



UNIKLINIK
KÖLN



Rapport final

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)

menée par les instituts de la

Charte suisse pour la psychothérapie

Volker Tschuschke
Aureliano Crameri
Margit Koemeda
Peter Schulthess
Agnes von Wyl

Février 2013

Rapport final

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)

**menée par les instituts de la
Charte suisse pour la psychothérapie**

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Rapport interne adressé aux institutions participantes.

Le texte dans son ensemble ou certaines de ses parties ne peuvent être utilisés qu'au niveau interne (ex. : cours de formation ou de perfectionnement, rencontres d'information, etc.)

Février 2013

La Charte suisse pour la psychothérapie

La Charte suisse pour la psychothérapie est une union faitière affiliant les institutions de formation en psychothérapie, ainsi que les groupements professionnels. Elle se fonde sur un accord concernant la nature de la psychothérapie et les exigences posées à la formation. Entre 1989 et 1991, une conférence suisse des institutions offrant une formation est parvenue à un consensus en rapport avec les contenus de la formation, la manière dont elle doit se dérouler, la science et l'éthique ; une « Charte suisse pour la psychothérapie » a finalement été ratifiée. Étaient représentées, les approches de types psychologie des profondeurs, humaniste, ainsi que celles utilisant le corps, l'art et l'expression. La « Charte » a d'abord été signée en 1993, par 27 institutions de formation et groupements spécialisés. Depuis cette date, le contenu de la Charte est développé plus avant et appliqué sur la base de processus démocratiques.

La Charte suisse pour la psychothérapie sert à garantir la qualité de cette dernière et à la faire évoluer ; elle se porte garante du sérieux des méthodes psychothérapeutiques et d'un haut niveau de formation. Seuls les institutions et courants ayant subi une évaluation peuvent devenir membres.

Ces derniers sont dans l'obligation de pratiquer la recherche et de participer à l'avancement de la discipline. La Charte lance des projets en collaboration avec des Hautes Écoles et des universités, publie des travaux de recherche et des rapports sur les congrès ; elle co-publie la revue internationale online « Science psychothérapeutique » (info), une revue scientifique indépendante des différents courants. L'étude PAP-S est un projet issu des obligations auxquelles la Charte s'est engagée.

Impressum

© Charte Suisse pour la psychothérapie
Schoffelgasse 7, 8001 Zürich
Tél. +41 (044) 796 23 45
courriel: praesidium@psychotherapiecharta.ch

Tous droits réservés

Couverture et mise en page: Mario Schlegel

Contenu

1. Antécédents de l'étude PAP-S	5
a. Situation de la psychothérapie en Suisse.....	5
b. Historique et institutions de la Charte suisse pour la psychothérapie.....	7
c. Histoire de la préparation du projet jusqu'en février 2007	8
d. Réalisation du projet de mars 2007 à décembre 2012.....	9
2. Design de l'étude.....	11
a. Etude naturaliste versus étude en laboratoire.....	11
b. Etude sur les outcomes des processus.....	12
c. Batterie de tests d'outcome	13
d. Procédures de mesure des processus.....	14
e. Ratings objectifs des interventions thérapeutiques sur la base d'un manuel	15
3. Description de l'échantillon	16
a. Ensemble de l'échantillon	16
i. Thérapeutes	17
ii. Patients	17
4. Résultats pour l'ensemble de l'échantillon	21
a. Ensemble de l'échantillon : outcome et importance des effets	21
i. Ensemble de l'échantillon	22
ii. Aspects liés au sexe (thérapeute, patient, gender-matching)	27
iii. Formation professionnelle et expérience.....	28
iv. Alliance thérapeutique.....	31
v. Intégration	31
5. Description de l'échantillon partiel en rapport avec l'intégrité de la méthode utilisée	34
a. Échantillon partiel	34
i. Thérapeutes	35
ii. Patients	36
6. Résultats de l'échantillon partiel en rapport avec l'intégrité de la méthode.....	37
a. Échantillon partiel : outcome et intensité des effets.....	37
i. Fidélité au concept	38
ii. Caractéristiques des interventions thérapeutiques et leurs effets.....	39
iii. Influence du sexe (patient, thérapeute, gender-matching)	43
iv. Expérience professionnelle	44
v. Alliance thérapeutique.....	45
vi. Prédiction du succès	45
vii. Intégration	45
7. Intégration et conclusions	47
8. Remerciements.....	48

9. Bibliographie.....	49
10. Annexe	51

1. Antécédents de l'étude PAP-S

Remarques d'introduction

Le présent rapport final est adressé à tous les instituts qui ont participé à l'étude PAP-S ; le texte dans son ensemble ou certaines de ses parties ou extraits ne doivent **pas** être utilisés pour la publication, quelles que soient ses modalités, et ne doivent **pas être exploités envers l'extérieur**. Ils sont **exclusivement destinés à une utilisation interne** (ex. : cours de formation ou de perfectionnement, rencontres d'information, etc.).

Pour simplifier, nous avons toujours utilisé la forme masculine, mais il est évident que les termes désignent aussi implicitement les femmes.

a. Situation de la psychothérapie en Suisse

Il existe traditionnellement en Suisse une grande diversité des méthodes de psychothérapie. La situation est donc fondamentalement différente de celle que l'on trouve dans certains autres pays européens. Jusqu'à maintenant, ni le législateur, ni les caisses maladie n'avaient limité cette diversité. Mais la réglementation de la psychothérapie et les remboursements des caisses maladie dépendent de la formation de base qu'ont suivie les psychothérapeutes avant la formation post-grade. Il n'existe pas de loi sur la psychothérapie, qui réglerait cette profession de manière spécifique. Une distinction est faite entre la psychothérapie médicale (qui est exercée par des médecins et qui est réglementée par la loi sur les professions médicales) et la psychothérapie non médicale (qui est exercée par des personnes qui ne sont pas médecins). Les raisons de cette distinction sont d'ordre historique.

Pendant longtemps, en Suisse seuls les médecins étaient autorisés à pratiquer la psychothérapie. Ceci jusqu'au moment où, dans l'un de ses jugements, le Tribunal fédéral a constaté que cette restriction était inconstitutionnelle puisque, de toute évidence, certains psychothérapeutes étaient qualifiés sans pourtant être médecins. Pendant de nombreuses années, la psychothérapie n'a pas été réglementée par une loi fédérale parce que le domaine sanitaire est contrôlé par les cantons. On a alors abouti à une situation dans laquelle la réglementation variait selon le canton. Certains d'entre eux autorisaient, en plus des médecins, uniquement les psychologues à pratiquer la psychothérapie, alors que d'autres acceptaient également des formations de base relevant du domaine d'autres sciences sociales. Des différences existaient également en ce qui concernait les courants de psychothérapie reconnus. Certains étaient reconnus dans toute la Suisse, alors que d'autres ne l'étaient que dans certains cantons. Par ailleurs, l'étendue de la formation exigée était elle aussi variable. D'un point de vue politique, la situation n'était pas simplifiée par le fait que les principaux groupements professionnels appliquaient des critères différents au niveau de la profession

de base et de la formation en psychothérapie. Une loi fédérale sur les professions du domaine de la psychologie doit entrer en vigueur au printemps 2013, éliminant les différences entre les cantons. Dans ce contexte, on considère que la psychothérapie non médicale est une profession de la psychologie et qu'elle exige obligatoirement une formation de base en psychologie (clinique). De manière analogue à la réglementation concernant les médecins, la véritable formation à la psychothérapie est suivie après les études de psychologie, en tant que formation postgrade. La psychothérapie est la seule profession de la psychologie qui est réglementée dans la loi. Les normes en rapport avec la formation postgrade ont été nettement abaissées et, à l'avenir, elles seront moins élevées que les exigences posées par le passé par les groupements professionnels et par les cantons. On ne sait pas encore quel effet cela va avoir sur la qualité des thérapies. On ne sait pas non plus dans quelle mesure la nouvelle loi sur les professions de la psychologie va contribuer à restreindre la diversité des méthodes. Selon une étude menée par Beeler [29], il faut considérer qu'environ la moitié des psychothérapies sont menées par des médecins. Sur le plan du droit des assurances sociales, la psychothérapie est réglementée comme suit : les prestations fournies par les médecins sont remboursées par l'assurance de base (indépendamment de la méthode utilisée). Il en va de même des thérapies que l'on appelle 'délégées' : c'est le médecin qui demande le remboursement aux caisses maladie, mais la thérapie est menée par un psychothérapeute non médecin salarié par celui-ci. Les prestations psychothérapeutiques fournies par des thérapeutes non médecins pratiquant à titre indépendant ne sont pas remboursées par l'assurance de base. Seuls les patients ayant souscrit une assurance complémentaire privée peuvent toucher une partie du coût des prestations, les remboursements étant variables d'une caisse à l'autre.

Dans ce sens, l'étude PAP-S a été menée durant une phase pendant laquelle la psychothérapie en Suisse a subi un changement considérable. L'occasion de mener une recherche importante, indépendante des différentes méthodes, devait être considérée comme une sorte de dernière chance puisque l'on ne savait pas vraiment jusqu'où la diversité des méthodes allait être restreinte (comme c'est le cas, par exemple, en Allemagne). Le fait que la psychothérapie se trouvait en mutation est également manifeste au niveau des différentes formations de base : des psychothérapeutes ont participé à l'étude, qui ne sont ni médecins, ni psychologues. La nouvelle législation va faire que ces derniers vont progressivement disparaître puisqu'à l'avenir, seuls des médecins et des psychologues auront accès à la formation postgrade. Concernant les thérapeutes qui pratiquent déjà mais ne sont ni médecins, ni psychologues, un droit transitoire est applicable : ils peuvent continuer à exercer leur profession.

b. Historique et institutions de la Charte suisse pour la psychothérapie

Dans les années 1980, à nulle part dans le monde les professionnels avaient défini des standards communs en rapport avec la formation en psychothérapie. Il existait bien des groupements professionnels en Suisse, mais ceux-ci se trouvaient constamment confrontés à des problèmes lorsqu'ils voulaient admettre de nouveaux membres ayant suivi des formations différentes. Les instituts affiliés à l'*Association suisse des psychothérapeutes (ASPV)* ont alors décidé de mettre en place une Conférence suisse des instituts de formation et associations professionnelles, en vue de parvenir à un accord sur les standards de formation et de surmonter les rivalités entre courants et la manière dont ceux-ci tendaient à peu s'apprécier; l'objectif était de mettre en place de futurs standards communs, tout en maintenant la diversité des méthodes. Des réunions ont été organisées entre 1989 et 1991, au cours desquelles un texte intitulé « Charte suisse pour la psychothérapie » fut élaboré. Cette Charte décrivait le consensus qui avait été atteint concernant les contenus de la formation, son étendue minimum, son fondement scientifique, ainsi que des lignes d'éthique applicables à la formation et à l'exercice de la profession. Elle fut ratifiée en 1993 – d'abord par 27 instituts de formation et groupements spécialisés ou professionnels. Ces instituts et associations représentent les trois principaux courants : psychologie des profondeurs, psychothérapie humaniste et thérapie par le corps.

