'adhérence du thérapeute à son modèle, les cliniciens de terrain tendent à y adhérer de moins en moins. Toujours selon Pinsof et Wynne (2000), on sait aujourd'hui que toutes les thérapies produisent environ 2/3 d'améliorations et 1/3 d'échecs. Ceci signifie que toute intervention « uniformisée » est également soumise à cette règle. Ceci implique que les sujets appartenant au 1/3 d'échecs ont besoin de quelque chose d'autre, de différent du modèle uniformisé. Or, la plupart des cliniciens tenteront de nouvelles stratégies qui ne sont pas prévues si le client ne répond pas au modèle initial.

Comme Stuart et Robertson (2003) le rappellent, l'exigence d'une stricte adhérence à un manuel, en dehors du cadre d'une étude en laboratoire, ne peut que diminuer l'efficacité du traitement parce qu'elle bride le thérapeute dans l'exercice de son jugement clinique. Par ailleurs, s'agissant d'une psychothérapie, que faudrait-il penser d'un traitement qui serait parfaitement identique pour tous les individus sous prétexte qu'ils ont en commun le même diagnostic ? Et lorsque, à l'instar d'un Elkaïm, on base l'essentiel de l'intervention sur les singularités et les résonances ou que l'on considère le travail thérapeutique comme un processus de co-construction, la notion de « manuel » n'a plus guère de sens.

Enfin, l'analyse de Beutler, *et al.* (2003) indique également que les effets observés découlent davantage de facteurs généraux que de facteurs spécifiques. Duruz (2004) nous rappelle que tout modèle est toujours partiel par rapport à ce qui se passe réellement en thérapie. Par ailleurs, il se demande comment « [...] le recours à un manuel standardisé, censé contrôler au mieux le processus thérapeutique, est capable de prendre en compte des processus relationnels intersubjectifs, où l'imprédictibilité comme la créativité qui les caractérisent sont des facteurs opérants de premier ordre en toute thérapie ».

⁷ Idée énoncée par Kiesler en 1971 (cité par Pinsof et Wynne, 2000).

En conséquence, le recours à un manuel trop strict apparaît comme une pratique illusoire, voire nuisible.

La randomisation n'a pas sa place dans une consultation

Enfin, les cliniciens tout-venant ne randomisent pas leurs sujets. Pour des raisons pratiques tout d'abord. Les thérapeutes qui travaillent seuls et dont la thérapie est un gagne-pain ne vont pas renvoyer un patient à un collègue s'ils s'estiment compétents pour effectuer la prise en charge. Lorsqu'ils travaillent en équipe, chaque thérapeute a sa spécialité, son modèle et ses centres d'intérêts. Les prises en charge sont donc attribuées en fonction de ces spécificités et de ces intérêts et non nécessairement en fonction du diagnostic.

Des raisons éthiques interviennent parfois. Ainsi, aucun thérapeute tout-venant n'acceptera de placer un patient sur une file d'attente à moins que cette procédure ne soit justifiée par un agenda trop chargé. Mais dans ce cas, on oriente le patient vers un collègue. L'envoi se fonde souvent sur des critères d'indication mais aussi, et parfois plus souvent, sur un critère géographique ou sur la perception subjective des compétences du collègue.

Les instruments de mesure en science humaine sont peu fiables

Un aspect fréquemment négligé dans les études de validité concerne la question de la sensibilité des instruments de mesure au changement. Hill et Lambert (2003) rapportent les tailles d'effet calculées sur des mesures pré/post-test effectuées sur des sujets agoraphobes à l'aide d'instruments différents mesurant la même classe de symptôme. Les effets observés peuvent varier entre 0,47 et 1,83. (INSERM, 2004). En d'autres termes, un même traitement peut être jugé soit comme modérément efficace, soit comme très efficace selon la sensibilité de l'instrument utilisé.

Les processus familiaux systémiques ne sont pas mesurables

A ces critiques, certains systémiciens en ajoutent une autre, à leurs yeux rédhibitoire. En effet, l'essentiel des méthodologies à disposition est adapté à l'évaluation des thérapies individuelles. Elles conviennent peu aux thérapies familiales où l'on essaie d'étudier des phénomènes : 1) Relationnels [interactions, c'est-à-dire des séquences de comportements]; 2) Complexes [les combinaisons interactionnelles croissent de manière exponentielle avec le nombre de protagonistes]; 3) Systémiques [c'est-à-dire où des lois invisibles gouvernent les interactions; exemple : homéostasie, loyauté, mythe; même problème qu'avec le transfert en psychanalyse].

Par ailleurs, il n'existe pas de « *Gold standard* » en matière d'instruments de mesure. Il en résulte une multitude d'échelles auto-rapportées, des grilles d'observation, etc. Ceci rend les comparaisons et les généralisations entre les études très difficiles. En outre, il n'existe pas une théorie unique de ce qu'est un fonctionnement familial « sain ». A ceci s'ajoute que le lien entre une intervention et son effet est rarement proximal. Ce qui implique qu'entre un effet donné et la cause supposée vient s'interposer une multitude d'autres interventions ou d'événements, parfois contradictoires, susceptibles d'expliquer le changement.

Enfin, et cette critique rejoint celle des psychanalystes, les études contrôlées escamotent une dimension essentielle du traitement : la relation patient/thérapeute.

En conclusion, les critères issus du modèle des études pharmacologiques apparaissent pour certains tantôt impraticables, tantôt dénués de sens lorsqu'on les transpose à un humain et non à un organisme, tantôt inacceptables pour des raisons éthiques. Faut-il pour autant renoncer à toute forme d'évaluation rigoureuse ? Comment sortir de ce dilemme ?

V. L'expertise collective INSERM (2004)

Cet historique des recherches sur l'évaluation des psychothérapies serait incomplet sans la présentation de l'expertise collective INSERM qui a été publiée en 2004. Plusieurs facteurs mentionnés par Thurin (2005) étaient réunis pour créer un contexte favorable à la réflexion sur l'évaluation des psychothérapies.

- 1) Développement des neurosciences.
- 2) Développement de l'*Evidence Based Medicine*.
- 3) Développement des collectifs d'utilisateurs
- 4) Exigences économiques de productivité

C'est dans ce contexte scientifique, social et économique et en congruence avec le Plan gouvernemental santé mentale du Ministre de la Santé, B. Kouchner (2001) que la Direction générale de la santé (DGS) a sollicité l'INSERM pour réaliser une expertise collective à partir de la littérature internationale sur l'évaluation de différentes psychothérapies appliquées au soin des troubles mentaux. Deux associations françaises, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et la Fédération nationale des associations d'(ex) patients de psychiatrie (FNAP-Psy) se sont associées à la DGS dans cette démarche. Kouchner envisageait cette expertise comme une « nécessaire évolution des pratiques professionnelles afin de permettre une adaptation de l'offre de soins aux différents besoins des patients ainsi que la diversification des modes de prise en charge prenant en compte tant l'abord biomédical, que *psychothérapique* et social » (Kouchner, 2001). Il s'agissait d'une part de garantir aux utilisateurs l'efficacité des psychothérapies proposées et d'autre part de répondre aux attentes des victimes de psychothérapie. Les psychothérapies ne sont pas toujours bénéfiques. Van Gijsegem et Gauthier (1999) mettent en garde contre les effets délétères de la psychothérapie pour certains enfants abusés, comme la réification du traumatisme de l'abus sexuel.

L'INSERM a réuni un groupe d'experts (psychiatres, psychologues, épidémiologistes et biostatisticiens) qui ont pris en considération trois approches psychothérapeutiques :

- 1) l'approche psychodynamique (psychanalytique),
- 2) l'approche cognitivo-comportementale
- 3) l'approche familiale et de couple.

Pendant plus d'une année, les experts ont analysé environ 1000 articles issus de la littérature scientifique internationale. Pour la première fois en France, une démarche d'évaluation concerne trois approches psychothérapiques utilisées dans le traitement des troubles mentaux, allant de la dépression et des troubles anxieux à la schizophrénie et l'autisme. Cette démarche, qu'on peut qualifier de « méta-analytique », repose sur l'idée que l'ensemble des études examinées est un échantillon de toutes les études possibles. « L'expertise s'est déroulée de mai 2002 à février 2004 et a impliqué onze journées à l'INSERM durant lesquelles les experts présentaient leur travail qui était discuté de façon collective. L'ambiance initialement assez cordiale s'est progressivement détériorée et a donné lieu à des affrontements d'une étonnante violence » (Thurin, 2005, p 23).

V.1. Résultats de l'expertise

Très schématiquement, cette expertise débouche sur deux constats principaux :

- 1) la supériorité des psychothérapies, toutes formes confondues, sur l'absence de traitement. Selon le rapport, « le résultat moyen pour les patients traités est de 70 à 80 % supérieur à celui des patients non traités ».
- 2) la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales dans une large gamme de pathologies, notamment syndromes anxieux, phobies sociales, trouble panique, stress post-traumatique. Pour d'autres pathologies (schizophrénies, dépressions, boulimies et anorexies notamment), les résultats sont nuancés, parfois contradictoires, ou ne permettent pas de départager les trois traitements comparés.

V.2. Critiques générales

Le choix des approches évaluées : Le champ des psychothérapies comportant plusieurs centaines d'approches ou de techniques thérapeutiques, il peut paraître arbitraire de n'en comparer que trois dans l'étude de l'INSERM. On ne peut exclure en effet qu'une autre approche, non traitée dans l'étude, s'avère nettement plus « efficace » que les trois méthodes dont les effets sont analysés. Sachant que toute expertise comporte ses limites, qu'il est matériellement impossible de comparer toutes les approches en présence, les concepteurs de l'étude se sont volontairement limités à trois d'entre elles. Soit, mais pourquoi précisément ces trois-là ? Le choix de ces trois approches, s'il est arbitraire, n'est certainement pas anodin. Il convient d'observer que les trois approches, qui en un sens sont mises en concurrence par

les chercheurs de l'INSERM, appartiennent au même univers historico-socio-culturel, au même champ professionnel, celui des psychothérapies qui, dans notre société, disposent déjà d'une forme de reconnaissance sociale et sont en lutte pour étendre ou conserver cette reconnaissance. Nous pouvons distinguer :

- a) les pratiques dites « scientifiques », organisées en écoles, représentées à l'Université et dans les institutions publiques de soin. C'est au sein de cette première « famille » que se développe une concurrence interne entre les multiples courants et tendances de la psychanalyse, la systémique et les TCC, par exemple.
- b) les « pratiques innovantes de soin » qui sont peu ou pas représentées dans les institutions : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), *Emotional Freedom Techniques* (EFT), EMDR, *brainspotting*, ICV, mindfulness, cohérence cardiaque, etc. Ces pratiques ont pourtant aujourd'hui le vent en poupe et se développent rapidement.

En comparant des approches issues de la famille des thérapies « savantes » et socialement reconnues, l'étude de l'INSERM exclut de facto les autres familles du champ de l'évaluation. En ce sens, elle accrédite l'apriori selon lequel l'efficacité des autres pratiques « ne mérite pas » d'être examinée et conforte ainsi indirectement la position des pratiques dominantes.

Le rapport INSERM affirme « Toutes formes confondues, la psychothérapie est plus efficace que l'absence de traitement ». Cette affirmation s'appuie sur le constat d'une évolution positive des patients, quel que soit le dispositif thérapeutique envisagé. Mais elle néglige la comparaison avec le cas de sujets qui n'ont pas entrepris de psychothérapie alors que leur situation l'aurait justifié, ou de sujets ayant interrompu le traitement avant terme. A cet égard, elle apparaît très contestable.

Une réflexion sur la psychopathologie, sur le rôle des défenses, le rôle du refoulement, s'impose également pour émettre un deuxième type de réserves. Nous savons que pour avancer vers le changement, certains patients vont passer par une phase dépressive. Il s'agit d'être responsable de soi-même et de sortir d'une plainte qui protégeait le patient de certaines questions dérangeantes. Comment cette phase dépressive sera-t-elle accompagnée ? Comment le patient va-t-il en sortir ? Il faut envisager le cas où la psychothérapie ne permet pas de sortir

de cette phase dépressive. La psychothérapie peut alors apporter plus de méfaits que de bienfaits. Si la colère protégeait le patient, la dépression peut l'amener au suicide.

Des recherches ont été faites sur les risques encourus par l'enfant victime d'abus sexuel lorsqu'il suit une psychothérapie. Celle-ci, en levant le refoulement, peut faire plus de mal que de bien. Voir *Faits et méfaits de la psychothérapie chez l'enfant victime d'abus sexuel*, par Hubert Van Gijsegheem et Louisiane Gauthier (1999).

Enfin cas extrême mais suffisamment fréquent pour susciter des recherches, le patient peut être maltraité par le psychothérapeute. Le patient, du fait de sa vulnérabilité, ne saura pas se défendre de l'emprise du thérapeute. Les cas d'abus sexuels dans le contexte thérapeutique sont également à déplorer. Des associations de « victimes de psychothérapie » se développent pour dénoncer ces abus. Des associations de patients ou de parents de patients considèrent aujourd'hui que certaines psychothérapies ont entraîné plus de dommages que de bénéfices. L'association *Psychothérapie Vigilance* lancée par un professeur de lettres de la région de Tarbes est de celle-là. Voir <http://www.psyvig.com/>

V.3. Critiques sur la méthodologie de la recherche

Thurin (2005) reproche aux concepteurs de l'étude d'accorder une importance majeure aux méta-analyses, de ne pas inclure dans le protocole de recherche des études en conditions réelles et de ne pas prendre en compte les processus thérapeutiques dans les résultats, comme cela est préconisé dans le paradigme de recherches actuel. Cette méthodologie ne prend pas en compte la complexité des psychothérapies et l'intrication des différents facteurs en jeu dans les processus thérapeutiques.

« La multiplicité des facteurs qui interviennent dans la pratique de la psychothérapie (technique utilisée, personnalité du thérapeute et du patient, qualité de la relation, nature du trouble, spécificité du cadre, durée de la thérapie...) fait qu'il est malaisé d'appliquer à ce domaine une méthodologie rigoureuse, notamment de type quantitatif » (Marc, 2006, p 214).

Une règle de bon sens ne semble pas respectée dans cette étude : « L'évaluation ne peut se faire qu'en rapport avec les visées que se fixe la thérapie » (Marc, 2006, p. 217). Or, la méthodologie est adaptée à l'objectif des TCC mais pas du tout à l'objectif de la psychanalyse

ou à l'objectif des thérapies systémiques. Il est, somme toute, peu étonnant que les TCC apparaissent comme une forme de traitement particulièrement « efficace », comparée aux autres, dans la mesure où ce type de thérapie inclut dans son dispositif même une évaluation par le patient de ses propres progrès. On sait qu'à l'issue de chaque séance, ou de façon périodique et programmée à l'avance selon des modalités très précises, les patients en cours de TCC sont invités à remplir des « grilles d'évaluation », permettant de faire le point sur l'évolution de leurs symptômes ou de leurs difficultés. Dans ce dispositif l'évaluation n'est pas postérieure au traitement mais fait partie intégrante de la thérapie. En un sens, ces thérapies sont efficaces parce que le patient en évalue en permanence les effets positifs, selon des modalités objectivables. À cet égard, on observe une forme de « complicité » entre le principe actif des TCC, et la logique « médicale » qui préside aux études évaluatives de type INSERM. Si nous supposons qu'un phénomène n'existe réellement que lorsqu'il est observé de façon « objective », le thérapeute en demandant au patient d'évaluer le changement fait exister « l'efficacité » de la thérapie dans la tête du patient.

« Ces comparaisons sont les moins significatives car il n'y a guère de sens à vouloir comparer des démarches extrêmement différentes qui ne se fixent pas les mêmes objectifs et ne s'adressent pas aux mêmes types de demande. Ce genre de comparaison a une portée plus polémique que scientifique. D'ailleurs, les résultats des recherches menées dans ce sens montrent paradoxalement qu'il est impossible d'établir la supériorité globale d'une démarche sur les autres (Orlinsky, 1992, p 13) » (Marc, 2006, p. 215).

VI. Les recherches sur les facteurs communs

Les recherches de la deuxième génération montrent l'efficacité des psychothérapies, quelle que soit l'approche utilisée. C'est le *dodo bird verdict*. Ces résultats ont amené les chercheurs à distinguer les facteurs communs et les facteurs spécifiques et à conclure que les facteurs communs interviennent davantage dans l'efficacité des psychothérapies. Appelés également « facteurs généraux » ou « facteurs non spécifiques », les facteurs communs sont les variables qui contribuent au changement dans une psychothérapie et ne proviennent d'aucune approche théorique spécifique. Ce sont les caractéristiques du patient, comme la motivation, les attentes d'amélioration, les caractéristiques du thérapeute, les caractéristiques de la relation patient-thérapeute et d'autres variables comme le niveau d'activation émotionnelle (Pancheri et Brugnoli, 1992).

L'expression « facteurs communs » a été utilisée pour la première fois en 1936 par Rosenzweig. Cependant Jerome Frank s'avère être le seul chercheur qui s'intéressait véritablement aux facteurs communs, entre 1959, date de son premier article, et le début des années 1980. Des auteurs comme Jerome Frank, William Luborsky, Hans Strupp, Louis Castonguay et dans le cadre spécifique de la thérapie familiale, Douglas Sprenkle et Sean Davis, ont développé ce champ de recherches.

VI.1. L'influence de Frank (1959, 1991)

Dès 1959, Frank distingue les traits suivants que l'on peut retrouver dans toute influence psychothérapique positive :

- 1) une relation intense, chargée d'émotion et caractérisée par la confiance avec une personne aidante qui a pour effet d'atténuer les sentiments de démoralisation et d'aliénation que ressent le patient ;
- 2) une rationalité ou un mythe qui inclut une explication de la détresse du patient et qui renforce indirectement la confiance dans le thérapeute ;
- 3) l'expérience de nouveaux apprentissages et de nouveaux comportements favorisés par le thérapeute par le biais d'un apport d'informations nouvelles concernant la nature et l'origine du problème du patient et par la découverte des différentes alternatives pour y faire face ;
- 4) les méthodes et les qualités personnelles du thérapeute qui accroissent la motivation, les attentes du patient vis-à-vis de la thérapie et l'espoir d'aller mieux dans le futur ;
- 5) l'expérience de compétences personnelles et l'augmentation du sentiment de maîtrise et d'auto-efficacité ;
- 6) la réduction ou l'accroissement du niveau d'activation émotionnelle.

Ces éléments sont liés et se renforcent mutuellement, leur interaction constitue le processus de guérison. Frank voit la relation patient-thérapeute comme une condition nécessaire mais non suffisante pour que toutes les autres composantes puissent avoir un impact sur le patient. Dans la troisième édition de son livre, *Persuasion and Healing*, qu'il rédige avec sa fille (Frank & Frank, 1991), il ajoute à ces composantes un nouvel élément qui concerne la technique : dans toutes les thérapies, le thérapeute propose un rituel ou une procédure crédible pour traiter les symptômes. Frank met ainsi en avant le fait que la maîtrise d'une technique spécifique est un facteur commun à toutes les psychothérapies qui interviennent dans le processus de guérison. Frank (1991) pense que les modèles spécifiques et les techniques associées sont nécessaires

parce qu'ils apportent un cadre pour la pratique thérapeutique, cadre qui d'une part sécurise le thérapeute et d'autre part crée les conditions qui favorisent la crédibilité de l'expérience vécue chez le client.

VI.2. L'article de Strupp et Hadley (1979)

L'article de Strupp et Hadley, « *Specific vs Nonspecific Factors in Psychotherapy* » (1979), a été déterminant dans ce champ de recherche. Hans H. Strupp (1921-2006), professeur de psychologie à l'Université de Vanderbilt, a été l'un des chercheurs qui s'est le plus impliqué dans l'étude sur l'efficacité réelle des psychothérapies. Il a commencé ses recherches dès les années 1950. La question initiale de l'étude qu'il mène avec Suzanne W. Hadley dans les années 70 était de savoir dans quelle mesure les effets thérapeutiques sont obtenus par l'utilisation de techniques spécifiques (comme les suggestions, les clarifications, et les interprétations) ou s'ils ne proviennent pas plus simplement de facteurs "non-spécifiques" que l'on retrouve dans toute relation humaine chaleureuse qui apporte l'espoir de se sentir mieux. Les chercheurs ont demandé à cinq psychothérapeutes très expérimentés de traiter par psychothérapie individuelle au moins trois patients issus d'une population relativement homogène, des étudiants légèrement névrosés. Le traitement, pour des raisons pratiques, avait été limité en fréquence et en durée (deux fois par semaine, jusqu'à 25 heures). Un groupe de patients similaires fut traité par des professeurs de collège dans les mêmes conditions. Un troisième groupe de patients ayant eu un entretien d'évaluation avant d'être sur liste d'attente pour la psychothérapie constituait un premier groupe de contrôle. Le thérapeute leur disait à la fin de l'entretien qu'il les contacterait dès qu'une place se libérerait, probablement dans deux ou trois mois et leur donnait la liste des numéros de téléphone des thérapeutes de l'équipe afin qu'il puisse joindre quelqu'un en cas de besoin. Un autre groupe de contrôle « silencieux » était constitué d'étudiants qui ne recherchaient pas une psychothérapie, mais qui étaient caractérisés par des difficultés identiques à celles des patients traités.

Les résultats montrent que les patients suivis par les professeurs de collège présentent une amélioration quantitativement aussi importante que celle des patients traités par des thérapeutes professionnels expérimentés. Les groupes de contrôle ont également manifesté une amélioration qui tendait à être moins importante que celle des changements vécus par les groupes traités. L'interprétation des résultats nécessite de prendre en compte 1) la limitation en temps de la thérapie, 2) la légèreté relative des troubles névrotiques des patients (on peut

imaginer qu'avec des patients plus perturbés ou chroniques, les professeurs auraient été en difficulté), 3) le fait que les professeurs ont été supervisés par une équipe de professionnels disponible pour eux.

S'appuyant sur les travaux de Gomes-Schwartz (1978) qui montrent qu'une partie substantielle de la variance dans les résultats des psychothérapies (plus de 38 %) pourrait provenir de l'investissement du patient dans le processus thérapeutique, Strupp et Hadley (1979) concluent à l'importance de la relation thérapeutique :

« Le changement thérapeutique semblait se manifester quand il existait une conjonction entre un patient qui était capable de tirer avantage d'une telle relation (c'est à dire pas trop résistant et hautement motivé) et un thérapeute dont les interventions étaient vécues par le patient comme des expressions d'attention et d'intérêt. (...) Les "techniques" des thérapeutes professionnels potentialisaient « les processus naturellement forts inhérents à une "bonne relation humaine", et faisaient que le patient était capable de se sentir à l'aise et en résonance avec l'approche générale du thérapeute vis-à-vis de la thérapie » (Strupp et Hadley, 1979, p 1136).

Nous observons aussi que le simple fait de prendre rendez-vous amène de l'espoir et un mieux-être. Le changement peut aussi avoir lieu en l'absence de thérapie du fait de l'évolution dans le cycle de vie ou d'un changement de contexte. De la même manière, une personne qui a des petits problèmes de communication pourrait être aidée par un non-professionnel, un coach, un conseiller. En revanche, un non-professionnel en situation de thérapeute avec une personne qui présente une pathologie lourde aurait probablement des difficultés à faire face aux troubles présentés et encore plus, à amener un changement. Strupp (1996) a d'ailleurs été critique vis-à-vis de ses conclusions concernant le faible poids des techniques thérapeutiques et à la fin de sa carrière, il s'est intéressé davantage à la compétence du thérapeute à entrer en relation avec les patients et à utiliser des techniques appropriées pour amener le changement.

VI.3. Le modèle des quatre facteurs de Lambert (1992)

Parmi les études qui ont mis en évidence l'importance des facteurs communs, les chercheurs citent fréquemment les travaux de Lambert, Shapiro et Bergin (1986) et Lambert et al. (1992) selon lesquels la technique contribue à expliquer 15 % des résultats thérapeutiques. A partir d'une revue d'études empiriques, Lambert et al. (1992) estiment que les ingrédients du changement se répartissent selon les proportions indiquées sur le diagramme ci-dessous :

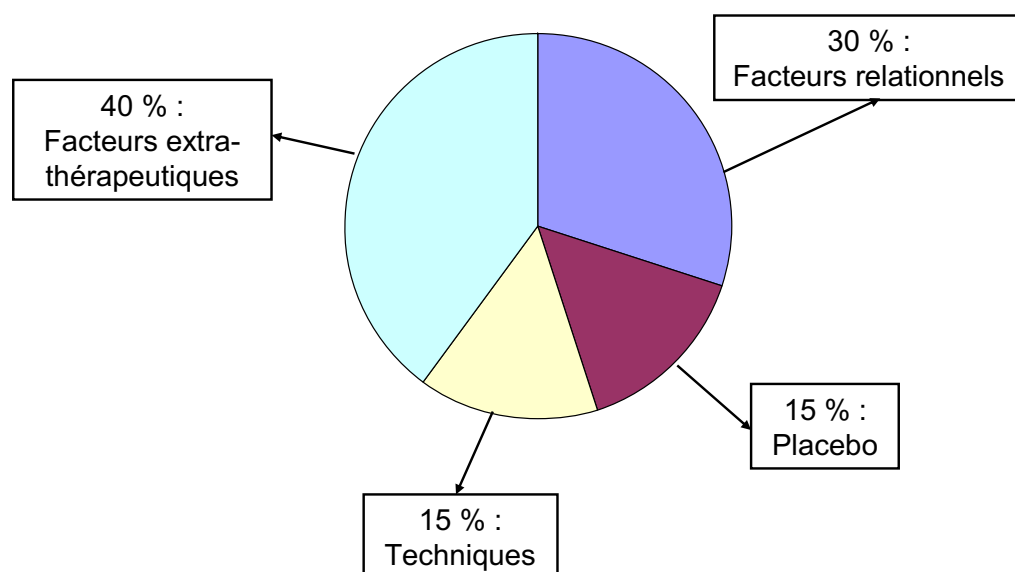


Figure 2 : Les facteurs de l'efficacité psychothérapeutique (Lambert et al., 1992)

Les facteurs qui proviennent des clients, que Lambert et al. nomment « variables extra-thérapeutiques » sont :

- 1) les caractéristiques stables des individus ;
- 2) les caractéristiques non stables des individus, couples et familles ;
- 3) les caractéristiques motivationnelles ;
- 4) les événements fortuits ;
- 5) le soutien social.

Les facteurs relationnels sont constitués par l'alliance thérapeutique. Les effets placebo sont l'espoir et la crédibilité du thérapeute. Les techniques peuvent être spécifiques au modèle ou il peut s'agir de techniques générales utilisées en thérapie individuelle : réattribution (nouvelle définition du problème), renforcement, désensibilisation, information et apprentissage de compétences.

Pour Sprenkle et Blow (2004), les facteurs spécifiques sont indispensables pour fournir un cadre à l'intérieur duquel les facteurs communs vont opérer. Disposer d'une théorie pour guider le travail du clinicien est un prérequis pour que les facteurs communs soient efficaces.

VI.4. Critiques du paradigme des facteurs communs

Sexton et Ridley (2004) insistent sur les limites des recherches centrées sur les facteurs communs, en soulevant plusieurs questions :

- Est-ce que la recherche concernant les facteurs communs est fondée ?
- Est-ce que les facteurs communs intègrent la recherche à la pratique ?
- Est-ce que les facteurs communs fournissent une base théorique ou conceptuelle adéquate pour expliquer les mécanismes du changement ?
- Est-ce que les facteurs communs contribuent au développement des théories ?
- Est-ce que les facteurs communs fournissent la guidance nécessaire pour le travail ?
- Les facteurs communs peuvent-ils servir de base pour une formation clinique ?

Ils répondent « non » à toutes ces questions, considérant que les facteurs communs constituent un champ de recherche trop simple pour comprendre les processus de changement. Ils sont d'accord avec l'idée que dans les thérapies efficaces, nous retrouvons des mécanismes communs qui expliquent le changement mais ils estiment que le changement ne peut être compris de manière fine sans une connaissance du modèle de changement proposé par l'approche thérapeutique suivie (Davis, 2005, p 20).

Les recherches sur les facteurs communs s'inscrivent donc dans les études sur l'efficacité des psychothérapies et tentent de répondre à cette question : quel est le facteur qui contribue à l'efficacité de la psychothérapie ? La nouvelle génération de chercheurs qui s'intéresse aux processus de changement construira un nouveau paradigme qui prend davantage en compte l'intrication des facteurs, des contextes et du temps. Nous allons maintenant aborder dans la deuxième partie de ce cours ce nouveau paradigme de recherches qui s'intéresse aux processus de changement.

LA RECHERCHE SUR LES PROCESSUS DE CHANGEMENT

I Émergence d'un nouveau paradigme

Le tournant amorcé par la quatrième génération de chercheurs aboutit à un nouveau paradigme : le paradigme de la recherche sur les processus de changement, « Change Research Process ». Vous en trouverez une présentation sur le site de Jean-Michel Thurin que je vous recommande fortement pour l'étude de ce cours.

Encadré : Jean-Michel Thurin ©

Consultable sur [http://www.techniques-](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Theses/1.4.RechProcessChgt.html)

[psychotherapiques.org/Documentation/Theses/1.4.RechProcessChgt.html](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Theses/1.4.RechProcessChgt.html)

Le terme de "Recherche sur le Processus de Changement" (*Change Research Process* (CPR)) en psychothérapie a été introduit par Greenberg en 1986 pour se référer à la recherche qui va au-delà de la vieille dichotomie processus / résultats en se centrant sur "*l'identification, la description, l'explication et la prédiction des effets des processus qui causent le changement thérapeutique* ». Il souligne que l'hypothèse suivant laquelle tous les processus ont la même signification, indépendamment du contexte dans lequel ils se situent, doit être abandonnée. Un processus de recherche *sensible au contexte* doit être développé. Les actes de discours doivent être considérés dans le contexte des types d'épisodes dans lesquels ils se produisent, et les épisodes ont besoin d'être considérés dans le cadre du type de relation dans lequel ils s'expriment. Cette approche devrait se traduire par l'utilisation d'une batterie d'instruments de processus pour mesurer les configurations de processus *dans leur contexte* et les relier aux résultats.

En 1991, Greenberg situe cette recherche comme une approche qui reconnaît la *complexité du processus psychothérapique*. Elle tente d'analyser le développement successif, moment par moment, des fonctionnements de la personne dans différents états et contextes. Elle peut représenter une alternative aux études expérimentales.

Avec cette perspective, la recherche se déplace de l'association et l'interaction entre variables vers une étude plus complexe des processus de changement. Le processus devient une succession de configurations dont on peut préciser certains déterminants particuliers sur

lesquels l'action thérapeutique peut être centrée. Parmi ces configurations, on trouve les croyances pathogènes, les conflits relationnels centraux, les réactions problématiques, les cycles interpersonnels négatifs. Ces configurations appellent des interventions intermédiaires spécifiques qui peuvent être décrites.

Il devient ainsi concevable de déterminer :

- les interventions les mieux appropriées à différents moments/événements de la thérapie ;
- le type d'occurrence intra-thérapie auxquelles ces interventions sont les mieux adaptées et
- le type de changement intermédiaire que l'on peut en attendre (Safran et al. 1986, Silberschatz et al. 1989) .

La question des mécanismes de changement, c'est-à-dire des changements intermédiaires qui peuvent désenclaver une réaction spontanée et/ou une situation bloquée, devient ainsi potentiellement accessible. La recherche doit viser à démontrer que, pour ce déterminant, cette intervention produit ce type de résultat.

C'est également à cette période que le concept d'*alliance thérapeutique* commence à s'imposer. Marmar et al. (1989) en identifient 5 dimensions à partir d'une analyse en composantes principales (ACP) : l'engagement du patient, sa capacité de travail, la compréhension du thérapeute et son implication, la contribution négative du thérapeute, et le désaccord sur les objectifs et la stratégie. Ces différentes évolutions posent la question d'une approche intégrative. Un séminaire du NIMH est consacré à ce thème. Sa conclusion est que le temps est davantage celui d'une "déségrégation" que d'une "intégration". La conférence recommande que la recherche commence par une comparaison du processus de changement tel qu'il se produit dans les différentes orientations.

