

LES BASES DE LA PSYCHOTHERAPIE
Olivier Chambon, Michel Marie-Cardine
(1999). Paris : Dunod.

(...) prendre le temps, à avoir la patience, le courage et l'humilité d'entrer progressivement dans cet univers en l'explorant dans toutes ses dimensions, afin d'en découvrir ses arcanes et d'en utiliser de manière créative le plus grand nombre de possibilités. P 2.

Réflexion plus nuancée, objective et complexe de la pratique de la psychothérapie. (...) Il s'agit bien plutôt d'une « méta-école » : elle vise à garder en mouvement continu une réflexion qui ne doit pas se figer et s'isoler. 3.

pp 7-40

Le processus relationnel [en psychothérapie], en lui-même, (...) n'a rien de spécifique. Il est au contraire très général, bien que dans sa généralité même il présente déjà des potentialités thérapeutiques. Mais il tire toute sa force, sa concentration et son orientation thérapeutique, du cadre qui le limite et, en le limitant, lui donne sa spécificité, le différencie donc très nettement du reste des autres processus environnementaux. (...) Le cadre est porteur de la théorie, de la technique, mais également de la réalité et des modalités pratiques. (...)

« 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 de 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 ». (...)

La raison d'être essentielle d'une telle définition est surtout d'ordre éthique : la souffrance humaine ne doit pas être prise en charge par des personnes incompetentes et avec des méthodes inefficaces. Dans la pratique, cependant, l'on est bien souvent amené à intervenir sans preuve scientifique de la validité totale, universelle, et éternelle de la théorie de référence et sans assurance de la pertinence indubitable de la technique thérapeutique utilisée dans le cas particulier d'un patient alors en cause. Faut-il s'abstenir pour autant, et ne fait-on alors plus de psychothérapie ? Qu'en est-il aussi, dans le cadre de cette définition, des possibilités de création de combinaisons thérapeutiques (éclectiques ou intégratives), qui font appel à l'inventivité et aux capacités d'adaptation du thérapeute mais ne sont pas encore testées empiriquement (...). Les effets d'une intervention ne dépendent pas seulement du problème ou du trouble cliniques et de la méthode de traitement, mais également des caractéristiques du patient, du thérapeute et de leur interaction (...).

Dans la pratique clinique, dans la majorité des cas, nous ne disposons pas encore, en réalité, de résultats de recherche empiriques. Nous sommes donc souvent forcés de réduire notre visée de scientificité dans nos indications et de nous tourner fréquemment vers une « indication inventive » (...).

Toute psychothérapie agit sur l'une des cinq cibles (...) : le contexte social et interpersonnel, les cognitions, les affects et les émotions, les comportements et les sensations. Même si la plupart des psychothérapies expliquent leur efficacité par leur action privilégiée sur l'un de ces aspects, chacun d'eux est en interaction dynamique avec les autres et chaque type de psychothérapie, en agissant initialement sur un seul de ces facteurs, agit finalement sur l'ensemble de ceux-ci. (...)

Pancheri et Brugnoli (1992)¹ ont défini les facteurs non spécifiques qui influencent le devenir d'une psychothérapie en les regroupant en quatre catégories :

les caractéristiques du patient, comme la motivation, les attentes d'amélioration ;

les caractéristiques du thérapeute, comme son équilibre psychologique, son aptitude à instaurer une relation thérapeutique fiable ;

les caractéristiques de la relation patient-thérapeute (...);

enfin, d'autres variables liées au processus thérapeutique (...).

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

¹ Pancheri L, Brugnoli R. (1992), « Effetto placebo e fattori terapeutici specifici in psichiatria », dans Paolo Pancheri (Ed.), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milan, Masson, vol. 3.

Frank (1981, 1991)² a décrit six facteurs communs qu'il pensait être partagés par toutes les thérapies et qu'il rendait responsable des changements. Ces six facteurs consistaient en :

- la force de la relation patient-thérapeute ;
- les méthodes qui accroissent la motivation et les attentes d'aide du patient ;
- l'augmentation du sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle [estime de soi] ;
- l'affrontement (exposition) à de nouvelles expériences d'apprentissage ;
- [la réduction ou l'accroissement du niveau d'activation émotionnelle] ;
- l'opportunité de pratiquer de nouveaux comportements.

² Frank J.D. (1981), « Therapeutic components shared by all psychotherapies », dans J.H. Harvey, M.M. Parks (ED.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*, Washington D.C., American psychological association.
Frank J.D., Frank J.B. (1991), *Persuasion and Healing*, Baltimore, MD, John Hopkins University Press.