La *Charte suisse pour la psychothérapie* fut d'abord une commission de formation indépendante au sein de l'*Association suisse des psychothérapeutes (ASP)* ; elle devint plus tard une association autonome, l'*ASP* en devenant membre pour mettre en évidence le fait qu'elle aussi doit respecter les normes de la Charte.

Les institutions de la *Charte* considèrent la psychothérapie comme une profession indépendante, dans laquelle le savoir acquis par différentes sciences est exploité. La *Charte* soutient les efforts qui sont entrepris pour développer plus avant les aspects scientifiques, espérant que la psychothérapie va devenir une science en soi, qui pourra être étudiée directement par les futurs psychothérapeutes.

La *Charte* garantit que la formation en psychothérapie se situe à un niveau élevé de qualité. Elle considère que la formation doit se faire dans une seule méthode et rejette les « formations recomposées » dans lesquelles des éléments sont empruntés aux différents courants. La théorie, l'apprentissage de la méthode, la supervision et l'expérience sur soi doivent se faire au sein d'un même courant, formant un tout cohérent. Une partie de la formation peut être faite selon une autre approche, mais celle-ci doit être compatible avec le courant choisi.

Au cours des ans, toute une série de colloques scientifiques a été organisée, auxquels participent des délégués de toutes les institutions – celles-ci s'étant engagées à respecter cette obligation – ;

les colloques ont permis d'approfondir les points communs et les différences entre les différents courants de psychothérapie. Des débats ont également été menés autour de la question de savoir comment le caractère scientifique d'une méthode pouvait être démontré et du choix d'un design de recherche applicable aux différents courants. Cette démarche a abouti à l'élaboration d'une déclaration scientifique ratifiée par tous [30].

c. Histoire de la préparation du projet jusqu'en février 2007

L'étude a été précédée d'une série de colloques scientifiques ayant pour objectif de définir et de débattre de l'image de l'homme, de la notion de santé et de maladie, ainsi que de la conception de la thérapie et de son contexte soutenus par les courants membres de la *Charte suisse pour la psychothérapie* [22]. De plus, en 2002 une déclaration de cette dernière en rapport avec le concept et les exigences du caractère scientifique des méthodes de psychothérapie a été élaborée et approuvée [19, 20]. Toutes les institutions et associations affiliées à la *Charte* ont dû répondre à une liste de questions et soutenir leurs réponses dans le cadre des colloques [18]. Une fois cette démarche aboutie, les réserves scientifiques imposées à chaque méthode ont pu être levées par décision de l'assemblée des membres.

Selon la déclaration scientifique, les responsables des méthodes signataires doivent faire la preuve que leur approche est efficace. La question de savoir quel type de recherche doit être appliquée à la pratique de la psychothérapie a fait l'objet de débats animés lors d'autres colloques scientifiques. D'une part, un règlement et des dispositions d'application sont venus compléter la déclaration scientifique [23]. On se mit en outre d'accord pour créer un design de recherche de type naturaliste, axé sur la pratique ambulatoire, qui a été utilisé lors de la préparation et de la mise en œuvre d'une étude sur les outcomes des processus.

La *Charte suisse pour la psychothérapie* a chargé le professeur Volker Tschuschke de l'*Université de Cologne*, ainsi que le professeur Hugo Grünwald, de la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)*, de la direction scientifique du projet. La Charte a formé un conseil scientifique, dont les membres devaient contribuer à la planification des questions pertinentes du point de vue de la pratique, des données concrètes et des besoins. En faisaient partie en 2005 [21]: Dr. Rudolf Buchmann (*SIKOP*), Arnold Frauenfelder (*IfP*), Dr. Margit Koemeda-Lutz (*ASAT*), Ruth Müller (*SSATB*), Dr. Mario Schlegel (*SSPA*), Peter Schulthess (*IGW*), Dr. Almut Schweikert (*Institut Szondi*), Dr. Lutz Wittmann (*PSZ*).

Dans le supplément au *Psychotherapie Forum* 14 (3) 2006. P. Schulthess écrit que « le projet de recherche PAP-S (...) est en bonne voie. Onze institutions de la Charte ont décidé d'y participer. Des entretiens (...) ont actuellement lieu avec des institutions intéressées qui ne sont pas

membres de la Charte. L'étude pilote et de faisabilité doit être terminée avant la fin de l'année. Le *Fonds national (FN)* a évalué le projet et décidé de ne pas lui apporter son soutien financier, mais il a approuvé le design de la PAP-S (étude naturaliste de la pratique) ».

Après de longues négociations avec les partenaires contractuels (direction scientifique, institutions collaborantes), ainsi que d'éclaircissements juridiques et de travaux détaillés concernant le budget, la réalisation de la Praxisstudie Ambulante Psychothérapie – Schweiz (étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie, PAP-S) a été décidée par l'assemblée des membres du 21.01.2006. En vue d'apporter un soutien aux participants romands, plusieurs tentatives de coopération avec l'*Institut de psychothérapie de l'Université de Lausanne* (professeurs Duruz et Déplands) ont été faites, malheureusement sans succès à long terme.

L'étude a été financée d'une part par des contributions des institutions participantes (en fonction du nombre de leurs psychothérapeutes membres, le montant étant de Fr. 150 par psychothérapeute pendant les 4 premières années, puis ensuite de Fr. 130 par an). Un don anonyme d'un million de francs a été fait à l'été 2006, qui nous a été transmis par un cabinet d'avocats en passant par la Direction des affaires sanitaires du canton de Zurich. Ceci a permis d'assurer le financement de l'étude sans le soutien du Fonds national et celle-ci a pu être lancée, la durée prévue étant de 6 ans.

Une étude pilote a été menée dans le canton de Zurich, du printemps à la fin 2006 ; il s'agissait de vérifier que le design de recherche était applicable.

d. Réalisation du projet de mars 2007 à décembre 2012

Le projet a véritablement débuté au début mars 2007. La collecte de données a duré jusqu'à l'été 2012 (le recrutement de nouveaux patients ayant été arrêté en juin 2011). L'évaluation finale (niveaux pré-post) puis le rapport concernant les résultats des catamnèses devraient être terminés à la fin 2013. Le rapport global et les rapports adressés aux instituts ont été rédigés à la fin 2012.

Les tâches suivantes devaient être accomplies avant de pouvoir réaliser l'ensemble du projet :

1) S'assurer de la participation de psychothérapeutes travaillant à titre indépendant

De nombreuses séances d'information dans le cadre des colloques de la *Charte*, ainsi que des manifestations organisées au sein des instituts ou adressées à des spécialistes ont servi à faire connaître le projet de recherche ; pendant plusieurs années, des psychothérapeutes pratiquant différentes méthodes ont été invités à y participer (2006-2010).

Les thérapeutes participants ont été priés d'inviter tous ceux de leurs patients qui commenceraient un traitement à partir du début de leur propre participation à collaborer à

l'étude. Les patients ont reçu des informations sur le sens et l'objectif de l'étude, sur le fait que la participation demeurerait volontaire, sur l'étendue de celle-ci, sur le fait que le traitement et la participation à l'étude demeureraient des aspects indépendants, sur l'anonymisation de leurs données ; il leur a également été dit qu'ils pouvaient renoncer à tout moment à participer.

2) Requêtes en rapport avec l'éthique

Ces requêtes ont dû être présentées dans tous les cantons dans lesquels des psychothérapeutes participaient à l'étude ; les commissions d'éthique compétentes devaient autoriser l'étude (janvier à décembre 2007). La réponse a finalement été positive dans tous les cas.

3) Mise en place de centres d'évaluation (assessment)

Lors de plusieurs manifestations organisées par la *Charte*, mais aussi par le biais de contacts personnels, on a demandé à des collègues s'ils étaient disposés à se former en tant qu'experts du diagnostic et à collaborer à l'étude dans le cadre de cette fonction. Pendant la durée du projet, env. 30 personnes se sont mises à disposition, assumant des tâches plus ou moins larges. Des centres d'évaluation ont été installés dans 9 villes suisses, où devaient se rendre les patients participants au début et à la fin du traitement, ainsi qu'un an plus tard. Ils se sont soumis à des interviews détaillées (une heure et parfois plus, avec ensuite des ratings OPD concernant l'axe structure et conflits ; puis des tests SKID-I et II). Ils devaient également remplir une série de questionnaires en rapport avec des tests soigneusement choisis. Les centres d'assessment étaient situés à Bâle, Berne, Coire, Genève, Lausanne, Lucerne, Neuchâtel, Saint-Gall et Zurich.

4) Formation d'experts indépendants en diagnostic

Au cours des années 2006 à 2011, 8 journées de formation ont été organisées, en partie sous la direction de membres du cercle de travail pour le diagnostic psychodynamique opérationnalisé (Arbeitskreis für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD / Prof. Dr. H. Freyberger, Stralsund, et Dr. Th. Jakobsen, Bâle), et en partie centrées sur la menée d'interviews SKID (« SKID-Interviewführung » / Pia Heller, lic. phil., Zurich). La plupart des rencontres ont été présidées Peter Müller-Locher, Horgen. Après une introduction aux techniques d'interview pertinentes et la gestion de questions d'organisation, ces manifestations ont ensuite surtout servi à améliorer l'interfiabilité, ceci concernant en particulier l'évaluation des interviews OPD.

5) Inviter les groupements professionnels extérieurs à la Charte et des représentants des courants à collaborer

En plus des efforts que nous avons entrepris pour motiver autant d'institutions membres de la *Charte* que possible à participer, nous avons également tenté d'encourager la participation de collègues et de groupements impliqués dans l'offre psychiatrique-psychothérapeutique ambulatoire en Suisse. Des contacts et des négociations ont eu lieu en particulier avec l'*Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung Meilen*, avec la *Schweizerische Vereinigung für Systemische Therapie und Beratung*, la *Société suisse de thérapie par entretiens et centrée sur la personne (STECP / Schweizerischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung SGGT)*, la *Société suisse de thérapie du comportement (Schweizerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie SGVT)*, la *Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SSPP / SGPP)*, ainsi qu'avec le groupement réunissant les médecins de famille (*Hausärzten Schweiz*), ainsi qu'avec l'association professionnelle qui fédère les médecins de famille et les pédiatres (*Berufsverband der Haus- und Kinderärzte/innen Schweiz*). Nous n'avons toutefois réussi à motiver que des instituts non membres de la *Charte*, à savoir l'*Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse DÖK* et le *Systemische Institut Vienne*.

6) Elaboration d'un manuel de rating

En vue de mieux saisir la spécificité méthodique de la psychothérapie appliquée dans des conditions naturalistes, nous avons d'une part prié les thérapeutes participants d'enregistrer tous les traitements inclus dans l'étude – avec l'accord de leurs clients / patients ; d'autre part, la direction de l'étude et des représentants des instituts participants ont travaillé pendant deux ans à l'élaboration d'un catalogue d'interventions contenant des catégories aussi bien spécifiques à une méthode que plus globales (applicables à plusieurs méthodes).