La fin du clivage entre recherche sur les résultats et recherche sur le processus est annoncée et explicitée en 1990 par Beutler dans son éditorial du *Journal of Consulting and Clinical Psychology* consacré aux avancées de la recherche sur le processus psychothérapique. Ce numéro réunit cinq articles. La distinction initiale entre les chercheurs défendant des observations objectives et ceux qui défendent des sources guidées par la théorie, entre comportementalistes et psychanalystes, entre chercheurs centrés sur les résultats ou centrés

sur le processus subsiste encore, mais elle a tendance à se réduire avec le mixage interne dans les équipes.

- Marmar (1990) aborde de façon très détaillée les questions méthodologiques générales de la recherche sur le processus (formulation et interrelation des variables, développement des systèmes de mesures, problèmes dans la segmentation des données, sélection et formation des juges, questions conceptuelles dans la mise en relation du processus et des résultats, questions sur l'analyse des données dans la mise en relation du processus et des résultats et valeur des études comparatives de résultats pour la recherche sur le processus de la psychothérapie). Les stratégies d'analyse sont passées d'approches *univariées* à des approches *multivariées*. Ces approches prennent en compte les dépendances séquentielles des données du processus et l'interaction des variables de processus avec les caractéristiques de pré-traitement. Elles traitent également l'influence bidirectionnelle des effets processus-résultats.

- Garfield (1990), traditionnellement critique vis-à-vis des analyses de processus, aborde de façon très précise les problèmes et les méthodes en recherche sur le processus en psychothérapie. Ainsi, par exemple, « Comment l'alliance ou la relation produit-elle le changement si l'ouverture, versus la dimension défensive du patient, intervient dans le résultat, de même que la gravité initiale de son état ? Comment rationaliser l'utilisation des différentes techniques qui sont présentées par les différentes écoles de psychothérapie comme étant les facteurs significatifs qui interviennent dans la production du changement thérapeutique si la variable opérante essentielle est située dans l'alliance ? Quel est le rôle d'une technique spécifique comme l'interprétation dans les effets de la psychothérapie, alors que les premières études n'apportaient pas de réponse tranchée sur cette question ?

- Deux autres articles, plus spécifiques, ceux de Luborsky et al. (1990), et de Hill (1990), décrivent les méthodes utilisées dans les deux approches. Centré sur la recherche naturaliste ou quasi-naturaliste, l'article de Hill aborde 4 types de recherches sur le processus : (1) les techniques du thérapeute, (2) l'expérience vécue du patient, (3) les ingrédients non manifestes du processus et (4) les modèles du processus. L'article est complété par les mesures concernant les interactions entre les thérapeutes et les patients, l'impact des événements et les changements d'état au cours de la thérapie. En conclusion, l'auteur présente plusieurs méthodes (lier les comportements avec les résultats immédiats, les analyses séquentielles, les analyses globales de processus, les analyses de tâches, et les approches

qualitatives) qui ont été développées en réponse aux critiques relatives au caractère inadéquat de l'approche traditionnelle de corrélation de la fréquence des événements de processus avec le résultat du traitement.

- Le cinquième article, de Shoham Salomon (1990), recherche la synthèse et présente un modèle systémique, dynamique et transactionnel des processus de changement.

Un article général de synthèse de Goldfried, Greenberg et Marmar (1990) portant sur les évolutions importantes qui se produisent dans les différents domaines de la recherche en psychothérapie dans les années 85-90, et centré sur l'étude du processus de changement, est publié la même année dans l'*Annual Review of Psychology*.

Dans un article de synthèse très documenté, Elliott (2010) distingue quatre protocoles principaux de recherche sur les processus de changement :

1. le *protocole quantitatif processus-résultats*. Il est très intuitif mais se heurte à une difficulté centrale, celle de l'effet paradoxal de l'ajustement (la responsivité) du thérapeute. L'association des patients « bons répondeurs » nécessitant moins d'interventions et des patients « non répondeurs » avec lesquels elles doivent être multipliées, conduit à un résultat nul [l'association d'études de cas individuels peut préciser les conditions de ce problème] ;
2. le *protocole qualitatif des facteurs aidant*. Il est réalisé à partir d'une enquête auprès des patients sur ce qui les a aidés (ou ne les a pas aidés dans leur thérapie) ;
3. le *protocole de microanalyse séquentielle du processus*. Il implique des questions telles que "Quels sont les processus qui sont activés chez le patient, par quelles réponses du thérapeute, et dans quelles conditions ?" (et réciproquement) .. "et avec quels effets ?". Cette forme de recherche sur le processus de changement est très valorisée par l'auteur. Il y adjoint les conditions suivantes : introduire le résultat et par là même rechercher l'impact potentiel d'une variable confondante et de variables de contexte (p.e., un moment privilégié). La combinaison de l'analyse séquentielle avec l'analyse processus-résultats peut renforcer les résultats. Une autre force est l'émergence de méthodes statistiques appropriées pour des observations séquentiellement dépendantes telles que les analyses en séries temporelles [p.e., Jones, Ghannam, Nigg et Dyer (1993)], la modélisation multi niveaux [p.e., Galop et Tasca (2009)] et la modélisation par courbe de croissance (Tschacher & Ramseyer (2009)) [qui demandent des nombres importants de séances et de cas] ;
4. le *protocole des événements importants de la psychothérapie*. Cette approche a deux formes principales. La première identifie une tâche thérapeutique importante (p.ex., aider un

patient à résoudre un conflit à propos de quelque chose qu'il a fait ou ressenti) [en étant confronté à une situation] ; elle examine ensuite les effets favorables ou absents pour le patient de façon à construire et à tester des modèles de la façon dont on peut aider ces patients à résoudre ces problèmes. La seconde, l'analyse globale de processus, part inversement de moments importants du changement thérapeutique afin d'expliquer et de modéliser leurs composants et leurs effets consécutifs, ainsi que le contexte dans lequel ils sont survenus. Ces études utilisent aussi les méthodes d'analyse séquentielle en suivant de multiples aspects qualitatifs, ce qui les différencie des études séquentielles traditionnelles centrées sur un ou deux paramètres quantitatifs. Elles se prêtent à la construction de la théorie à partir de l'étude de cas suivant des modes précisément décrits par Stiles (2007). Elles empruntent également la stratégie processus-résultats en recherchant une connexion entre le processus dans la séance et le résultat. Elles s'adaptent bien à des études de cas issues de la pratique.

II Les processus de changement : des processus subjectifs

Les psychothérapies sont supposées faciliter divers changements chez le patient. Mais quels changements exactement ? Chaque école de psychothérapie apporte à cette question sa propre réponse, de sorte qu'il est impossible d'avoir une définition homogène du changement. À partir de quels critères allons-nous évaluer les changements activés par une thérapie ? Avec quels outils ? Bien souvent, les évaluateurs vont s'intéresser au symptôme. Pour de nombreux auteurs (Marc, 1993 ; Duruz, 1994 ; Nathan, 1998 ; Jones, 2000), c'est la théorie du thérapeute qui détermine la nature du changement. Cependant l'observation de la pratique montre que les thérapeutes s'éloignent de plus en plus de leurs théories avec l'expérience, privilégiant alors l'écoute et la co-construction du changement. L'influence existe dans les deux sens puisque le thérapeute apprend au contact des patients. Pour Efran, Lukens & Lukens (1990), c'est l'interaction entre le thérapeute et le patient qui va permettre l'émergence d'une nouvelle configuration. Le changement pourrait donc provenir tout autant de la théorie du thérapeute que des attentes et des constructions du patient.

Parler de « processus », implique la prise en compte de la dimension temporelle et de la non linéarité de certains processus. La notion de temps et la notion de contexte sont fondamentales dans ce type d'études. Mener une recherche selon ce paradigme n'est pas aisé et s'avère

souvent chronophage. Les résultats sont toujours singuliers et nous ne pouvons prétendre à une validité externe des résultats. « La complexité d'un phénomène se manifeste à l'observateur par son caractère d'incertitude, d'imprédictibilité et d'irreproductibilité ; donc d'imprévisibilité essentielle. » (Miermont, 1987, p 123).

Faire de la recherche sur les processus psychiques c'est accepter et composer avec « l'existence d'oppositions, de positions incompatibles, qu'elles soient pragmatiques ou épistémologiques », qui est « l'expression de propriétés inhérentes à la dynamique, la complexité et l'autonomie des systèmes humains les plus évolués » (Miermont, 2001, p 291-292). Comment mesurer des phénomènes qui bougent en fonction du temps et du contexte ? Comment évaluer des systèmes dynamiques ? Comment évaluer l'intersubjectivité ?

III Les méthodes qualitatives

« Lorsque des méthodes d'investigation quantitatives conçues pour étudier des objets statiques sont utilisées dans le but d'expliquer des phénomènes dynamiques au parcours circulaire et toujours contextuels, les risques de réductionnisme et même d'invalidité deviennent évidents » (Lecomte, 1999, p. 39). Les méthodes qualitatives sont davantage adaptées pour étudier les processus de changement pour différentes raisons :

- elles sont plus adaptées pour étudier la perception, les relations interpersonnelles et les expériences d'intersubjectivité et décrire l'expérience des patients et des thérapeutes selon une perspective phénoménologique ;
- elles peuvent rendre compte de la notion de contexte avec laquelle travaille le thérapeute systémicien mais aussi de la complexité des situations ;
- elles permettent de mieux cerner la causalité circulaire que le thérapeute met en évidence, de prendre en compte la dimension temporelle et d'analyser ce qui se passe en termes de processus et enfin de repérer les tournants dans la thérapie, les « moments intenses » ou « moments de rencontre » entre le thérapeute et la famille ;
- elles donnent accès aux significations construites socialement que les participants donnent de leurs réalités ;

- enfin elles permettent de prendre conscience des perspectives multiples et de leur hétérogénéité que les données quantitatives gommant, tant du point de vue des facteurs que du point de vue de la diversité des effets de la thérapie chez les patients.

Les méthodes qualitatives apparaissent incontournables pour rendre compte de la singularité de l'expérience du sujet. Hill et Lambert (2004) recensent trois types de méthodes qualitatives utilisées par les chercheurs qui s'intéressent au processus thérapeutique :

- la *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967 ; Rennie, Phillips, & Quartaro, 1988 ; Strauss & Corbin, 1990) ;
- les approches phénoménologiques (Giorgi, 1970, 1985, 2009 ; Wertz et al., 2011) ;
- l'analyse de discours ou d'entretiens (Edwards et Potter, 1992 ; McMullen, 2011). Plus précisément les approches qui ont été développées spécifiquement pour la recherche sur le processus thérapeutique sont l'« analyse compréhensive du processus » (« *Comprehensive Process Analysis* » ou CPA de Elliott, 1989, 1993) et la « recherche qualitative consensuelle » (« *Consensual Qualitative Research* » ou CQR de Hill, Thompson & Williams, 1997 ; Hill, 2012). Dans la CPA, les chercheurs analysent les données à partir des séances de thérapie aussi bien que les données provenant des entretiens avec les participants. Dans la CQR, les chercheurs analysent les données à partir des entretiens avec les participants sur leur expérience en thérapie.

À ces trois approches nous pouvons ajouter aujourd'hui le récit de Ruthellen Josselson (1998, 2011), professeur à l'Université de Jerusalem qui envisage le récit, non comme une histoire mais comme un miroir de l'évolution intrapsychique du sujet. Nous pouvons aussi ajouter l'enquête intuitive de Rosemarie Anderson (1998, 2004, 2011, 2019), professeur émérite à l'université de Sofia, qui est une méthode herméneutique, influencée par l'approche transpersonnelle qui comprend cinq cycles d'interprétation.

Faulkner, Clock et Gale (2002) constatent ainsi une augmentation de l'utilisation des méthodes qualitatives entre 1980 et 1999. Le chercheur qui a recours à l'entretien, à l'observation, à l'analyse de documents ou à des moyens visuels doit être capable d'identifier dans les données les éléments pertinents pour l'objet de recherche et doit posséder des compétences rédactionnelles efficaces pour permettre aux lecteurs d'entrer dans les situations étudiées et de les comprendre.

L'histoire des recherches montre que nous n'obtenons pas les mêmes résultats avec une méthode expérimentale et une méthode clinique. De même nous n'obtiendrons pas les mêmes résultats avec une méthode clinique et avec l'observation participante. Plus les variables sont contrôlées, plus nous risquons de passer à côté des phénomènes naturels qui sont pourtant ceux qui intéressent en principe les chercheurs. Certains chercheurs vont jusqu'à refuser de prendre en compte les données qui peuvent émerger en dehors du dispositif de la recherche alors qu'elles apportent l'éclairage qui manquait à leurs résultats. C'est pourtant par hasard, ou par sérendipité, que certaines découvertes se sont faites, comme la pénicilline.

III La pratique fondée sur des données probantes (*Evidence-Based Practice*, EBP)

En réaction aux limites des *Randomized Controlled Trials* (RCT), nous assistons aujourd'hui au développement de l'*Evidence-Based Practice* (EBP), c'est-à-dire la pratique fondée sur des données probantes. Qu'entendons-nous par « données probantes » ? Tout d'abord les données probantes ne sont pas des preuves. « La preuve est quelque chose que l'on obtient par raisonnement déductif ou logique ; « tous les hommes sont mortels, Socrate est un homme, donc Socrate est mortel ». Si la prémisse est vraie, logiquement, la conclusion ne peut pas être fausse » (Weinstock, 2010, p 1). Pour valider des hypothèses sur les processus de changement, obtenir des preuves est impossible. Chaque parcours est différent, ce qui fonctionne avec un patient ne fonctionnera pas avec un autre. Nous ne pouvons que décrire un processus en faisant des hypothèses sur le rôle des différents facteurs agissant dans ce processus.

C'est pourquoi « les données probantes sont des données qui procurent une confiance relative en la véracité d'une proposition qui ne peut ni être logiquement prouvée, ni directement démontrée par l'observation empirique » (Weinstock, 2010, p 1) mais elles servent de guide pour la prise de décision pour les cliniciens. La pratique fondée sur les données probantes repose sur trois piliers : la recherche scientifique, l'expertise clinique du praticien et les caractéristiques du patient. Nous sommes actuellement arrivés à un tournant où il est nécessaire pour aller plus loin dans la recherche de prendre en compte la singularité de chaque situation. « Un clinicien adoptant une posture EBP est un clinicien capable de remettre en cause sa pratique et de reconnaître un besoin d'information en situation d'incertitude

concernant un diagnostic, une action de prévention ou encore un choix de traitement pour un patient » (Durieux et al., 2017, p 16). Un chercheur adoptant une posture EBP peut remettre en cause les résultats qu'il obtient dans un contexte expérimental car ils ne sont valables que dans le contexte de l'expérience qui a été conçue à partir d'un référentiel.

C'est ce qu'observe Damasio, avec son sujet Eliot qui présente des lésions au lobe frontal. Il a constaté une différence dans les résultats obtenus en contexte expérimental et ce qu'il pouvait observer dans la vie quotidienne du sujet. Dans le dispositif expérimental la variable « relation avec autrui » était éliminée. Or le contexte et l'environnement jouent un rôle important dans ce que nous exprimons, ce que nous pensons, ce que nous décidons, ce que nous faisons. C'est en comparant les deux résultats que Damasio identifie le rôle de cette variable « connaissance de l'autre ». En situation expérimentale face à un ordinateur Eliot réussit la tâche, il n'a pas besoin de s'appuyer sur sa connaissance de l'autre. La décision n'est pas guidée par l'émotion. Dans la vie quotidienne, la tâche étudiée nécessite de prendre en compte les réactions des autres pour prendre une décision. Les émotions interviennent alors. Les lésions au lobe frontal l'empêchent d'agir, il ne peut pas se référer à une mémoire de la relation et se trouve indécis face à la tâche. Ces résultats montrent la place des émotions dans la prise de décision (Bechara et al., 1998, 1999). Nous pouvons en déduire que les dispositifs expérimentaux, bien moins riches en émotions que la vie relationnelle, n'apporteront pas les mêmes résultats qu'une méthode comme l'observation participante. Dans le champ des recherches sur l'évaluation des psychothérapies, les chercheurs ont nuancé la notion d'efficacité quand les recherches sont effectuées avec une méthode expérimentale. Ils distinguent l'efficacité potentielle et l'efficacité réelle.

Les études d'efficacité potentielle (*efficacy*)

Le débat concernant la question des méthodes pour évaluer un changement thérapeutique se situe entre deux pôles extrêmes qu'il convient de distinguer :

- à une extrémité, nous avons la méthode expérimentale et les études contrôlées randomisées qui s'intègre dans le paradigme des sciences naturelles. Selon la thèse n°1 le chercheur teste l'efficacité d'une thérapie menée en suivant très scrupuleusement un manuel de thérapie ou un programme, avec un nombre fixe de séances. La méthode choisie pour valider les hypothèses est une méthode quantitative. La population d'étude est un échantillon avec des critères d'exclusion et d'inclusion des patients clairement définis. Il s'agit en général d'évaluer une approche particulière pour des patients qui présentent un problème particulier. Ce type de recherche concerne l'efficacité

potentielle (*efficacy*) car le chercheur teste ses hypothèses sur une population peu représentative de la pratique ;

Les études d'efficacité réelle (*effectiveness*)

- à l'autre extrémité, nous avons l'étude de cas, menée selon une approche qualitative. Fondée sur le modèle de « l'efficacité réelle » (*effectiveness*), cette méthode évalue les résultats d'une thérapie tels qu'ils arrivent effectivement, d'une manière non contrôlée dans la situation, sans manuel, avec une durée liée au progrès du (ou des) patient(s), touché(s) par des problèmes multiples et qui poursuivent de leur propre gré la thérapie. La notion de « réelle » renvoie au fait que les études se passent en situation réelle, sur le terrain, avec de vrais patients issus de la file active d'un lieu de soins, en tenant compte de leur histoire, leurs conditions de vie, la sévérité de leur trouble et qui rencontrent un « vrai » clinicien, riche de son passé, de son expérience, de sa ou de ses formation(s).

Entre ces deux pôles, nous pouvons imaginer de multiples combinaisons, incorporant des méthodes quantitatives et des méthodes qualitatives. Il est possible par exemple d'interpréter les informations qu'apportent les recherches expérimentales évaluant l'« efficacité potentielle » à la lumière des spécificités de la pratique clinique réelle et de mener des études complémentaires, qualitatives ou épidémiologiques, qui vont mesurer l'« efficacité réelle », en vue d'étayer les résultats obtenus par une approche quantitative.

V Les réseaux de recherches fondées sur la pratique

En réponse à ces questions méthodologiques, au cours des quinze dernières années, plusieurs groupes de recherche en psychothérapie ont cherché à développer une alternative aux modèles expérimentaux, sous la forme de recherches systématiques par étude de cas (Iwakabe & Gazzola, 2009). Goldfried et Wolfe (1998) considèrent qu'aucun souci de rigueur méthodologique, basé sur la validité interne, ne peut remplacer un paradigme de recherche qui permettra de généraliser les résultats à la réalité clinique, avec une validité externe. Le problème de la généralisabilité des résultats se pose car les études de cas ne permettent pas cette généralisation statistique. C'est pour y remédier que des réseaux de recherche sur la pratique (RRP) ont été développés. En multipliant le nombre de cas issus de la pratique clinique naturelle, les chercheurs espèrent obtenir à la fois des informations spécifiques pour faire face à la singularité de chaque patient et une plus grande généralisabilité. Les réseaux de recherches fondées sur les pratiques (RRFP) sont une réponse au décalage qui peut exister entre l'abord des problèmes qui se posent en pratique et les réponses apportées par la recherche traditionnelle en laboratoire. En s'inscrivant dans un design de recherche «

naturaliste » (Lincoln et Guba, 1985), ils devraient ainsi permettre de réduire le fossé entre chercheurs et cliniciens (Tasca et al., 2015 ; Teachman et al., 2012).

« Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est défini comme un groupe de cliniciens, de pratiques, ou d'institutions qui consacrent une part essentielle de leur temps au soin du patient et qui sont affiliés les uns avec les autres de façon à travailler des questions liées à la pratique dans la communauté. Les réseaux sont habituellement des collaborations formelles entre des praticiens installés dans la communauté et des institutions académiques » (Kutner *et al.*, 2005).

Un réseau de recherche sur la pratique peut être défini comme un groupe de cliniciens praticiens qui travaillent ensemble pour recueillir des données et mener diverses recherches (Thurin et al., 2012) ou comme un « réseau de cliniciens qui collaborent à la recherche pour éclairer leur pratique quotidienne » (Barkham & Mellor-Clark, 2003, p. 322). Ces réseaux nécessitent une collaboration entre cliniciens et chercheurs pour générer de très grands ensembles de données. Voici quelques exemples de réseaux :

- American Psychiatric Institute for Research and Education's (APIRE) Practice Research Network (PRN). 1993 par Zarin, Pincus *et al.*
- le Pennsylvania Practice Research Network (Castonguay)
- le Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) (UK) (Audin et Barkham)
- le réseau de pédopsychiatrie communautaire de San Diego (Garland)
- le journal en ligne PCSP sous l'égide de l'APA (*American Psychological Association*) (Fishman)
- l'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT) (Robert Elliott, USA et Alberto Zucconi, Italie)
- Washington DC Area Psychotherapy Practice Research Network (DC-PRN) (Shottenbauer)
- le MFT-PRN de l'Université Brigham Young (Utah) (Johnson, Miller, Bradford et Anderson, 2017),
- le réseau SYPRENE de LACT (Vitry et al., 2020).

V Les études de cas

VI.1. Les précurseurs : Yin (1984) et Stake (1995)

Le tournant paradigmatique amorcé par Greenberg en 1986 nécessite de se tourner vers de nouvelles méthodologies. Les études de cas en psychothérapie connaissent alors une phase de renouveau auprès des chercheurs en psychothérapie et des psychothérapeutes. Elles répondent davantage aux exigences de la recherche actuelle sur les processus de changement chez les patients et les actions du thérapeute car elles s'intéressent à des phénomènes en situation réelle et non contrôlés. Le terme "étude de cas", traduit de l'anglo-saxon "*case study*", renvoie à « une méthode d'investigation à visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier » (Albero, 2010, p 15). Deux auteurs apparaissent comme des références incontournables pour aborder la méthodologie de l'étude de cas : Yin (1984) qui considère que l'étude de cas est la méthode adaptée lorsque les frontières entre le phénomène étudié et son contexte ne sont pas clairement établies et Stake (1995) qui insiste sur la singularité de la rencontre entre le chercheur et son sujet d'étude.

Yin (1989, 1994) s'inscrit « dans un paradigme post-positiviste, qui implique le développement d'un protocole d'étude soigné et qui considère avec attention la validité des résultats obtenus et ses éventuels biais. En général cette approche implique un construit conceptuel préalable et/ou une phase exploratoire ou pilote et assure que tous les éléments du cas soient décrits et analysés convenablement ». Stake (1995) et Merriam (2009) se situent dans un paradigme socio-constructiviste ou interprétatif, où le chercheur a une interaction personnelle avec le cas. Ici, l'étude de cas est développée dans une relation entre le chercheur et ses sources, et est présentée de manière à inviter le lecteur à rejoindre cette interaction dans la découverte du cas. L'écriture du cas mettra en évidence le cheminement du clinicien-chercheur avec le sujet étudié. Merriam (1998) propose une approche inductive. Pour mieux comprendre la démarche de ces auteurs, je vous recommande la lecture de l'article de Marie Alexandre (2013)¹.

¹ Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple, *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.

Le récent regain d'intérêt pour les études de cas uniques a suscité le développement de méthodes innovantes d'étude de cas (par exemple, Bohart, 2008 ; Elliott, 2002 ; Fishman, 1999, 2005 ; Miller, 2004 ; Stiles, 2005, 2007) et la création de deux revues, *Clinical Case Studies* et *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, qui sont consacrées aux études de cas et aux questions méthodologiques. Il y a plusieurs manières de formuler une étude de cas. Pour trouver des définitions de la formulation de cas et des lignes directrices explicites pour aider les cliniciens à améliorer leurs compétences en matière de formulation de cas, je vous recommande l'ouvrage de Tracy D. Eells (1997), *Handbook of psychotherapy case formulation* qui montre bien comment l'orientation théorique du clinicien va guider la formulation du cas. En langue française, vous trouverez l'ouvrage de Silke Schauder (2012), *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Depuis les éditions In Press ont décliné une série d'ouvrages avec des études de cas pour une pratique spécifique, par exemple *La thérapie de couple : 11 études de cas*, de Lionel Souche et Alain Sagne (2019). Sur le plan méthodologique, nous allons présenter dans ce cours l'étude de cas pragmatique et l'étude de cas herméneutique.

Fishman (1999) distingue trois types d'études de cas :

Critère	Positivisme	Pragmatisme	Herméneutique
1. Épistémologie	Positivisme logique	Constructionnisme social	Constructionnisme social
2. Mode de recherche	Nomothétique	Idiographique	Idiographique
3. Sites de la recherche	Laboratoires	Settings naturels	Settings naturels
4. Source de connaissance	Observation	Observation	Intuition
5. Degré de déterminisme du comportement	Élevé	Élevé	Moyen
6. Objectif de la recherche	Définition des lois générales à partir de l'expérimentation	Solution des problèmes psychologiques spécifiques au contexte	Compréhension qualitative des processus psychologiques spécifiques au contexte
7. Type de données	Quantitatif	Quantitatif et qualitatif	Qualitatif
8. Utilisation des données	Développement d'une théorie scientifique	Amélioration des programmes d'intervention	Accumulation des commentaires sur le fonctionnement de l'humain
9. Modes de publication	Journaux académiques et techniques	Journaux académiques et journaux pour des tout-venants	Journaux académiques et média « intellectuels »
10. Besoin pour un système de management de l'information	Bas	Maximal	Très bas

Tableau 1 : Comparaison des paradigmes positivistes, herméneutiques et pragmatiques (Fishman, 1999)

VI.2. L'étude de cas pragmatique

Fishman (1999) propose un paradigme alternatif au positivisme, qui conserve cependant des liens importants avec lui. En accord avec le constructionnisme social qui considère que la réalité est, dans une large mesure, « construite » ou « inventée » par les individus et les groupes, le pragmatisme, affirme que la vérité d'une théorie est évaluée par son utilité dans l'accomplissement de buts définis, et non par sa capacité à refléter précisément une réalité objective. De façon cohérente avec les fondements du constructionnisme social, la psychologie pragmatique considère la connaissance-en-contexte comme fondamentale. Plus précisément cette connaissance-en-contexte est fondée sur l'étude systématique de cas particuliers. Une étude pragmatique de cas a toujours lieu dans le contexte d'un projet humain particulier.

L'étude de cas pragmatique est épistémologiquement intégrative. Elle combine des données quantitatives obtenues avec différentes échelles ou questionnaires standardisés, associés à la tradition positiviste, avec des descriptions qualitatives du cas et des processus observés, associés à la tradition du constructionnisme social. Si les études pragmatiques de cas ne permettent pas la généralisation de façon *déductive*, des généralisations peuvent être envisagées de façon *inductive* en organisant ces études de cas dans des bases de données informatisées (Fishman, 1999).

Le chercheur-psychothérapeute doit avoir des compétences pour manier les données cliniques qualitatives et les données quantitatives. Une étude de cas pragmatique requiert des détails qualitatifs d'interprétation clinique, basée sur l'observation clinique systématique de l'interaction verbale, para-verbale et non verbale. Dans un souci de rigueur, le chercheur s'appuiera sur les verbatims des séances, retranscrits à partir des enregistrements vidéo et audio, avec la possibilité des regards croisés de plusieurs observateurs (Kramer, 2011).

Peterson (1997) propose de structurer l'écriture du cas selon le schéma suivant :

- (1) Le contexte du cas et méthodologie,
- (2) Le client,
- (3) La conception théorique avec des données empiriques et l'expérience clinique à l'appui,
- (4) L'évaluation des problèmes, les objectifs, les ressources et l'anamnèse du client,
- (5) La formulation de cas et le plan de traitement,

- (6) Le processus thérapeutique,
- (7) Le monitoring des séances et l'utilisation des données quantitatives,
- (8) L'évaluation et la discussion du processus et du résultat thérapeutique,
- (9) Les références ainsi que les tableaux et les figures.

La formulation de cas doit être cohérente avec l'orientation théorique du psychothérapeute et doit répondre aux exigences formelles de celle-ci.

VI.3. L'étude de cas herméneutique

Robert Elliott présente l'étude de cas herméneutique comme outil méthodologique pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie dans un article paru en 2002 dans la revue *Psychotherapy Research*. Il s'appuie sur Kazdin (1981), Cook et Campbell (1979), Mohr (1993) et surtout sur Bohart et Boyd (1997) qui prennent en compte le point de vue des patients par rapport à la thérapie. Le recueil de données est effectué à partir de plusieurs perspectives, sources et types de données « afin de construire un compte rendu riche et complet, qui est ensuite triangulé afin d'examiner si les différentes sources de données convergent » (Iwakabe et Gazzola, 2009, p 602-603). Greenberg et Pinsof (1986) estiment qu'il faut considérer les deux perspectives, celles des participants (le patient et le thérapeute) et celle des non-participants (les chercheurs) pour arriver à une meilleure compréhension des processus de changement. La recherche qualitative basée sur des entretiens met en avant le point de vue subjectif du chercheur, l'importance de l'émotion et du langage et doit faire face au défi de communiquer les résultats de la recherche. Le post-modernisme nous enseigne qu'au final il s'agira pour le chercheur en quelque sorte de raconter une histoire. Si le chercheur multiplie la diversité des sources, il devra raconter plusieurs histoires ou intégrer ces trois histoires pour construire une histoire plus complexe, qui relie davantage les éléments qui ont joué un rôle dans le processus.

Cette construction repose sur la subjectivité du chercheur qui a été particulièrement étudiée par Georges Devereux (1967) dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Au lieu de considérer la subjectivité comme un obstacle à la connaissance Devereux en fait une pierre angulaire de toute science du comportement. Il estime que la tentative d'objectivité du chercheur est non seulement un leurre, mais qu'en plus elle se révèle contre-productive. Si le chercheur nie le fait qu'il n'existe pas de données indépendantes de

son propre travail d'observation et qu'il n'observe finalement que des réactions à ses observations, il passe à côté de ce qui le guide dans la recherche : son histoire, ses expériences de vie, sa sensibilité, etc. Avec d'autres mots, Devereux rejoint le principe fondateur de la seconde cybernétique : « l'observateur fait partie du système observé » (Von Foerster, 1973).

Des méthodes quantitatives sont associées aux méthodes qualitatives pour créer un réseau de preuves qui permettent d'établir des liens de causalité entre ce qui s'est passé durant la thérapie et les résultats observables. Il est conseillé de présenter les données quantitatives visuellement sur une sorte de frise chronologique permettant de faciliter la compréhension et la comparaison (Benelli et al., 2015). Puis une recherche est effectuée sur les processus non thérapeutiques qui pourraient expliquer un changement observé ou signalé chez un sujet. Cette recherche s'apparente à un « travail de détective, avec des preuves contradictoires recherchées et des preuves disponibles soigneusement pesées. En conséquence, certaines explications non thérapeutiques peuvent être totalement exclues, tandis que d'autres peuvent expliquer partiellement ou même complètement le changement observé » (Elliott, 2002, p 7).