Cinq thérapies vues par leurs représentants :

(d'après Hubert W. (1993), *Les Psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient*, Paris, Nathan université ; modifié et complété par O. Chambon et M. Marie-Cardine) p37-38

<i>Approche</i>	<i>Psychanalyse</i>	<i>TCC</i>	<i>Thérapie Humaniste</i>	<i>Thérapie Systémique</i>	<i>Thérapie Psycho-corporelle</i>
1. Conception étiologique	Conflits pulsionnels de l'enfance refoulés et inconscients, déterminés surtout par des facteurs intrapsychiques	Histoire d'apprentissage problématique et dysfonctionnelle, déterminée surtout par la situation personne-milieu	Aliénation de l'expérience, manque de congruence entre l'expérience et le concept de soi	Des structures de communication inadéquates entraînent des troubles	Hypertonie musculaire, excitabilité et vagabondage cérébral, coupure vis-à-vis de soi-même
2. Concept de santé, but thérapeutique	Résolution des conflits pulsionnels inconscients par prise de conscience et élaboration « Où Ça était, je dois advenir »	Restauration des capacités d'expérience et des compétences comportementales et cognitives, par la modification de la conception et du contrôle de soi et la gestion du stress	Promotion de l'actualisation de soi, de la croissance personnelle, de l'authenticité et de la spontanéité	Mise en place de structures de communication constructives, par dépistage et modification des structures dysfonctionnelles	Restaurer la fluidité de la conscience des différents mouvements du corps et de l'esprit. Se dépandre des représentations et ruminations habituelles, pathogènes Retrouver le plaisir et le bien-être dans le simple vécu de soi-même
3. Moyens thérapeutiques	Interprétations d'associations libres, d'actes manqués, des rêves et du transfert	Restructuration cognitive, modelage, exercices, habitude, désensibilisation, renforcement, jeu de rôle	Rencontre, empathie, acceptation, dialogue : « expériences », jeux de rôles, « chaise vide », dialogues imaginaires, <i>awareness</i> et confrontation des résistances à l'expérience	Instructions, jeux de rôles, métaphores, recadrages, paradoxes thérapeutiques	Relaxation, méditation, visualisations, exercices de « pleine conscience »
4. Perspective temporelle	Compréhension du présent à partir du passé. Thérapie à moyen et long terme	Compréhension du présent à travers l'histoire d'apprentissage, l'accent étant mis sur l'analyse des problèmes et comportements présents ; surtout thérapie brève, mais peut s'étendre sur un an.	Compréhension du présent à partir de l'expérience vécue présente, thérapie brève ou à terme moyen	Compréhension et thérapie centrée sur la communication présente. Thérapie le plus souvent brève ou à moyen terme	Compréhension du passé à partir du vécu corporel et mental « ici et maintenant » Thérapie brève ou à terme moyen
5. Rôle du thérapeute	Réfléchir, interpréter, neutralité bienveillante,	Collaborateur expert dans la résolution des problèmes.	Partenaire d'un dialogue acceptant l'autre,	Observer, évoquer la structure de communication	Observer les résistances à la détente. Stimuler l'attention et la

	parfois frustrant ou donnant du soutien, mais essentiellement non-directif	Rompus à l'exercice du dialogue socratique. Chasseur de pensées et comportements dysfonctionnels. Conseille, soutien	mutuellement permissif. Parfois suit le processus en cours de manière non directive, parfois intervient et redirige le processus en utilisant son contre-transfert et en stimulant les émotions du patient.	dysfonctionnelle, donner éventuellement conseils et soutien.	conscience. Donne des instructions et des conseils.
--	--	--	---	--	---

	<i>Caractéristiques de la relation et des attitudes du thérapeute</i>	<i>Techniques directement liées aux caractéristiques de la relation</i>
Psychodynamique	Frustrant, non-impliqué, non directif, « écran neutre de projection », observateur anonyme interprétant, « aseptie » et anonymat chirurgicaux	Attention flottante Règle d'association libre Clarification, confrontation, interprétation (Insight) Laisser se développer une « névrose de transfert »
Cognitivo-comportementale	Relation enseignant-élève, collaboration empirique « Deux chercheurs travaillant ensemble » Relation sûre et agréable, chaleureuse et positive, le thérapeute fournissant empathie, compréhension, encouragement, soutien et évocations de solutions alternatives	Education, instructions, tâches d'auto-observation et d'auto-questionnement (l'élève doit devenir maître) Questionnement socratique Questionnement d'hypothèses
Stratégique	Position basse « tirer avant de viser » Etre le moins prévisible possible La relation est fondamentalement conflictuelle et triangulaire (thérapeute-patient-logique de non-changement)	Paradoxes, recadrages, métaphores, techniques d'« impact » pour « toucher le cœur et frapper l'imagination »
Rogérienne	Empathie, congruence, acceptation inconditionnelle, non-directivité	Reflet des significations et des sentiments Evitement de l'interprétation
Gestaltiste	Rencontre authentique, honnête, ouvert, émotionnellement chargée coparticipant, facilitateur Se découvre, confronte les « évitements du contact » du patient avec son self ou avec les thérapeute	Exercice-expérience pour défaire les blocages, faire cesser les évitements du contact, au cours desquels le thérapeute refuse de s'engager dans des interactions répétitives

Les facteurs communs préférentiels
des principales psychothérapies : p 38

	<i>Estime de soi</i>	<i>Nouveaux comportements</i>	<i>Régulation émotions</i>	<i>Motivation</i>	<i>Insight, perception</i>
Psychodynamique		+			+
Cognitivo-comportemental	+				+
Systemique et stratégique	+			+	+
Humaniste - Gestalt			+		+
Conscience psychocorporelle	+		+		

La cible thérapeutique
préférentielle initiale des
principaux courants de
psychothérapies : p 39

	<i>Cognition</i>	<i>Affect</i>	<i>Comportement</i>	<i>Sensation</i>	<i>Contexte</i>
Psychodynamique	+				
Cognitivo-comportemental	+		+		
Systemique et stratégique					+
Humaniste - Gestalt		+		+	
Conscience psychocorporelle				+	