2. Design de l'étude

a. Etude naturaliste versus étude en laboratoire

Les instituts de la Charte ont passé beaucoup de temps durant la phase de préparation de l'étude à débattre de la question de savoir quel type d'étude serait le plus adéquat. Ils avaient le choix entre deux possibilités : une *étude randomisée sous contrôle (randomized controlled study = RCT)*, que l'on appelle également *étude d'efficacité (efficacy study)* et qui aurait dû être menée pratiquement sous des conditions de laboratoire – avec toutes les conséquences que cela aurait eu pour les thérapies ; ou une *étude dite naturaliste (effectiveness study)*, au cours de laquelle les thérapies se-

raient influencées le moins possible par le travail des collaborateurs scientifiques – celles-ci auraient lieu dans des *conditions naturelles*.

Nous avons traité en détail des avantages et des inconvénients des deux approches dans le cadre d'une première publication [1]. Finalement, il fut décidé de mener une étude naturaliste, ceci pour les raisons suivantes :

- Les instituts de la *Charte* souhaitaient évaluer les effets thérapeutiques réels de traitements menés dans la pratique quotidienne, où sont appliqués les différents concepts spécifiques à différents courants et instituts.
- Il ne fallait pas que la recherche ait des influences décisives sur la pratique psychothérapeutique/clinique des thérapeutes (ce qui permettrait de maintenir à un niveau aussi élevé que possible la *validité externe*, c'est-à-dire l'impact des résultats de l'étude).

Tous les psychothérapeutes participants et toutes les thérapies incluses devaient être influencées aussi peu que possible par les chercheurs, les traitements étant menés en fonction d'une routine au quotidien. D'autre part, il fallait investir beaucoup au niveau de la recherche pour que les critères choisis sur des bases scientifiques soient adéquats. Le groupe de gestion scientifique (par ordre alphabétique : Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Peter Schulthess, Volker Tschuschke, Agnes von Wyl – durant la phase de planification et au début de l'étude ont également appartenu à ce groupe Ruedi Buchmann, Mario Schlegel et Hugo Grünwald à la place d'Agnes von Wyl) a alors choisi, en accord avec les instituts de la *Charte*, une étude naturaliste analysant les résultats des processus. Il s'agissait de cerner les caractéristiques pertinentes des processus pour les différents concepts utilisés, en établissant des liens avec les résultats de la thérapie.

b. Etude sur les outcomes des processus

Les études de type processus-résultats menées en psychothérapie doivent fournir des informations sur les caractéristiques et les processus qui provoquent, en cours de traitement, des changements thérapeutiques – ou même qui sont visés par la thérapie. Dans le cadre de l'étude PAP-S, nous avons décidé d'examiner l'alliance thérapeutique, la charge psychique subie initialement par le client et l'évaluation par les thérapeutes des interventions qu'ils considèrent personnellement comme adéquates lors d'une séance donnée (voir ci-dessous la description de la procédure appliquée). Ces dimensions devaient nous permettre d'examiner une variable très importante du processus thérapeutique – la qualité de l'alliance thérapeutique – et sa signification par rapport à la réussite du traitement ; nous voulions également analyser comment la relation de travail évoluait en cours de thérapie et quels étaient les rapports entre cet aspect et le progrès de la thérapie.

Nous voulions établir des rapports entre la manière subjective dont les thérapeutes évaluaient leur type spécifique d'interventions (fidèles à leur propre concept) et des évaluations objectives menées par des raters (voir plus bas) indépendants ; ceci devait nous permettre d'obtenir une comparaison indiquant à quel point les thérapeutes sont réalistes au moment de juger leur propre technique et comment les deux perspectives – objective et subjective – sont liées au résultat ultérieur de la thérapie.

c. Batterie de tests d'outcome

Nous avons choisi les procédures permettant de mesurer l'outcome en fonction de l'état actuel de la recherche internationale en psychothérapie. Il fallait sélectionner des procédures reconnues et valides, qui permettraient également de publier les résultats de la recherche dans des revues spécialisées en Suisse et à l'étranger.

Normalement, on prend en compte trois niveaux de mesure : la perspective du patient, celle du thérapeute traitant et celle de cliniciens ou de chercheurs indépendants.

Les mesures ont été effectuées à trois moments dans le temps : au début du traitement, après la dernière séance de thérapie (donc à la fin du traitement) et un an après cette dernière (catamnèse).

La réussite du traitement a été mesurée pour chaque approche (comparaisons pré-post et au niveau de la catamnèse) de telle sorte qu'elle puisse être quantifiée par rapport aux différentes dimensions (voir le point 4). De plus, une *valeur globale* a été calculée, incluant les quatre procédures d'outcome (*BSI*, *OQ-45*, *BDI* et *GAF*, au trois moments mentionnés : pré-, post- et catamnèse). Celle-ci devait permettre de fonder l'effet de la thérapie sur une base plus large (stratégie du critère d'outcome multiple) [7. 8] : le succès ou l'échec de la thérapie seraient à considérer par rapport aux différents niveaux, puisqu'il faut partir du principe qu'ils se reflètent de manière variable dans les différents tests ; cette base large permet d'évaluer de manière plus fiable la réussite ou l'échec que ce n'est le cas lorsqu'on utilise chaque test indépendamment.

L'addition des valeurs pour chaque procédure de mesure à chaque moment de la mesure se fait par le biais de *standardisations de la valeur T* pour les différents scores des tests puisque, par définition, ces scores se répartissent de manière différente pour les quatre tests.

Perspective du patient : la procédure la plus utilisée est sans doute la *SCL-90-R* [2], une check-list de symptômes contenant 90 questions sur tous les symptômes somatiques et psychosociaux qui se sont manifestés au cours des sept derniers jours (exemples : anxiété, dépression, compulsions, somatisations, symptômes d'ordre psychiatrique). Nous avons choisi la forme abrégée de ce test, le *Brief-Symptom Inventory (BSI)*, qui inclut 53 questions mais les mêmes neuf dimensions que la

SCL-90-R. Il s'est avéré que cette approche réagit de manière très sensible au changement, même d'une séance à l'autre.

Nous avons utilisé comme deuxième test de la perspective du patient l'*Outcome-Questionnaire 45-2 (OQ-45)* [3], qui est considéré comme indispensable aux études menées actuellement ; il s'agit de 45 questions sur les symptômes, les relations interpersonnelles et les rôles sociaux.

Enfin, nous avons également utilisé le *Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)* [4], qui contient 21 questions en rapport avec les symptômes de dépression.

Perspectives des thérapeutes traitants et de cliniciens indépendants : les thérapeutes – mais également des cliniciens indépendants – ont eu à évaluer le niveau de fonctionnement psychiatrique des patients au début du traitement, à la fin de celui-ci et un an plus tard (catamnèse) dans le cadre du *Global Assessment Functioning Scale (GAF)*, ainsi que par rapport à l'axe V du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)* [5].

Perspective des cliniciens indépendants : l'*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)* [6], qui se réfère à la théorie psychodynamique, a été utilisée exclusivement par des évaluateurs indépendants formés à la procédure ; les axes III (niveau structurel) et IV (niveau de gestion des conflits) ont été évalués avant et après le traitement. De plus des interviews de type *Strukturierte Klinische Interview (SKID-II) für DSM-IV* [25] ont été menées.

d. Procédures de mesure des processus

Le *Helping Alliance Questionnaires (HAQ)* [9] selon Luborsky a été utilisé pour évaluer l'alliance thérapeutique toutes les cinq séances – qu'il s'agisse des patients ou des thérapeutes. Ce questionnaire contient 12 items répartis sur deux échelles : *satisfaction par rapport à la relation thérapeutique* et *satisfaction par rapport à la thérapie*. De plus, les patients ont rempli le *OQ-45* (voir le point c), ce qui a permis d'obtenir une valeur liée au déroulement au niveau des problèmes symptomatiques, interpersonnels et sociaux, ceci tout au long de la thérapie.

Et enfin, chaque thérapeute a rempli pour chaque séance une check-list qui devait permettre de saisir ses impressions personnelles par rapport aux interventions techniques menées juste avant. Une partie des techniques d'intervention comprises dans la liste était la même pour tous les thérapeutes ; il s'agissait d'interventions non spécifiques jouant sans doute un rôle dans toutes les approches. Mais la liste comptait aussi des techniques d'intervention caractéristiques, associées à l'approche dans laquelle le thérapeute avait été formé ou à l'institut auprès duquel il avait fait sa formation. Une description de ces techniques spécifiques d'intervention avait été élaborée par les instituts participant à l'étude et elle a été ajoutée à la liste des techniques moins spécifiques.

Chaque thérapeute a donc reçu – en fonction de son appartenance à un courant – une liste comptant au plus 35 items qu’il devait évaluer après chaque séance sur une échelle de 0 (absent) à 10 (utilisé très souvent/ de manière très intensive). Il s’agissait de comparer les ratings subjectifs et les ratings objectifs (voir le point e).

e. Ratings objectifs des interventions thérapeutiques sur la base d’un manuel

Une bonne partie des thérapeutes participants a été d’accord pour enregistrer de manière régulière et continue toutes les séances en rapport avec les traitements psychothérapeutiques inclus dans l’étude, ceci à condition que les patients aient consenti à participer à la recherche (cf. le point 3.a.ii).

Des enregistrements de séances thérapeutiques ont été choisis de manière aléatoire et ont fait l’objet d’un rating complet. Un manuel a été élaboré, qui devait permettre d’évaluer l’intégrité (par rapport à la méthode) des interventions thérapeutiques ; celles-ci sont au nombre de 100. Les différents instituts participants ont fourni des définitions des techniques qu’ils considèrent comme typiques et indispensables à leur approche psychothérapeutique [10]. Pour compléter ces définitions, des techniques d’intervention importantes et caractéristiques qui relèvent de courants ne participant pas à l’étude (thérapie du comportement, thérapie centrée sur le client, thérapie systémique) ont été prises en compte. Dans ce but, on a fait appel à des spécialistes des approches concernées*. Enfin, nous avons tenu compte du fait que des interventions non spécifiques – dans le sens où elles ne sont pas associées à un courant – jouent également un rôle ; nous avons extrait des travaux de recherche les catégories d’intervention le plus souvent mentionnées et les avons intégrées au manuel [10]. Toutes les catégories sont structurées selon le même principe : on donne d’abord une définition de l’intervention, pour ensuite présenter quelques formes d’opérationnalisation (qu’est-ce qui doit être présent pour que l’intervention soit attribuée à cette catégorie ?) ; puis, mention est faite de catégories similaires et des différences avec d’autres catégories. Enfin, des exemples types sont mentionnés. Le manuel a été élaboré par trois collaborateurs scientifiques indépendants, pendant une période de deux ans, des échanges ayant constamment lieu avec les instituts collaborants (voir l’annexe).