Des outils ont été développés pour recueillir le point de vue des patients. Les questionnaires post-séance *Change Interview* (Elliott, Slatick, & Urman, 2001) et *Helpful Aspects of Therapy* (HAT) (Llewelyn, 1988 ; Elliott, 1993) interrogent le patient sur sa perception concernant le moment le plus aidant de la séance. Des lignes directrices pour évaluer la crédibilité des études qualitatives dans le domaine de la recherche en psychothérapie ont été proposées par Stiles (1993), Elliott, Fischer et Rennie (1999), Morrow (2005), McLeod (2011) et Hill (2012). Sur la base des critères existants pour la recherche qualitative et quantitative en psychothérapie, McLeod (2011, 2013a) a proposé un ensemble de principes clés pour une bonne pratique des études de cas à méthodes mixtes :

- 1) créer un ensemble de données aussi riche que possible, basé sur de multiples sources d'information (par exemple, qualitatives et quantitatives, mesures de processus et de résultats ; différentes sources : patient, thérapeute et observateurs externes) ;
- 2) susciter l'intérêt du lecteur en racontant ce qui s'est passé dans le cadre du cas ;
- 3) utiliser des mesures quantitatives standardisées du processus et des résultats qui permettent de faire des comparaisons avec les données d'autres cas ;
- 4) fournir suffisamment d'informations dans le rapport ou dans les annexes pour que le lecteur puisse se faire sa propre opinion sur l'interprétation du cas ;

- 5) en faisant appel à plusieurs analystes, plutôt que de dépendre d'une seule perspective. En outre, si possible, plus d'une personne participe à la collecte des données ;
- 6) en effectuant une sorte d'analyse de séries chronologiques pour permettre d'explorer le processus de changement de manière systématique ;
- 7) examiner de manière critique les différentes interprétations des données, dans un esprit critique et scientifique, plutôt que d'utiliser les résultats de l'étude de cas pour promouvoir le modèle de psychothérapie étudié ;
- 8) utiliser la théorie pour permettre la généralisation ;
- 9) intégrer des informations sur ce que les patients pensent de la thérapie qu'ils ont reçue, et sur leur opinion quant à la validité de l'analyse des données du cas ;
- 10) être réflexif, en fournissant des informations pertinentes sur le ou les auteurs pour permettre aux lecteurs de tenir compte des sources potentielles de biais (allégeance des chercheurs) ;
- 11) utiliser un format standard, afin de permettre aux futurs chercheurs de réaliser plus facilement des méta-analyses et aux lecteurs actuels de s'orienter dans votre étude de cas ;
- 12) inclure des informations factuelles de base dans le rapport de cas : but et objectifs de l'étude ; caractéristiques du problème présenté par le patient, décrites de manière à pouvoir situer le cas dans une population plus large ; contexte de l'organisation ou de l'agence dans laquelle la thérapie a eu lieu ; nombre de séances, séances manquées, durée des séances, paiement, etc. ; caractéristiques du thérapeute (par exemple, âge, sexe, formation) ; interventions utilisées par le thérapeute ; procédures éthiques utilisées pour obtenir le consentement du patient ; recours à une supervision externe et à la consultation par le thérapeute.

VI.4. L'étude de cas qui vise la création d'une théorie

Le paradigme qui vise la création d'une théorie tente de répondre à ces critiques. Stiles (2007) propose que les études de cas soient décrites en termes théoriques, ce qui implique que chaque cas peut aborder plusieurs aspects d'une théorie et non pas une seule variable.

Les présupposés du paradigme visant la construction d'une théorie (Stiles, 2007) sont :

- 1) la validité d'une théorie scientifique peut être comprise comme un critère de qualité de l'intervention psychothérapeutique ;

2) Une intervention clinique sans théorie valide est inefficace, voire dangereuse, pour le patient.

Le paradigme visant la construction d'une théorie a pour objectif de créer, valider et faire évoluer une théorie clinique grâce à l'étude et aux croisements de nombreux cas. Le chercheur part du traitement des données réelles issues de plusieurs études de cas pour constituer la théorie : la théorie prend ses racines dans les données elles-mêmes. Il s'agit d'un raisonnement par abduction. Les études de cas sont décrites en termes théoriques, ce qui implique que chaque cas peut aborder plusieurs aspects d'une théorie et non pas une seule variable. La multiplication des sources d'informations et des points de contact entre le cas réel et la théorie va renforcer la puissance et la validité de la théorie. Les observations ne correspondant pas à la théorie serviront à l'affiner. Ce nouveau paradigme a donc des implications pratiques, méthodologiques et scientifiques et contribue au renouveau de l'étude de cas dans le champ des psychothérapies.

VII Intégrer clinique et recherche : le modèle de la clarification selon Rainer Sachse (1986)

Comme vous pouvez le constater à la lecture de ce cours, l'évolution des recherches sur l'efficacité des psychothérapies tend vers une prise en compte des processus thérapeutiques. Il s'agit aussi de fournir des recherches qui soient utiles pour la pratique clinique. De nombreux chercheurs qui sont aussi cliniciens insistent sur la nécessité de réduire le fossé entre chercheurs et cliniciens (Pinsof et Wynne, 2000). Le professeur allemand Rainer Sachse, de l'Institut für psychologische Psychotherapie (*Institut de Psychothérapie Psychologique*) de Bochum, a travaillé dans ce sens dès 1984. Il a construit un modèle de la clarification basé sur les recherches actuelles en psychothérapie. Le modèle a donné lieu à une série de recherches qui tendent vers une validation des concepts et technique de cette approche. Ces résultats sont résumés dans l'ouvrage paru en allemand, *Klärungsprozesse in der Psychotherapie* (*Processus de clarification dans la psychothérapie*, Sachse et Takens, 2004). Vous trouverez une présentation en français de ce modèle dans l'article de Kramer et al. (2009).

L'émotion a une place importante dans ce modèle qui propose d'explicitier les schémas affectifs du patient. Sachse (1986) conceptualise les manifestations du patient en séance sur trois dimensions : 1) contenu ; 2) processus et 3) relation.

La première dimension, le contenu, prend en compte le discours du patient, son expérience, sa définition du problème, sa demande, ses objectifs, ses représentations.

La deuxième dimension, le processus, explore la manière dont le patient traite le problème, ses stratégies de coping, ses mécanismes de défense, ses compétences dans l'analyse de son propre rôle dans le problème.

La troisième dimension, la relation, s'intéresse à la manière dont le patient entre en relation avec le clinicien, l'alliance thérapeutique et les jeux interactionnels.

Nous voyons que quelle que soit la génération de chercheurs, la place accordée aux facteurs communs, et en particulier à la relation thérapeutique et l'alliance thérapeutique est essentielle.

RELATION ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUES

Vous trouverez dans la littérature scientifique, les termes « relation » et « alliance » thérapeutiques. La notion d'alliance thérapeutique met l'accent sur la collaboration pour atteindre un objectif alors que la notion de relation thérapeutique met l'accent sur le lien. L'adjectif « thérapeutique » indique que cette relation ou cette alliance visent tous deux à soigner, à soulager le patient de sa souffrance.

I La relation thérapeutique

Les neurosciences confortent les résultats des recherches sur les psychothérapies qui mettent en avant la fonction irremplaçable de la relation thérapeutique. Quelle que soit l'orientation du clinicien, la relation existant entre le patient et le thérapeute est considérée depuis longtemps, tant par les chercheurs que par les cliniciens, comme un élément essentiel du processus d'aide et de changement positif (Rogers, 1957 ; Gurman, 1977 ; Bordin, 1979, 1980 ; Marziali, 1984 ; Gelso & Carter, 1985 ; Orlinsky & Howard, 1986 ; Greenberg & Pinsof, 1986 ; Beutler, Machado & Allstetter Neufeldt, 1994 ; Lambert & Bergin, 1994 ; Gaston, 1995). La relation est non seulement le niveau essentiel de tout acte communicationnel mais est aussi la matrice contextuelle qui permet toute attribution de sens et tout processus mental. La conception de l'esprit proposée par Bateson (1984) n'implique pas seulement l'ancrage de celui-ci dans le corps, elle le relie aussi par des réseaux relationnels complexes à l'environnement, l'unité de survie n'est pas l'organisme mais l'organisme dans son environnement (Bateson, 1972).

Certains voient en Carl Rogers l'initiateur de toute cette réflexion autour de la relation thérapeute-patient car il a beaucoup développé la notion de relation d'aide, soulignant « la nécessité d'une relation à la fois structurée, permissive, chaleureuse et sans jugement. Le rôle de l'aidant (*dans l'approche rogérienne*) est beaucoup plus actif et participant que dans le modèle psychanalytique "classique" » (Balta, 2001, p 7).

La relation thérapeutique est le facteur commun le plus étudié dans la recherche concernant l'efficacité des thérapies. Relation clinique, transfert, contre-transfert, configuration transférentielle, alliance thérapeutique, alliance aidante, alliance de travail : la multiplicité des

termes évoquant la nature ou les composantes de la relation thérapeutique amènent parfois de la confusion. Nous proposons de partir de l'approche de Gelso et Carter (1985) pour avancer vers davantage de rigueur définitionnelle. Pour ces auteurs, la relation thérapeutique comprend trois composantes principales :

- une relation réelle (*real relationship*, Greenson, 1967) : quelque chose qui se développe entre le thérapeute et le patient comme le résultat des sentiments, perceptions, attitudes et actions de l'un envers l'autre. Deux caractéristiques spécifient la relation réelle : l'authenticité et le caractère réaliste des perceptions. Gelso et Carter envisagent l'authenticité comme la capacité et le désir d'être vraiment soi-même dans la relation, d'être authentique, ouvert et honnête (Gelso et Carter, 1985, p 297). Les perceptions réalistes se réfèrent aux perceptions qui ne sont pas contaminées par les distorsions transférentielles et les défenses. Les participants à la thérapie se voient l'un l'autre d'une manière précise et réaliste.

- une relation non réelle (*transference configuration*), non ancrée dans la réalité, qui correspond aux configurations transférentielles ; le transfert est « la répétition des conflits passés avec des personnes significatives, tel que les sentiments, attitudes et comportements sont déplacés sur le thérapeute et le contre transfert est le transfert du thérapeute » (Gelso et Carter, 1985, p 297).

- l'alliance de travail (*working alliance*) entre le thérapeute et le patient : « le lien entre le self ou l'ego raisonnable du client et celui du thérapeute analysant ou "thérapeutisant" pour les besoins du travail » (Gelso et Carter, 1985, p 297). C'est le composant qui a le plus été étudié dans la littérature (Gaston, 1990 ; Horvath & Symonds, 1991 ; Mallinckrodt, 1991).

Même si cette distinction en trois composantes a été critiquée (Greenberg, 1994 ; Patton, 1994) car chacun de ces trois concepts demeure flou, elle apparaît pertinente pour explorer la complexité de la relation thérapeutique.

II L'alliance thérapeutique

II.1. L'alliance thérapeutique : un concept psychanalytique

Le terme d'alliance thérapeutique n'apparaît pas de façon explicite chez Freud, mais d'une certaine façon il y est fait référence dans deux textes, *La dynamique du transfert* (1912) et *Le début du traitement* (1913). Dans le premier, Freud propose de distinguer différents aspects du

transfert, ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse et ceux qui constituent le fond de la relation positive du patient à l'analyste. Ce transfert sur la personne de l'analyste « ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il est un transfert négatif ou bien un transfert positif composé d'éléments érotisés refoulés ». Freud, en 1913, souligne qu'une des difficultés et un des buts premiers du dispositif analytique est bien « d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien ». Cet attachement, ce lien à constituer ne doit pas faire l'objet d'un travail interprétatif, mais au contraire constituer une sorte de soubassement nécessaire à la poursuite du travail analytique. L'idée est reprise et approfondie en 1920 dans *Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine*. Freud propose alors de comprendre cette « alliance de travail » à partir du clivage du Moi : l'analyste travaille « la main dans la main avec l'une des parties de la personnalité du patient divisée en deux, contre l'autre partenaire du conflit ».

D'autres psychanalystes comme Sterba (1934), Zetzel (1956), Greenson (1965, 1967), Luborsky et al. (1976, 1985) s'y sont intéressés ensuite. Sterba (1934) envisage également la dissociation du Moi (*the therapeutic split of the ego*) dans le travail analytique. Une partie du Moi fait alliance avec le thérapeute tandis que l'autre partie résiste aux interprétations de l'analyste, d'où cette dissociation qu'il décrit. Sterba (1934) propose le concept d'« *ego alliance* » que nous proposons de traduire par « alliance du Moi ». Il s'agit en fait pour l'auteur de faire émerger de l'expérience vécue par le patient de façon douloureuse ou pathologique la petite partie provenant du fonctionnement mature de son Moi, capable d'auto-observation. Dans ces moments-là, le patient est en mesure de distinguer les comportements, les pensées et les sentiments déterminés par son histoire infantile passée de ceux dérivant de sa vie présente adulte. Dans le travail analytique, à certains moments, le patient sera affecté par des ressentis liés à son histoire personnelle, sans pouvoir prendre de distance, tandis qu'à d'autres moments il se montrera capable d'analyser ses propres ressentis.

Zetzel (1956) reprend cette idée en parlant de transfert plutôt que d'expérience. Elle clarifie les différences entre transfert et alliance. L'alliance correspond au composant non névrosé de la relation client-thérapeute et permet au client d'utiliser les interprétations du thérapeute en distinguant les réminiscences des relations passées qui interviennent dans le transfert et la relation réelle entre lui ou elle et le thérapeute. Zetzel argumente que dans une analyse réussie, le client oscille entre des périodes où la relation est dominée par le transfert et les périodes dominées par l'alliance de travail (Zetzel, 1956, p 561).

Les travaux de Sterba (1934) et Zetzel (1956) ne concernent pas la relation réelle entre le patient et le thérapeute mais la capacité du patient à travailler à partir de ce qu'apporte l'analyste. Greenson (1965, 1967) introduit la notion d'alliance thérapeutique qu'il distingue de l'alliance de travail. L'alliance thérapeutique concerne le lien affectif entre le patient et le thérapeute tandis que l'alliance de travail se déploie "lorsque le patient consent à mener à bien les divers procédés de la psychanalyse et lorsqu'il est capable de travailler analytiquement sur les *insights* régressifs et pénibles qui peuvent surgir" (Greenson, 1967, p. 62). Greenson met en avant l'idée que pour obtenir cette alliance de travail, il faut d'abord qu'un lien se constitue entre le thérapeute et le client. C'est la qualité de ce lien premier qui permet l'amorce puis la poursuite du processus thérapeutique, s'opposant ainsi aux éléments signifiants qui peuvent faire échec à la rencontre thérapeutique, puis au processus lui-même. Ce lien est fondé sur le désir conscient du patient de coopérer avec l'analyste, et sur une identification partielle au thérapeute analysant les résistances. Pour Greenson, l'alliance de travail induite par l'alliance thérapeutique est à opposer, dans un rapport dialectique, à la névrose de transfert. Ses travaux ont montré que certains aspects de la relation patient-thérapeute doivent être considérés dans leur dimension réelle et ne devraient pas faire l'objet d'un travail interprétatif.

Luborsky (1976) envisage également les processus d'alliance en deux temps. Il développe le concept d'alliance aidante selon deux axes :

- l'alliance de type 1 (phase 1) qui combine la croyance qu'a le client que le thérapeute peut l'aider et l'attitude de celui-ci, manifestant chaleur et soutien dans la relation ;
- l'alliance de type 2 (phase 2) qui correspond à l'engagement et la croyance du client dans le processus de traitement. Le client a le sentiment d'un travail en commun, d'une coopération avec son psychothérapeute avec l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution.

Avec des collègues, cet auteur effectue une recherche concernant les déterminants du succès thérapeutique (Luborsky et al., 1985). Quatre déterminants potentiels sont étudiés : les facteurs liés au patient, les facteurs liés au thérapeute, les facteurs liés à la relation patient-thérapeute et les facteurs liés aux techniques thérapeutiques. Seuls les trois derniers ont une corrélation significative avec le résultat thérapeutique. Ces trois facteurs sont en fait en interaction pour déterminer l'issue de la thérapie. Dans l'ouvrage qu'il publie à cette époque, *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive Expressive Treatment*, Luborsky (1984) montre plus spécifiquement que l'habileté du thérapeute à former une

alliance semble être le déterminant le plus crucial de son efficacité. D'un autre côté, il est évident que l'alliance est aussi influencée par les dispositions du patient au traitement.

Pour le groupe de recherche sur l'alliance de Lausanne (GRAL), c'est l'adéquation des interventions du thérapeute au fonctionnement défensif du client ou au type de conflit évoqué par le client, qui détermine l'alliance thérapeutique. (de Roten et al., 2005 ; de Roten, 2011). « Un thérapeute ne peut en effet établir une alliance solide sans avoir une représentation claire de son rôle et des actions qu'il doit poser » (Drapeau et Koerner, 2003). Plus globalement, concernant spécifiquement la pratique psychanalytique, quatre critères centraux ont été mis à jour par l'équipe de Lausanne, afin de guider une alliance constructive (Roten *et al.*, 2005) :

- Un bon ajustement entre contenance exploration,
- Une bonne correspondance entre le type de défense du patient que le psychanalyste met à jour et décrit en suivi, et les défenses effectives manifestées par le patient.
- Une bonne correspondance également entre le contenu des interprétations et le conflit relationnel central dont souffre le patient.
- Enfin, une bonne capacité du psychothérapeute à amener à la conscience les conflits sous-jacents entre les différents éléments évoqués mais non reconnus par le patient.

II.2. Extension du concept d'alliance thérapeutique à l'ensemble des pratiques thérapeutiques

En 1975, Bordin intègre les travaux de ces auteurs psychanalystes et propose une approche transthéorique dans un article fondamental, *La généralisation du concept psychanalytique de l'alliance de travail*. Il insiste sur le travail actif du patient dans la poursuite des objectifs et des tâches proposés par le thérapeute. Ceux-ci doivent être clairs pour le patient. La participation active du patient est donc un élément clé de la définition de l'alliance thérapeutique chez Bordin. En 1979, il définit trois composantes de l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute :

- une entente sur les buts thérapeutiques
- un consensus sur les tâches à effectuer pour atteindre ces buts
- le lien affectif entre l'intervenant et le client (« *bond* »)

Le dernier élément rappelle l'importance de la dimension affective déjà soulevée dans les conceptions psychodynamiques antérieures, et dans les écrits de Rogers (1951) portant sur les

conditions dites facilitantes du thérapeute, soit l'attitude chaleureuse, l'empathie, l'authenticité et la compréhension. Les deux premiers éléments réfèrent, quant à eux, à l'aspect plus cognitif du construit déjà présent dans la conceptualisation de l'alliance de Greenson (1965). Bordin (1975) mit ainsi l'accent sur la congruence des croyances du client et du thérapeute quant au processus de changement (Gaston, 1990a), soulignant l'aspect mutuel de la collaboration de ces derniers en thérapie (Horvath & Luborsky, 1993).

Plus récemment, Gelso et Carter (1985) empruntèrent les notions originellement avancées par Greenson (1967) et Bordin (1979) pour décrire l'alliance du travail comme l'alignement émotionnel entre le thérapeute et son client favorisant d'une part, les aspects rationnels et l'auto-observation du client et, d'autre part, les aspects « thérapeutiques » du travail (working and « therapizing » aspects) du thérapeute. Les auteurs avancèrent, suivant le point de vue de Bordin (1975), que l'alliance du travail n'est pas exclusive à la psychanalyse classique, à laquelle Greenson (1965) l'avait spécifiquement reliée, mais existante dans toutes les formes de thérapie, même si l'importance de chacun des éléments la composant peut varier selon la perspective théorique du thérapeute et les particularités de la thérapie (Gelso et Carter, 1985). Les recherches montrent qu'il n'y a pas toujours un consensus entre patient et thérapeute concernant le but, les tâches et le lien (Le Meur et al., 2013). Pour Muran et Safran (2016), si le thérapeute ne travaille pas pour concilier les points de vue de chacun ou s'il échoue, il y a des risques d'impasse thérapeutique, ou encore que le patient abandonne la thérapie (drop out).

« La mutualité affective et la coopération permettraient donc de préserver un certain degré d'entente et de qualité relationnelle, nécessaires au processus thérapeutique. Dans la ligne tracée par Rogers (1957), de nombreux chercheurs soulignent que la qualité de la relation et la coopération favorisent également la motivation du patient à poursuivre le traitement et à y rester engagé (Baldwin, Wampold & Imel, 2007 ; Bordin, 1979 ; Hatcher, 2010) » (Plantade, 2019, p 25).

II.3. Critique des modèles classiques de l'alliance thérapeutique

Anne Plantade parle de « mutualité affective », d'autres parleront d'accordage affectif. Muran et Safran (2016) insistent sur l'accord entre thérapeute et patient concernant les objectifs de la

thérapie et les modalités pour l'atteindre. Cependant le patient a déjà mis en place des tentatives de solutions pour résoudre son problème. Si le thérapeute est d'accord avec ces tentatives de solutions, quel changement va-t-il apporter au patient ? De plus si le sujet est en demande d'aide, c'est que les tentatives de solutions vers lesquelles il se tourne naturellement ne sont pas efficaces. Le thérapeute peut alors être amené à lui proposer des solutions alternatives avec lesquelles le patient n'est pas d'emblée en accord. Le thérapeute devra donc gagner cet accord. Il y a en quelque sorte une bataille qui s'engage entre le thérapeute et le patient, ce que décrit très bien Gérard Salem (2011) dans son ouvrage *Le combat thérapeutique* :

« Une certaine lutte est toujours présente en thérapie. Mais il s'agit en l'occurrence d'une bataille contre la souffrance, *contre la maladie*, non *contre le malade*. La représentation traditionnelle du soin semble exiger du praticien qu'il fasse en quelque sorte « équipe » avec son malade, qu'il lui prête main-forte dans sa guerre contre cette entité allégorique, la Maladie. (...) Ce type de prêchi-prêcha thérapeutique fait encore long feu dans les chaumières.

(...)

La relation de soin semble donc exclure d'entrée de jeu tout affrontement entre la personne du thérapeute et la personne du patient » (Salem, 2011).

La question du pouvoir, de l'influence du thérapeute mérite donc d'être pensée dans une réflexion sur l'alliance thérapeutique. Pour Tobie Nathan (1993), toute psychothérapie est par nature une pratique de l'influence. Pour gagner la bataille, le thérapeute devra d'abord gagner la confiance de son patient afin de l'amener subtilement à fonctionner et/ou à penser différemment. Pour amener un changement, il ne s'agit pas d'accepter avec complaisance les défenses du patient. « Le thérapeute obtient davantage de succès lorsqu'il confronte le patient avec ses sentiments et l'engage activement à un niveau émotionnel » (Duruz, 1994, p 99). Il doit aussi être en capacité de modifier sa technique thérapeutique, développer sa créativité, prendre des risques pour composer avec la singularité de chaque patient.

Il n'est d'ailleurs pas anodin que les travaux sur l'alliance thérapeutique ont évolué aujourd'hui sur une réflexion sur la restauration des ruptures d'alliance. Il semble que le travail avec le patient autour des ruptures intervienne davantage dans le processus de changement que l'alliance elle-même. Pour creuser cette question, je vous invite à lire le chapitre 6 de *Changer en famille* (Duriez, 2009). Des moments de tension sont nécessaires pour changer et selon Denis Vallée, c'est à partir de cette tension que va émerger un nouveau comportement, une nouvelle perception de la situation.

Denis Vallée : Il faut trouver une ressource et c'est très compliqué. Je trouve que c'est toujours un risque. Et il y a toujours une espèce de vertige qui se produit, liée à la prise de risque. Du coup il y a aussi cet élément dépressif, qui est « comment je vais faire de cette chose qui est si banale, si récurrente, qui a l'air si inscrite dans les relations à l'intérieur de cette famille, en faire une chose extraordinaire et une chose qui ne se répétera plus jamais ? Comment je vais m'y prendre ? Je ne sais pas mais je ne vois même pas. Et à un moment donné, c'est tout l'intérêt de ce travail avec les familles, le travail en thérapie, c'est qu'à un moment donné, il y a comme une éclosion d'une solution, l'émergence de quelque chose qui se produit dans la rencontre et qui fait que tout d'un coup, ce qui paraissait être une fatalité par exemple devient quelque chose qui a un sens et qui, du coup, devient évident et à partir de là, n'a plus besoin d'être répété. (Entretien de recherche, Duriez, 2007)

Avant l'émergence de ce « quelque chose », le thérapeute n'hésite pas à pousser la famille dans ses retranchements. En allant aussi loin dans la provocation, il prend le risque que la famille ne revienne pas, il prend le risque de « tuer » la thérapie. La tension est tellement forte durant la séance que la famille risque de ne pas revenir et ce serait la fin de la thérapie. Le thérapeute prend le risque de mettre fin à la thérapie, il va aussi loin qu'il peut dans cette prise de risque jusqu'à en avoir le vertige et entraîner toute la famille dans ce vertige. Cette prise de risque est finalement appréciée par la patiente désignée dans la famille qui dit :

Bénédicte : Je le voyais foncer comme une locomotive sur mon père, je trouvais ça... je ne pouvais pas m'empêcher de dire « Merde ! Il n'a pas le droit ! » quoi. Et puis en fin de compte, c'était le but du jeu, autrement on n'aurait pas été là. Ah oui, dans ce cadre-là, ben il est violent... violent gentiment, enfin je ne sais pas comment expliquer cela mais... ouh ! ... puis... non, j'allais dire il ne prend pas de détour, des fois, il est bien obligé, il manœuvre mais quand on le voit arriver à la fin de la manœuvre ! Ah oui, il est violent ! Mais violent positif, hein ! (Entretien de recherche, Duriez, 2007)

II.4. La restauration des ruptures d'alliance

Les recherches sur l'alliance ont donc évolué vers un intérêt pour les ruptures d'alliance ou bris d'alliance qui surviennent au cours du processus thérapeutique. Jeremy Safran et Christopher Muran (2000) distinguent les ruptures de retrait et les ruptures de confrontation.

« Dans les ruptures de retrait, le client se retire ou se désengage partiellement de l'intervenant, de ses propres émotions, ou de certains aspects du processus thérapeutique. Dans certains cas, le client éprouve de la difficulté à exprimer ses préoccupations, ses besoins dans la relation.

Dans les ruptures de confrontation, le client exprime directement de la colère, du ressentiment ou de l'insatisfaction envers l'intervenant ou envers certains aspects de l'intervention » (Dumaine et Baillargeon, 2002, p 17).

Exemples : ruptures de retrait	Exemples : ruptures de confrontation (Le client se plaint ...)
Déni : le client nie un sentiment, un état, comme la colère qui se manifeste pourtant avec évidence.	De l'intervenant comme personne : un client attaque la manière réservée de l'intervenant comme trop passive.
Réponse minimale : un client répond avec des réponses courtes, sèches aux questions ouvertes, exploratoires de l'intervenant.	De l'intervenant comme compétent : un client trouve inutiles les commentaires de l'intervenant et remet en question les habiletés de l'intervenant.
Changement de sujet : un client explore un thème et subitement change la centration pour un sujet non relié ou vaguement relié.	Des activités de la thérapie : un client devient irrité par les questions de l'intervenant en ce qui concerne ses sentiments intérieurs et s'interroge à haute voix sur leur pertinence.
Intellectualisation : un client discute d'une expérience pénible d'une manière détachée et intellectualisée.	D'être en thérapie : un client confronte l'intervenant avec ses doutes sur la poursuite de la thérapie.
Conter des histoires : un client raconte des histoires ou des anecdotes trop élaborées pour expliquer un événement.	Des paramètres de la thérapie : un client se plaint de l'horaire de la séance.
Parler des autres : un client consacre un temps démesuré pour parler des autres personnes et de ce qu'ils font.	Du progrès en thérapie : un client se plaint du manque de gains significatifs dans le traitement.

Tableau 1. Classification des ruptures de retrait et de confrontation (Safran et Muran, 2000)

Des outils ont été développés pour évaluer ces ruptures d'alliance. Safran, Muran, Eubanks-Carter (2011) détaillent les différentes manières d'évaluer la présence des cycles de rupture et réparation de l'alliance thérapeutique, dans le cadre des thérapies d'adulte :

- PSQ : *PostSession Questionnaire*, effectué par le patient, qui comprend des items de l'échelle de l'alliance thérapeutique WAI, *Working Alliance Inventory*.
- Comparer les différents scores d'une même échelle d'évaluation de l'alliance, remplie plusieurs fois tout au long de la thérapie, par le patient.
- RRS : *Rupture Reparation Scale*, élaborée par Samstag, Safran et Muran.
- CIS : *Collaborative Interaction Scale*, élaborée par Colli et Lingardi : Echelle remplie par un observateur externe, qui évalue les fluctuations provenant du patient et du thérapeute.
- 3RS : *Rupture Resolution Rating System*, élaboré par Eubanks-Carter, Muran et Safran, utilisé par un observateur externe.

Safran et al. (1990) énoncent cinq principes pour restaurer l'alliance :

- 1) Porter attention aux ruptures de l'alliance
- 2) Être conscient de ses propres sentiments
- 3) Accepter ses responsabilités

- 4) Manifester de l'empathie pour l'expérience du client
- 5) Maintenir la condition d'observateur participant

Pour aider le thérapeute dans ce travail, Safran, Muran et leurs collègues ont développé un modèle de supervision groupale sur le modèle de l'*Alliance-Focused Training* (AFT).

Issue des courants intersubjectif et relationnel, l'*Alliance-Focused Training* sous-tend l'idée que la régulation affective du patient, de même que sa santé mentale prennent naissance dans un système relationnel à la fois actuel et transmis de manière précoce (Beebe & Lachman, 2003 ; Schore, 2003 ; Fonagy & Bateman, 2011). Être en résonance affective avec le patient implique invariablement de se laisser prendre dans sa matrice relationnelle, puis de s'en dégager afin de l'aider, en utilisant son expérience intérieure au bénéfice du travail thérapeutique (Mitchell, 1988). Lorsque des cycles relationnels négatifs s'actualisent, le patient interprète souvent le comportement du psychothérapeute en fonction d'un système d'attentes relationnelles et agit en conséquence, ce qui déclenche fréquemment une réaction défensive chez le thérapeute. En retour, ces réactions du thérapeute sont susceptibles de confirmer les attentes relationnelles pathogènes du patient. Les acteurs de la relation se trouvent alors engagés dans un cycle de réactions et de contre-réactions. (Plantade-Gipch, 2019, p 98)

Pour les théoriciens de l'*Alliance-Focused Training*, toute intervention thérapeutique est un acte relationnel (Safran & al., 2014). La subjectivité du thérapeute est donc essentielle dans le processus thérapeutique et dans la co-construction de l'alliance thérapeutique. La supervision, l'auto-supervision (Lecomte et Richard, 1997 ; Balta, 2017), l'auto-observation (Plantade, 2019) peuvent s'avérer utiles. Anne Plantade (2019) met en évidence les bienfaits de la supervision pour développer les capacités relationnelles du thérapeute et pour développer sa réflexivité dans l'alliance.

« Échanger au sujet des mouvements négatifs de l'alliance thérapeutique est difficile, notamment en raison de la nécessité pour le psychothérapeute de s'engager dans une exploration de sa propre subjectivité, ainsi que dans un échange authentique avec le patient (Lecomte, 2010). La supervision centrée sur l'alliance vise à permettre au thérapeute de rester attentif à ses émotions, ainsi que de trouver des réponses thérapeutiques flexibles et créatives, qui intègrent son vécu expérientiel et ses connaissances professionnelles (Ouellet & Drouin, 2012). Safran et al. (2007) soulignent la nécessité pour le psychothérapeute de travailler à accepter sa propre subjectivité, afin de faciliter cette même acceptation chez le patient » (Plantade-Gipch, 2019, p 97).

II.5. Les outils d'évaluation de l'alliance

Parallèlement à ces divers développements théoriques, plusieurs instruments de mesure ont été mis au point dans le but d'évaluer empiriquement la qualité de l'alliance thérapeutique. Les premiers instruments élaborés à cette fin furent principalement destinés à l'évaluation externe de l'alliance, adoptant ainsi la perspective d'observateurs indépendants pour en mesurer la qualité ou en identifier les diverses dimensions (*Vanderbilt Psychotherapy Process Scales*, Gomes-Schwartz, 1978 ; *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale*, Hartley & Strupp, 1983 ; *The Penn Helping Alliance Scale*, Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983 ; *California Psychotherapy Alliance Rating System*, Marmar, Weiss & Gaston, 1989 ; *Therapeutic Alliance Scales*, Marziali, Marmar & Kmpnick, 1981).