La version du manuel distribuée aux raters n’inclut aucune indication sur les rapports des 100 catégories de rating avec les différents courants/approches ou instituts. Les évaluations ont été faites pour chaque ‘phrase grammaticale’ des interventions (unité d’évaluation). Lorsque la catégorie est applicable, un nombre entre 1 et 100 (numérotation des catégories) lui est attribué ; deux catégories s’excluent mutuellement ; en cas de doute, aucun code n’est attribué. Entre 30 et 70 interventions thérapeutiques par séance ont été mises en œuvre par les thérapeutes. Au total, et au moment où nous rédigeons le présent rapport, 342 séances appartenant à 108 thérapies ont été

entièrement évaluées (ce qui signifie que 3 à 4 séances par thérapie ont fait l'objet d'un rating). Les paroles des patients en cours de séance ont été prises en compte lorsque celles des thérapeutes n'étaient pas claires (*unité du contexte*). Des scores ont été calculés pour chaque séance et exprimés en pourcentages. Dans ce but, les valeurs brutes (somme) de toutes les interventions typiques du contexte, globales / non spécifiques et empruntées à d'autres approches ont été additionnées, puis converties en pourcentages (on obtient un total de 100% d'interventions par séance) (*unité d'évaluation*). Des pourcentages ont été calculés pour les trois ou quatre séances par thérapie ayant fait l'objet d'un rating (qu'il s'agisse d'interventions conformes au concept, non spécifiques / générales ou empruntées à d'autres approches). La démarche de formation des évaluateurs (sept) a exigé beaucoup de travail ; elle a duré deux ans et a finalement abouti à une Interrater-Reliability_{ICC} (corrélation intraclass) de 0.81, ce qui a été considéré comme satisfaisant.

3. Description de l'échantillon

a. Ensemble de l'échantillon

Dix des (actuellement) 22 instituts et concepts affiliés à la *Charte suisse pour la psychothérapie* ont initialement décidé de participer à l'étude. Il s'agit des membres suivants :

- Psychologie analytique (Institut C.G. Jung Zurich, ISAP, SSPA) (psychologie des profondeurs)
- Analyse bioénergétique (SSATB) (psychologie des profondeurs)
- Europäische Gesellschaft für Interdisziplinäre Studien (EGIS) –
- psychothérapie par l'art et l'expression (intégrative)
- Analyse existentielle et logothérapie (IGEAP) (humaniste)
- Thérapie gestalt (ASG) (humaniste)
- Institut für Prozessarbeit (IPA) (psychologie des profondeurs)
- Integrative Körpertherapie (IBP) (humaniste)
- Logothérapie et analyse existentielle (ILE) (humaniste)
- Psychanalyse (psychologie des profondeurs)
- Analyse transactionnelle (SGTA / ASAT) (humaniste)

En cours d'étude, les collègues romands membres de l'*Association Suisse d'analyse transactionnelle (ASAT)*, ainsi que les membres de l'*Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK)* ont également décidé d'y participer. Les thérapies *ASAT* ont été jointes en un concept unique à celles de la *SGTA* ; de même, les thérapies *DÖK* ont été ajoutées aux thérapies *SSATB*.

i. Thérapeutes

Sexe

81 psychothérapeutes associés aux douze instituts participants (10 concepts) ont participé de manière active à l'étude. De ces 81 thérapeutes, 54 sont des femmes (66,7%) et 26 des hommes (32,1%) (une donnée manque). La répartition des thérapeutes sur les deux sexes correspond donc aux proportions de deux tiers de femmes et d'un tiers d'hommes fréquemment mentionnée dans la littérature. Cette même répartition a également été constatée lors de l'établissement d'un document de base concernant l'offre psychothérapeutique fournie en Suisse par les instituts et groupements membres de la *Charte suisse pour la psychothérapie* (2001 [28]).

Âge

L'âge des thérapeutes est en moyenne de 50,2 ans (♀) et de 50,6 ans (♂). Ceci correspond également à peu près aux chiffres acquis dans le cadre de l'élaboration d'une documentation de base concernant l'offre psychothérapeutique fournie par la *Charte suisse pour la psychothérapie* (2001 [28]).

Expérience professionnelle

En moyenne, l'expérience professionnelle acquise par les thérapeutes doit être considérée comme très longue : 7,1 ans (♀) et 10,6 ans (♂). Les thérapeutes de sexe masculin ont donc une expérience professionnelle légèrement plus longue. L'expérience professionnelle moyenne des psychothérapeutes ayant participé à l'étude PAP-S est nettement plus importante que celle enregistrée dans la plupart des études contenues dans la littérature.

ii. Patients

Les patients ont été recrutés entre mars 2007 et la fin juin 2011 : chaque institut / thérapeute participant devait signaler à chaque nouveau patient qu'il avait la possibilité de participer à l'étude sur une base volontaire. Aucune limite n'a été posée à l'inclusion dans l'étude (par rapport au diagnostic, à l'âge, etc.). Chaque patient participant a signé une *déclaration d'accord*, dans laquelle le caractère facultatif de la participation et le fait qu'il était libre de renoncer à tout moment à cette dernière étaient mentionnés. Une autorisation de mener l'étude a été demandée aux commissions d'éthique de tous les cantons dans lesquels se situait un centre d'évaluation, soit sept cantons au total.

Il a été demandé à 1'659 patients au total s'ils souhaitaient participer à l'étude. De ceux-ci, 379 ont donné leur accord et ont été intégrés à l'étude. Seuls 362 patients se sont présentés au pré-assessment (au début de la thérapie) ; 17 patients ne sont pas venus. Nous

avons donc pu inclure 362 patients à l'étude. Cependant, un certain nombre d'entre eux ont reconcé en cours de route à leur participation à l'étude ou à leur thérapie ou ont refusé de se présenter à l'assessment final. Leur nombre a été de 64 (ce qui correspond à 16,9% des patients ayant été inclus à l'étude : 39 patients ont interrompu leur thérapie, 31 ont reconcé à participer à l'étude, mais ont poursuivi leur thérapie ; 2 patients ont tout simplement 'disparu' [pas de réaction à nos questions] et 2 thérapeutes ont renoncé à participer à l'étude). 350 patients n'ont interrompu ni l'étude, ni la thérapie, mais ce nombre inclut des patients qui n'ont pas subi les tests menés en phase post (bien qu'ils aient terminé leur thérapie de manière normale). Par ailleurs, des données manquantes au niveau des différents tests de résultats ont fait que nous ne disposons pas de données complètes pour les 350 patients aux niveaux pré et post (Aureliano Crameri prépare actuellement une publication dans laquelle il indique comment il est possible d'utiliser des modèles mathématiques pour compléter les valeurs manquantes).

Sexe

Nous retrouvons ici aussi la répartition typique 2:1 : 232 femmes (66,3%) et 118 hommes parmi les patients (33,7%).

Âge

Les patients sont âgés en moyenne de 38,8 ans (♀) et de 40,1 ans (♂), ce qui fait qu'ils ont en moyenne plus ou moins 10 ans de moins que leurs thérapeutes. Ceci correspond également aux résultats de la documentation de base établie par la *Charte* [28].

Répartition des diagnostics

Concernant les 350 patients inclus à l'étude jusqu'à la fin de leur thérapie, les thérapeutes avaient posé les diagnostics suivants (ICD-10 groupes de diagnostics principaux ; on a également pris en compte les deux premiers diagnostics secondaires) (tableau 1) :

Diagnosics	N	%
Dépression de nature variable (classe 3 ICD-10)	105	30,0
Classe incluant l'anxiété, les compulsions et les problèmes d'adaptation (classe 4 ICD-10)	114	32,6
Mélange d'anxiété et de dépression	45	12,9
Trouble de la personnalité (classe 6 ICD-10)	61	17,4
Autres	25	7,1

Tableau 1: Diagnostics selon l'ICD-10 (posé par les thérapeutes participant à l'étude PAP-S)

Les études épidémiologiques représentatives confirment que ce sont en particulier certaines formes de troubles affectifs et anxieux qui constituent la plus grande partie des états psychiques prémorbides dans la population [27]. Selon une étude analysant la prévalence sur une période de 12 mois, une part importante de la population allemande doit être diagnostiquée comme souffrant de troubles anxieux ou de l'adaptation (selon le DSM-III) (troubles compulsifs : 0,7%, phobies : 12,6%, troubles anxieux globaux : 2,5%, troubles paniques : 2,3% et troubles somatoformes : 11%), ce qui correspond à un taux de prévalence de 29,1% (soit 36,4% des citoyens). Des troubles affectifs (troubles bipolaires : 1,3%, dysthymies : 4,5% et troubles dépressifs : 8,8%) ont été diagnostiqués chez 14,6% de la population (soit 18,3 millions de personnes).

Parmi toutes ces personnes, seule une petite partie choisit de suivre un traitement psychothérapeutique.

Selon une enquête complète menée auprès des thérapeutes dans le cadre de l'élaboration d'une documentation de base par la *Charte*, les diagnostics ICD-10 se répartissaient comme suit parmi les patients traités : F3 : 21%, F4 : 35,5%, F6 : 14,5%. Si l'on inclut le groupe des troubles mixtes (anxiété/dépression) dans le groupe des troubles dépressifs (F3), l'étude *PAP-S* montre une répartition qui ressemble fortement à celle enregistrée au niveau de la documentation de base de la *Charte* ; les données collectées dans ce contexte incluaient 16'053 séries pour des patients traités par 1'292 thérapeutes [28].

L'étude *PAP-S* a également pris en compte les ratings diagnostiques posés par des évaluateurs (raters) spécialement formés au système *SKID* (une interview clinique structurée en rapport avec le DSM-IV) [25]. Dans le DSM-IV les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité sont évalués sur des axes différents, ce qui n'est pas le cas dans l'ICD-10. Cela fait qu'il n'y a pas besoin de décider si, par exemple, la dépression ou un trouble narcissique de la personnalité est l'aspect dominant. C'est pourquoi les proportions de troubles de la personnalité indiquées dans le tableau 2 sont plus élevées que lorsque le diagnostic principal était posé selon l'ICD-10. Nous constatons une prévalence similaire de troubles de la personnalité (44%, cf. tableau 3) à celle qui avait été enregistrée dans l'étude de Grant et al. [26], où la part de troubles de la personnalité était de plus de 50% pour les personnes ayant demandé un soutien psychologique professionnel.

Les diagnostics se répartissent comme suit (tableau 2, selon les 'axes') :

Axe I	N	%
Troubles affectifs	134	38,3
Troubles anxieux	82	23,4
Troubles de l'adaptation	54	15,4
Autres	40	11,4
Aucun	40	11,4
Total	350	100,0

Tableau 2: Diagnostics associés à l'axe I selon le DSM-IV (ratings des évaluateurs)

La catégorie 'aucun' inclut les codes V (similaires aux codes Z de l'ICD-10), les rémissions partielles et tous les troubles psychiques qui ne remplissent pas tous les critères d'un syndrome clinique selon le DSM-IV.

La répartition des troubles affectifs (entre 30 et 40%) et des troubles anxieux / de l'adaptation (près de 40-45%) ne se distingue pas de manière importante pour les ratings des thérapeutes selon l'ICD-10 et les ratings des évaluateurs selon le DSM-IV.

Axe II	N	%
Cluster A (étranges-excentriques, ex. TP de type schizoïde)	8	2,3
Cluster B (dramatiques-émotionnels, ex. TP de type borderline)	43	12,3
Cluster C (anxieux-craintifs, ex. TP de type dépendant)	103	29,4
Aucun	196	56,0
Total	350	100,0

Tableau 3: Diagnostics associés à l'axe II selon le DSM-IV (ratings des évaluateurs)

Le tableau 3 contient un résumé des diagnostics selon le *SKID-II*, c'est à dire des diagnostics de troubles de la personnalité posés par les évaluateurs.

Donc, si nous nous référons au DSM-IV, le diagnostic de troubles de la personnalité est plus fréquent que celui que les thérapeutes avaient posé en se référant à l'ICD-10.

Gravité du trouble en début de traitement

La répartition en catégories de diagnostic ne permet pas de définir la « gravité du trouble psychique ». En vue d'estimer celle-ci, nous avons mené une analyse hiérarchique de clusters incluant les quatre valeurs au moment pré- (au début de la thérapie). Nous avons

utilisé le *critère Elbow* pour définir 5 clusters : trouble léger, trouble relativement léger, trouble de gravité moyenne, trouble grave et trouble très grave.

4. Résultats pour l'ensemble de l'échantillon

a. Ensemble de l'échantillon : outcome et importance des effets

Nous connaissons la durée exacte du processus pour 345 thérapies ; elle est en moyenne de 43,2 séances, la répartition étant très large (35,9 séances). Cela signifie que les deux tiers de toutes les thérapies ont duré au moins 7,3 et au plus 79,1 séances. La durée moyenne des thérapies se situe à un niveau intermédiaire : il ne s'agit ni de thérapies brèves, ni de thérapies longues. Un quart de tous les traitements a duré moins de 17,5 séances, ce qui fait qu'on peut alors les qualifier de 'thérapies brèves'. Le quart supérieur de tous les traitements a duré 58,0 séances et plus, ce qui inciterait à considérer qu'il s'agit de thérapies de longue durée.

Concernant les traitements plus longs, il n'est pas toujours possible de dire que leurs effets ont été meilleurs, même si cela peut paraître être le cas au premier abord (exception : *GAF*) (tabl. 4). Les améliorations en pourcentages des valeurs enregistrées dans les tests initiaux (scores dans les différentes échelles des quatre procédures de mesure) sont présentées dans le tableau 4. Par exemple, une amélioration de 37,9% sur l'échelle *BSI* signifie que la valeur au début élevée des symptômes psychiques a baissé en moyenne de 37,9% jusqu'à la fin de la thérapie, ceci concernant les 148 pourcents des patients qui ont eu en moyenne jusqu'à 43,2 séances de thérapie ; par ailleurs, l'amélioration moyenne exprimée en pourcent pour les 98 traitements psychothérapeutiques qui ont duré plus de 43,2 séances, est de 45,5%. De manière analogue, les améliorations testées par le biais de l'*OQ-45*, du *GAF* et du *BDI* correspondent à ces mêmes pourcentages.

S'il est vrai que les améliorations sont plus importantes, selon le tabl. 4, lorsque le traitement est de longue durée – ceci à tous les niveaux où des tests ont été menés –, il reste que les différences ne sont pas significatives d'un point de vue statistique. Mais une différence est manifeste : si les améliorations apportées par des psychothérapies de longue durée ne sont pas significatives sur le plan statistique, il se peut parfaitement que, d'un point de vue clinique, elles peuvent être très importantes pour certains patients, dans le sens où elles permettent d'obtenir un changement durable, comme le montre maintenant un nombre suffisant d'études [28-30].

Test	N	VM	s	p
BSI				
≤ 43,2 Sitz.	148	37,9	60,4	0.29
> 43,2 Sitz.	98	45,5	44,3	

Test	N	VM	s	p
OQ-45				
≤ 43,2 Sitz.	158	29,9	34,6	0.67
> 43,2 Sitz.	101	31,7	29,7	
GAF				
≤ 43,2 Sitz.	157	22,1	27,6	0.05*
> 43,2 Sitz.	100	29,1	28,5	
BDI				
≤ 43,2 Sitz.	149	37,8	86,6	0.40
> 43,2 Sitz.	98	46,9	80,1	

Tableau 4: Améliorations en pourcentages (valeurs moyennes) entre pré- (début de la thérapie) et post- (fin de la thérapie); * ≤ 0.05 signification

Les traitements plus longs ne sont donc pas (d'un point de vue statistique) en soi plus efficaces ; il faut toutefois prendre en compte la gravité des troubles pour trouver une explication. Les patients souffrant de troubles relativement plus graves pourraient voir leur thérapie avoir plus d'effets lorsqu'elle dure plus longtemps. Dans notre cas, ces patients ont bien reçu une dose plus élevée (soit le nombre des séances) de thérapie que ne l'ont fait les patients souffrant de troubles moins graves ($\chi^2 = 7,14$; $p \leq 0.03$), ceci concernant les chiffres auxquels on aurait pu s'attendre sur le plan théorique. Des patients souffrant de troubles plus sévères ont donc été traités lors de thérapies de plus longue durée que les patients souffrant de troubles moins graves, leur thérapie ayant duré moins longtemps – ce qui explique la différence peu significative entre la durée plus longue ou plus courte de la thérapie.

On peut en outre tirer une autre conclusion : les traitements psychothérapeutiques offerts par ceux des psychothérapeutes membres des instituts de la Charte qui ont participé à l'étude se sont clairement adaptés aux besoins des patients. Plus de séances ont été menées dans le cas des troubles graves et moins dans celui de troubles légers. Un même résultat a été obtenu au niveau de la documentation de base établie par la *Charte*, dans laquelle la question des rapports entre la durée du traitement et les diagnostics ICD-10 avait été posée [28].

i. Ensemble de l'échantillon

Tests d'outcome

Concernant tous les quatre tests, le tableau 5 montre que des améliorations très significatives ont été obtenues sur tous les quatre niveaux : niveau des symptômes (*BSI*), niveau des problèmes relationnels et de rôles (*OQ-45*), niveau (psychiatrique) fonctionnel (*GAF*) et symptômes dépressifs (*BDI*).

Effets de la thérapie	VM	N	s	Valeur T	p	ES
BSI-GSI pré	0,83	251	0,54	11,87	0,0001	0.78
BSI-GSI post	0,43	251	0,43			
OQ-45 pré	62,88	264	21,99	15,37	0,0001	0.90
OQ-45 post	42,59	264	23,15			
GAF pré	63,31	261	13,88	- 15,02	0,0001	0.99
GAF post	76,54	261	13,72			
BDI pré	15,05	253	10,62	12,27	0,0001	0.88
BDI post	6,95	253	8,12			

Tableau 5: Valeurs pré-/post- pour les 4 tests de résultats et les 4 intensités des effets

Les différentes intensités des effets – qui fournissent une mesure mathématique de la manière dont le traitement a agi – sont toutes relativement élevées (le d de Cohen correspond à l'importance des effets en rapport avec les différences moyennes entre deux groupes ; un d de ≤ 0.2 correspond à un effet moindre, un d = 0.2 - 0.50 à un effet moyen, un d de $d = 0.2 - 0.50$ à un effet acceptable et un d ≥ 0.80 à un effet important).

Compte tenu des quatre procédures de test, les intensités des effets se situent donc à un niveau allant de bon à excellent ; elles sont tout à fait comparables à celles qui sont indiquées dans les travaux de recherche sur la psychothérapie [11].

Groupes de diagnostics

Concernant les principaux diagnostics, le tableau 6 montre que la durée du traitement (mesurée en nombre de séances) ne varie que peu au niveau des trois principaux groupes de diagnostics. Les patients pour lesquels un diagnostic principal de « trouble de la personnalité » a été posé (par le thérapeute) ont en moyenne des traitements qui durent entre cinq et sept séances de plus que les patients souffrant de dépression ou d'une névrose de type anxieux.

NOMBRE TOTAL DE SEANCES				
Classe de trouble ICD-10	N	VM	s	Médian
Ensemble de l'échantillon	345	43,2	35,9	32
F 3 (troubles affectifs)	162	43,8	35,5	34

NOMBRE TOTAL DE SEANCES				
Classe de trouble ICD-10	N	VM	s	Médian
F 4 (névrose, troubles de l'adaptation, troubles somato-formes)	104	41,8	37,8	31
F 6 (Troubles de la personnalité)	32	48,7	34,5	46

Tableau 6: Nombre de séances de thérapie pour les principales classes de diagnostics selon l'ICD-10

Nous disposons de données complètes en rapport avec les deux points de mesure et les quatre instruments d'outcome pour près de 250 patients (les différences par rapport aux 350 patients participant à l'étude sont dues au fait que certaines valeurs concernant un ou plusieurs tests manquent ou que ces valeurs n'ont pas été enregistrées en fin de thérapie).

On constate une tendance selon laquelle ce sont les patients qui souffrent de dépression ou d'anxiété qui profitent le mieux du traitement. A l'inverse, les patients souffrant d'un trouble mixte (dépression-anxiété) ou d'un trouble de la personnalité en retirent le moins de profit (tabl. 7).

Concernant les quatre tests, l'importance du changement est la plus élevée chez les patients souffrant de troubles affectifs (exception : selon l'OQ-45, l'amélioration est aussi bonne chez les patients souffrant de troubles anxieux). Les patients souffrant de troubles de type névrotique-anxieux se situent tous au deuxième rang.

Groupe de troubles	BSI			OQ-45			GAF			BDI		
	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff
N	78	78		79	79		78	78		78	78	
formes affectives F 3 (ICD-10)	0,93	0,50	0,43	68,0	45,4	22,7	61,2	77,0	15,8	18,5	9,1	9,5
N	75	75		83	83		83	83		79	79	
formes névrotiques F 4 (ICD-10)	0,77	0,37	0,40	61,8	38,9	22,9	64,6	78,4	13,8	14,2	5,1	9,1
N	33	33		37	37		36	36		33	33	
formes mixtes (dépression-anxiété)	0,73	0,44	0,29*	60,6	46,0	14,7	62,5	72,9	10,4	13,6	7,0	6,6

Groupe de troubles	BSI			OQ-45			GAF			BDI		
	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff	MW prä	MW post	Diff
N	50	50		50	50		50	50		48	48	
troubles de la personnalité F 6 (ICD-10))	0,80	0,42	0,39	59,5	40,7	18,8	65,4	75,2	9,8	11,8	6,2	5,6

Tableau 7: Résultats du traitement pour les principaux groupes de diagnostics ICD-10 (toutes les différences sont très significatives, avec un $p < 0.0001$ et un $p < 0.001^*$)

S'il est vrai que les patients souffrant de troubles de la personnalité ou de troubles mixtes (dépression-anxiété) profitent en moyenne de manière significative du traitement psychothérapeutique, le bénéfice qu'ils en retirent est nettement moins important que pour ceux qui souffrent d'un trouble de catégorie ICD-10 F 3 ou F 4.