La disponibilité des instruments permettant l'évaluation de la qualité de l'alliance a donné lieu à de nombreuses recherches empiriques, lesquelles ont démontré que la qualité de l'alliance thérapeutique est déterminante en ce qui a trait aux effets bénéfiques du traitement, et ce, sans égard au type d'approche utilisé (Horvath & Symonds, 1991). Plusieurs chercheurs la considèrent, par conséquent, comme l'un des facteurs communs favorisant le succès thérapeutique (Beutler, Machado & Allstetter Neufeld, 1994 ; Lambert & Bergin, 1994).

II.6. Transe et alliance thérapeutique

La disponibilité intérieure du psychothérapeute est un facteur essentiel du processus thérapeutique car elle permet de construire une bulle hypnotique où chacun accède au monde implicite de l'autre. « La transe se caractérise par une dissociation psychique indissociable d'une régression ontogénique. (...) La dissociation psychique est la capacité de toute personne à être à la fois « ici, maintenant » et ailleurs ». C'est le cas d'une personne distraite ou absorbée par une tâche » (Collot, 2011, p 104). La régression ontogénique (concept freudien) permet d'accéder aux structures de la psyche plus archaïque.

La disponibilité intérieure du thérapeute suppose qu'il puisse mettre de côté ses préoccupations personnelles pour être pleinement à l'écoute du patient. Les échanges passent par la communication verbale mais aussi par une communication implicite qui n'est possible que si les deux protagonistes sont pleinement présents.

Daniel Stern (2005) a montré que cette disponibilité, cette capacité à vivre pleinement le « moment présent » permet une rencontre émotionnelle entre le patient et le thérapeute, le partage de l'expérience vécue qui peut déboucher sur une connaissance relationnelle implicite entre le thérapeute et le patient. Stern place l'intersubjectivité au cœur des processus thérapeutiques. C'est dans ce contexte où le thérapeute est absorbé par son patient, dans un état de régression ontogénique, qu'il peut donner le meilleur de lui-même. « Freud concevait que, dans les épisodes de rêve ou d'état hypnoïde, nous étions capables d'atteindre des états psychiques de structuration et d'expériences plus anciens... Lorsque la structure psychique « supérieure » est inactivée, en période de transe ou d'hystérie dissociative par exemple, la personnalité seconde apparaît » (Collot, 2011, p 104). Cet état est propice à la créativité et à la rencontre intersubjective. C'est dans ce niveau, plus subtil que le niveau du cadre, que se révèle la singularité de la rencontre. « La transe en ce qu'elle potentialise la présence suggère la nécessité d'une ouverture et d'une cohérence avec le « tout », un besoin de *reliare*, de se relier... » (Collot, 2011, p 105).

Les processus thérapeutiques relèvent parfois de l'implicite, qu'il s'agisse de cette connaissance relationnelle implicite entre le thérapeute et le patient ou de processus irrationnels. Afin de permettre aux schémas stockés dans une mémoire implicite de passer dans la mémoire explicite, il faut laisser s'exprimer cette personnalité seconde que décrit Collot. Vous trouverez dans le chapitre 6 « Une expérience émotionnelle » de *Changer en famille* un exemple d'une séance où le thérapeute se relie à la famille à travers la métaphore du droïde et tente de les amener dans un état de transe. A la fin de la séance, Mme C. se connecte à la négativité présente chez ses ancêtres. Elle comprendra ce qui s'est joué dans la transmission transgénérationnelle. Dans le contexte de cette séance, il ne s'agit pas de comprendre mais d'expérimenter une autre manière de se positionner vis-à-vis de sa fille, de laisser tomber le schéma appris pour découvrir autre chose. La présence très forte du thérapeute l'oblige à se détacher de ce schéma de communication. La transe permet cette ouverture. C'est un concept qui désigne un état hypnoïde que l'on peut retrouver dans des contextes de thérapie. Cet état est propice à l'ouverture. Cet état de transe est aussi un moyen de renforcer l'alliance thérapeutique, médiateur indispensable du succès d'une thérapie.

III La variable thérapeute

La relation qui se met en place entre le patient et le thérapeute et l'alliance thérapeutique qui est co-construite reposent sur des variables propres au thérapeute. Parmi les facteurs qui contribuent à l'efficacité des thérapies, des études de plus en plus nombreuses s'intéressent à l'expérience, à la personnalité, à l'expertise du thérapeute.

III.1. L'expérience du thérapeute

Il est communément admis que l'expérience du thérapeute aurait un impact positif sur l'intervention, mais peu de recherches scientifiques ont été menées jusqu'à maintenant dans le champ de la thérapie. De plus, les résultats obtenus restent contradictoires et défient pour la plupart l'intuition des chercheurs.

En 2003, l'équipe de John Wright de l'Université de Montréal présente une étude sur l'impact de l'expérience du thérapeute pour les thérapies de couple. Les chercheurs ont constitué deux groupes de six thérapeutes. Dans le premier groupe, les thérapeutes ont moins de 6 ans d'expérience. Dans le second groupe, les thérapeutes ont plus de 6 ans d'expérience. Ces deux groupes ont pris en charge des couples très perturbés, l'assignation des couples aux intervenants ne tenant pas compte de la variable « expérience du thérapeute ». Afin de mesurer l'efficacité de la thérapie, une évaluation du couple a été faite avant la thérapie et une autre après la thérapie. Les résultats initiaux révèlent que dans l'ensemble des couples, la variable « expérience du thérapeute » n'est pas reliée aux gains de pré à post intervention mais l'« expérience du thérapeute » est positivement reliée à certaines mesures d'efficacité dans certains sous-groupes de couples. Il y aurait donc des situations plus difficiles auxquelles les thérapeutes sont mieux préparés avec de l'expérience.

III.2. L'expertise du thérapeute

Selon Reisman (1970), les qualités attendues d'un thérapeute, quelle que soit son approche, c'est avant tout la capacité de communiquer à son client le respect qu'il lui manifeste, son

désir de l'aider et, finalement, sa capacité de le comprendre. Pour désigner ces qualités, les auteurs parleront de personnalité, d'efficacité et d'expertise².

Pour Kottler (1990) et Conrad Lecomte (2006), les thérapeutes efficaces sont sensibles au monde interne des autres et capables de conceptualiser et de comprendre l'expérience subjective unique du patient (ex.: culturelle, ethnique, etc.) à partir d'une disponibilité émotionnelle à soi et à l'autre tout en s'appuyant avec flexibilité sur des théories et des techniques. Ils savent établir, maintenir et restaurer une alliance thérapeutique en favorisant l'engagement émotionnel. Ils peuvent négocier avec flexibilité les désaccords et les tensions interpersonnelles. Ils savent gérer les situations d'expressions hostiles, critiques. Ils gèrent les situations d'évitement ou de retrait. Ils maîtrisent et utilisent des techniques spécifiques, pertinentes, cohérentes avec le processus thérapeutique et leurs théories et utiles au progrès thérapeutique du patient. Ils sont toujours prêts à modifier et à adapter leurs techniques pour favoriser le changement thérapeutique. Ils savent s'engager dans un processus de conscience réflexive de soi leur permettant de donner du sens aux expériences du patient et aux fluctuations de la relation pour dénouer des impasses et poursuivre la thérapie. Ils savent reconnaître et accompagner l'expérience émotionnelle du patient et maintenir son engagement. Pour Widlöcher, il y aurait même un danger à ne pas s'engager émotionnellement : « On sait à quels désastres, et surtout à combien de déceptions profondes cela peut conduire si on s'en tient à une écoute "pure et rigide" » (Widlöcher, 2001, p. 2).

Skovholt et Jennings (2004) présentent un ensemble de recherches dans leur ouvrage, très précieux pour comprendre ce qui constitue l'expertise d'un thérapeute, *Master Therapists: Exploring Expertise in Therapy and Counseling*. L'une de ces recherches (Mullenbach et Skovholt, 2004) a consisté à recueillir les témoignages de thérapeutes reconnus. L'analyse des entretiens met en évidence plusieurs éléments qui ont permis aux praticiens d'atteindre un niveau d'expertise.

Les thérapeutes experts interviewés ont tous connus des expériences précoces pendant la petite enfance et des relations familiales qui les ont amenés très tôt à développer une compétence à aider les autres et une résilience personnelle. Ces qualités se sont accrues durant

² Quand nous parlerons d'expertise ou de thérapeute expert, il ne s'agit pas d'un thérapeute nommé Expert par une Cour d'Appel mais d'un thérapeute reconnu compétent et efficace par ses pairs (*master therapist*).

leur vie adulte et ils ont ainsi acquis au fil du temps une souplesse personnelle. Au fur et à mesure de leur pratique, ces thérapeutes ont de moins en moins le souci de la performance et sont davantage attentifs au processus thérapeutique. Ils tentent d'utiliser au mieux leur Self³ dans la relation thérapeutique, plutôt que d'appliquer des théories. Ces thérapeutes disent que si l'utilisation du Self contient une part de risque et les amène à s'ouvrir à leurs patients, au final l'intimité et l'intensité des interactions entre le patient et le thérapeute favorisent le confort professionnel. La recherche a permis aussi de constater que ces thérapeutes ont une compréhension très profonde de la souffrance humaine. Enfin, ces entretiens révèlent que les thérapeutes possédaient dès le début de leur carrière, un réseau de relations qui les a soutenus dans l'apprentissage de leur métier. Et Mullenbach et Skovholt (2004) constatent que les thérapeutes experts ne travaillent pas dans un lieu fixe mais partagent leurs activités dans plusieurs espaces.

Jennings et Skovholt (2004) dressent le portrait du thérapeute expert en fonction de trois domaines : le domaine cognitif, le domaine émotionnel et le domaine relationnel.

1) Domaine cognitif

Les thérapeutes sont engagés dans un processus de développement professionnel continu et manifestent une soif d'apprendre. Les expériences accumulées de suivis de patients constituent une ressource majeure qui leur permet d'être toujours en apprentissage et de comprendre les patients avec de plus en plus de finesse. Ils sont curieux vis-à-vis de la complexité et de l'ambiguïté de la condition humaine.

2) Domaine émotionnel

Ils montrent une réceptivité émotionnelle, qu'ils définissent comme la capacité à être attentif à soi-même, une tendance à l'auto-réflexion, une compétence à rester ouvert aux rétroactions des patients et à ne pas être sur la défensive. Selon Jennings et Skovholt (2004), les thérapeutes experts semblent être des individus en bonne santé

³ Précisons déjà qu'à travers ce concept de Self, nous désignons une manière d'être au monde, qui évolue en fonction de l'interaction avec l'environnement. Il s'agit donc d'un processus permanent qui se déploie aux frontières de l'intrapsychique et l'interpersonnel et qui se développe surtout lorsque la situation nécessite des ajustements créateurs. Il est d'autant plus présent que nous sommes en contact avec des situations difficiles et imprévisibles, comme peuvent les rencontrer les thérapeutes. Pour une revue des auteurs ayant développé cette notion de Self (Kierkegaard, Buber, Rogers, etc.), voir Dewitt et Baldwin (1987).

mentale, dotés d'une certaine maturité psychique, et soucieux de leur propre bien-être émotif. Ils demeurent ainsi attentifs à la manière dont leur santé émotionnelle affecte la qualité de leur travail.

3) **Domaine relationnel**

Les thérapeutes experts possèdent des compétences relationnelles solides. Ils ont un nombre de croyances sur la nature humaine qui les aide à construire une alliance de travail puissante avec les patients. Pour Jennings et Skovholt (2004), ces hommes et ces femmes sont en fait des experts dans la manière d'utiliser leurs compétences relationnelles exceptionnelles dans la thérapie. Ils construisent ainsi une relation thérapeutique qui se caractérise par leur très grande capacité à répondre au client et à collaborer activement avec lui et une recherche d'intensité et de profondeur dans la relation. Ils n'hésitent pas à utiliser leur expérience personnelle et leur personnalité au service de la thérapie. Ils engagent ainsi les patients dans une relation intense, avec toujours le souci de maintenir les objectifs de la thérapie.

Jennings et Skovholt (2004) présentent les caractéristiques qui permettent d'identifier le thérapeute expert qui possède un *Self* hautement fonctionnel :

- Il possède une bonne santé émotive : l'indice de cette bonne santé est l'acceptation de ses propres failles.
- Il comprend la complexité et l'ambiguïté de la vie humaine.
- Il rejette les théories et les modèles simplistes.
- Il concentre son énergie pour son développement personnel.
- Il s'appuie au maximum sur les expériences de sa vie personnelle comme une ressource pour sa croissance.
- Il a une grande confiance dans le processus thérapeutique.
- Il accepte ses propres limites professionnelles.
- Il accorde une grande valeur à ce que dit le client.
- Il est attiré par les réflexions abstraites sur la nature humaine.
- Il manifeste une certaine humilité, mettant à distance toute idée de grandeur.
- Il a un grand sens de l'empathie, issu de son expérience de vie.
- Sa manière d'envisager le monde (internal schema) se compose d'un réseau dense de modèles, de pratiques et de procédures.

- Il présente une bonne adaptation entre sa personnalité et son environnement de travail.
- Il a une compétence à entrer dans le monde de l'autre et à y apporter son aide.
- Il est respectueux de la condition humaine.
- Toutes ces années de réflexion et de croissance personnelle ont produit le *Self* hautement fonctionnel.

En Finlande, à l'Université de Jyväskylä, Laitila (2004) fait sa thèse sur les composantes de l'expertise dans la thérapie familiale. Il utilise une méthode qualitative et présente quatre études de cas. Les résultats montrent que les thérapeutes experts questionnent leur propre pensée dans une interaction continue avec la famille. Leurs interventions intègrent le matériel verbal et expérientiel du travail clinique. L'expertise du thérapeute se situe davantage dans son rôle de catalyseur de l'interaction et d'initiateur de la conversation et du dialogue que dans celui d'observateur et d'évaluateur. Les thérapeutes font preuve de réflexivité et de réflexivité dans leurs techniques et leurs interventions pour favoriser le processus thérapeutique. Les séances de thérapie familiales sont décrites comme un croisement entre l'expertise individuelle (verticale) et l'expertise interactive (horizontale), croisement dans lequel les ressources de tous les participants de la séance peuvent être activées pour atteindre le changement. Il invite à repenser la question du débat modernisme/post-modernisme à partir de la question de l'expertise du thérapeute.

III.3. Le changement du thérapeute

Le tableau que dressent Jennings et Skovholt (2004) de l'expertise souligne la curiosité intellectuelle, le désir d'apprendre et la souplesse des thérapeutes qui sont ainsi amenés à changer au sein de ces rencontres troublantes avec les familles. Dans le champ des thérapies familiales, pour Whitaker (1998), la participation active et puissante du thérapeute est la meilleure façon d'apporter plus de souplesse et un changement dans les familles.

Le préliminaire le plus indispensable à la psychothérapie consiste en la résonance personnelle dont le thérapeute fait l'expérience en réponse à son introjection de la souffrance familiale. Si le thérapeute ne peut entrer en résonance avec cette souffrance ou communier avec elle, il n'est pas en mesure de faire une bonne psychothérapie. (Whitaker, 1998, p 144)

Whitaker citait souvent Betz et Whitehorn (1975) : « *The dynamics of psychotherapy are in the body of the therapist* » : les processus de la psychothérapie sont dans le corps du thérapeute. Ce qui signifie, pour Whitaker, que le thérapeute doit s'investir personnellement

dans la thérapie, pas seulement en tant que technicien ou expert, mais comme un être humain qui lutte pour mettre en place le processus thérapeutique et accepte d'apprendre de cette façon. Le développement personnel du thérapeute va de pair avec son développement professionnel. Le processus thérapeutique permet non seulement de soigner la famille, mais permet aussi au thérapeute d'apprendre sur lui-même, de mieux comprendre certaines questions non résolues.

Le concept de « lisière de croissance » (interview avec Whitaker de Haley et Hoffman, 1967), reprend cette idée avec un vocabulaire nouveau. Le thérapeute, s'il doit être suffisamment fort et puissant pour mettre en place un cadre avec la famille, se doit aussi, et en même temps, d'avoir le courage d'être lui-même et de partager avec la famille tout ce qui lui vient à l'esprit : des fantasmes, des rêves, des associations d'idées. La famille est libre alors de s'en saisir et de leur trouver une signification. En poussant de cette façon sa propre lisière de croissance, le thérapeute modèle un processus de croissance pour la famille, chacun acceptant de se montrer vulnérable les uns par rapport aux autres et de laisser les émotions émerger ; cette acceptation dessine l'engagement thérapeutique que Whitaker estime essentiel pour que la thérapie puisse être vraiment efficace. Le thérapeute ne doit donc pas hésiter à s'investir, se découvrir dans la psychothérapie, se présenter comme, lui aussi, en quête d'une résolution. Les échanges authentiques avec les familles enrichissent la définition personnelle et le potentiel du self du thérapeute (Neill & Kniskern, 1982, p 20).

L'expérience émotionnelle ne laisse pas indemne le thérapeute, elle le touche au plus profond de son être, de son self et l'amène à remanier sa propre vision des autres et du monde. Pendant les séances, il occupe une position significative dans les patterns relationnels de la famille, il est pris dans les nœuds et les tensions qui entravent la famille. Mangin (1997) explique que le thérapeute est amené à prendre une place dans la famille, « à s'asseoir sur une chaise » qui définit une place symbolique. Dans tous les cas, « si la famille propose au thérapeute de s'asseoir sur une chaise mythique, ce dernier peut décider d'y prendre place activement, mais à sa manière, en introduisant sa/ses différence(s), sa propre identité, sa propre singularité » (Mangin, 1997, p 16). La façon dont le thérapeute va s'intégrer dans la famille lui est tout à fait personnelle mais dans l'interaction avec la famille, le thérapeute va découvrir de nouvelles modalités d'être en relation, d'appartenir à un groupe.

Nos expériences relationnelles antérieures, leur histoire, notre histoire, nos familles d'origine ainsi que nos expériences relationnelles actuelles, privées, intimes, mais aussi professionnelles définissent autant de compétences singulières à s'asseoir sur certaines « chaises » à prendre une place au sein de la famille. Néanmoins il nous en manque beaucoup et il en manquera toujours, alors laissons aux familles que nous rencontrons le soin de nous les enseigner... plus exactement, acceptons d' « apprendre » (au sens de Bateson) avec elles... ! (Mangin, 1997, p 18).

L'APPORT DES NEUROSCIENCES DANS LA COMPRÉHENSION DES PROCESSUS DE CHANGEMENT

La tendance actuelle dans la pratique thérapeutique est d'être attentif à la dimension physiologique, biologique, des comportements. L'apport des neurosciences a impacté toutes les approches, qu'elles soient psychodynamiques, TCC, humaniste ou systémique, provoquant l'émergence d'une troisième vague dans ces thérapies. Les recherches dans le champ des neurosciences confortent une conception unitaire de l'être humain. Ce discours actuel sur la relation corps-esprit modifie notre vision de la psychothérapie et des recherches sur les psychothérapies. Les découvertes dans le champ des neurosciences bouleversent notre perception de l'humain et de la thérapie : la plasticité synaptique de Éric Kandel, les travaux de Joseph LeDoux sur la mémoire implicite, les recherches de Gérald Edelman sur la conscience, la neurobiologie interpersonnelle de Daniel Siegel, la découverte des neurones miroirs de Rizzolatti, les travaux sur les émotions d'Antonio Damasio et aujourd'hui les travaux dans le champ de l'épigénétique.

I Les travaux d'Eric Kandel sur la plasticité synaptique

Eric Kandel (prix Nobel de médecine en 2000) est considéré comme le père des neurosciences. Ses travaux sur l'apprentissage et la mémorisation posent les bases neurobiologiques des troubles du développement de l'enfant. C'est en étudiant le cerveau d'un mollusque marin, l'aplysie (appelé aussi « limace de mer ») qu'il a montré que nous apprenons non pas en modifiant nos neurones, mais en renforçant ou en créant de nouvelles synapses, les connexions entre neurones. Ses expériences ont mis en évidence deux types de mémorisation. La mémoire à court terme repose sur la phosphorylation des protéines dans la synapse. La mémoire à long terme nécessite en plus la synthèse de protéines qui induisent entre autres des modifications dans la forme et le fonctionnement de la synapse. Le passage d'une mémoire à l'autre se fait non pas par la répétition prolongée d'un stimulus qui provoquerait un phénomène de renforcement des connexions neurales déjà existantes mais par une activation liée à la synthèse de protéines pour constituer des connexions synaptiques nouvelles. La mémoire à long terme diffère de la mémoire à court terme en ce qu'elle nécessite une synthèse protéique.

Lorsque l'aplysie reçoit un choc sur une partie du corps telle que la queue, elle reconnaît le caractère désagréable du stimulus et apprend à augmenter son réflexe de défense vis-à-vis d'un grand nombre de stimulus ultérieurs appliqués au siphon, même quand il s'agit de stimulus anodins. L'animal se remémore le choc, et la durée de cette mémoire est une fonction du nombre de répétitions de l'expérience douloureuse. Un choc unique donne naissance à une mémoire qui ne dure que quelques minutes ; cette mémoire à court terme ne requiert pas la synthèse de nouvelles protéines. Au contraire, quatre ou cinq chocs espacés dans le temps au niveau du pied donnent naissance à une mémoire qui va durer plusieurs jours ; cette mémoire à long terme requiert la synthèse de protéines de novo. La poursuite de cet entraînement - par exemple quatre trains de stimulus brefs par jour pendant quatre jours - donne naissance à une mémoire encore plus prolongée, qui persiste plusieurs semaines, et requiert elle aussi une synthèse protéique. (Kandel, 2003, p 627)

Ces découvertes nous montrent que si l'enfant reçoit un choc qui peut être un manque d'attention, de la maltraitance physique ou verbale, une maladie, une séparation, etc., il apprend à se défendre. Par exemple il peut exprimer de la colère ou au contraire se couper de toute émotion. Ces défenses seront réactivées en présence de stimuli moins forts que ce qu'il a vécu dans la petite enfance. Il peut alors présenter des troubles du développement.

Kandel s'intéresse également au stockage de la mémoire. Il montre que la plasticité synaptique apparaît comme un mécanisme fondamental pour le stockage de l'information par le système nerveux, un mécanisme au cœur même de l'architecture moléculaire intime des synapses chimiques. Il distingue :

- la *mémoire implicite*, mémoire affective, émotionnelle liée à des perceptions somatiques. Elle a son siège dans l'amygdale. Elle est la seule présente durant les deux premières années de vie de l'enfant.
- la *mémoire explicite*, mémoire déclarative et sémantique qui élabore des informations en provenance de l'hippocampe (structure cérébrale connectée avec le cortex dont la maturation se fait vers 18 mois).

De ces découvertes sur les mécanismes d'apprentissage et de stockage de la mémoire, Kandel conclut : « Nous sommes qui nous sommes à cause de ce que nous avons appris et de ce dont nous nous souvenons ! ». Ceci interpelle les thérapeutes sur les expériences passées des patients à l'origine d'apprentissage de comportements défensifs. Pour aider les patients à

changer cela suppose de nouveaux apprentissages et donc de nouvelles connexions synaptiques.

II Les travaux de Joseph LeDoux sur la mémoire implicite

Un nouveau pas est franchi avec les travaux de Joseph LeDoux (1998) qui montre que la mémoire implicite se constitue à partir d'évènements et d'expériences émotionnelles. Le projecteur est mis sur les émotions. C'est parce qu'il y a eu émotion que le cerveau va stocker un « souvenir » de l'expérience qui a provoqué l'émotion. Cependant il n'y a pas une conscience explicite de l'expérience et de l'apprentissage passés. Et pourtant ce souvenir non conscient logé dans la mémoire implicite va orienter la conduite du sujet.

Cette mémoire, située dans l'amygdale, a une justification phylogénétique au travers des expériences de survie de l'espèce. LeDoux étudie les réactions de peur. Deux voies sont possibles. Les voies corticales qui traitent la peur constituent la voie haute et sont plus lentes, l'information remontant jusqu'au cortex. La peur mettra plus de temps à être ressentie. Les connexions subcorticales, plus rapides et directes que la voie haute, constituent la voie basse. Le stimulus est traité par le thalamus et passe directement à l'amygdale. L'ensemble du processus ne prend que douze millisecondes. Selon LeDoux, la voie sous-corticale permet « de commencer à répondre aux stimuli potentiellement dangereux avant de savoir exactement de quoi il s'agit » (LeDoux, 2005). C'est cette voie qui permet aux données sensorielles d'acquérir une signification émotionnelle. La voie haute est consciente tandis que la voie basse ne l'est pas. Comment aider les patients si leurs réactions défensives sont des automatismes qui passent par la voie sous-corticale et dont ils n'ont pas conscience ?

III Les recherches d'Edelman : le présent remémoré

Gérald M. Edelman (prix Nobel de médecine en 1972) apporte des éléments de réponse avec ses travaux. Pour lui, « la mémoire ne doit pas être considérée comme un lieu d'archivage où sont déposés des souvenirs selon une organisation et une codification données, car les souvenirs ne conservent pas une forme intégrale mais des traces significatives » (Edelman, 1992). Ces traces s'expriment différemment au gré des interactions. Selon le contexte interactif du moment, elles présenteront des connotations particulières positives ou négatives. Ainsi un environnement qui apporte du bien-être pourra modifier positivement ces traces. La mémoire a son siège dans les interactions interpersonnelles. C'est le présent et non pas le

passé que nous sommes attentifs à reconnaître et à rappeler, « le présent remémoré ». Stern (2006) le redira : « la mémoire se construit dans l'interface entre l'intrapsychique (la représentation) et l'interaction présente ». C'est dans l'échange dynamique entre intrapsychique et interactif que nous devons rechercher les racines des processus mentaux. Les souvenirs dépendent tout autant des événements passés que du contexte dans lequel ils sont rappelés, avec une intrication forte des perceptions du passé et du présent dans des boucles récursives (Edelman, 2004, Stern, 2003).

Nos souvenirs sont des reconstructions dans le présent (ce qu'il appelle le « présent remémoré ») à partir de traces mnésiques qu'il est toujours possible de reconfigurer, grâce à la thérapie. La re-construction du récit de soi dans le contexte interactif de la relation thérapeutique mettra le projecteur sur d'autres aspects de ces traces significatives. Cela permettra une ré-élaboration des Modèles Internes Opérants pouvant apporter des changements dans la vision de soi et dans les relations interpersonnelles présentes. Ceci est médiatisé et rendu possible par une relation intersubjective émotionnellement intense avec le psychothérapeute.

IV Siegel et l' « esprit relationnel » (2001)

Siegel va également dans ce sens lorsqu'il énonce comme présupposé à ses recherches que l'esprit se définit dans les interactions entre les processus neurophysiologiques et les relations interpersonnelles. Il développe la notion de « neurobiologie interpersonnelle » avec l'idée que les relations interpersonnelles depuis la naissance ont orienté le développement du cerveau de l'enfant, ses activités mentales et les structures neurales associées. Il parle alors de l' « *esprit relationnel* ». Il propose plusieurs actions élémentaires dans les relations interpersonnelles qui sont susceptibles de favoriser le bien-être émotionnel et la résilience psychologique. Comprendre les besoins personnels de l'enfant et son style de communication, prendre du plaisir en partageant un moment avec l'enfant et être capable d'apaiser l'enfant lorsqu'il est en détresse sont autant d'éléments fondamentaux de la relation de l'enfant avec la figure d'attachement. Il émet des recommandations pour les parents afin de favoriser un attachement sécure chez les enfants : adopter une attitude de collaboration, avoir un dialogue qui invite à la réflexivité, restaurer la communication si elle s'est dégradée, fournir à l'enfant des récits cohérents qui permettent d'établir des connexions entre le passé, le présent et l'avenir car ces connexions contribueront à la création de la forme autobiographique de la conscience de soi, communiquer autour des émotions qu'il s'agisse de vivre pleinement les émotions positives

ou de se connecter à l'enfant s'il ressent des émotions inconfortables.

V La découverte des neurones miroirs de Rizzolatti

Une autre découverte met aussi en avant l'importance des relations interpersonnelles, c'est la découverte des neurones miroir par Giacomo Rizzolatti décelés au départ dans le cortex prémoteur des macaques (Rizzolatti *et al.*, 1996 ; Gallese *et al.*, 1996). Ces neurones sont actifs aussi bien lorsque le sujet observe une action que lorsqu'il l'exécute lui-même. Ils ont donc un rôle essentiel dans l'apprentissage par l'imitation et l'acquisition de connaissances. Les neurones miroirs permettent à la fois d'apprendre les séquences d'un mouvement sans le réaliser effectivement, mais simplement "*comme si*" on le réalisait par l'observation. Le cerveau effectue une simulation et grâce à la reproduction simultanée du mouvement en pensée ou dans le corps, le sujet va apprendre et comprendre la logique du mouvement, l'intention ayant motivé les différentes actions du mouvement. Gallese parle de « *simulation incarnée* » (2006).

Au-delà de l'apprentissage d'un mouvement, l'action des neurones-miroirs concerne également les émotions et les sensations que l'homme. En observant l'expression émotionnelle du visage ou la tension du corps chez un autre, le sujet va vivre simultanément en reflet cette émotion ou cette tension. L'« émotion est reconstruite, expérimentée et incarnée, et donc comprise directement grâce à une simulation incarnée qui produit un état corporel partagé par l'observateur » (Gallese et al., 2006). Il s'agit d'un phénomène de « résonance viscéro-motrice » (Rizzolatti, 2006). Cette résonance est fondamentale pour comprendre l'impact des émotions d'une personne sur son entourage. Quand vous partagez un moment avec une personne stressée, vous êtes rapidement gagné par le stress du fait des neurones miroirs qui s'activent. Il s'agit là d'une partie de la communication non négligeable : la communication non verbale à travers les émotions exprimées par le corps, qui touche davantage que la communication verbale. Stern évoque la façon dont les mots sont prononcés : « quand je parle, vous pouvez sentir derrière mes mots ce que je sens, mon expérience verbale et paraverbale, la force, l'intensité, les nuances temporelles que je mets derrière mes mots » (Stern, 2005, p. 32).

La découverte des neurones miroirs apporte des clés de compréhension sur l'intersubjectivité, l'empathie (Decety, 2011), la connaissance relationnelle implicite (Stern, 2005). Stern

complète l'action des neurones-miroirs par celle des « *oscillateurs adaptatifs* » qui, dans l'interaction avec une personne, « changent constamment pour rester en synchronie avec l'autre » (Stern, 2005, p.216). La communication non-verbale est d'autant plus puissante que c'est la première communication que nous connaissons avant d'avoir acquis le langage. Durant les premiers mois de vie, l'enfant communique avec sa mère essentiellement par le regard et le toucher. « *L'expression émotionnelle du visage de la mère, en particulier, est de loin le stimulus visuel le plus puissant dans l'environnement de l'enfant. (...) Le jeu de leur regard agit comme une puissante voie de communication interpersonnelle permettant la transmission « d'influences mutuelles et réciproques »* » (Schorre, 2008, p 29). A travers le regard, la mère et l'enfant vont partager des états affectifs. Ces conduites d'imitation du nourrisson par la mère et de la mère par le nourrisson sont décrits par Stern (1989) à travers le concept d'accordage affectif. Chaque mouvement chez l'un entraîne une réorganisation du système, du fait de la proximité affective, de la sensibilité l'un à l'autre. Se met en place au fil des interactions une coordination entre eux de mouvements gestuels, posturaux, visuels, auditifs qui va constituer leur système relationnel. La connaissance relationnelle implicite amène une synchronie de ces mouvements, que Stern nomme « accordage affectif ». Ces processus montrent que l'apprentissage se fait par mimétisme. Au-delà de l'apprentissage, ils permettent à l'enfant de comprendre que la mère est une autre personne. Ces contacts permettent à chacun de penser la subjectivité de l'autre à l'intérieur de la relation. Chacun apprend dans la relation à penser la pensée de l'autre, à ressentir le sentiment de l'autre. C'est l'intersubjectivité.