Si l'on place les valeurs des tests pour tous les quatre tests au même niveau (en procédant séparément pour les mesures pré- et les mesures post-), il devient possible de calculer un score total pour les résultats ((valeur $T_{\text{pré}}$ – valeur T_{post}) (tabl. 8). Ces scores (VM) mettent en évidence la manière variable dont les patients inclus dans les différents groupes de troubles bénéficient du traitement. La valeur T médiane est relativement la plus élevée pour les troubles affectifs ; viennent ensuite les troubles névrotiques-anxieux, avec des valeurs encore positives. Par contre la VM est déjà très négative dans les cas de troubles dépressifs-anxieux et encore plus négative lorsqu'il s'agit de troubles de la personnalité. Un test de variance montre que les quatre groupes tendent à varier de manière significative au niveau de l'effet global du traitement (ANOVA; valeur $F = 2,109$; $p < 0.10$).

Groupes de troubles	N	VM
Affectifs (F 3)	76	3,12
névrose anxieuse (F 4)	69	1,59
affectif-anxieux	32	- 8,34
trouble de la personnalité (F 6)	46	- 9,71

Tableau 8: Différences (valeurs T ajoutées) entre pré et post

Gravité du trouble en début de traitement

Le tableau 9 montre que c'est la gravité ressentie par les patients du trouble psychique dont ils souffrent en début de traitement qui fait la différence – et non pas le diagnostic

psychiatrique formel. Les cinq clusters mis en évidence par une analyse hiérarchique s'accompagnent de manière linéaire d'une augmentation de la durée du traitement (en nombre de séances). Plus le patient souffre au début du traitement, plus le nombre de séances de thérapie augmente. Lorsque les patients souffrent de troubles plus graves, les thérapeutes travaillent plus longtemps avec eux, ceci dans une proportion significative – comme nous l'avons déjà indiqué plus haut (il semble que cela permette d'obtenir des résultats relativement comparables pour tous les groupes de patients, ce qui confirme la relation dose-effet déjà connue en psychothérapie) [12].

Gravité du trouble en début de thérapie et nombre de séances	N	VM	s	Médian
basse	71	31,9	24,3	24
relativement basse	67	41,4	28,3	29
moyenne	85	42,2	33,1	34
importante	69	53,3	43,5	42
très importante	25	57,4	52,4	42
ANOVA		F = 4,38	p < 0,002	

Tableau 9: Gravité ressentie du trouble en début de traitement et durée moyenne de la thérapie (en nombre de séances)

Prédiction du succès

La recherche scientifique sur la psychothérapie s'intéresse beaucoup à la question de savoir quels sont les facteurs pertinents par rapport à la prédiction du succès ou de l'échec du traitement.

Les facteurs (les variables) suivants ont été étudiés dans le cadre de l'étude *PAP-S* en vue de prédire l'effet possible d'une thérapie – il s'agit de variables qui, lors de différentes études, s'étaient avérées importantes par rapport à l'outcome :

- Orientation théorique du thérapeute (concept)
- Degré de charge psychique pour le patient
- Durée de la thérapie (nombre de séances)
- Expérience professionnelle du thérapeute
- Qualité de l'alliance thérapeutique
- Caractéristiques sociodémographiques du patient et du thérapeute (âge, sexe)

Nous avons effectué une analyse régressive multiple /hiérarchique, qui nous a permis de constater que les variables suivantes jouent un rôle important par rapport à l'effet du traitement : le degré du ressenti du patient quant à la gravité de son trouble en début de traitement (variance : 21,6%) et satisfaction du patient par rapport au traitement (variance : 4,9%). Il reste que cela ne permet pas d'expliquer 73,5% de la variance totale.

On constate pourtant qu'un facteur joue un rôle très important par rapport à l'ensemble du changement thérapeutique : il s'agit du degré auquel le patient souffre au début du traitement. Dans la mesure où une corrélation négative (!) très élevée entre ce dernier aspect et le degré auquel le patient est « satisfait du traitement » en début de thérapie (-.32, $n = 275$, $p \leq 0.0001$), cela signifie que plus les patients se considèrent souffrir d'un trouble grave, plus ils auront tendance à ne pas être satisfaits du traitement psychothérapeutique. Par contre, à la fin leur satisfaction par rapport au traitement est corrélée de manière positive au résultat du traitement (nous avons inclus tous les patients, y compris ceux qui souffraient de troubles graves). Ces rapports peuvent paraître complexes, mais ils signifient que les patients souffrant de troubles graves provoquent des complications au niveau de l'alliance thérapeutique et qu'ils exigent probablement beaucoup du thérapeute. Pourtant, il semble que les thérapeutes réussissent quand même à mener les traitements de manière telle que même des patients souffrant de troubles graves en seront satisfaits et en retireront profit ! Un plus grand compliment ne pourrait être adressé aux thérapeutes ayant participé à la présente étude en ce qui concerne l'efficacité des psychothérapies qu'ils gèrent de manière très professionnelle et les compétences dont ils disposent.

ii. Aspects liés au sexe (thérapeute, patient, gender-matching)

232 (66,3%) des 350 patients sont de sexe féminin et 118 (33,7%) de sexe masculin. Dans 177 cas (50,6%), thérapeute et patient étaient des femmes et dans 53 cas (15,1%) ils étaient tous deux des hommes. Cela signifie que, plus souvent que sur la base du facteur hasard, des couples patient-thérapeute de même sexe ont été formés ($\chi^2 = 28,16$; $p \leq 0.0001$) : des thérapeutes et des patients de sexe féminin, mais aussi des thérapeutes et des patients de sexe masculin se retrouvent nettement plus souvent que l'on ne s'y attendrait – théoriquement – si l'on ne prenait en compte que le nombre de personnes des deux sexes dans l'échantillon. Les quatre combinaisons (♀/♀; ♀/♂; ♂/♀; ♂/♂) n'ont toutefois aucune influence sur le résultat de la thérapie. Mais si l'on considère l'ensemble des couples thérapeutiques (de même sexe vs. de sexes opposés), on constate que ceux qui sont mixtes obtiennent de meilleurs résultats au niveau de la réduction des symptômes (*BSI*) (valeur $F = 5.02$; $df = 234$; $p = 0.026$). Dans les couples mixtes ($n = 72$), les symp-

tômes ont été réduits de 52,3%, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 36,1% dans le cas des couples de même sexe. Aucune différence justifiant une interprétation n'est manifeste au niveau des autres tests.

En résumé, on peut dire par rapport au facteur sexe qu'il existe apparemment une tendance faisant que les couples patients-thérapeutes se forment entre des personnes de même sexe plutôt qu'entre des personnes de sexes différents. Il reste qu'au niveau de la réduction des symptômes, la formation d'un couple avec un thérapeute de l'autre sexe semble plus favorable.

iii. Formation professionnelle et expérience

Il faut différencier avec soin lorsqu'on considère l'expérience professionnelle et ses effets sur le processus psychothérapeutique comme sur ses résultats. Cette démarche n'est presque jamais mentionnée dans les travaux de recherche en psychothérapie.

Nous avons collecté de larges informations sur les psychothérapeutes participant à notre étude. Nous avons, en particulier, posé des questions sur leur formation de base, ainsi que sur le type, le nombre et la durée des formations postgrades ou complémentaires.

Nous avons également examiné de près 'l'ajustage' entre thérapeute et patient (formation de base, diagnostic, gravité du trouble etc.). Nous avons obtenu les résultats très complexes ci-dessous – qui ne sont pas encore définitifs.

L'expérience professionnelle du thérapeute (années d'expérience) n'influence pas directement les caractéristiques de succès (tests). On constate toutefois qu'il existe différentes combinaisons remarquables, qui pourraient avoir une influence décisive sur le déroulement et les résultats du traitement.

Nous avons déjà mentionné sous 4.a.i (groupes de diagnostics) que la gravité du trouble dont souffre le patient au début de la thérapie a une influence démontrable sur l'utilité du traitement. On peut maintenant se demander si la personnalité du thérapeute a également une influence sur le déroulement du traitement et ses résultats.

Dans le cadre de l'étude *PAP-S* des contrôles ont été menés concernant la formation de base des thérapeutes (type d'études) et leur(s) formation(s) postgrade(s) en psychothérapie. Nous avons mis en évidence les liens suivants avec des variables relevant des processus ou des résultats, ceci étant important par rapport aux diagnostics :

Sachant que 81 thérapeutes ont contribué des cas à l'étude, nous n'avons pu acquérir des chiffres complets concernant au moins un cas – aux niveaux pré- et post- (t 1 et t 2) – que

pour 67 thérapeutes. Ils se répartissent sur quatre catégories différentes de filières de base :

- 41 psychologues diplômés d'université (61,2%)
- 9 médecins (13,4%)
- 7 personnes ayant fait d'autres études universitaires (10,4%)
- 10 psychologues ayant suivi une autre HES (14,9%)

Les 41 psychologues diplômés de l'université ont contribué 149 traitements à l'étude PAP-S, les 9 médecins 38 cas, les 7 personnes ayant fait d'autres études universitaires et les 10 psychologues HES 48 cas.

Les traitements menés par les différents groupes peuvent être caractérisés comme suit :

Traitements menés par des psychologues universitaires (n = 149)

- âge relativement bas des patients
- relativement peu d'expérience professionnelle du thérapeute
- moins de formations complémentaires suivies par les thérapeutes
 - dans 91,3% des cas, pas de formation complémentaire
- moins de patients dépressifs et relativement plus de patients souffrant de troubles de la personnalité

Traitements menés par des médecins (études universitaires; n = 38)

- moins de séances de thérapie
- plus de patients dépressifs
- meilleure relation thérapeutique
- moins de formations complémentaires suivies par les thérapeutes
 - dans 84% des cas, pas de formation complémentaire

Traitements menés par des thérapeutes ayant suivi d'autres formations professionnelles (université, psychologie HES, autres études HES ; N = 48)

- thérapeutes légèrement plus âgés
- plus d'expérience professionnelle des thérapeutes*
- plus de patients souffrant de dépression, presque aucun souffrant d'un trouble de la personnalité
- plus de séances de thérapie*
- plus de formations complémentaires*

- 30,9% avec une seconde formation ou plus (69,1% n'ayant pas fait de formation complémentaire)

* tous significatifs

Quelques différences se manifestent à différents niveaux en rapport avec la formation de base des thérapeutes : les psychologues universitaires ont en moyenne suivi nettement moins de formations que les thérapeutes ayant d'autres formations de base, mais aussi presque moins que les médecins. Les psychothérapeutes ayant suivi d'autres formations de base sont – logiquement – un peu plus âgés. Il faut alors se demander si une plus longue expérience professionnelle (ou même de la vie ?), qui n'est pas accompagnée de formation, a une importance pour le déroulement des traitements psychothérapeutiques. Les troubles que traitent de préférence les différents groupes professionnels pourraient également être à l'origine de différences. Les psychologues universitaires traitent relativement plus de patients souffrant de troubles de la personnalité et moins de patients dépressifs que les membres des autres groupes et l'on sait que les résultats obtenus chez des patients dépressifs sont meilleurs que lorsqu'il s'agit de troubles de la personnalité.

Nous avons analysé l'influence de la formation de base sur les résultats de la thérapie en tenant compte de différentes variables pertinentes – comme l'étendue de l'expérience professionnelle du thérapeute, son âge, les diagnostics principaux et secondaires – et en utilisant un modèle linéaire mixte (modèle multilevel). Le modèle prend en compte le fait que les thérapeutes contribuent un nombre variable de traitements et nous l'avons utilisé pour tenter de cerner des différences généralisables entre les différents groupes professionnels.

Selon nos calculs, concernant les résultats des thérapies il n'y a pas d'influence significative variable en fonction de la formation de base (études) ; de même, l'étendue de l'expérience professionnelle (en années) ne joue aucun rôle, pas plus que l'âge des thérapeutes. Les diagnostics posés par les thérapeutes n'ont pas non plus eu d'influence significative. Par contre, un facteur extrêmement significatif a pu être cerné en ce qui concerne le résultat ultérieur du traitement : le degré auquel les patients souffraient de leur trouble psychique au début du traitement (cf. aussi le point 4.a.i).

Les quelques réflexions ci-dessus permettent déjà de saisir à quel point les variables ayant une influence sur les traitements psychothérapeutiques sont complexes. Nous ne pouvons pas expliquer en ce moment comment les rapports dynamiques liant les aspects qui exercent une influence les uns sur les autres contribuent à provoquer des processus thérapeutiques de changement, quelles sont les variables et quelles sont les données qui exercent

une influence, ni d'ailleurs à quel moment. Les rapports liant les processus et les résultats doivent être traités plus en détail dans le cadre d'une publication qui est encore en préparation ; il faudra en particulier tenter de définir l'influence qu'a la charge psychique subie par le patient en début de traitement sur l'évolution de ce dernier (mais aussi sur le thérapeute et donc sur l'alliance thérapeutique) [17].

Nous constatons toutefois dès maintenant qu'il n'est pas possible de dire quelles sont les professions de base des psychothérapeutes qui contribuent à ce que les résultats des traitements soient meilleurs. Des facteurs beaucoup plus nombreux, dont chacun est important, jouent un rôle, ce qui fait que, si l'on considère les variables chacune pour soi, on ne saisit pas du tout ce qui provoque un processus complexe de changement.

En tout cas, ces résultats pourraient inciter à relativiser l'axiome concernant la formation en psychothérapie : la politique de la formation qui est actuellement pratiquée veut que seule une formation de base en psychologie ou en médecine permette de garantir la protection des patients. Les résultats de la présente étude montrent que, de toute évidence, des psychothérapeutes ayant une formation de base différente – associée à une filière complémentaire incluant les branches de base qui sont pertinentes du point de vue de la psychothérapie (comme le pratiquent depuis plusieurs années les instituts membres de la *Charte suisse pour la psychothérapie*), puis à une formation postgrade solide dans le courant choisi et éventuellement à des formations complémentaires – obtiennent des résultats tout aussi bons.

iv. Alliance thérapeutique

On enregistre une corrélation très significative avec le résultat de la thérapie dès lors que l'alliance thérapeutique s'améliore (HAQ-1) et que la satisfaction par rapport au traitement (HAQ-2) devient meilleure – ces deux aspects étant perçus du point de vue du patient (HAQ-1: .19, $n = 216$, $p \leq 0.005$; HAQ-2: .18, $n = 216$, $p \leq 0.009$).

v. Intégration

Permettez-nous de souligner à nouveaux les résultats et points importants par rapport à l'ensemble de l'échantillon :

- Effets du traitement : Tous les traitements psychothérapeutiques étudiés se sont avérés en moyenne très réussis, les patients ayant en moyenne beaucoup profité du traitement

- Intensité des effets (ES) : Celle-ci se situe à un niveau correspondant à une très bonne moyenne par rapport aux études rapportées dans la littérature
- Degré de charge psychique : Concernant la réussite postérieure de la thérapie, la variable la plus importante est le ressenti des patients par rapport à leur trouble au début de la thérapie : plus ils souffrent à ce moment, plus le succès de la thérapie sera important et inversement. Il semble donc que le ‘stress de la souffrance’ représente une composante très importante à la fois de leur motivation à suivre une thérapie et du pronostic concernant le changement thérapeutique
- Alliance thérapeutique : Une forte corrélation est constatée entre l’amélioration de la satisfaction des patients par rapport à la relation thérapeutique et au traitement en cours de thérapie et des résultats favorables du processus
- Formation et expérience professionnelles : Alors que l’expérience professionnelle des thérapeutes (en années depuis la fin de la formation postgrade) ne joue aucun rôle au niveau de l’outcome de la thérapie, nous ne trouvons dans notre échantillon aucune indication qui laisserait supposer que le type de formation de base (études) ou le nombre de formations complémentaires (donc la durée pour l’ensemble de la formation) ont une influence importante sur les résultats des traitements
- Durée de la thérapie (‘dose’) : Le nombre de séances (la dose thérapeutique) ne semble pas jouer un rôle important lorsqu’on la met en rapport (statistiques) avec les résultats de la thérapie (statistiques). Il nous reste toutefois à déterminer si la tendance à des traitements plus longs dans le cas de patients souffrant de troubles plus graves ou de diagnostics moins favorables sert de compensation au niveau des résultats de la thérapie (une durée plus longue avec des patients souffrant de troubles plus graves ayant plus d’effets, ce qui éliminerait les différences au niveau des résultats)
- Les diagnostics psychiatriques formels (posés selon l’ICD-10 par les thérapeutes) ne jouent pas un rôle important par rapport aux effets obtenus. Les patients qui souffrent de troubles dépressifs – ainsi que ceux qui souffrent de troubles anxieux – retirent un profit relativement plus important du traitement psychothérapeutique que ce n’est le cas pour les patients souffrant d’un trouble mixte (anxiété-dépression) ou ceux qui souffrent d’un trouble de la personnalité (ceux-ci auraient sans doute besoin d’une dose plus élevée de thérapie). Les patients souffrent à un degré plus ou moins élevé en début de traitement, mais cette charge ne dépend pas du diagnostic formel qui est posé

- Les patients souffrant de troubles graves reçoivent une dose plus élevée de thérapie, ce qui permet de compenser par rapport aux effets du traitement obtenus pour d'autres patients (cf. plus haut)
- Des facteurs liés au sexe jouent un certain rôle au moment où quelqu'un décide de suivre un traitement : les couples mixtes thérapeute-patient sont plus fréquents que la moyenne. Ceci ne signifie pas forcément que les résultats du traitement seront automatiquement meilleurs : il semble que les couples mixtes obtiennent des effets légèrement meilleurs (mais non significatifs) lorsque l'on applique trois des quatre procédures de test ; par contre, la réduction des symptômes est (significativement) meilleure lorsque le couple est mixte.

5. Description de l'échantillon partiel en rapport avec l'intégrité de la méthode utilisée

a. Échantillon partiel

Nous avons pu étudier, avant décembre 2012, un échantillon extrait de l'ensemble en vue de répondre à une question centrale du projet de la *Charte* : jusqu'où les interventions techniques des psychothérapeutes sont-elles spécifiques au contexte – les termes techniques sont *treatment adherence* ou *treatment integrity*. Il s'agit en fait de l'une des questions essentielles (si ce n'est la plus importante) posées en psychothérapie [14]. En médecine, les mécanismes régissant les effets sont saisis par rapport à une causalité. Une intervention médicale donnée (une technique d'opération, une molécule contenue dans un médicament, une forme spécifique de psychothérapie) doit apporter de l'aide, une guérison ou du moins une amélioration ou un changement souhaitable sur le plan clinique. On considère un effet spécifique, par exemple celui qu'a une composante d'un médicament. En psychothérapie, on attend d'une procédure donnée (concept thérapeutique) qu'elle ait un effet spécifique sur un trouble psychique donné ; par exemple, une approche de type thérapie du comportement, psychodynamique, axée sur le corps, systémique ou humaniste, incluant des interventions spécifiques, va pouvoir permettre d'obtenir une guérison ou une nette amélioration des dépressions, des troubles anxieux ou d'autres troubles psychiques.

C'est cet aspect qui sert de base aux idées des protagonistes adoptant une manière de mener la recherche appelée *Empirically Supported Treatment (EST)* : dans ce contexte, on considère la *médecine basée sur l'évidence (EBM)*, y compris son principal standard le *randomized-controlled trial (RCT)*, comme essentiels par rapport à 'l'objet' psychothérapie [15]. Les critiques émises à l'égard de cette perception unilatérale de la recherche en psychothérapie sont surtout en rapport avec le fait que les processus ont très peu été étudiés et que l'on ne sait pas du tout si « le contenu correspond à l'emballage » [15]. En d'autres termes, la question est de savoir si les psychothérapeutes concrétisent vraiment le concept qu'ils ont appris sous une forme pure ou encore, quelle est la proportion de ce qu'ils font qui correspond à la méthode à laquelle ils ont été formés ? Que font-ils réellement pendant les séances ? Jusqu'à maintenant, la majorité des études sur la psychothérapie se réfère à la notion de RCT, puisque les chercheurs assument largement que les thérapeutes appliquent le concept dont ils ont fait l'apprentissage, sans vérifier si cela est vraiment le cas ou dans quelle mesure.

Pour les raisons mentionnées plus haut, le design de l'étude *PAP-S* incluait l'examen des activités concrètes menées par les psychothérapeutes participants. 71 (sur 81, il s'agit d'un pourcentage considérable de 87,7%) d'entre eux ont accepté d'enregistrer (audio) les traitements psychothérapeutiques qu'ils contribuaient à l'étude, du moins lorsque leurs patients avaient donné leur ac-

cord. On leur a recommandé d'enregistrer toutes les séances comprises dans le traitement. Il avait été prévu que les chercheurs sélectionnent de manière aléatoire entre trois et cinq séances par traitement et les soumettent à une évaluation complète. Les thérapeutes et les patients ne sauraient pas d'avance quelles séances seraient évaluées, ce qui évitait de fausser le processus thérapeutique dans le sens où ils auraient eu l'impression d'être observés pendant ces séances. Ils devaient croire que l'ensemble de la thérapie – et donc potentiellement chaque séance – pourrait être soumis dans le détail aux chercheurs. L'influence de la recherche a donc été maintenue à un niveau constant pour toutes les thérapies et pour tous les enregistrements : ce dernier aspect deviendrait alors un facteur qui influencerait de manière égale toutes les thérapies, ce qui éviterait de provoquer des différences entre elles.