Stern (2003) parle de conscience intersubjective qu'il définit ainsi : « *c'est une forme de conscience qui naît quand une boucle de réentrée est établie entre l'expérience directe dans l'esprit d'une personne et l'expérience de cette même personne d'une seconde personne qui vit l'expérience de la première. Cette boucle récursive intersubjective permet à la double expérience de la première personne d'émerger dans la conscience – la conscience intersubjective. La conscience intersubjective a un fondement social et ne découle pas de boucles de réentrée d'expérience naissant exclusivement dans un esprit unique. Il n'est pas nécessaire qu'elle devienne réflexivement consciente, ni qu'on la verbalise. Mais elle entre dans la mémoire épisodique* » (Stern, 2003, p 278). L'intersubjectivité, c'est « *la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes ayant chacune des intentions, des désirs différents* » (Golse, 2006). La communication interpersonnelle ne peut pas être

envisagée sans prendre en compte ces phénomènes d'intersubjectivité. L'intersubjectivité fonde ainsi une théorie de la communication.

Dans une psychothérapie qui fonctionne bien, dans laquelle une connaissance relationnelle implicite s'est installée entre le thérapeute et le patient, nous retrouvons cette synchronie et cet « accordage affectif ». Celui-ci constitue un cadre sécurisant pour le patient. Le thérapeute comprend le patient et le patient a confiance dans le thérapeute. Il va se laisser « entraîner » par les mouvements (paroles, gestes, regards, etc.) du thérapeute et réorganiser ainsi sa manière d'être en lien avec l'autre, de se positionner vis-à-vis de l'autre, de faire confiance à l'autre. Il va ainsi apprendre à réguler ses émotions différemment. Si auparavant, il s'emportait en pensant à une situation, il va par exemple apprendre à réévaluer la situation pour faire baisser l'intensité émotionnelle. Ou s'il évitait d'aborder certaines questions pour ne pas être débordé émotionnellement, il va apprendre à se confronter à ces questions, avec le soutien du thérapeute. L'accordage affectif est essentiel pour permettre cette évolution. Il faut que le thérapeute accueille la manière de réguler ses émotions du patient pour ensuite l'aider à adopter d'autres stratégies de régulation émotionnelle. C'est dans les interactions précoces puis dans les relations avec l'entourage familial que le patient a appris à réguler ses émotions. C'est dans les interactions avec le thérapeute qu'il désapprend en quelque sorte à recourir à des stratégies peu adaptées et qu'il apprend à utiliser de nouvelles stratégies plus adaptées. Les effets de synchronisation émotionnelle généreront des façons communes de voir et de vivre les choses.

Si l'accordage affectif se réalise à travers la synchronie des paroles, des gestes, des regards, c'est bien que la communication verbale mais aussi non-verbale est essentielle dans la relation thérapeutique. Nous rejoignons ainsi Delourme et Marc qui disent :

S'il s'avère que l'origine du trouble réside dans une certaine forme de communication, on peut comprendre alors que c'est à travers une structure de communication différente que ce trouble peut arriver à se modifier. Le cadre thérapeutique peut être conçu comme un nouveau contexte dans lequel un changement devient possible à partir d'un nouveau type de relation. (Delourme et Marc, 2014, p. 117-118)

Pour un exemple, je vous renvoie au cas de la famille B. dans l'ouvrage, *Changer en famille*. Mme B. a toujours été infantilisée par les psychologues qui l'ont suivie enfant puis adulte. La relation qui se met en place avec la thérapeute familiale est tout-à-fait différente. Celle-ci

prend en compte le vécu relationnel de Mme B. avec sa mère. Pour mettre en évidence la toxicité de cette relation, elle utilise la métaphore de la sorcière pour désigner la mère de Mme B. Se met alors en place un système thérapeutique où la thérapeute prend au sérieux la toxicité de la « sorcière » et Mme B. n'apparaît plus comme une patiente psychotique. Une connaissance relationnelle implicite se met en place entre les deux femmes. Chacune sait combien une mère peut être toxique. Mme B. sait que la thérapeute sait. Elle se sent en confiance et petit à petit elle va expérimenter un lâcher-prise dans la relation. La thérapeute réagit de manière parfaitement synchrone aux expressions d'angoisse de Mme B. Elle les accueille sereinement et l'aide à les surmonter.

VI La place de l'empathie dans les processus thérapeutiques

Ces découvertes neurophysiologiques mettent en évidence l'importance de la rencontre avec l'autre en tant que base de l'activation des processus mentaux et confirment les intuitions des auteurs inspirés par la phénoménologie. Merleau Ponty écrit en 1945 dans *Phénoménologie de la Perception* : « *C'est comme si l'intention de l'autre habitait dans mon corps et la mienne dans le sien* ». Pour Stern, pour Onnis, l'empathie apparaît comme le facteur déterminant dans la relation thérapeutique. Deffuant (1998) qui travaille sur les systèmes dynamiques complexes propose d'envisager l'empathie comme base des interactions sociales. L'empathie est au coeur des débats actuels. En témoigne le thème du 11^{ème} Colloque International de Périnatalité de l'ARIP : *Naissance de l'empathie autour de la naissance dans la relation de soin* qui s'est tenu au Centre des Congrès du Palais des Papes à Avignon en novembre 2014.

Afin de réfléchir à cette proposition, je reprends la définition de Deffuant : « *L'empathie est la capacité de s'identifier à l'autre, en général partiellement, c'est-à-dire de lui attribuer des intentions, des craintes et des désirs, et les ressentir partiellement. Cette faculté repose donc sur la capacité de se construire un modèle de l'autre, dépendant des indices de son comportement et de ce qu'il veut bien éventuellement en dire. L'individu empathique est donc par définition incomplet, puisqu'il se transforme profondément par interaction avec les autres ou même par l'imagination de cette interaction* » (Deffuant, 1998, p 99). Dans la mesure où l'empathie « *repose sur la capacité de se construire un modèle de l'autre, dépendant des indices de son comportement et de ce qu'il veut bien éventuellement en dire* », nous pouvons supposer des erreurs d'interprétation. Les troubles de l'empathie ou l'absence d'empathie

peuvent alors organiser une relation. La littérature nous indique que les personnes autistes ont des difficultés pour attribuer des intentions aux autres (encore une théorie qui mériterait d'être reconsidérée en prenant en compte toutes les formes que peut prendre l'autisme), les personnes qui présentent un attachement évitant sont généralement peu empathiques. Considérer alors l'empathie comme base des interactions sociales pose question pour les sujets évitants. La base est peut-être ailleurs. L'empathie repose sur la capacité à détecter des indices provenant du langage mais surtout de la communication non-verbale, de l'expression émotionnelle. Ces éléments, et surtout ceux qui vont être perçus par les auditeurs ou les observateurs, relèvent de la régulation émotionnelle. Je propose donc d'envisager la régulation émotionnelle comme base des interactions sociales.

Le thérapeute introduit une différence avec sa propre régulation émotionnelle (Duriez, 2018)

Daniel Stern décrit très bien cette rencontre intersubjective entre un thérapeute et un patient. Il évoque la place des émotions dans cette intersubjectivité pour mettre en place l'alliance thérapeutique. Selon lui, l'alliance thérapeutique naît du rapport émotionnel existant entre le thérapeute et le patient, qu'il envisage essentiellement sous l'angle de l'empathie. Le thérapeute, par son empathie à la souffrance relationnelle, apporte une réponse affective différente aux conflits amenés par la famille.

Je pense que le processus intersubjectif est plus complexe. D'une part ce ne sont pas toujours les manifestations d'empathie du thérapeute qui sont à l'origine du changement et d'autre part face à une famille l'empathie va s'orienter davantage vers tel ou tel membre de la famille. Stern (2004) et Onnis (2009) appuient leur argumentation à partir de la découverte en 1996 des neurones miroirs par Rizzolatti (2011) qui apparaissent pour lui comme les « preuves neuroscientifiques de la matrice intersubjective ». Ces neurones sont activés lorsque nous observons une action *comme si* nous faisons l'action nous-même. Ils sont aussi activés lorsque nous percevons une émotion sur un visage ou dans la voix d'une personne *comme si* nous vivions nous-même cette émotion. Ce « nous-même » doit être pris en compte car nous ne réagissons pas avec les mêmes réponses à cette émotion, même si elle est identique à celle perçue chez l'autre. Le thérapeute introduit une différence avec sa subjectivité et cette différence se situe dans la régulation émotionnelle. C'est donc cette régulation émotionnelle du thérapeute qui peut transformer la relation patient-thérapeute en relation thérapeutique.

Mon hypothèse c'est que cette différence se situe dans la manière dont le thérapeute régule l'émotion ressentie durant les interactions avec le patient. La subjectivité du thérapeute s'exprime dans les stratégies de régulation émotionnelle qui seront les siennes durant les séances. Par son empathie à la souffrance du patient, il apporte une réponse affective différente aux conflits que celui-ci amène. C'est ainsi qu'il vient modifier les schémas relationnels appris par le patient. Le patient observe le thérapeute et apprend à faire face différemment. Le processus thérapeutique repose donc sur la capacité du thérapeute à renvoyer aux patients une image pertinente de leur vécu, de leurs émotions et de leurs stratégies de régulation émotionnelle. Cette image se construit dans un contexte intersubjectif et elle est dépendante de la manière dont le thérapeute régule lui-même ses propres émotions par rapport à ce qui se passe durant la séance.

La difficulté réside dans la subjectivité des patients, c'est-à-dire que ce qui est pertinent pour l'un ne le sera pas pour l'autre. Par exemple, à l'écoute du récit d'un événement traumatique, le thérapeute peut réguler ses émotions de différente manière : exprimer par l'expression du visage son empathie, intervenir en s'appuyant sur une théorie et apporter une réévaluation cognitive de la situation, construire une représentation différente de l'événement de manière à lui faire perdre sa dimension traumatique, se couper de son émotion pour se protéger car cela le renvoie à un événement similaire qu'il a vécu, etc. Si la stratégie de régulation émotionnelle du thérapeute a du sens par rapport à son vécu, elle peut être source de souffrance dans le contexte intersubjectif avec le patient. Un thérapeute trop empathique heurtera les défenses d'un patient qui banalise l'événement traumatique et amènera le patient vers des affects négatifs dont il se protégeait bien auparavant. Un thérapeute trop distant blessera un patient qui a besoin de soutien et risque d'induire dans certaines circonstances une re-traumatisation. Ce qui est pertinent pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre.

VII Descartes et les neurosciences

Cette conception unitaire de l'être humain remet en question la tradition du dualisme. En Occident, depuis René Descartes, il est d'usage de penser les émotions distinctes des cognitions, les émotions relevant du corps tandis que les cognitions relèveraient de l'esprit. Une certaine lecture de Descartes pose le problème de la distinction entre le corps et l'esprit. Cependant Descartes a aussi évoqué les interactions entre corps et esprit, entre passion et volonté. Dans *Les Passions de l'âme* (1649), il observe que les émotions peuvent submerger les hommes et les empêcher de penser : « *On n'a pas manqué d'observer que l'âme subissait*

la passion contre sa volonté. La passion consiste dans son conflit avec la volonté » dit Descartes.

Finalement les découvertes sur la mémoire implicite vont dans le sens de Descartes puisqu'elles montrent que cette « passion », inscrite dans une mémoire implicite, provenant d'expériences émotionnelles oubliées, n'est pas consciente et ne peut donc pas être comprise par la raison. L'âme ne peut donc que subir la passion contre sa volonté. La difficulté à lutter contre la passion vient du fait que les émotions sont souvent générées par des processus extrêmement rapides, automatisés et en grande partie non-conscients. L'exemple généralement donné est la peur immédiate et incontrôlable face à certain stimuli. Les émotions nous « prendraient » sans nous laisser grande latitude pour moduler leur cours.

La distinction entre l'âme et le corps chez Descartes a fait couler beaucoup d'encre. C'est un lieu commun sur la pensée de Descartes véhiculé par les manuels scolaires. Damasio (1994), s'en tenant à cette lecture peu approfondie, dénonce « l'erreur de Descartes » d'avoir séparé la raison du corps. Pourtant Descartes n'a pas dit qu'il y avait une dichotomie entre la passion et la raison comme l'a prétendu Damasio à des fins heuristiques (Lacroux, 2014) mais il a eu l'intuition qu'il fallait distinguer la mémoire explicite et la mémoire implicite, qu'il y avait là deux processus différents. Finalement, Damasio, bien qu'il s'en défende, s'inscrit dans la continuité de Descartes. Cette lecture insuffisante de Descartes de la part de Damasio amènera Denis Kambouchner (2007) à parler de l'erreur de Damasio.

Une lecture attentive de Descartes et de son dernier ouvrage *Les Passions de l'âme* (1649) montre qu'il envisage l'union du corps et de l'esprit. Il insiste sur le fait que les émotions sont à l'origine des actions : « l'action et la passion ne laissent pas d'être toujours une même chose qui a ces deux noms, à raison des deux divers sujets auxquels on la peut rapporter » (Descartes, p 475). L'âme ressent et le corps agit mais il agit en fonction de ce que l'âme ressent. Descartes dit aussi : « je considère que nous ne remarquons point qu'il y ait aucun sujet qui agisse plus immédiatement contre notre âme que le corps auquel elle est jointe, et que par conséquent nous devons penser que ce qui est en elle une passion, est communément en lui une action » (Descartes, 1649/1990, p. 38). Nous pouvons voir ici une intuition de Descartes concernant la rapidité de la réponse corporelle aux émotions avec la voie sous-corticale. L'âme et le corps sont donc joints mais ils ont un fonctionnement différent et l'âme doit lutter contre le corps afin que ses passions ne l'amènent pas à agir de manière impulsive.

Pour Descartes, la volonté doit « régler les passions ». Il observe les réactions des chiens lors d'un coup de feu comme Ekman observait les réactions des aplysies lors d'un choc et conclue que si les animaux, dressés par les hommes apprennent à adapter leurs réponses automatiques, les hommes peuvent aussi apprendre à le faire. Il ne restait plus qu'à montrer que cela se jouait au niveau des synapses.

Ainsi, lorsqu'un chien voit une perdrix, il est naturellement porté à courir vers elle ; et lorsqu'il oit tirer un fusil, ce bruit l'incite naturellement à s'enfuir ; mais néanmoins on dresse ordinairement les chiens couchants en telle sorte que la vue d'une perdrix fait qu'ils s'arrêtent, et que le bruit qu'ils oient après, lorsqu'on tire sur elle, fait qu'ils y accourent. Or ces choses sont utiles à savoir pour donner le courage à un chacun d'étudier à régler ses passions. Car, puisqu'on peut, avec un peu d'industrie, changer les mouvements du cerveau dans les animaux dépourvus de raison, il est évident qu'on le peut encore mieux dans les hommes, et que ceux même qui ont les plus faibles âmes pourraient acquérir un empire très absolu sur toutes leurs passions, si on employait assez d'industrie à les dresser et à les conduire. (Descartes, 1649/1990, p 76)

En ce qui concerne ce « réglage des passions » par la volonté, Descartes indique que cette volonté, ou la force de l'âme, n'est pas égale pour tous les hommes. Nous voyons dans ce texte que Descartes est un des premiers à penser la régulation émotionnelle et les difficultés pour les plus vulnérables à réguler les émotions. Il dit en quelque sorte que les émotions peuvent nuire et doivent être contrôlées mais les hommes ne sont pas tous aussi compétents dans cette régulation émotionnelle. Il dit aussi que la régulation émotionnelle s'apprend : « *Art. 50. Qu'il n'y a point d'âme si faible qu'elle ne puisse, étant bien conduite, acquérir un pouvoir absolu sur ses passions* » (Descartes, 1649/1990, p.75). C'est ce que nous souhaitons développer dans les contextes familiaux.

VIII La théorie des marqueurs somatiques de Damasio

Cette revue de la littérature sur les neurosciences serait incomplète si je ne présentais pas les travaux de Damasio (1994) qui a donné à l'étude des émotions une impulsion nouvelle en les situant au cœur de la psyche.

Damasio distingue l'émotion et le sentiment. Il envisage l'émotion comme une réponse physiologique à un événement, un stimulus. Pour certaines émotions l'homme va trouver des mots pour désigner ces phénomènes biologiques : la peur, la honte, la colère, etc. Nous parlerons alors de sentiments. « Selon lui, la mise en place progressive de ce dispositif permet

à l'être humain de faire exister *psychiquement* ce qui l'affecte et, donc, de mieux le « gérer » rationnellement » (Keller, 2007, p 542). L'émotion se situe au niveau du corps et le sentiment au niveau de la psyche (dans la continuité de Descartes). Damasio montre comment l'homme peut développer une conscience émotionnelle en passant du corps (émotion) à l'esprit (sentiment). Il explique comment le cerveau traduit une émotion en sentiment par un processus d'encartage cérébral. Des cartes neurales se construisent dans les régions du cerveau au fur et à mesure de l'expérience et ce sont ces cartes qui traitent les informations venues du corps. Ces cartes constituent un guide pour prendre des décisions mais elles peuvent évoluer. Le corps est mis en cartes, dans des zones cérébrales spécialisées. Les cartes « échantillonnent l'état vécu ». Il y a des cartes de base et des cartes d'intégration. Une partie d'entre elles est consciente, comme un sentiment d'arrière-plan fondant la continuité d'exister. Les décisions guidées par les cartes agissent à un niveau infra-représentationnel des opérations mentales mais elles vont intervenir dans la communication à un niveau plus visible.

Face à une menace physique, par exemple, le corps réagit de manière involontaire: c'est la peur, émotion qui mobilise les muscles lisse des viscères. Ce faisant, un faisceau de signaux somatosensoriels est véhiculé par le système nerveux, mais aussi par des molécules qui passent par la circulation sanguine. Cet ensemble de signaux modifie les myriades de cartes existant à l'instant précédent. Ce mécanisme de cartographie est complètement inconscient, mais c'est lui qui fournit le contenu des sentiments, traduction des émotions dans le domaine de l'esprit. Et bien sûr, le contenu peut devenir conscient. (Lacrosse, interview de Damasio, CEPPECS).

Ces cartes constituent des marqueurs somatiques, c'est-à-dire des états du corps correspondant à des sensations, agréables ou désagréables en fonction de différents paramètres viscéraux ou non (rythme cardiaque, sudation, sensation de douleur...). La notion de marqueur somatique désigne un ressenti au niveau du corps. Il ne s'agit pas là seulement du cerveau mais de l'ensemble du corps.

Le corps offre à mon avis au cerveau beaucoup plus qu'un simple support ou qu'une simple modulation : il fournit la matière de base pour les représentations cérébrales. L'âme respire à travers le corps, et la souffrance, qu'elle provienne de la peau ou d'une image mentale, a lieu dans la chair » (Damasio 1995, p. 25).

« Le cerveau est une des composantes du système complexe qu'est le corps. Nous absorbons les informations et les interactions avec le monde à travers

notre corps, et notre corps se modifie avec – et dans certains cas, change – les processus cognitifs et émotionnels. (Kutas & Ferdermeier, 1998, p 135)

D'autres auteurs s'intéresseront à la mémoire somatique dans les situations de traumatisme (Rotchchild, 2008). La souffrance du corps exprime la souffrance traumatique et elle la communique également à l'entourage. Les marqueurs somatiques se forment tout au long de la vie, mais surtout au cours des processus d'éducation et de socialisation. Le processus sous-jacent serait que nos actes, nos choix seraient guidés par ces représentations somatiques construites à partir d'expériences émotionnelles. L'émotion, loin de s'opposer à la raison, serait en fait l'auxiliaire de la raison. Toute prise de décision ne se baserait pas uniquement sur la raison mais également sur les émotions.

« Un sentiment d'émotion est une idée du corps lorsqu'il est perturbé par le processus émotionnel ». « Idée du corps », parce qu'il ne s'agit pas de modifications corporelles réelles, mais de la perception ou la modification des cartes du corps dans les zones concernées, et parce que le sentiment inclut un mode, un style de pensée. Damasio mêle la perception d'un certain état du corps à celle d'un mode de pensée qui, lui-même, a des thèmes particuliers. Il associe donc émotion et cognition. Par exemple la caresse d'une femme dont vous êtes amoureux ne déclenchera pas le même sentiment d'émotion que la caresse d'une femme dont vous n'êtes pas amoureux. L'émotion agréable est mêlée à la cognition : cette femme est la plus extraordinaire que je connaisse.

Damasio utilise la méthode clinique pour explorer le rôle de ces marqueurs somatiques dans la prise de décision. Il observe des sujets porteurs de lésions neurologiques au niveau du lobe frontal. Il constate que les sujets peuvent réussir certaines tâches et prendre les bonnes décisions dans un contexte expérimental dépourvu de la subjectivité inhérente à la vie relationnelle, face à un ordinateur par exemple. Par contre en situation relationnelle impliquant une appréciation subjective de ses actes et une évaluation de leurs conséquences sur autrui, ces sujets étaient incapables de prendre une décision rationnelle et accumulaient par conséquent les erreurs d'appréciation quant aux effets de leurs décisions sur autrui. Damasio conclut que les réponses sociales inadaptées et les choix inconsidérés de ces patients provenaient d'une incapacité à faire appel aux états somatiques précédemment associés à des situations sociales similaires. Les marqueurs somatiques joueraient donc un rôle essentiel dans la prise de décision dans des situations où l'enjeu ne se situe pas uniquement dans la

logique mais aussi dans le relationnel. Les sujets porteurs de lésions ne disposaient plus de ces marqueurs somatiques et ne pouvaient donc pas se connecter à leur subjectivité pour prendre la bonne décision.

Dans la mesure où les émotions déclenchent les sentiments, elles ont un rôle important dans la conscience de soi. Pour Damasio, « nous prendrions conscience de nous-mêmes en d'autres termes, nous deviendrions l'objet de notre propre conscience, par l'intermédiaire de notre vécu émotionnel : c'est en ressentant nos émotions, principalement par les sensations corporelles qui les accompagnent, que nous prendrions conscience des processus psychologiques qui nous animent, et donc de nous-mêmes » (Philippot, 2011, p. 97-98).

Pour Panksepp (1998), il est réducteur de penser que les émotions contrôlent les cognitions car il y a encore bien des phénomènes cérébraux que nous ignorons. Il propose de continuer les recherches pour identifier les aspects génétiquement programmés et de travailler en particulier sur les voies sous-corticales à partir des mammifères. « Panksepp appelle à la constitution d'une neuroscience affective qui fonde une compréhension neurologique des systèmes émotionnels du cerveau des mammifères, et des états internes variés, conscients ou inconscients, qu'ils engendrent » (Nadel, 2003, p 30). Cette observation de Panksepp m'amène à présenter les découvertes de Cozolino (2012).

IX Régulation émotionnelle et interactions précoces

Les troubles des interactions précoces sont corrélées avec des difficultés dans l'apprentissage de la régulation émotionnelle. A la naissance, le cerveau humain dépend des figures parentales pour sa survie et sa croissance (Cozolino, 2012, p 234). Pour mieux comprendre cette dépendance Cozolino s'appuie sur des expériences avec les rats. Il étudie la structure neurobiologique des sujets en fonction des expériences relationnelles qu'ils ont vécues. Il reprend des expériences faites sur des bébés rats et montre que les rats qui reçoivent une attention maternelle plus importante ont des cerveaux plus robustes et plus résilients, et ils ont tendance à s'occuper des autres. Ils apprennent aussi plus rapidement et conservent les apprentissages plus longtemps. Ils réagissent moins au stress et peuvent compter sur leurs ressources pendant des moments de forte intensité émotionnelle et dans des situations plus éprouvantes. Ils régulent donc mieux leurs émotions. Ils souffrent également moins des effets néfastes du cortisol, en limitant sa libération plus rapidement après une réponse de stress.

Enfin les femelles ayant eu des mères plus attentives transmettent ces qualités à leur progéniture (Cozolino, 2012, p 236).

Cozolino étudie également l'impact de la séparation avec une figure parentale sur le cerveau du bébé. Les mêmes résultats sont trouvés pour les rats et les humains. Sans entrer dans le détail de toutes les conséquences de cette séparation sur le cerveau, nous résumerons en disant que la séparation maternelle va avoir un impact sur la croissance neuronale et la plasticité du cerveau, sur la modulation de l'activité hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA), sur la modulation du comportement maternel ou paternel ultérieur que la séparation soit physique (la mère et l'enfant ne vivent plus ensemble) ou psychique dans le cas d'une mère dépressive ou traumatisée qui s'absente psychiquement.

Ces modifications de la structure neurobiologique auront des conséquences au quotidien sur la qualité de vie du sujet. En particulier parce que la baisse de production de benzodiazépine, d'ocytocine et des récepteurs de glucocorticoïdes augmentent sa vulnérabilité au stress, ce qui provoque des excès dans la libération de cortisol. Ces sujets sont également plus anxieux et un grand nombre de stimuli peuvent activer chez eux le schéma de la peur. Des stimuli qui ne provoqueraient pas ce genre de réactions chez une personne qui a été bien entourée durant l'enfance. Par exemple dans ma pratique je rencontre des parents qui réagissent pour une mauvaise note comme si leur enfant venait d'avoir un accident. La réaction est disproportionnée et impressionne l'enfant qui va stocker un schéma autour de cette question. C'est ainsi que l'anxiété et la peur autour d'un thème particulier peuvent se transmettre de génération en génération à travers les réponses émotionnelles des parents.

X Épigénétique et transmission transgénérationnelle

Cette transmission transgénérationnelle a été également étudiée par des biologistes à Zurich en particulier par Isabelle Mansuy et son équipe. Ils montrent que les cellules reproductrices, en plus du bagage génétique, ont un bagage épigénétique, c'est-à-dire c'est toute une série de marques biochimiques qui sont sur l'ADN ou près de l'ADN, le modifient et en fait déterminent l'activité des gènes, déterminent si un gène est actif ou pas. Les gènes sans les marques épigénétiques sont inutiles. Il existe plusieurs types de marques épigénétiques et parmi les plus importantes, il y a la méthylation de l'ADN, ce sont des résidus méthyl qui se fixent sur l'ADN à des endroits bien précis et il y a des ARNs non codants qui existent à

proximité de l'ADN.

Ces biologistes ont travaillé sur l'hypothèse que les marques épigénétiques, modifiées par l'environnement, responsables de phénotypes comportementaux, gardent en mémoire des expériences de vie qui ont des effets négatifs ou positifs de façon à ce que cela soit transmis à travers les générations. Les situations stressantes comme une séparation affecteraient le métabolisme et aboutiraient à un déséquilibre des micro-ARN dans le sang, le cerveau et le sperme (Gapp et al., 2014). Les pères transmettent alors ces informations par leur sperme via des petits morceaux de matériel génétique, appelés micro-ARN. Ces processus expliqueraient en partie une mémoire transgénérationnelle des traumatismes.

L'hypothèse a été testée avec des souris. Les bébés souris ont le même comportement que leur père traumatisé alors qu'ils n'ont pas été exposés au stress. Les biologistes observent les mêmes signes de dépression sur plusieurs générations. Ces découvertes apportent un nouvel éclairage à la lecture des génogrammes construits avec les familles : les comportements et les réactions face au stress se répètent à chaque génération, qu'il s'agisse de conduites addictives, de troubles du comportement alimentaire ou de problèmes somatiques. Les recherches montrent que les sens permettant de détecter le danger seront plus développés que chez des souriceaux dont les parents n'ont pas été exposés à une situation stressante. Pouvons-nous en déduire qu'il en est de même chez l'humain ? Est-ce que l'hyperstimulabilité observée chez Hélène et Jeanne et leur mère ne s'est pas développée en raison des traumatismes vécues par les mères ? Si nous considérons que le traumatisme principal est le décès de leur mère, la question devient : Est-ce qu'une séparation douloureuse chez un homme entraînerait une vulnérabilité à la séparation chez ses descendants à travers des modifications épigénétiques via les micro-ARN ?

Les cliniciens ont observé cette vulnérabilité chez les enfants dont les parents ont pu être défaillants. Ainsi Jean-Paul Gaillard (2009, 2018) qui a travaillé avec des enfants et des adolescents en ITEP a observé cette sensibilité particulière au stress des enfants carencés. Il explique que les enfants qui ont « appris » la relation douloureuse ou violente ou insatisfaisante, mobilisent depuis toujours, dans chaque interaction, l'axe nociceptif, lequel se renforce indéfiniment et s'hyper-développe au détriment de l'axe hédogène, lequel s'étiole. Ces enfants sont particulièrement sensibles à toute contrariété et ils vont avoir des réactions violentes en cas de désaccord, frustration, punition, sentiment d'être menacé, abandonné, etc.

(Gaillard, 2011). C'est ce que Chatzittofis et al. (2016) décrivent comme une régulation aberrante. Les traumatismes subis durant l'enfance ont entraîné des modifications durables au niveau du fonctionnement neuro-endocrinien. Les systèmes corticaux qui gèrent normalement le stress par l'intermédiaire de mécanismes dits épigénétiques ne permettent plus de réguler le stress.

Conclusion

Toutes ces recherches nous montrent d'une part l'importance des interactions précoces et d'autre part le contexte relationnel des apprentissages. Les comportements humains, les croyances, les stratégies de régulation émotionnelle ont été appris dans des contextes relationnels. De ces découvertes sur les mécanismes d'apprentissage et de stockage de la mémoire, Kandel conclut : « Nous sommes qui nous sommes à cause de ce que nous avons appris et de ce dont nous nous souvenons ! ». Ceci interpelle les thérapeutes sur les expériences passées des patients à l'origine d'apprentissage de comportements défensifs. Pour aider les patients à changer cela suppose de nouveaux apprentissages et donc de nouvelles connexions synaptiques, afin de réveiller les « facultés endormies ». La plasticité synaptique et la flexibilité psychologue apparaissent comme des facteurs essentiels dans les processus de changement.

Des « ressources reposent dans nos *facultés endormies* et peuvent être d'un accès limité ou enfreint par nos blessures traumatiques. Mais la bonne nouvelle, c'est qu'elles sont en chacun de nous, d'entre nous, toujours disponibles pour favoriser le processus d'auto-guérison, que ce soit sur le plan physique ou psychique. (...) Elles sont au service du potentiel de *plasticité neuronale* qui ouvre tout le champ des possibles de réversibilité des *processus vicieux* en *processus vertueux* des comportements humains, des réflexes conditionnés en réflexes ré-appris. La notion d'apprentissage est ici centrale : chaque personne a la capacité d'apprendre et de réaménager ses circuits neuronaux. En termes neuroscientifiques, on parle de neuroplastie » (Vinot-Coubetergues, 2014, p 266).

Pour que le changement se maintienne, il faut répéter les nouveaux comportements, les nouvelles manières de communiquer afin de renforcer les connexions synaptiques. Les processus de changement induisent donc des changements au niveau du cerveau, un réaménagement des circuits neuronaux. Prenons comme exemple un patient qui spontanément rompt le lien quand il est contrarié par une autre personne. La thérapie l'aide à repenser les fondements de cette contrariété, la position et l'intention de l'autre et à envisager une autre

réponse. La répétition de ces situations avec le changement de réponse permet d'activer de nouvelles connexions synaptiques.

DÉVELOPPEMENTS ACTUELS DE LA RECHERCHE

I Le *Boston Process of Change Study Group*

Site du *Boston Process of Change Study Group* : <http://www.changeprocess.org>

Le *Boston Process of Change Study Group* est un groupe créé en 1995 de spécialistes des interactions précoces mère-enfant qui comprend Daniel Stern, Louis Sander, Karlen Lyons-Ruth, Nadia Bruschweiler-Stern et Edward Tronick, qui ont proposé un nouveau modèle des processus de changement. Considérant que la relation thérapeutique est un facteur essentiel dans le processus thérapeutique, à partir de leurs connaissances sur la relation mère-nourrisson, ils s'interrogent sur la manière dont la relation thérapeutique agit. Reprenant la distinction mémoire procédurale et mémoire déclarative des sciences cognitives, ils soulignent que les schémas d'attachement construits dans l'enfance sont stockés dans la mémoire procédurale, implicite. Entre la mère et son enfant s'est construite une connaissance relationnelle implicite au fur et à mesure de leurs échanges. L'être humain est naturellement « ouvert à l'intersubjectivité puisqu'il se constitue en partie par le biais de son interaction avec d'autres esprits » (Stern, 2003, p 119). « L'intersubjectivité est une condition d'humanité. (...) Le désir d'intersubjectivité est une des principales motivations qui font avancer une psychothérapie. Les patients ont envie d'être connus et de partager l'effet que cela fait d'être comme eux (Stern, 2003, p. 121). Stern conçoit l'intersubjectivité comme un système de motivation primaire et fondamental. Si l'on transpose cela à la relation thérapeutique, ce serait donc la synchronicité dans les échanges qui permettrait une réorganisation des schémas anciens. L'interprétation (mémoire déclarative) ne serait alors pas suffisante pour amener un changement, il faut « something more than interpretation » (Stern et al., 1998, 2002) qui se situerait dans l'intersubjectivité. L'*accordage affectif* apparaît comme « un des éléments clé du processus » thérapeutique (Collot, 2011, p 102).

Dans le système dyadique mère-nourrisson, chaque mouvement chez l'un entraîne une réorganisation du système, du fait de la proximité affective, de la sensibilité l'un à l'autre. Se met en place au fil des interactions une coordination entre eux de mouvements gestuels, posturaux, visuels, auditifs qui va constituer leur système relationnel. La connaissance relationnelle implicite amène une synchronie de ces mouvements, que Stern nomme « accordage affectif ». Dans une psychothérapie qui fonctionne bien, dans laquelle une

connaissance relationnelle implicite s'est installée entre le thérapeute et le patient, nous retrouvons cette synchronie et cet « accordage affectif ». Celui-ci constitue un cadre sécurisant pour le patient. Le thérapeute comprend le patient et le patient a confiance dans le thérapeute. Il va se laisser « entraîner » par les mouvements (paroles, gestes, regards, etc.) du thérapeute et réorganiser ainsi sa manière d'être en lien avec l'autre, de se positionner vis-à-vis de l'autre, de faire confiance à l'autre.

Le patient va ainsi apprendre à réguler ses émotions différemment. Si auparavant, il s'emportait en pensant à une situation, il va par exemple apprendre à réévaluer la situation pour faire baisser l'intensité émotionnelle. Ou s'il évitait d'aborder certaines questions pour ne pas être débordé émotionnellement, il va apprendre à se confronter à ces questions, avec le soutien du thérapeute. L'accordage affectif est essentiel pour permettre cette évolution. Il faut que le thérapeute accueille la manière de réguler ses émotions du patient pour ensuite l'aider à adopter d'autres stratégies de régulation émotionnelle. C'est dans les interactions précoces puis dans les relations avec l'entourage familial que le patient a appris à réguler ses émotions. C'est dans les interactions avec le thérapeute qu'il désapprend en quelque sorte à recourir à des stratégies peu adaptées et qu'il apprend à utiliser de nouvelles stratégies plus adaptées (Duriez, 2019). Les effets de synchronisation émotionnelle généreront des façons communes de voir et de vivre les choses. Si l'accordage affectif se réalise à travers la synchronie des paroles, des gestes, des regards, c'est bien que la communication verbale mais aussi non-verbale est essentielle dans la relation thérapeutique. Nous rejoignons ainsi Delourme et Marc qui disent :

S'il s'avère que l'origine du trouble réside dans une certaine forme de communication, on peut comprendre alors que c'est à travers une structure de communication différente que ce trouble peut arriver à se modifier. Le cadre thérapeutique peut être conçu comme un nouveau contexte dans lequel un changement devient possible à partir d'un nouveau type de relation. (Delourme et Marc, 2014, p. 117-118).

En guise d'illustration clinique, je vous renvoie au cas de la famille B. dans l'ouvrage, *Changer en famille* (Duriez, 2009). Mme B. a toujours été infantilisée par les psychologues qui l'ont suivie enfant puis adulte. La relation qui se met en place avec la thérapeute familiale est tout-à-fait différente. Celle-ci prend en compte le vécu relationnel de Mme B. avec sa mère. Pour mettre en évidence la toxicité de cette relation, elle utilise la métaphore de la sorcière pour désigner la mère de Mme B. Se met alors en place un système thérapeutique où

la thérapeute prend au sérieux la toxicité de la « sorcière » et Mme B. n'apparaît plus comme une patiente psychotique. Une connaissance relationnelle implicite se met en place entre les deux femmes. Chacune sait combien une mère peut être toxique. Mme B. sait que la thérapeute sait. Elle se sent en confiance et petit à petit elle va expérimenter un lâcher-prise dans la relation. La thérapeute réagit de manière parfaitement synchrone aux expressions d'angoisse de Mme B. Elle les accueille sereinement et l'aide à les surmonter. La disponibilité intérieure du psychothérapeute est un facteur essentiel du processus thérapeutique car elle permet de construire une bulle hypnotique où chacun accède au monde implicite de l'autre.

La disponibilité intérieure du thérapeute suppose qu'il puisse mettre de côté ses préoccupations personnelles pour être pleinement à l'écoute du patient. Les échanges passent par la communication verbale mais aussi par une communication implicite qui n'est possible que si les deux protagonistes sont pleinement présents. C'est dans ce contexte où le thérapeute est absorbé par son patient, dans un état de régression ontogénique, qu'il peut donner le meilleur de lui-même. « Freud concevait que, dans les épisodes de rêve ou d'état hypnoïde, nous étions capables d'atteindre des états psychiques de structuration et d'expériences plus anciens... Lorsque la structure psychique « supérieure » est inactivée, en période de transe ou d'hystérie dissociative par exemple, la personnalité seconde apparaît » (Collot, 2011, p 104). Cet état est propice à la créativité et à la rencontre intersubjective. C'est dans ce niveau de l'intersubjectivité, plus subtil que le niveau du cadre, que se révèle la singularité de la rencontre.

Les processus thérapeutiques relèvent parfois de l'implicite, qu'il s'agisse de cette connaissance relationnelle implicite entre le thérapeute et le patient ou de processus irrationnels. Afin de permettre aux schémas stockés dans une mémoire implicite de passer dans la mémoire explicite, il faut laisser s'exprimer cette personnalité seconde que décrit Collot. Vous trouverez dans le chapitre « Une expérience émotionnelle » de *Changer en famille* un exemple d'une séance où le thérapeute se relie à la famille à travers la métaphore du droïde et tente de les amener dans un état de transe (Duriez, soumis). A la fin de la séance, Mme C. se connecte à la négativité présente chez ses ancêtres. Elle finira par comprendre ce qui s'est joué dans la transmission transgénérationnelle. Dans le contexte de cette séance, il ne s'agit pas de comprendre mais d'être dans une ouverture qui permet d'expérimenter une autre manière de se positionner vis-à-vis de sa fille. Elle peut alors renoncer au schéma appris pour en découvrir un nouveau. La transe permet cette ouverture. « La transe en ce qu'elle

potentialise la présence suggère la nécessité d'une ouverture et d'une cohérence avec le « tout », un besoin de *religere*, de se relier... » (Collot, 2011, p 105). Le concept de transe désigne un état hypnoïde que l'on peut retrouver dans des contextes de thérapie. Cet état est propice à l'ouverture. Cet état de transe est aussi un moyen de renforcer l'alliance thérapeutique, médiateur indispensable du succès d'une thérapie.

Pour Stern (2003), c'est cette dimension d'intersubjectivité qui est essentielle dans le processus thérapeutique. Chaque minute de la thérapie peut être envisagée comme un « **moment présent** », expression qui rend compte à la fois de la dimension phénoménologique du vécu, de l'éprouvé et d'une certaine échelle temporelle. Le « moment présent » est un ensemble holistique de petites perceptions qui fait sens pour la personne qui les vit. Ce moment comprend des mots, des paroles échangées mais aussi des silences ou des émotions dont chacun a une conscience primaire. Ces moments présents sont pas accessibles avec une simple retranscription de séance. L'analyse vidéoscopique sera plus performante pour les détecter. Il existe plusieurs logiciels qui permettent de faire des annotations sur les images pour préparer l'analyse. Voir http://icar.cnrs.fr/projets/corvis/logiciel_annotation.html Par exemple, sur le plan méthodologique, le logiciel Elan facilite ce travail. Elan est un logiciel d'annotation de la vidéo et de l'audio développé au début des années 2000 par « The Language Archive », une unité de recherche du *Max Planck Institute*. Il permet, entre autres, de :

- synchroniser jusqu'à 4 médias audio ou vidéo pour une même séquence annotée ;
- fragmenter les données d'annotation (mots ; syllabes ; morphèmes, etc.) ;
- construire des annotations en mode partition (affichage horizontal uniquement) sur plusieurs niveaux hiérarchiques.

Stern est attentif aux petits riens implicites nés du désir d'un contact intersubjectif allant en s'accroissant, petits riens qui en s'accumulant expliquent la plus grande partie du changement thérapeutique.

Certains moments présents ont un caractère plus exceptionnel : les « **moments urgents** » sont des moments de *kairos*. Points de basculement décisif, chargés d'affects, ils surgissent soudain et sont vécus comme porteurs de conséquences imminentes. Ils menacent le *statu quo* de la relation, provoquant une crise qui appelle pour la résoudre une réponse authentique de la part du thérapeute, un « **moment de rencontre** », moment présent où thérapeute et patient partagent une conscience intersubjective de ce qu'ils vivent ensemble. Les *moments de*

rencontre suivent généralement immédiatement les *moments urgents* qui les ont favorisés. Le moment de rencontre résout alors le besoin de résolution créé dans le moment urgent » (Stern, 2003, p 181). Moment urgent et moment de rencontre fonctionnent de pair : le premier facilite la survenue du second, le second vient résoudre la crise provoquée par le premier ; l'ensemble peut modifier la relation ou le cours de la thérapie.

Pour agir à bon escient, le thérapeute doit prendre en compte le *kaïros* (le moment propice). S'il intervient trop tôt, cela n'aura pas le même effet. Il faut respecter le rythme du patient. Toute intervention, toute interprétation, contient alors une part de risque. Le *moment urgent* est « un moment présent qui surgit soudain et qui est chargé de conséquences imminentes. C'est un instant de *kairos*, lourd de présent et du besoin d'agir » (Stern, 2003, p 181).

Si le thérapeute perçoit le moment urgent, aura-t-il une intervention qui va favoriser un moment de rencontre ? Le *moment de rencontre* est un « moment présent pendant lequel les deux parties réussissent une rencontre intersubjective, un moment de synchronicité, un moment d'accordage affectif. A cet instant, les deux deviennent conscients (conscience intersubjective) de ce que vit l'autre. Ils partagent un paysage mental suffisamment semblable pour qu'un sentiment de "correspondance spécifique" naisse (Sander, 1995a, 1995b, 2002) » (Stern, 2003, p 181).

II Un modèle systémique des processus de changement (Duriez, 2007, 2009)

Je vous présente ici un exemple de recherche sur les processus de changement en thérapie familiale, recherche que j'ai menée dans le cadre de ma thèse (Duriez, 2007, 2009). La méthodologie utilisée est l'étude de cas herméneutique. Les entretiens de recherche effectués avec les patients et les thérapeutes ont été analysés avec la méthode de la théorisation ancrée (Paillé). Les outils quantitatifs prévus initialement (mesures d'alliance) ont été abandonnés à la demande des sujets.

L'analyse de ces trois thérapies a fait émerger une ébauche de théorisation concernant le processus de changement. Plutôt que de m'appuyer sur le concept d'accordage affectif de Stern, je m'étais appuyée sur les théories de la synergetique (Haken, 1977) et sur la théorie des systèmes dynamiques non linéaires telle qu'elle est envisagée en biomécanique car elle présente une convenance analogique adaptée pour modéliser le changement au sein d'une

famille. Les changements vécus et observés par chacun peuvent être envisagés comme l'apprentissage de nouvelles coordinations entre les membres de la famille, au détriment des coordinations spontanées qui existaient auparavant.

M'appuyant sur les théories des systèmes synergétiques, j'envisage le symptôme comme un comportement préférentiel coordonné à d'autres comportements au sein de la famille. Pour mieux comprendre ces coordinations préférentielles et le désordre occasionné par le symptôme, le thérapeute explore les composantes phénoménologiques, mythiques et cognitives qui constituent un bassin d'attraction (une zone d'ordre) et forment la structure familiale selon un processus d'auto-organisation. L'exploration de ces attracteurs nous révèle que le symptôme contient en lui-même toute la dimension auto-référentielle du système familial. C'est en cela qu'il constitue une porte d'entrée pour le thérapeute dans la famille et dans la compréhension des coordinations préférentielles qui se sont installées entre les différents membres.

Reprenant la notion de contrainte développée par Bateson (1972), j'envisage six niveaux de contraintes inséparables et en corrélation réciproque : les cognitions, les affects, le comportement, le contexte, la biologie et les relations. Par exemple les contraintes biologiques, comme un excès de dopamine dans certaines régions du cerveau, peuvent avoir des conséquences dans le domaine des relations. Le symptôme apparaît alors comme une perte de souplesse dans les couplages structurels entre l'individu et les contraintes auxquelles il doit s'adapter, d'autant plus complexes que ces contraintes évoluent dans des processus récursifs. Selon Bateson, « *la souplesse peut être définie comme une potentialité non engagée de changement* » (Bateson, 1980, p 256), soit une potentialité de régulation. Le travail du thérapeute consiste alors à identifier les contraintes auxquelles sont confrontés le patient et la famille, contraintes qui, par leur effet interactif et multiplicateur, font que « la perte de souplesse se propage dans le système entier » (Bateson, 1980, p 255) et qu'un symptôme a pu apparaître et s'installer. Je propose de représenter ainsi l'émergence du symptôme :

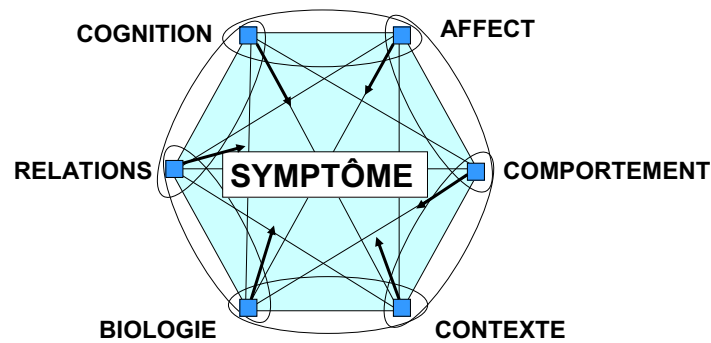


Figure 4 : Le symptôme, émergeant dans un réseau de contraintes (Duriez, 2007)

Le symptôme apparaît souvent à un moment où le système familial devrait changer (adolescence, départ d'un enfant, deuil d'un parent, etc.) mais la rigidité du système ne permet pas l'adaptation nécessaire à cette nouvelle situation. La famille ne parvient pas à modifier ses règles de fonctionnement pour atteindre un niveau d'équilibre qui prenne en compte la complexité croissante de la situation. Ce changement nécessaire ne peut se produire du fait de la rigidité du système, un comportement symptomatique va alors se manifester chez l'un des membres de la famille. Le symptôme constitue une réponse aux différents messages implicites qui circulent, il se construit à partir des coordinations préférentielles du système mais en même temps, il exprime la nécessité que de nouvelles coordinations puissent s'installer. C'est dans ce sens que le symptôme constitue un premier pas vers le changement puisqu'il interroge ce qui existe au sein de la famille et oblige les membres de la famille à inaugurer des apprentissages nouveaux pour faire face à la situation.

Les thérapies que j'ai étudiées m'ont permis de repérer plusieurs étapes dans ce processus de changement qui commence avec l'apparition du symptôme. J'ai distingué cinq étapes : l'émergence du symptôme, la demande, la rencontre entre la famille et le thérapeute, l'auto-organisation du système thérapeutique et le maintien du changement. Je détaille chacune de ces étapes dans le tableau ci-dessus, en envisageant les processus de changement à partir d'un raisonnement par analogie avec les concepts des théories sur les systèmes dynamiques non linéaires. Pour une description détaillée de chacune de ces étapes, vous pourrez vous reporter à l'ouvrage *Changer en famille* (Duriez, 2009).

Les processus de changement en thérapie familiale systémique				
Emergence du symptôme	Demande	Rencontre	Auto-organisation du système thérapeutique	Maintien du changement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contraintes qui pèsent sur la famille et coordinations préférentielles ⇒ émergence du symptôme ▪ Modèles d'apprentissage familiaux à la fois renforcés et remis en cause de façon paradoxale par la présence du symptôme ▪ Le symptôme : porte d'entrée dans la famille pour le thérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echec des prises en charge Individuelles ▪ Indication de thérapie familiale ▪ Attentes et motivations de la famille ▪ Motivation et compétence du thérapeute pour travailler avec cette famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction de l'affiliation et de l'alliance thérapeutique ▪ Engagement de la famille et du thérapeute ▪ Identification par le thérapeute des attracteurs et des coordinations préférentielles de la famille ▪ L'action du thérapeute est un bruit auto-organisateur ▪ Coopération famille-thérapeute qui permet la co-construction de cycles de significations au fil des séances ▪ Découverte de nouveaux modèles d'apprentissage ▪ Conscientisation des scotomes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Synergie entre la famille et le thérapeute ⇒ Formation d'un système synergétique avec son bassin d'attraction : le système thérapeutique ▪ Interaction attracteurs thérapeutiques et attracteurs familiaux ▪ Diminution des contraintes qui pèsent sur le système familial ⇒ Augmentation du nombre de degré de liberté du système familial ▪ Respect du <i>kairos</i> par le thérapeute ▪ Apprentissage par la famille de nouvelles coordinations ▪ Mouvement des attracteurs selon des règles non linéaires ⇒ Compétition entre les anciennes et les nouvelles coordinations ▪ Oscillation du processus de changement selon la variable collective = processus saltatoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mémorisation de certaines significations et de certains apprentissages ▪ Fixation des nouvelles coordinations ▪ Stabilisation du nouveau système

Tableau 2 : Les processus de changement en thérapie familiale systémique

Conclusion

Cette recherche m'amène à conclure sur l'impossibilité de construire un modèle rigoureux du changement en thérapie familiale systémique du fait de la complexité et du caractère imprévisible des systèmes humains. « Le choix de la complexité suppose un difficile travail de deuil de la croyance en la possibilité d'une explication universelle » (Pagès, 2003, p 643). L'analogie avec les systèmes dynamiques non linéaires m'a semblé offrir un modèle pertinent pour guider tous ceux qui s'intéressent au changement, qu'il s'agisse des chercheurs sur le plan théorique ou des thérapeutes sur le plan pratique. Le paradigme de la synergie met l'accent sur la spontanéité des interactions et nous permet d'envisager la psychothérapie comme un processus d'apprentissage de nouvelles coordinations qui deviendront, à leur tour, spontanées si la famille peut maintenir les changements expérimentés.

Le concept de coordination qui vient se superposer au concept d'interaction, pierre d'angle du paradigme systémique, devrait nous permettre d'envisager autrement les troubles du lien et de stimuler la créativité des thérapeutes pour soigner ces troubles du lien dans les familles. J'ai continué à explorer cette notion de coordination préférentielle, c'est-à-dire d'observer comment les membres d'une famille s'ajustaient les uns aux autres de manière préférentielle et c'est au niveau des émotions que j'ai concentré mon attention.

Un autre élément a émergé dans les résultats de ma thèse : la phase de rencontre entre le système familial et le système thérapeute se produit généralement dans une séance intense en émotions. Nous allons maintenant présenter ce paradigme des moments intenses, généralement appelé dans la littérature le paradigme des « significant events » (Elliott, Slatick & Urman, 2001).

III Le paradigme des « significant events »

Dès 1959, Standahl et Corsini ont étudié les moments de la thérapie où l'interaction entre le patient et le thérapeute ont permis un changement, qu'ils appellent les « *critical incidents* ». D'autres parleront de "therapeutic phenomena" (Elliott, 1983), "good moments" (Mahrer & Nadler, 1986), "significant events" (Elliott, Slatick, & Urman, 2001) ou "pivotal moments" (Helmeke & Sprenkle, 2000). Ce domaine de recherches a été influencé par l'approche humaniste expérientielle et les travaux de Robert Elliott (1985, 1986) sur la place des émotions dans les processus de changement. Elliott montre que les patients identifient des moments particulièrement importants ou aidants d'une durée assez courte entre quatre et huit minutes. Ils les décrivent comme des moments « pivots », c'est-à-dire des événements particuliers d'une grande intensité émotionnelle où le processus thérapeutique bifurque ou bascule. Pour de nombreux auteurs (Pinsof & Wynne, 2000 ; Elliott, Slatick & Urman, 2001 ; Castonguay & al., 2010) l'expérience des patients mérite d'être pris en compte et leur perspective sur le processus thérapeutique pourrait aider à créer un pont entre la recherche et la pratique de la psychothérapie. Ainsi en recueillant la parole des patients auprès d'un large panel de psychothérapeutes, les travaux de Castonguay et al. (2010), avec plus de 1500 événements recueillis, ont permis de dégager une catégorie prévalente du point de vue statistique⁴. Seule la catégorie « émergence et prise de conscience de ressentis, de sentiments

⁴ Ces travaux ont été menés avec un réseau de recherche collaboratif entre praticiens et chercheurs le *Pennsylvania Psychological Association Practice Research Network* (PPA-PRN). Les thérapeutes

et de nouveaux aspects de soi » (*self awareness*) était largement significative et de manière bien supérieure aux autres catégories rapportées par les patients. Mais comment le thérapeute favorise-t-il ce changement ?

Magny-Lecoy et al. (1995) observent que l'utilisation judicieuse par le thérapeute du recadrage des symptômes - par exemple par le biais d'une métaphore - induit généralement un changement thérapeutique. Le moment intense peut alors être découpé en 3 temps : 1) la redéfinition métaphorique, phase d'amplification de la désignation ; 2) la redéfinition métaphorique, phase de circularisation et 3) la bifurcation chaotique. Les moments d'instabilité, qui sont propices au changement, apparaissent « de manière aléatoire, en relation avec les interactions et les connexions inconscientes, et sont donc essentiellement imprévisibles » (Sallustrau & Lecoy, 1999, p. 12). L'utilisation de métaphores et d'images apparaît comme un bon moyen de provoquer l'émergence de ces moments chaotiques « parce qu'elles permettent une plongée du système thérapeutique dans un état quasi hypnotique où les fonctions de contrôle peuvent débrayer et laisser libre accès à des représentations et à des ressources inconscientes » (Sallustrau & Lecoy, 1999, p 12). Ces métaphores et ces images débouchent sur un partage de sensations émotionnellement fortes, « sensations d'harmonie, de communication hors norme, parfois de confusion ». Ces sensations sont vécues dans le corps, dans la chair et donnent naissance à de nouvelles cognitions, processus décrit par Varela & al. (1993) avec son concept de cognition incarnée. Ces associations corps-esprit sont possibles si le sujet est réceptif et possède une bonne flexibilité psychique. Elles vont entraîner une réorganisation perceptive en conscience de ces croyances, réorganisation à l'origine du changement.

Les auteurs appellent ces moments bien particuliers, provoqués par une pichenette : « les tout petits riens thérapeutiques » qui émergent dans une atmosphère bien particulière. La pichenette est une co-construction, une production du système thérapeutique. Tout se joue « dans une ambiance « quasi hypnotique » où la tension et la confusion sont à leur comble. Plus personne n'est en état de raisonner froidement ou de rationaliser, y compris le thérapeute ». Chaque nouvelle interaction contribue à déstabiliser davantage le système. Ces « tout petits riens thérapeutiques » entraînent « une cascade d'interactions, par effet « boule de neige » particulièrement intenses émotionnellement et très riches de sens » (Sallustrau & Lecoy, 1999, p 11) que l'on peut envisager comme des micro-changements en cascade ou en

avaient des orientations théoriques diverses et il s'agissait de thérapie individuelle. La méthodologie est basée sur l'étude princeps d'Elliott (1985), l'utilisation du questionnaire post-séance *Helpful Aspects of Therapy Form*, HAT (Llewelyn, 1988 et Elliott, 1993) et de l'analyse catégorielle HAETCAS (Elliott, 1988).

avalanche. On peut dire que pendant ces « moments intenses », le système thérapeutique est plongé dans un état de transe. Souvent ce moment intense ne suffit pas pour amener un changement durable. La nouvelle réalité que thérapeute et patient co-construisent dans un état de transe pourra se substituer aux anciennes représentations, aux anciennes perceptions, si ces moments se répètent et se ritualisent (Duriez, à paraître). Les processus d'induction de transe ont donc une place importante dans les processus de changement.

Pour Roffman, « la thérapie familiale est une interaction hypnotique systémique qui utilise la famille comme une ressource primaire pour le changement » (Roffman, 2014, p 325). Pour Sauer et Bauer (1986), les mythes familiaux se construisent dans des processus d'induction, de transe et de rituels. Cependant « les mythes familiaux ne sont pas statiques, mais plutôt des contextes en constante évolution, conçus par la négociation du système familial, pour s'inscrire dans de nombreux contextes fonctionnels » (Perlmutter & Sauer, 1986, p 38). C'est aussi dans des processus d'induction, de transe et de rituels que les mythes familiaux pourront évoluer. Cette hypothèse ouvre une piste de recherche sur la nature des processus d'induction dans les psychothérapies.

Nathan (1998) souligne la violence de l'acte thérapeutique puisqu'un patient ne peut guérir que si son thérapeute, par le biais d'un processus d'influence, l'empêche d'utiliser ses stratégies d'existence décidées dans un moment crucial de sa vie et appliquées systématiquement depuis. Avec une famille, il peut s'agir des stratégies décidées par les générations précédentes, elles sont donc davantage apprises dans l'interaction avec les parents dans des processus d'induction, de transe et de rituels. Pour que des processus de contre-induction puissent être actifs, il faut avant tout créer un climat de réceptivité, de connexion émotionnelle. « Il faut qu'il existe un lien émotionnel entre le thérapeute et son patient pour que puisse advenir une vraie guérison psychologique des blessures provoquées par une conscience de groupe. La contre-conscience qui se forme entre eux deux, a seule le pouvoir de vaincre la domination inconsciente de la première influence » (Crabtree, p 190). En conséquence, si nous voulons aider la famille à retrouver sa fonction mythopoïétique, il faut envisager la rencontre thérapeutique avec la famille comme un cadre de la conversation hypnotique (Roffman, 2014). Pour cela le thérapeute devra trouver les inducteurs de transe, qui donneront lieu à des rituels conversationnels durant les séances et qui feront émerger un nouveau mythe. (Duriez, à paraître)

Les « significant events » et les moments intenses peuvent ainsi être envisagés comme des moments de transe. La transe thérapeutique est un phénomène présent dans les thérapies, même lorsqu'il ne s'agit pas d'hypnose.

IV La présence thérapeutique

Carl Rogers avait énoncé trois conditions fondamentales de la relation thérapeutique : congruence, regard positif inconditionnel et compréhension empathique. Lors d'un entretien avec Baldwin (2000) il a envisagé une quatrième condition : la présence thérapeutique. S'il n'a pas développé ce concept, nous pouvons le retrouver chez les thérapeutes existentiels comme Rollo May (1958) ou James Bugental ou Irvin Yalom. « Être pleinement présent à une autre personne et pleinement humain avec elle est considéré comme thérapeutique en soi (Sheperd, Brown et Greaves, 1972) » (Geller et Greenberg, 2005, p 46).

James Bugental (1915-2008) « a défini la présence en mettant l'accent sur trois composantes : *la disponibilité et l'ouverture* à tous les aspects de l'expérience du client, *l'ouverture à sa propre expérience* avec le client, et *la capacité à réagir* au client à partir de cette expérience. Pour Hycner (1993), la disponibilité et l'intégralité du self du thérapeute sont déterminantes dans le processus de guérison, c'est-à-dire beaucoup plus influentes que l'orientation théorique du thérapeute. (...) Le thérapeute « met entre parenthèses » ou suspend ses présupposés, ses préférences, ses connaissances d'ordre général sur les gens, la psychopathologie, les étiquettes diagnostiques et les théories pour accueillir l'unicité de son client (Hycner et Jacobs, 1995) » (Geller et Greenberg, 2005, p 46-47).

A partir de l'analyse d'entretiens de recherche avec 7 thérapeutes expérimentés, Shari Geller et Leslie Greenberg (2005) proposent un modèle de la présence thérapeutique en trois parties :

- 1) se préparer avant la séance ou au commencement de la séance et se préparer dans la vie ;
- 2) le processus de la présence thérapeutique : réceptivité, attention interne et expansion et contact ;
- 3) l'expérience de la présence.

LA PRÉPARATION

Avant l'entretien

- Être dans l'intention de vivre la présence
- Créer un espace de disponibilité
- Mettre de côté les questions personnelles
- Mettre entre parenthèses les théories, les idées préconçues, les projets pour la thérapie
- Attitude d'ouverture, d'acceptation, d'intérêt et absence de jugement

Dans la vie

- Un engagement philosophique envers la présence
- Croissance personnelle
- La pratique de la présence dans sa propre vie
- Méditation
- Soins de soi et de ses propres besoins

LE PROCESSUS

(ce qui se passe)

Réceptivité

- Ouvrir, accepter, permettre
- Réceptivité sensorielle et corporelle
- Écouter avec la «troisième oreille»
- Perception/communication extra-sensorielle

Attention interne

- À soi en tant qu'outil
- Spontanéité/créativité accrue
- Confiance
- Authenticité/congruence
- Retour au moment présent

Agrandir (soi et ses limites) et contact

- «Accessibilité» (disponible)
- Rencontre
- Transparence/congruence
- Réponses intuitives

L'EXPÉRIENCE

(le vécu)

Immersion

- Absorption
- Expérience profonde et sans attachement
- Se centrer sur l'instant (intimité avec le moment)
- Le praticien est conscient, alerte, centré

Expansion

- Le temps s'arrête
- Énergie et flux
- Sensation d'espace interne
- Conscience améliorée, sensation et perception
- Experiencing émotionnel rehaussé

Enracinement

- Le praticien est centré, stable, enraciné
- Inclusion
- Confiance, aisance

Être avec et pour le client

- Intention thérapeutique pour le client
- Émerveillement, respect, amour
- Absence de «regard sur soi»

Figure 6 : Un modèle de présence du thérapeute dans la relation thérapeutique
(Geller et Greenberg, 2005, p 52)

La présence thérapeutique suppose que le thérapeute accepte d'être touché et ému par le vécu du client, tout en restant enraciné en soi-même et réactif aux besoins et aux expériences du client. La personnalité du thérapeute semble un des facteurs communs les plus importants en psychothérapie (Rosenzweig, 1936 ; Torre, 1972, Tseng et McDermott, 1975). « Pour s'utiliser comme « être singulier », le thérapeute doit bien se connaître et identifier comment sa propre histoire est venue influencer son approche clinique. C'est à cette condition que l'utilisation de son self peut devenir ensuite un outil thérapeutique » (Duriez, 2009, p 90) mais aussi que l'utilisation des techniques devient pertinente et non une manière de se défendre face aux patients.

Pour Kotter (1990) et Lecomte et coll. (2004), les thérapeutes efficaces sont capables de modifier et d'adapter leurs techniques pour favoriser le changement thérapeutique. On peut penser que la spontanéité du thérapeute passe par cette capacité à modifier la technique thérapeutique afin de rendre la psychothérapie efficace. Parmi les caractéristiques propres au praticien, la spontanéité occupe une place de choix dans le processus. Kathryn Moon, professeur associé de psychologie à l'École de Psychologie Professionnelle de l'Illinois, décrit les manifestations de la spontanéité du thérapeute en séance :

Parmi des exemples relativement simples de réponses spontanées on peut noter des exclamations d'approbation, de surprise, de plaisir [...]. Raskin suggère que « Le thérapeute peut même aller plus loin d'une manière spontanée mais non systématique, il peut offrir des réactions, des suggestions, poser des questions, essayer d'aider les clients à faire l'expérience de leurs sentiments, partager certains aspects de sa propre vie, etc., tout en observant un respect fondamental et continu pour le client en tant qu'architecte du processus. (Raskin, 1988, p. 2) (Moon, 2006, p 41)

De l'avis de Robine (2005), la spontanéité est un élément crucial pour le thérapeute gestaltiste :

La spontanéité du psychothérapeute, qui n'a bien entendu pas grand-chose à voir avec la réactivité, l'impulsivité ou le n'importe quoi érigé en éthique, est un ingrédient majeur dans la constitution de la situation thérapeutique. L'exigence de contrôle a souvent été imposée au patient, comme à tout un chacun au fil de son histoire, et a ainsi contribué à la genèse de sa pathologie. La rencontre d'une situation simple, détendue et pourtant créative, ouvre un espace au lâcher prise et à un certain dégagement de la honte d'être celui ou celle que l'on est. Cette spontanéité est aussi ce qui nous rapproche des pouvoirs créateurs de l'enfant : curiosité, action, improvisation, jeu, flexibilité, imaginaire, étonnement, prise de risque, rencontre avec l'inconnu et la nouveauté, création, mise en acte,

expérimentation... ingrédients majeurs de la relation thérapeutique selon la Gestalt-thérapie. Le self est décentré puisque, selon les termes même de Goodman, il se trouve là où se trouve l'action. Si on veut bien jouer avec les différentes connotations du terme, je dirais volontiers que la Gestalt-thérapie est une psychothérapie "excentrique" (en opposition à "concentrique", certes, mais aussi en tant qu'incitation à une errance dans les marges). (Robine, 2005, p 45)

Pour Margherita Spagnuolo-Lobb, formatrice en Gestalt Thérapie, la spontanéité du client correspond à l'objectif recherché par le Gestalt-thérapeute : « En d'autres termes, le but de la Gestalt-thérapie est la récupération par le client de sa propre spontanéité d'être au monde » (Spagnuolo-Lobb, 2004, p 48). Ce faisant, la spontanéité du thérapeute va de pair avec celle du client : « La thérapeute comme la cliente sont à l'œuvre avec la totalité de leur self dans l'acte spontané de contacter l'autre, l'awareness est au maximum, le self est pleinement présent à la frontière-contact tandis que la capacité de choisir est relaxée puisque, à ce point-là, il n'y a rien à décider : tout doit simplement être vécu » (Spagnuolo-Lobb, 2004, p 54). « La présence pleine et spontanée est en effet pour nous, comme nous l'avons déjà remarqué, un synonyme d'awareness. » (Spagnuolo-Lobb, 2004, p 47). Elle rajoute :

En termes d'awareness aussi bien la cliente que le thérapeute peuvent maintenant être plus spontanément à la frontière-contact entre elles, avec la plénitude de leur énergie et de leur intentionnalité au contact. La cliente peut ainsi me dire les choses avec lesquelles elle s'identifie (les sensations corporelles, les peurs, les désirs, l'affection) et se sentir pleinement cliente-en-thérapie avec moi ; en même temps de mon côté je peux goûter la tendresse que je ressens pour elle et me réjouir de ses succès thérapeutiques sans craindre que cela puisse provoquer chez elle une attitude de refus. (Spagnuolo-Lobb, 2004, p 51)

Ces propos sont repris par Moon (op. cit.) en termes de présence : « Il n'en demeure pas moins que la thérapie centrée sur le client implique que le thérapeute soit spontanément présent. », et par Geller et Greenberg (2005) : « Les thérapeutes trouvent que leurs expériences intérieures et leurs réponses sont plus créatrices et spontanées quand ils sont en état de présence thérapeutique. Un thérapeute décrit cet aspect de la présence thérapeutique comme : "faire des choses qui pourraient être inattendues et non conventionnelles, non planifiées". Ils affirment qu'ils font plus confiance à ces intuitions et images spontanées et créatrices quand ils sont en état de présence. »

V La réflexivité (Schön, 1983) ou la conversation intérieure du thérapeute (Rober, 2005)

La réflexivité du thérapeute peut être définie comme la capacité du thérapeute à être attentif à

son propre fonctionnement psychique. Il devient un objet d'attention et de réflexion pour lui-même. Le thérapeute s'engage dans l'identification, la compréhension, ainsi que dans la régulation de ses propres émotions, de ses pensées et de ses actions (Lambooy et al., 2004). Pour Fonagy et al. (2005), la réflexivité est proche de la capacité à mentaliser les émotions. Cette réflexivité est une dimension essentielle du processus thérapeutique, identifiée comme un facteur commun des psychothérapies, associé à l'efficacité thérapeutique.

Le thérapeute recherche dans ses connaissances académiques mais aussi personnelles des clés pour aider le patient, il est en même temps agité par des émotions suscitées par ce qu'apporte le patient. Nous voyons qu'il y a deux axes dans ce dialogue intérieur. Cette conversation dialogique a été appelée la « conversation intérieure du thérapeute » par Rober (2002, 2005). Ainsi, devenir conscient de sa conversation intérieure, c'est adopter une posture réflexive qui, en retour, influence ce qui se passe extérieurement. Cela rejoint la conception du thérapeute réflexif de Schön (1983) qui agit selon sa connaissance implicite et intuitive et réfléchit dans l'action. Un praticien réflexif prend *sa propre action* comme objet de réflexion, il *se réfléchit* comme dans un miroir, il se regarde agir et cherche à comprendre comment il agit et pourquoi il fait ce qu'il fait. Il s'agit pour lui de développer une connaissance sur la connaissance, l'« awareness of awareness » (Bannister, 1981). Ce thérapeute est différent du modèle de « praticien scientifique » dont la pratique est fondée sur les connaissances scientifiques et dans lequel la conversation serait limitée à un processus cognitif d'élaboration puis de vérifications d'hypothèses (Rober et Tilmans, 2012).

Beebe et Lachmann (2003) précisent que le thérapeute réflexif se trouve dans une posture méta-affective et méta-cognitive qui le rend sensible aux variations de sa propre subjectivité, notamment à ses émotions, à ses croyances et à ses désirs. Il devient également plus attentif aux changements dans la subjectivité du patient, de même qu'aux dimensions implicites de la communication. Le thérapeute réflexif est donc engagé dans une régulation personnelle et interpersonnelle. (Plantade, p 82-83).

Schön (1983/1994) distingue deux processus, le premier de réflexion dans l'action (reflection **in** action) et un autre de réflexion sur l'action (reflection **on** action). Il décrit également quatre types de pratiques réflexives dans l'action du clinicien, à savoir l'analyse du cadre, l'élaboration de répertoire, les méthodes fondamentales d'enquête et de théories globales et les réflexions dans l'action. A la suite de Schön, F. Kuenzli-Monard (2005) s'intéresse à la façon dont le psychothérapeute met en mots sa pensée. Elle explore ce qu'elle appelle la «

Réflexion-En-Action » (REA), à savoir la « théorisation en mouvement d'une relation qui évolue et qui se forme entre psychothérapeute et patient(s) », pensée en constants mouvement et évolution, « qui se base sur la pensée théorique du psychothérapeute » (Kuenzli-Monard, 2005). Elle reprend les concepts de réflexion dans l'action et de réflexion sur l'action de Schön (1983) (reflection-in action ; reflection-on-action) et explore dans sa recherche la pensée pratique du psychothérapeute, c'est à dire comment il construit ses interventions et élabore ses réponses et comment s'articulent les aspects conscients/non conscients de sa démarche.

La réflexivité permet ainsi au psychothérapeute de se détacher du présent de la relation pour se regarder fonctionner, observer la relation co-crée, contrôler, évaluer et mesurer la qualité du processus dans lequel il s'engage et enfin, apprendre grâce à la REA à développer une pensée sur le processus qui permet d'avoir conscience de son fonctionnement (métacognition au sens de Vygotsky, 1997). « Comment puis-je approcher [...] la manière dont le psychothérapeute pense son action et crée du sens à partir de son environnement, de son contexte ? » Kuenzli-Monard (2005). Pour ce faire, elle réalise une étude qualitative des REA de thérapeutes experts et novices pour comprendre ce qui les différencie. Dans ses résultats apparaissent que les thérapeutes experts ont une pensée plus longue et plus sophistiquée. Dans les REA des thérapeutes experts l'influence théorique est moins apparente. Ces derniers semblent pratiquer la réflexivité avec aisance.

La réflexion-en-action du thérapeute implique une pensée en mouvement, particulière à chaque relation thérapeutique. Elle met en dialogue les savoirs théoriques et techniques, avec ceux qui proviennent de l'expérience explicite et implicite de la relation (Galvani, 2008). Peter Rober (2005) distingue dans la conversation intérieure une partie relevant du Soi expérientiel (*The Experiencing Self*) qui sont les observations du thérapeute telles que les souvenirs, les images et les fantasmes activés par les observations du thérapeute et une autre partie, celle du Soi professionnel (*The Professional Self*) qui correspond à la construction d'hypothèses et la préparation des réponses. La conversation intérieure pourrait être décrite selon l'auteur comme une conversation entre le Soi professionnel et le Soi expérientiel. Dans cet espace, le thérapeute réfléchit à ses expériences, sa position au sein de la conversation et des actions qu'il va entreprendre tout au long de la séance.

Certains thérapeutes familiaux s'intéressent à l'utilisation du self du thérapeute. Nous

trouvions déjà cette notion dans l'ouvrage *The Use of Self in Therapy* (Baldwin et Satir, 1987). Depuis quelques années, c'est la conversation intérieure du thérapeute qui intéresse les chercheurs. Comment dialogue-t-il avec lui-même ? Une perspective dialogique du self a émergé dans le champ des thérapies familiales, notamment avec les travaux de Seikkula et Olson (2003) et Rober (2004, 2005). La conceptualisation de ces auteurs passe donc d'un self « unilatéral » à un self dialogique. Bien que plusieurs auteurs aient écrit sur ce processus de conversation intérieure du thérapeute comme un exemple de self dialogique, peu d'attention a été donnée au contenu lui-même de la conversation intérieure du thérapeute. Les recherches de Rober ont porté sur le contexte des thérapies familiales mais dans le cadre d'un dispositif expérimental en situation duelle thérapeute-client.

Dans sa thèse de doctorat, à la suite des travaux de Rennie (1992) portant sur l'étude de l'expérience du client en séance, Rober (2005) explore le vécu du thérapeute cette fois-ci, en s'appuyant sur le procédé de rappel par assistance vidéo. Il tente d'établir une cartographie des formes et variétés des cognitions, stratégies, hypothèses, expériences émotionnelles etc. du thérapeute familial.

Pour aller encore plus loin dans cette démarche, l'étude de Rober et al., (2008a, 2008b) a montré la richesse et la complexité de la conversation intérieure du thérapeute. De plus, des liens complexes et diversifiés reliant les réflexions des thérapeutes ont été mis à jour. Un index de 282 catégories a été élaboré, mettant en lumière des actions des cliniciens réparties en quatre positions reflétant chacune une préoccupation du thérapeute (Rober et al., 2008a, 2008b).

Il s'agit des quatre domaines suivants (un domaine chapeautant les catégories ayant émergé des données) :

- Domaine 1. Suivre le processus du client
- Domaine 2. Donner un sens au récit du client
- Domaine 3. Être attentif au vécu du client
- Domaine 4. Gérer le processus thérapeutique.

La conversation intérieure du thérapeute est alors redéfinie comme un dialogue entre ces différentes préoccupations dans un espace de réflexion après la séance ou dans la séance en prenant de la distance (Rober et Tilmans, 2012). Pour décrire ces temps d'auto-observation en

dehors de la séance avec le patient, certains parlent de « pratique délibérée ». La pratique ne s'arrête pas avec la fin de la consultation. Ce dialogue interne, cette auto-supervision ou cette conscience réflexive de soi en action ont leur place dans le processus thérapeutique, dans la mesure où ils augmentent la compétence du thérapeute. Dans le domaine des psychothérapies humanistes, dans les années 1990, Lecomte et Richard (1997) préconisaient un « travail de prise de conscience de sa propre régulation et de sa régulation interactive » par le clinicien grâce à l'élaboration de grilles d'auto-observation permettant d'objectiver ce travail de prise de conscience de soi en action (Lecomte, 1999). L'idée sous-jacente pour l'auteur est de tenter d'opérationnaliser un des critères de compétences professionnelles optimales qu'il nommera « la conscience réflexive de soi en action ». Encore une fois, on peut voir une tentative d'améliorer l'efficacité du thérapeute.

Cette démarche est facilitée par une « position empathique-introspective » (Lecomte, 1999) et permettent au thérapeute de « se [mettre] à l'écoute de ses propres indicateurs internes de régulation de son expérience subjective et de sa régulation interactive », produisant de fait une meilleure connaissance de soi. Le thérapeute doit être conscient de sa propre expérience pour pouvoir ajuster ses interventions au contexte relationnel avec son client. Un thérapeute inconscient de sa vulnérabilité peut difficilement être en phase avec la vulnérabilité de son client. Un thérapeute inconscient de ses limites, de ses propres mécanismes de défense peut difficilement identifier ceux de son client. Cette conscience réflexive de soi en action semble être la base d'une alliance thérapeutique saine et sincère, sans laquelle le client ne peut pas être en confiance. Ce dialogue intérieur que mène le thérapeute garantit le respect de la personne qui consulte car il indique que le thérapeute peut se remettre en question. Lecomte et Richard (1997) suggèrent que le thérapeute doit s'auto-superviser, il doit s'interroger sur l'utilité de ses interventions par rapport au processus de changement attendu.

L'expérience subjective et intersubjective (Stern, 2003) au cœur du processus thérapeutique amène à une focalisation sur l'aspect interactif et relationnel de la psychothérapie. Donc à l'importance de la régulation relationnelle mutuelle, impliquant l'utilisation du self du thérapeute en tant que levier pour permettre au processus de se dérouler en constante interaction avec le patient. C'est dans un contexte intersubjectif que la conscience réflexive de soi peut se déployer. Le psychothérapeute est amené notamment à prendre conscience de lui-même en action et à utiliser cette conscience de soi au service de la thérapie. Lecomte (1999) parle de « l'impossibilité de se défaire de soi » pour le thérapeute.

VI Psychothérapie, conscience de soi, quête de sens et narrativité

Pour terminer ce cours, je vous propose une réflexion autour de ces thèmes : conscience de soi, représentation de soi, compréhension de soi, quête de sens et narrativité sont des médiateurs essentiels dans les processus de changement.

VI.1. Comprendre

Comprendre les autres, se comprendre et être compris apparaît comme une attente récurrente chez les personnes en psychothérapie. Nicholas Humphrey, neuropsychologue britannique qui a travaillé avec les gorilles au Rwanda, reprend le postulat behavioriste : « Quand on regarde le comportement de nos camarades humains, nous voyons rarement simplement une mosaïque d'actes accidentels. Nous voyons au-delà d'eux une structure causale plus profonde, la présence cachée de plans, d'intentions, d'émotions, de souvenirs, et c'est sur cette base que nous pouvons prétendre comprendre ce qu'ils font » (Humphrey, 1986, p 846). Nous serions donc capables d'accéder à la connaissance de nous-mêmes, et des autres, par la simple lecture de nos comportements extérieurs. Cette approche behavioriste présente des limites soulignées par Humphrey : « leur image de l'humain se révélait étonnamment limitée » (Humphrey, 1986, p 895) car elle ne prend pas en compte les sentiments. Il cite Skinner lui-même, qui réalise l'erreur de ses confrères et de lui-même : « Nous avons des sentiments, et l'ironie est, comme je le réalise maintenant, que c'est en écartant ces sentiments comme s'ils étaient des sortes de nuisances scientifiques que les Behavioristes écartaient l'outil le plus puissant que l'on puisse imaginer pour donner du sens aux vies humaines » (Humphrey, 1986, p 912).

La prise en compte de nos sentiments nous donnerait ainsi une perception plus fine et plus complète de la connaissance de soi, et caractéristique de l'être humain : celui-ci serait le seul être vivant à posséder ce véritable organe sensitif que Humphrey appelle « *l'œil intérieur* », et dont le champ d'observation « n'est pas le monde extérieur, mais le cerveau lui-même » (Humphrey, 1986, p 925). Il semble de plus que cette capacité de lire en nous-mêmes nous permettrait de « *former la base d'une explication du comportement des autres personnes aussi* » (Humphrey, 1986, p 957). Mais Nicholas Humphrey lui-même laisse entrevoir les limites de cet « *Inner Eye* » : « Comme les autres organes sensitifs, l'œil intérieur procure une image de ce champ d'information qui est partiel et sélectif » (Humphrey, 1986, p 957). Ceci a été mis

en évidence par le courant constructiviste et la notion d'auto-référence. Il s'ensuit que, même munis de cette capacité à lire en nous-mêmes, il subsiste des zones d'ombre.

La psychothérapie peut alors être envisagée comme un processus de découverte et de formation de soi à travers la relation thérapeutique. « La psychothérapie est d'abord une explication sur la nature du fonctionnement psychique et de ce qui peut la perturber. Son premier but est d'étendre le champ de la conscience » (Delourme et Marc, 2008, p 200). Delourme et Marc (2008) expliquent que la psychothérapie nous apporte une explication à ce qui nous arrive. Le sens qui émerge dans la psychothérapie apparaît comme un médiateur du changement dans le processus thérapeutique. Le psychiatre Viktor Frankl (1963), survivant d'Auschwitz, a été l'un des premiers à aborder ce concept dans son livre intitulé *Man's search for meaning*. Selon plusieurs auteurs, le fait de donner un sens à une expérience traumatique est reconnu comme une étape importante dans le processus d'adaptation des victimes d'événements traumatiques (Geninet, 2007).

A la suite du viol, événement hautement traumatique, la victime se trouve dans un moment de non-sens, d'indisponibilité psychique à donner du sens à l'événement, en raison de l'intrusion physique-psychique subie. L'intentionnalité destructrice de l'agresseur est inconcevable pour la victime, surtout lorsqu'il est censé être une personne de confiance/protectrice (comme un parent par exemple). Cependant, cette période n'est pas éternelle. En effet, la quête de sens émerge ensuite (Bessoles, 2008), plus ou moins rapidement selon les sujets. Si Brison (2003, p 143) explique que « *les philosophes parlent de l'importance d'un plan rationnel de vie, du besoin de transformer une absurdité qui ne rime à rien en quelque chose doté d'un sens qui satisfait l'âme et qui fait sens progressivement et complètement, directement jusqu'à la fin* », Geninet et Marchand (2007, p 11) mettent en avant que l'homme est fondamentalement motivé à trouver un sens à sa vie au lendemain d'un événement traumatique. Ils définissent cette recherche de sens comme un « *effort de réflexion fourni par l'individu dans le but de comprendre pourquoi l'événement traumatique est survenu dans sa vie et d'évaluer les impacts de cet événement sur ses croyances, ses valeurs et ses priorités* ». Ainsi, les victimes tentent de donner un sens à leur expérience subie en recherchant la/les cause(s) de l'événement ainsi qu'en évaluant les changements engendrés par ce dernier sur leurs propres conceptions de l'être humain. Cette quête de sens a deux dimensions. Tout d'abord, elle correspond à un processus cognitif qui vise à explorer des explications/causes/raisons à la survenue de leur trauma (Geninet et Marchand, 2007). Il s'agit pour la victime d'une lecture personnelle du traumatisme afin de tenter de trouver sa vérité, théoriser à sa manière, mettre des mots sur certains questionnements (Pourquoi cela m'est-il arrivé à moi ? Pourquoi en suis-je autant affectée ? Comment une telle barbarie peut-elle exister ?). Pour Coutanceau (2010), ce processus de rationalisation

apporterait à la victime un soulagement en se vidant d'une charge émotionnelle accablante. A cette dimension de « processus » s'adjoint la dimension de « résultat », c'est à dire le fait d'avoir trouvé une cause à l'événement et/ou la perception de changements positifs et/ou négatifs » (Geninet et Marchand, 2007). (Coutelour, Batt et Trognon, 2014, p. 8)

Pour George Herbert Mead (1910), la compréhension de soi et des autres ainsi que l'émergence d'un sens du self est possible seulement à l'intérieur d'un contexte social. La psychothérapie peut être envisagée comme un processus de découverte et de formation de soi à travers la relation thérapeutique. Elle offre un cadre pour se penser, se raconter.

VI.2. Compréhension de soi et narrativité

La compréhension de soi repose sur l'histoire que nous nous racontons à notre sujet.

La fiction narrative est une dimension irréductible de la compréhension de soi. S'il est vrai que la fiction ne s'achève que dans la vie et que la vie ne se comprend qu'à travers les histoires que nous racontons sur elle, il en résulte qu'une vie examinée (..) est une vie racontée. (Ricoeur, 1986, p 272).

Au terme de mon travail, je suis arrivé à la notion d'identité narrative que voici : carrefour, point de croisement entre deux manières de raconter. L'une est la manière historique, qui tient compte des documents ; l'autre est la manière fictionnelle, qui est une exploration de l'imaginaire. La notion d'identité narrative que je propose est une sorte de « mixte » entre le mode historique et le mode fictionnel du récit ; À la fin de ce travail, je propose l'hypothèse suivante : la compréhension que nous avons de nous-mêmes est une compréhension narrative c'est-à-dire que nous ne pouvons pas nous saisir nous-mêmes hors du temps et donc hors du récit ; il y a donc une équivalence entre ce que je suis et l'histoire de ma vie. En ce sens la dimension narrative est constitutive de la compréhension de soi. (Ricoeur, 1988, p 277).

La narrativité participe donc au processus de subjectivation. « Tout être humain se constitue, dès ses premiers jours, comme sujet d'une histoire en se temporalisant, en mémorisant, en écrivant ou réécrivant son histoire de façon plus ou moins cohérente (Laplanche, 2006) » (Zigante, Borghini et Golse, 2009, p 11). Stern qui a beaucoup travaillé avec les bébés décrit la manière dont nous construisons des schémas d'intention dès le plus jeune âge. Ce schéma d'intention est une structure sous-jacente qui « se comporte comme un référent pour identifier et donner un sens aux intentions qui sont rencontrées non seulement sous forme d'actions mais aussi qui se présentent sous forme linguistique ou narrative » (Stern et al., 2004, p. 31). « Récemment, on a pu suggérer que le “moment présent” vécu est fortement organisé autour

des axes d'une micro structure narrative intentionnelle, c'est-à-dire qu'un schéma d'intention sous-tend les expériences vécues, de courte durée, tout autant que des narrations dont le récit s'étend sur de longues périodes de temps (Stern, 2003) » (Stern et al., 2004, p. 35-36).

Nous anticiperons les événements, les comportements d'autrui en fonction de l'histoire que nous racontons (Bruner, 2002 ; Byng-Hall, 1995). Selon Jérôme Bruner (2002), la manière dont une personne raconte sa propre existence affecte la façon dont elle la vit et dont elle va analyser le comportement des autres en recherchant des intentions et des motifs de leurs agissements. Nous construisons par exemple des modèles internes opérants (Bowlby, 1969). Une fois que le script est construit à partir de nos expériences subjectives, nous allons nous conformer dans notre vie relationnelle à ce script qui nous dicte le rôle à jouer.

L'histoire racontée n'est pas seulement un narratif, elle s'est construite à partir de choix opérés de manière subjective par le narrateur. Elle révèle ainsi une sensibilité par rapport aux thèmes contenus dans l'histoire. Si cette histoire est donc source de souffrance, si l'histoire raconte que les autres sont dangereux, si l'histoire raconte que le patient ne vaut rien, le thérapeute aidera celui-ci à écrire une nouvelle histoire qui lui permettra de faire confiance aux autres, de prendre en compte sa propre valeur et d'être plus heureux. Pour cela il s'appuie sur une théorie qui le guide dans la construction de la nouvelle histoire. Pour Tobie Nathan, « le facteur commun le plus efficace dans les psychothérapies est la proposition théorique implicite que véhicule la méthode – autrement dit : la théorie » (Nathan, 2003, p 11). Cette nouvelle histoire induite par la théorie du thérapeute permettra un mouvement de resubjectivation. La narrativité permet également de resituer les événements dans une chronologie, de construire des liens de causalité entre eux. « Les histoires apprivoisent le temps, domestiquent l'inattendu et permettent de transformer ce dernier en événement et non en traumatisme, l'événement faisant progresser le récit tandis que le traumatisme le rompt » (Zigante, Borghini et Golse, 2009, p 10). La nouvelle histoire doit modifier le passé fonctionnel, c'est-à-dire le passé qui est activé et qui influence le comportement présent (Stern, 2003).

VI.3. Les limites de la quête de sens

Une première limite de cette quête de sens réside dans la valeur de ce sens, de ces significations, de ces interprétations co-construites avec le patient. Que valent les

significations que nous co-construisons avec les patients ? À cela nous pouvons répondre que le thérapeute n'est pas dans une démarche scientifique mais dans une démarche de soin. Peu importe que l'histoire soit scientifiquement valide, l'essentiel est qu'elle aide le patient à être mieux.

Extrait de l'article de Joseph Jurt : <http://c2m.free.fr/siteFR/docu/jurt/jurt.htm>

« Aux yeux de Wittgenstein, le psychothérapeute est surtout à la recherche d'une "bonne" histoire qui produira un effet thérapeutique. Invoquer des "processus inconscients" comme raisons causales rappelle à Wittgenstein l'explication par des "masses invisibles" avancée par Hertz pour les cas qui n'étaient pas explicables par ses lois. On n'aurait pas affaire à une loi naturelle a priori, mais à une "norme d'expression" que nous avons fixée nous-mêmes.

Aux yeux de Freud, il n'est pas important de savoir si la scène primitive - qui peut être à l'origine d'une névrose - soit un événement réel ou fantasmé parce que le fantasme renverrait de toute façon à l'histoire des ancêtres, à l'héritage phylogénétique. Il n'est donc pas possible de vérifier empiriquement ces reconstructions. Mais ces reconstructions sont acceptées, selon Wittgenstein, en raison de l'attraction énorme qu'elles possèdent "comme des explications qui doivent être vraies, et non comme des hypothèses dont il est important de savoir si elles sont ou non vraies".

Ces reconstructions relèvent les événements du même ordre que ceux dont il est question dans les mythes, des événements qui ont dû arriver. Le soulagement, que ces explications procurent, ressemble à celui des récits qui rattachent les épisodes les plus problématiques de la vie individuelle à des événements mythiques survenus à une époque lointaine dans la vie de l'espèce » (Jurt).

Ensuite du fait que cette recherche de sens repose sur la créativité du thérapeute et du patient, c'est une quête sans fin car les mythologies sur lesquelles cette création de sens s'enracine sont multiples. Nous pouvons toujours construire une histoire nouvelle à partir d'un événement de vie, d'une souffrance, de relations insatisfaisantes. Quand s'arrêter ? Quand être satisfait du sens qu'on a trouvé ? Quand considérer que c'est la bonne histoire comme dirait Wittgenstein ?

La recherche de sens peut devenir obsessionnelle et peut être une source de souffrance. Ainsi ce patient qui cherchait indéfiniment des secrets de famille, des choses qu'on lui aurait cachées et qui donneraient un sens à sa souffrance qu'il ne s'expliquait pas. En thérapie familiale son père ne savait plus quoi trouver pour satisfaire son fils et aucune histoire passée racontée par le père ne pouvait dissuader le fils qu'il y avait autre chose encore. Cette quête devenait une torture devant une famille impuissante à apaiser le fils en quête de sens.

La construction de significations n'est pas non plus indispensable pour aller mieux. L'expérience d'une relation humaine chaleureuse peut parfois suffire. Pour amener un changement dans les représentations, nous voyons émerger de nouvelles approches qui agissent sur la plasticité du cerveau. Ce n'est plus la parole, l'histoire qui induit le changement mais des techniques comme l'EMDR, le brainspotting, qui ont pu être mises au point grâce aux nouvelles connaissances apportées par les neurosciences.

CONCLUSION

Nous avons pu voir dans ce cours comment les recherches ont évolué. Les premières études sur l'efficacité des thérapies distinguaient les facteurs communs et les facteurs spécifiques. Il s'agissait par exemple de savoir si la technique des thérapeutes psychodynamiques était plus efficace que la technique des thérapeutes cognitivo-comportementalistes. Ou si la relation thérapeutique était plus efficace que la technique du thérapeute. Ces recherches ont montré leurs limites. En effet « la multiplicité des facteurs qui interviennent dans la pratique de la psychothérapie (technique utilisée, personnalité du thérapeute et du patient, qualité de la relation, nature du trouble, spécificité du cadre, durée de la thérapie...) fait qu'il est malaisé d'appliquer à ce domaine une méthodologie rigoureuse, notamment de type quantitatif » (Marc, 2006, p 214). Si une thérapie est efficace pour un sujet, elle ne le sera pas obligatoirement pour un autre sujet. L'évaluation des psychothérapies est illusoire car la place laissée à l'imprévisible est considérable. La subjectivité du patient et celle du thérapeute sont au cœur des processus thérapeutiques.

Un nouveau paradigme de recherche prenant davantage en compte la complexité des processus émerge depuis 1990. S'il s'agissait d'abord d'évaluer l'efficacité des psychothérapies, il s'agit davantage aujourd'hui d'explorer les mécanismes du changement (Thurin, 2017). La distinction « facteurs spécifiques » vs « facteurs communs » fait place à la différenciation entre les modérateurs et les médiateurs (Kraemer et al., 2001, 2002 et Kendall et al., 2004). Toutes les variables sont prises en compte par les chercheurs de cette quatrième génération. Le modèle de l'efficacité réelle (*effectiveness*), dans des conditions cliniques naturelles, remplace le modèle expérimental de l'efficacité potentielle (*efficacy*). Les méthodes qualitatives trouvent un regain d'intérêt chez les chercheurs. Cela n'exclut pas la rigueur du chercheur dans la formulation de cas et nous observons des innovations dans la conceptualisation des études de cas.

Ces travaux ouvrent de nouvelles pistes de recherche sur l'intersubjectivité, la réflexivité, la présence thérapeutique. Les émotions deviennent le centre d'intérêt des chercheurs et nous pouvons alors envisager une nouvelle variable dans les processus thérapeutiques : les stratégies de régulation émotionnelle du thérapeute (Duriez, 2018).

BIBLIOGRAPHIE

- Albero, B. (2010). L'étude de cas : une modalité d'enquête difficile à cerner. In Albero B., Poteaux N. *Enjeux et dilemmes de l'autonomie. Une expérience d'autoformation à l'université. Etude de cas*, Maison des Sciences de l'Homme, p.15-25.
- Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A. et Jameson, P.L.B. (1993). Research on the process and outcome of marriage and family therapy. In A.E. Bergin et S.L. Garfield (Eds), *Handbook of Psychotherapy and behaviour change*, New York, Wiley, p 595-630.
- Alexander, J. et Barton, C. (1995). Family therapy research. In R.H. Mikesell, D.D. Lusteran et al. (Ed.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*, Washington, American Psychological Association, p. 199-215.
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple, *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Anderson, R. (1998). Intuitive inquiry: A transpersonal approach. In W. Braud & R. Anderson, *Transpersonal research methods for the social sciences: Honoring human experience*, Thousand Oaks, CA, Sage, p. 69-94.
- Anderson, R. (2004). Intuitive inquiry: An epistemology of the heart for scientific inquiry, *The Humanistic Psychologist*, 32(4), 307-341.
- Anderson, R. (2011). Intuitive inquiry: The ways of the heart in human science research. In R. Anderson & W. Braud (Eds.), *Transforming self and others through research: Transpersonal research methods and skills for the human sciences and humanities*, Albany, SUNY Press, p. 15-70.
- Anderson, R. (2019). Intuitive inquiry: Inviting transformation and breakthrough insights in qualitative research, *Qualitative Psychology*, 6(3), 312-319.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.
- Balta, F. (2001). 7^{ème} B.A. B.A. En être ou pas ? Alliance, affiliation, apparemment, joining, *Générations*, 22, 7-8.
- Balta, F. (2017). L'autosupervision. Pour coachs et psychothérapeutes, Paris, Fabert.
- Bannister, P. (1981). Personal Construct theory and research Method. In Reason, P., Rowan, J. (Eds.) *Human inquiry*. John Wiley and Sons Ltd. pp. 191-225
- Barber, S. et Lane, R.C. (1995). Efficacy research in psychodynamic therapy: a critical review of the literature, *Psychotherapy in private practice*, 14(3), 43-69.
- Barkham, M. et Mellor-Clark, J. (2003). Bridging Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence: Developing a Rigor Rigorous and Relevant Knowledge for the Psychological Therapies, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: a revolutionary approach to man's understanding of himself*, New York, Ballantine ; trad. fr. *Vers une écologie de l'esprit*, tomes 1 et 2, Paris, Seuil, 1977-1980.

- Bateson, G. (1979). *Mind and nature. A necessary unify*, New York, EP Dutton. Trad fr. *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.
- Bechara, A, Damasio, H, Tranel, D, Anderson, S.W. (1998). Dissociation of working memory from decision making within the human prefrontal cortex, *Journal of Neurosciences*, 18, 428-437.
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., Lee, G. P. (1999). Different Contributions of the Human Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex to Decision-Making, *Journal of Neuroscience*, 19(13), 5473–5481.
- Beebe, B., et Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research, *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 379–409.
- Benelli, E., De Carlo, A., Biffi, D. et McLeod J. (2015). Hermeneutic Single Case Efficacy Design: A Systematic Review of Published Research and Current Standards, *TPM* 22(1), 97-133.
- Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy: negative results revisited, *Journal of Counseling Psychology*, 10, 244-250
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice, *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*, New York, Wiley, 217-270.
- Betz, B. et Whitehorn, J.C. (1975). *Effective Psychotherapy with the Schizophrenic Patient*, New York, Aronson.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. et Allstetter Neufeldt, S. (1994) Therapist variables. In S.L. Garfield et A.E. Bergin (éd.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Wiley, p. 229-269.
- Blatt, S.J. & Ford, R. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*, New York, Plenum.
- Bohart, A. C., & Boyd, G. (1997). Clients' construction of the therapy process: A qualitative analysis. Poster presented at the meeting of the North American Chapter of the Society for Psychotherapy Research, Tucson, AZ.
- Bohart, A.C. (2008, June). The “research jury” method: The application of the jury trial model to evaluating the validity of descriptive and causal statements about psychotherapy process and outcome. Paper presented at the 39th Annual Conference of the Society for Psychotherapy Research, Barcelona, Spain.
- Bordin, E.S. (1975). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Communication at the annual meeting of the Society for psychotherapy research*, Boston.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1980, June). Of human bonds that bind or free. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.

- Carroll, L. (1865). *Alice's Adventures in Wonderland*, New York, MacMillan ; trad. fr. *Œuvres*, Editions Robert Laffont, Collection Bouquins, 1989. Vol. 1 : *Les Aventures d'Alice sous terre, Les Aventures d'Alice au pays des merveilles, De l'autre côté du miroir et ce qu'Alice y trouva, journaux, ...*
- Cartwright, D.S. (1956). Effectiveness of psychotherapy: A critique of the spontaneous remission argument, *Journal of Counseling Psychology*, 20, 403-404.
- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Zack, S., Baker, S., Boutsellis, M., Chiswick, N.,...Grosse Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 47(3), 327-344.
- Chatzittofis, A., Arver, S., Oberg, K., Hallberg, J., Nordstrom, P. & Jokinen, J. (2016). HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder, *Psychoneuro- endocrinology*, 63, 247-253.
- Chiland, C. (2012). Pour une méta-théorie de la psychothérapie, *Perspectives Psy*, 51(4), 356-363.
- Collot, E. (2011). La transe comme forme d'alliance thérapeutique. In E. Collot (dir). *L'alliance thérapeutique*, Paris, Dunod, p. 93-107.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, Chicago, Rand McNally.
- Coriat, I. (1917). Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses, *Psychoanalytic Review*, 4, 209-216.
- Coutelour, M., Batt, M., & Trognon, A. (2014). De l'appropriation subjective de l'événement traumatique de viol, *Journal International De Victimologie*, 12 (1), p. 6-18.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*, New York, Norton & Company. Trad. Fr. *La neuroscience de la psychothérapie. Guérir le cerveau social*, Les Éditions du CIG, 2012.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*, New York, Grosset/Putnam Books. Trad. fr. *L'Erreur de Descartes : la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- Davis, S.D. (2005). *Common and model-specific factors: what marital therapy model developers, their former students, and their clients say about change*. Doctoral Dissertation. Blacksburg, Virginia.
- Decety, J. (2011). *The social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, MIT Press.
- Deffuant, G. (1998). Les modèles cognitifs à l'épreuve des formes du religieux : proposition de directions de recherche centrées sur l'empathie, *Intellectica*, 26-27 (1-2), 89-109.
- Delourme, A. et Marc, E. (2004). *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod, 3^{ème} éd., 2014.
- Descartes, R. (1649/1990). *Les Passions de l'âme*, Paris, Livre de Poche.
- Devereux (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*
- Drapeau, M. et Koerner, A.-C. (2003). L'impact des techniques thérapeutiques, *Psychologie Québec*, 20(5), 17-22.
- Dumaine, M. et Baillargeon, P. (2002). L'alliance thérapeutique, *Défi Jeunesse*, 9(1), 17-22.

- Duncan, B. L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32-57.
- Durieux, N., Étienne A.-M. & Willems, S. (2017). Introduction à l'*evidence-based practice* en psychologie, *Le Journal des psychologues*, 345(3), 16-20.
- Duriez, N. (2009). *Changer en famille*, Erès, 2^{ème} édition, 2017.
- Duriez, N. (2018). La régulation émotionnelle au cœur de la danse thérapeutique. Rencontre entre la chorégraphie de la famille et la subjectivité des thérapeutes, *Thérapie familiale*, 39(4), 413-428.
- Duriez, N. (soumis). « Moments intenses » et vécus de transe en thérapie familiale avec une famille à transaction addictive, *Psychothérapies*.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. et Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive- behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Durlak, J.A., Wells, A.M., Cotton, J.K. et Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research, *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141-148
- Duruz, N. (1994). *Psychothérapie ou psychothérapies ?* Paris, Delachaux et Niestlé.
- Edelman, G. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*, New York, Basic Books. Trad.fr. *Biologie de la conscience*, Paris, Odile Jacob, 1992.
- Edelman, G. (2004). *Plus vaste que le ciel : Une nouvelle théorie générale du cerveau*, Paris, Odile Jacob.
- Edwards, D. et Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*, Londres, Sage.
- Eells, T.D. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd edition), Guilford Press, New York.
- Efran, J. S., Lukens, M. D. et Lukens, R. J. (1990). *Language, structure, and change: Frameworks of meaning in psychotherapy*, New York, Norton & Co.
- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(1), 47-55.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 503–527). Guilford Press.
- Elliott, R. (1989). Comprehensive Process Analysis: Understanding the change process in significant therapy events. In M. Packer & R.B. Addison (Eds.), *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology*. Albany, NY: SUNY Press.
- Elliott, R. (1993). *Comprehensive process analysis: Mapping the change process in psychotherapy*. Unpublished research manual. (Available from author, Department of Psychology, University of Toledo, Toledo, OH 43606)
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-21.

Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.

Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology*, Lengerich, Germany, Pabst Science Publishers, p. 69-111.

Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Fauber, R.L. et Long, N. (1991). Children in context: The role of family in child psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 813-820.

Faulkner, R.A., Clock, K. & Gale, J.E. (2002). Qualitative research and family therapy: Publication trends from 1980 to 1999, *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 69-74.

Fishman, D. B. (1981). *A cost-effectiveness methodology for community mental health centers: Development and pilot test*. Washington, Government Printing Office.

Fishman, D. B. (1999). The case for pragmatic psychology. New York, NY: New York University Press.

Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP - From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 1-50.

Fishman, D. B. (2020). Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate: Proposal for a New, Electronic "Journal of Pragmatic Case Studies", *Prevention & Treatment*, 3, Article 8, posted May 3, 2000

Foester (von), H. (1973). On Constructing a Reality. In F.E. Preiser, *Environmental Design Research*, Vol. 2, Dowden, Hutchinson & Ross, 35-46 ; trad. fr. : Sur la construction d'une réalité. In P. Watzlawick, *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, Seuil, 1988, 45-69.

Fourie, D.P. (1996). The research/practice gap in psychotherapy: From discovering reality to making sense. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 26, 7-22.

Frank, J.D. (1959). The dynamics of the psychotherapy relationship, *Psychiatry*, n° 22, p. 17-29.

Frank, J.D. et Frank, J.B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. In S. Freud, *Oeuvres complètes : Psychanalyse*. Vol. 11, 1911-1913, Paris, PUF, 1998.

Freud, S. (1913). Le début du traitement. In S. Freud, *Oeuvres complètes : Psychanalyse*. Vol. 11, 1911-1913, Paris, PUF, 1998.

Freud, S. (1917). Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot.

Freud, S. (1920). Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. In S. Freud, *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 245-270.

- Gaillard, J.-P. (2009). *Enfants et adolescents en mutation*, Issy les Moulineaux, ESF, 7^{ème} éd., 2018.
- Gaillard, J.-P., Coenen, R., Friehe, F. et Hardy, G. (2011). Vers une neuro-éco-systémique. Manifeste pour l'urgence d'un changement, *Thérapie Familiale*, 32(1), 171-190.
- Gaillard, J.-P. (2018). *Enfants et adolescents en grande difficulté : La révolution sociothérapeutique*, Issy les Moulineaux, ESF.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in premotor cortex, *Brain*, 119, 593-601.
- Gallese, V., Migone, P. & Eagle, M. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio. Le base neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40(3), 543-580.
- Galvani, P. (2008). Étudier sa pratique : une autoformation existentielle par la recherche, *Présences*, 1, 1-11.
- Gapp, K., Ziegler, L., Tweedie-Cullen, Y. & Mansuy, I. (2014). Early life epigenetic programming and transmission of stress-induced traits in mammals, *Bioessays*, 36(5), 491-502.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations, *Psychotherapy*, 27(2), 143-153.
- Gaston, L. (1995). Common factors exist in reality but not in our theories, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 83-86.
- Gelso, C. et Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. Components, consequences and theoretical antecedents, *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243
- Geninet I. (2007). *La recherche de sens chez les survivantes d'agressions à caractère sexuel durant l'enfance ou l'adolescence présentant un état de stress post-traumatique*, Thèse de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Ginger, S. (2004). Psychiatrie et psychothérapie. La psychothérapie du psychiatre, *Journal français de psychiatrie*, 21(1), 10-12.
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as a Human Science: A Phenomenologically Based Approach*, New York, Harper and Row.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a Phenomenological Method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and Psychological Research*, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*, Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Glaser, B. et Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York, Aldine de Gruyter.
- Goldfried, M.R. et Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance, *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Goldfried, M. R. et Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 143-150.

Golse, B. (2006). *L'Être-bébé. La question du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*, Paris, PUF.

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023- 1035.

Grand, D. (2013). *Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change*. Boulder: Sounds True.

Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change, *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.

Greenberg, L. S. (1994). What is "real" in the relationship? Comment on Gelso and Carter, *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 307–309.

Greenberg, L.S. et Pinsof, W. M. (1986) Process Research: Current trends and future perspectives. In L.S. Greenberg et W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process. A research handbook*, New York, Guilford, p. 3-21.

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses, *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.

Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*, New York, International Universities Press ; trad. fr. par F. Robert, *Technique et pratique de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1977.

Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. Gurman et A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*, New York, Pergamon, p. 503-543.

Haaga, D. A. F., & Stiles, W. B. (2000). Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change* (pp. 14–39). New York: Wiley.

Haken, H. (1977). *Synergetics : An Introduction : Nonequilibrium Phase Transitions and Self-Organization in Physics, Chemistry, and Biology*, Berlin/New York, Springer-Verlag.

Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, New York, The Guilford Press, p. 7-28.

Heatherington, L. (1989). Toward more meaningful clinical research: Taking context into account in coding psychotherapy interaction, *Psychotherapy*, 26, 436-447.

Helmeke, K. and Sprenkle, D. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: a qualitative study of change in therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 469–483.

Hendrick, S. (2009). Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies, *Thérapie Familiale*, 30(2), 147-165.

Hertlein, K.M., Lambert-Shute, J. et Benson, K. (2004). Postmodern Influence in Family Therapy Reflections of Graduate Students, *The Qualitative Report*, 9, 3, 538-561.

- Hill, C.E., Thompson, B.J. et Williams, E.N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research, *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Hill, C.E. et Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes, In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, p. 84-135.
- Hill, C. E. (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators. Examples from the child clinical and pediatric psychology literatures, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599- 610.
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Humphrey, N (1986). *The Inner Eye: Social Intelligence in Evolution*, Oxford University Press, Faber & Faber, 2002.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies, *Psychotherapy Research*, 19, 601-611.
- INSERM (Ed). (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*, Paris, Les Editions INSERM.
- Ionescu, S. (1998). L'évaluation des psychothérapies. In Nathan, T. et al. *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob, p. 165-222.
- Jennings, L. et Skovholt, M. (2004). The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists. In T.M. Skovolt et L. Jennings, *Master therapists. Exploring expertise in therapy and counselling*, Boston, Allyn & Bacon.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*, Northvale, Jason Aronson.
- Josselson, R. (1998). Le récit comme mode de savoir, *Revue Française de Psychanalyse*, 62(3), 895-908.
- Josselson, R. (2011). Narrative Research: Constructing, Deconstructing, and Reconstructing Story. In F.J. Wertz, *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research and Intuitive*, New York, The Guilford Press.
- Kambouchner, D. (2007). L'erreur de Damasio (II) : la transition Descartes- Spinoza en psychophysiologie, Séminaire de recherche sur Spinoza, Université Paris I, 11 janvier 2007.
- Kandel, E.R. (2003). La biologie moléculaire de la mémoire : un dialogue entre gènes et synapses, *Médecine / Sciences*, 19(5), 625-633.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.
- Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Kazdin, A.E. et Nock, M. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
- Keller, P.-H. (2007). Discours neuroscientifique, discours psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, 71(2), 533-544.
- Kendall, P.C., Holmbeck, K.G.N. & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 16-43.
- Kessel, L., & Hyman, H. T. (1933). The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure, *Journal of the American Medical Association*, 101, 1612-1615.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm, *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Knight, R.P. (1941). Evaluation of the results of the psychoanalytic therapy, *American Journal of Psychiatry*, 96, 434-446.
- Kouchner, B. (2001). Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/mental/mental.pdf>
- Kraemer, H.C., Stice, E.S., Kazdin, A., Offord, D. & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors, *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, C.G. & Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials, *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877-83.
- Kramer, U. (2011). Les méthodes d'études de cas en psychothérapie : perspectives actuelles, *Santé mentale au Québec*, 36(1), 201-216.
- Kuenzli-Monard, F. A. (2006). *Inviting Reflexivity in the Therapy Room: How therapists think in practice*. Lanham, University Press of America.
- Kutas, M. et Federmeier, K.D. (1998). Minding the body, *Psychophysiology*, 35, 135-150.
- Kutner, J.S., Main, D.S., Westfall, J.M. et Pace W. (2005). The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities. *Cancer Control*, 12(3), 186-195.
- Lacrosse, J.-M. (En ligne) *L'erreur de Damasio*, Site du Collège Européen de Philosophie Politique de l'Éducation, de la Culture et de la Subjectivité. <http://www.ceppecs.eu/?p=161>
- Laitila, A. (2004). *Dimensions of Expertise in Family Therapeutic Process*, Publishing Unit, University Library of Jyväskylä. Site de l'Université de Jyväskylä. [En ligne]. <http://selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studeduc/9513919188.pdf>
- Lambert, M.J., Shapiro, S. et Bergin, A. (1986). Effectiveness of psychotherapy. In S. Garfield et A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley, 3ème édition, p. 157-211.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, New York: Basic Books, p. 94-129.

- Lambert, M.J. et Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin et S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 4ème édition, p. 143-189.
- Lamboy, B., Blanchet, A. et Lecomte, C. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 189-205.
- Laplanche, J. & Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude : l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(2), 37-53.
- LeDoux, J. (1998). The emotional brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York : Simon & Schuster. Trad. Fr. *Le cerveau des émotions : Les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*, Paris, Odile Jacob, 2005.
- Le Meur, V., Treppoz, C., Leguet, C. et Duval, D. (2013). Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique ? Des cliniciens à l'épreuve de la recherche, *Thérapie Familiale*, 34(2), 251-264.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*, Newbury Park, CA, Sage.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists, *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-237.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, E. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes ?, *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. Le Cleghhorn (Ed.). *Successful Psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel, p. 92-116.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive Expressive Treatment*, New York, Basic Books.
- Luborsky, L., Mc Lellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. et Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants, *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luoma, J.B. et Plumb Vilardaga, J. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training Acceptance and Commitment Therapy: A pilot study, *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 1-8.
- Magny-Lecoy, P., Sallustrau, J.-F., Lemistre, M. & Bouley, J.-C. (1995). Les moments intenses en thérapie familiale. Phases de bifurcation chaotique, *Générations*, 2, 43-48.
- Mahrer, A.R. & Nadler, P.W. (1986). Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues, *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 54(1), 10-15.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support and formation of the working alliance, *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401-409.
- Mangin, J.-F. (1997). Du thérapeute adaptable au thérapeute adoptable, ou chronique d'une rencontre annoncée... *Générations*, 11-12, 12-18.

- Marc, E. (1993). *Le changement en psychothérapie. De la psychanalyse aux nouvelles thérapies : concepts, pratiques, témoignages*, Paris, Retz.
- Marc, E. (2006). Entre dogmatisme et créativité. In S. Ginger, E. Marc et A. Tarpinian, *Être psychothérapeute. Questions, pratiques, enjeux*, Paris, Dunod, 169-178.
- Marc, E. (2006). Quelle évaluation ? In S. Ginger, E. Marc et A. Tarpinian, *Être psychothérapeute. Questions, pratiques, enjeux*, Paris, Dunod, 213-224.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance scales. Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London, UK: Sage.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 382-402.
- McMullen, L.M. (2011). Discourse Analysis. In F.J. Wertz et al. *Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry*, New York, Guilford Publications.
- Merleau Ponty (1945). *Phénoménologie de la Perception*, Paris, Gallimard.
- Merriam, S.B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*, San Francisco, CA, John Wiley & Sons.
- Miermont, J. (1987). Apprentissage. In J. Miermont (dir), *Dictionnaire des thérapies familiales*, Paris, Payot, 42-44.
- Miermont, J. (1987). Complexité. In J. Miermont (dir), *Dictionnaire des thérapies familiales*, Paris, Payot, 123-125.
- Miermont, J. (2001). L'évolution des thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologique, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49(4), 287- 300.
- Miller, R. B. (2004). Facing human suffering: Psychology and psychotherapy as moral engagement. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mohr, L. B. (1993). Causation and the case study. Paper presented at the meeting of the National Public Management Research Conference, University of Wisconsin-Madison, WI.
- Moon, K. (2006). La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique. *Approche Centrée sur la Personne*, 3, 28-54.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology, *Journal of Counseling Psychology*, 52, 250-260.
- Mullenbach, M.A. et Skovholt, T.M. (2004). Emotional Wellness and Professional Resiliency of Master Therapists. In T.M. Shovholt et L. Jennings, *Master Therapists. Exploring Expertise in Therapy and Counseling*, Boston, Allyn & Bacon, p. 77-106.
- Muran, J.C. & Safran, J.D. (2016). Therapeutic alliance ruptures. In A.E. Wenzel (Ed.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*, New York, Sage Publications.
- Nadel, J. (2003). Le futur des émotions : un nécessaire tressage des données normatives et psychopathologiques, *Enfance*, 55(1), 23-32.

- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- Nathan, T. (1998). Eléments de psychothérapie. In T. Nathan, A. Blanchet, S. Ionescu et N. Zajde, *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob, p 11-96.
- Neill, J.R. & Kniskern, D.P. (Eds.). (1982). *From psyche to system. The evolving therapy of Carl Whitaker*, New York, Guilford Press.
- Onnis, L. (2009). Lorsque la psyché est le reflet du corps. Une nouvelle alliance entre les neurosciences et la psychothérapie, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 65-91
- Orlinsky, D.E. et Howard, K.I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: explorations with the therapy session reports. In L.S. Greenberg et W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, New York, The Guildford Press, p.477-501.
- Pace, P. (2003). *Lifespan Integration: connecting Ego States through time*, United States, Eirene Imprint. Trad. Fr. *Pratiquer l'ICV. L'intégration du Cycle de la Vie*, Paris, Dunod, 2014.
- Pages, M. (2003). L'approche complexe en psychothérapie, *Bulletin de psychologie*, 56(5), 643-653.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée, *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Pancheri, I. et Brugnoli, R. (1992). Effeto placebo e fattori terapeuti aspecifici in psichitria. In P. Pancheri (Ed). *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milan, Masson, 3ème édition.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Parloff, M.B. (1982). Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla, *American Journal of Psychiatry*, 139(6), 718- 727.
- Parloff, M.B. & Elkin, I. (1992). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In D.K. Freedheim et al. (Eds.), *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington, American Psychological Association, 442-449.
- Patton, M.J. (1994). Components of the Counseling Relationship – An Evolving Model: Comment on Gelso and Carter, *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 310-312.
- Perlmutter, M.S., Sauer, J.M. (1986). Induction, Trance, and Ritual in Family Mythologizing. *Contemporary Family Therapy*, 8(1), 33-49.
- Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy, *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- Peterson, D. R. (1997). *Educating Professional Psychologists: History and Guiding Conception*, American Psychological Association, Washington, D.C.
- Philippot P. (2007). *Émotions et psychothérapie*, Wavres, Mardaga, 2^{ème} éd 2011.
- Plantade-Gipch, A. (2019). Une supervision centrée sur l'alliance : Effets sur la réflexivité des psychothérapeutes et sur les représentations des patients de l'alliance. Thèse soutenue le 8 novembre 2019 sous la direction d'Alain Blanchet et Marc-Simon Drouin. Université Paris 8.
- Pinsof, W.M., Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research, *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 1-8.

- Raimy, V. C. (1950). Boulder conference on training in psychotherapy. In V.C. Raimy, *Training in clinical psychology*, New York, Prentice-Hall.
- Raskin, N.J. (1988). Responses to Person-Centered vs Client-Centered, *Renaissance*, 5(3/4), 1-2.
- Rennie, D.L., Phillips, J.R. et Quartaro, G.K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology, *Canadian Psychology*, 29, 139-150.
- Rennie, D.L. (1998). *Person-centered counseling: an experiential approach*, London, Sage.
- Rizzolatti, G, Fadiga, L, Fogassi, L & Gallese, V. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Rizzolatti, G. et Sinigaglia, C. (2011). *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.
- Rober, P. (2002). Constructive hypothesizing, dialogic understanding and the therapist's inner conversation: Some ideas about knowing and not-knowing in the family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 467-478.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about knowing and not-knowing and the therapist's inner conversation. *Family Process*, 44, 477-495.
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G. et De Corte, K. (2008a). Positioning in the therapist's inner conversation: a dialogical model based on a grounded theory analysis of therapist reflections, *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 406-421.
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G. et De Corte, K. (2008b). What's on the therapist's mind ? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions, *Psychotherapy Research*, 18, 48-57.
- Rober, P., TILMANS, K. (2012). La conversation intérieure du thérapeute et les métaphores : exercice de formation. *Thérapie Familiale*, 33, 21-37.
- Robine, J.-M. (2005). Le changement social commence à deux, *Revue Gestalt*, 29, 39-51.
- Schön, D.A. (1983/1994). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York, Basic books.
- Robine, J.-M. (2005) Le changement social commence à deux, *Gestalt*, 29(2), 39-51.
- Roffman, A. (2014). Family therapy as hypnotic conversation. In: L. Sugarman, W. Wester (Eds), *Therapeutic hypnosis with children and adolescents*, Norwalk, CT, US: Crown House Publishing Limited, p. 325-347
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21(2), 95- 103 ; trad. fr. : Conditions nécessaires et suffisantes d'un changement de personnalité en psychothérapie, *Hommes et Techniques*, 1959, 169, 150-157.
- Rotchild (2008). *Le corps se souvient: Mémoire somatique et traitement du trauma*, Bruxelles, De Boeck.
- Roten (De), Y., Michel, L. et Despland, J.-N. (2005). La recherche sur le processus psychothérapeutique : l'exemple du modèle de l'adéquation, *Pour la recherche*, 44, 11-13.
- Roten (De) Y. (2011). L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ?, In E. Collot et al., *L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre*, Paris, Dunod.

Sachse, R. (1986). Gesprächspsychotherapie. Kurseinheit zum Kurs « Formen der Psychotherapie » im Projekt « Wege zum Menschen » der Fern-Universität Hagen. (La psychothérapie conversationnelle. Unité de cours pour le cours "Formes de psychothérapie" dans le cadre du projet "Chemins vers l'homme" de la Fern-Universität Hagen).

Schasseur, B. (2011). *Transe et thérapie. Sur les traces de Dionysos*. Paris, L'Harmattan.

Safran, J. D., McMain, S., Crocker, P. et Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy event for empirical investigation, *Psychotherapy. Theory, Research & Practice*, 27(2), 154-165.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*, New York, The Guilford Press.

Safran, J. D., Muran, J. C. et Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*, New York, Oxford University Press, p. 224-238.

Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C. E.-C., C. et Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection, *Psychotherapy Research*, 24(3), 269– 285.

Salem, G. (2011). *Le combat thérapeutique. L'art de guérir par le conflit*, Paris, Armand Colin.

Sallustrau, J.-F. & Lecoy, P. (1999). Les tout petits riens thérapeutiques, *Générations*, 16, 11-14.

Sander, L.W. (1995a). *Thinking about developmental process: wholeness, specificity, and the organization of conscious experiencing*, American Psychological Asso., Santa Monica, CA.

Sander, L.W. (1995b). Identity and the experience of specificity in a process of recognition, *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 579-593.

Sander, L.W. (2002). Thinking differently: principles of process in living systems and the specificity of being known, *Psychoanalytic Dialogues*, 12(1), 11-42.

Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*, New York, Norton & Company. Trad. Fr. *La régulation affective et la réparation du soi*, Montréal, Éditions du CIG, 2008.

Sexton, T.L. et Ridley, C.R. (2004). Implications of a moderated common factors approach. Does it move the field forward ?, *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 159-163.

Shadish, W.R. et Sweeney, R. (1991). Mediators and moderators in meta- analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, p. 883-893.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories, *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

Siegel, D.J. (2001). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We are*, New York, The Guilford Press.

Skovolt, T.M. et Jennings, L. (2004). *Master therapists. Exploring expertise in therapy and counselling*, Boston, Allyn & Bacon.

Spagnuolo-Lobb, M. (2004). L'awareness dans la pratique post-moderne de la Gestalt-thérapie. *Revue Gestalt*, 27, 41-58.

- Sprenkle, D.H. et Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models, *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129.
- Stake, R.E., (1995). *The Art of Case Study Research*, London, Sage Publications.
- Standahl, S. W. & Corsini, R.J. (1959). *Critical incidents in psychotherapy*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy, *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stern, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nouveau-né*, Paris, PUF.
- Stern, D.N. (1993). La représentation mentale des patterns de relation : étude en fonction du développement. In A.J. Sameroff, R.N. Emde, *Les troubles de relation précoces selon l'approche développementale*, Paris, PUF, p. 86-87.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweiler-Ster, N. et Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation, The Boston Change Process Study Group, Report n° 1, *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D.N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.
- Stern, D., Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, J. & Sander, L.S. (2004). Intersubjectivité. A propos des liens entre expériences, mots et narrations. *Le Carnet PSY*, 95(9), 31-40.
- Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 35(2), 29-42.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research, *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research? *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6-11.
- Stiles, W. B. (2005). Case studies. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*, Washington, DC, American Psychological Association, p. 57-64.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy, *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research – Grounded theory Procedures and Techniques*, Newbury Park: Sage Publication ; trad. fr. par M.-H. Soulet, *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 2004.
- Strotzka, H. (1978). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*, Munich, Urban & Schwarzenberg.
- Strupp, H.H. et Hadley, S.W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Strupp, H.H. (1996). Some salient lessons from research and practice, *Psychotherapy*, 33(1), 135-138.

- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... Wilson, B. (2015). What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey, *Psychotherapy*, 52(1), 1–11.
- Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the gap between clinical research and clinical practice: introduction to the special section, *Psychotherapy*, 49(2), 97–100.
- Thurin, J.-M. et Briffault, X. (2005). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie, *L'Encéphale*, 32(4), 402-412.
- Thurin, J.M. (2005). Le changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie, *Pour la Recherche*, 44, 2-4.
- Thurin, J.-M., Thurin, M., & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network, *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 187–193.
- Thurin, J.M. (2017). De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en psychothérapie et en psychanalyse, *Research in Psychoanalysis*, 23(1), 55-68.
- Tuke, D. H. (1872). Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease, *Journal of Mental Science*, 18(81), 8-31.
- Van Gijseghem, H. et Gauthier, L. (1999) « Faits et méfaits de la psychothérapie chez l'enfant victime d'abus sexuel ». In H. Van Gijseghem, *Us et Abus de la mise en mots en matière d'abus sexuel*, Montréal, Les Editions du Méridien, p 121-138.
- Varela, F.J., Rosch, E. & Thompson, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit : sciences cognitives et expérience humaine*, Paris, Seuil.
- Vinot-Coubetergues, M. (2014). Les thérapies de retraitement de l'information. In M. Vinot-Coubetergues et E. Marc, *Les fondements des psychothérapies. De Socrate aux neurosciences*, Paris, Dunod, p 263-280.
- Vitry, G., Duriez, N., Suberville, S., Beau, A., Garcia-Rivera, T., Brosseau, O., Vargas Avalos, P., Bardot, E. & Ray, W.A. (2020) Introducing SYPRENE: An International Practice Research Network for Strategic and Systemic Therapists and Researchers. *Family Process*
- Weinstock, D. (2010). *Qu'est-ce qui constitue une donnée probante ? Une perspective philosophique*. Atelier d'été des Centres de Collaboration Nationale en Santé Publique « Tout Éclaircir », Baddeck, Nouvelle-Écosse, 20-23 août 2007.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. et Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies, *Psychological Bulletin*, n° 117, p. 450-468.
- Wertz, F.J., Charmaz K., McMullen L.M., Josselson, R., Anderson R. & McSpadden (2011). *Five ways of doing qualitative analysis*, New York, Guildford Press.
- Whitaker, C. (1998). *Les rêveries d'un thérapeute familial*, Paris, ESF.
- Yin, R.K., (1984). *Case Study Research, Design and Methods*. London: Sage Publications. 3ème Ed (2003). 4ème Ed (2009).

Zarin, D.A., Pincus, H.A., West, J.C. et McIntyre, J.S. (1997). Practice-Based Research in Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 154(9),1199-1208.

Zetzel, R. (1956). Current concepts of transference, *Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Zigante, F. *et al.* (2009). Narrativité des enfants en psychothérapie analytique : évaluation du changement, *La psychiatrie de l'enfant*, 52(1), 5-43.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES POUR LE COURS

Duriez, N. (2009). *Changer en famille*, Toulouse, Erès.

Stern, D.N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*, Paris, Odile Jacob.