273 thérapies (sur 350, soit 78%) ont été enregistrées, au complet pour certaines mais en majorité (environ la moitié des séances) et en partie (des séances réparties sur l'ensemble du traitement pour satisfaire aux exigences de la recherche). Les chercheurs ont choisi entre trois et cinq d'entre elles pour chaque traitement enregistré, de préférence une séance datant du début du traitement, une séance appartenant à son milieu et une séance ayant eu lieu durant la phase finale de la thérapie. Les évaluateurs ont reçu ces enregistrements sur CD. Ils ne savaient pas à quel courant appartenait le psychothérapeute concerné, ni de quel trouble souffrait le patient ; ils ont donc évalué les interventions thérapeutiques en se référant à un rating manual nouvellement élaboré (pour les détails, voir le point 2.e et l'annexe du présent rapport).

i. Thérapeutes

Sexe

Les 108 thérapies enregistrées ont été menées par 70 thérapeutes de sexe féminin et 38 thérapeutes de sexe masculin (certains thérapeutes ont compté plusieurs fois, car ils ont contribué plusieurs traitements à l'étude). Le facteur sexe est donc réparti de manière significativement inégale. 63 thérapies ont été menées selon une approche humaniste, 34 selon une approche de type psychologie des profondeurs et 11 selon une orientation intégrative. L'outcome des thérapies ne diffère pas en fonction du sexe du thérapeute.

Âge

L'âge moyen des thérapeutes est de 51,6 ans pour l'ensemble de l'échantillon (108 thérapeutes, médian = 53,0 ans).

Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle moyenne des thérapeutes est de 10,8 ans (médian = 8.0 ans), la dispersion étant de 8,2 ans. Cela signifie que l'expérience professionnelle des deux tiers des thérapeutes se situe entre 2,6 et 19 ans.

ii. Patients

Sexe

Les 108 traitements ont été suivis par 63 femmes (58,3%) et 45 hommes (41,7%).

Âge

L'âge des 108 patients se situe entre 17 et 71 ans, avec une moyenne de 39,3 ans (médian = 40 ans). Environ deux tiers des patients ont un âge situé entre env. 27 et 51 ans. Les 10% des 108 patients ont moins de 21 ans et les 10,5% ont plus de 55 ans.

Répartition des diagnostics

La répartition des diagnostics est très semblable à celle enregistrée pour l'ensemble de l'échantillon (voir point 3.a.ii). Environ 30% des patients souffrent d'un trouble affectif, près de 40% d'un trouble anxieux ou d'adaptation et un bon 11% d'un trouble de la personnalité.

Gravité de la charge psychique au début du traitement

Concernant l'échantillon partiel, nous avons calculé trois clusters interprétables du point de vue de la gravité de la charge au début du traitement (analyse hiérarchique des clusters basée sur le *critère Elbow*) : patients souffrant d'un trouble léger, patients souffrant d'un trouble de gravité moyenne et patients souffrant d'un trouble sévère.

6. Résultats de l'échantillon partiel en rapport avec l'intégrité de la méthode

a. Échantillon partiel : outcome et intensité des effets

Tests d'outcome

Les quatre tests d'outcome montrent que des améliorations très significatives ont eu lieu (à chaque fois $p < 0.000$) pour les patients appartenant à l'échantillon partiel. Les intensités des effets se situent entre 0.73 (*BSI-GSI*), 0.81 (*BDI*), 0.82 (*OQ-45*) et 0.99 (*GAF*). Cela signifie que les thérapies choisies pour évaluer les interventions sont absolument comparables à celles constituant l'échantillon dans son ensemble (350 thérapies).

Charge psychique au début du traitement

Au début du traitement, sa répartition est la suivante (voir le tabl. 10) :

	Charge psychique	N	VM	s
BSI	faible	26	0,28	0,15
	moyenne	26	0,70	0,29
	forte	39	1,33	0,43
OQ-45	faible	26	38,22	9,29
	moyenne	26	52,57	10,85
	forte	39	78,89	12,82
GAF	faible	26	74,69	10,54
	moyenne	26	59,85	13,81
	forte	39	53,82	7,63
BDI	faible	26	5,87	4,27
	moyenne	26	10,61	4,33
	forte	39	23,38	6,94

Tableau 10: Charge psychique au début du traitement (des chiffres plus élevés correspondent à une charge plus élevée. Exception : le GAF, pour lequel des valeurs plus basses signifient une charge plus forte)

L'importance de la charge psychique au début du traitement influence fortement les résultats de ce dernier – de manière directe (comme c'était le cas pour l'ensemble de l'échantillon, cf. ci-dessous) et par le biais de la relation thérapeutique. Il s'avère que l'intensité de la charge psychique initiale tend à influencer de manière linéaire la qualité de la relation thérapeutique (HAQ-1 : valeur $F = 2,883$; $df = 85$; $p \leq 0.06$) (tendance forte), ainsi que la satisfaction avec

le traitement (HAQ-2 : valeur $F = 2,938$; $df = 85$; $p \leq 0.06$) : plus forte la charge est, moins la relation thérapeutique et la satisfaction avec le traitement sont élevés et inversement.

i. Fidélité au concept

Des 10 instituts participant à l'étude *PAP-S*, 9 ont enregistré les séances par le biais de leurs thérapeutes membres. Les thérapies psychanalytiques et analytiques (*SSPA*) n'ayant représenté que petit nombre des séances enregistrées, les deux catégories ont été réunies en une seule. Il n'est malgré tout resté que cinq thérapies dont les enregistrements ont pu être évalués.

L'illustration 1 montre les parts en pourcentage des interventions fidèles au concept, non spécifiques (générales) et empruntées à un autre courant pour chaque concept.

Il s'est donc avéré que les interventions fidèles au concept (ratings objectifs) constituaient entre 4,3% (*IPA*, anciennement *FS POP*) et 27,6% (*IBP*) du total des interventions psychothérapeutiques. Par contre, les interventions non spécifiques ou générales représentent entre 51,0% (*IBP*) et 74,6% (*SSATB*) / *DÖK*) des interventions. Des interventions empruntées à d'autres courants ont été menées à 15,9% (thérapies psychanalytiques et analytiques), ce pourcentage allant jusqu'à 26,2% (*IPA* / *FG POP*).

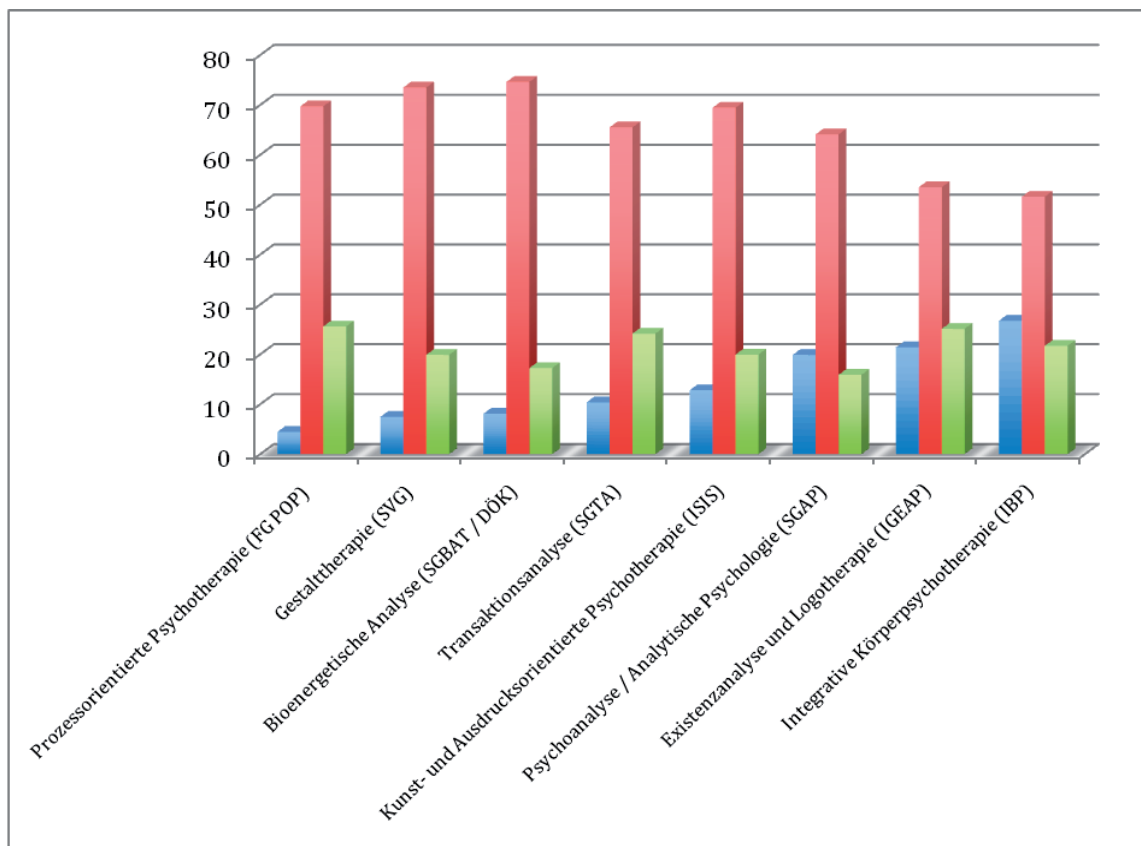


Illustration 1: Interventions spécifiques (bleu), générales ou non spécifiques (rouge) ou empruntées à d'autres courants (verts) en pourcentages moyens

Illustration 1 : De gauche à droite :

- Psychothérapie axée sur les processus (FG POP)
- Thérapie Gestalt (ASG)
- Analyse bioénergétique (SSATB)
- Analyse transactionnelle (ASAT)
- Psychothérapie par l'art et l'expression (ISIS)
- Psychanalyse / psychologie analytique (SSPA)
- Analyse existentielle et logothérapie (IGEAP)
- Psychothérapie intégrative par le corps (IBP)

ii. Caractéristiques des interventions thérapeutiques et leurs effets

Les traitements psychothérapeutiques enregistrés qui ont été évalués du point de vue de la spécificité du concept peuvent également être analysés sous d'autres angles. En principe, il sera possible dans le futur d'évaluer les paroles prononcées par les patients et d'établir des liens entre elles et le processus thérapeutique, ainsi que les résultats de la thérapie. Cela impliquera toutefois beaucoup de travail et un investissement considérable en temps.

Les évaluations déjà menées dans le cadre de notre étude par rapport aux interventions thérapeutiques (mot clé : fidélité au concept) peuvent dès maintenant être examinées du point de vue d'autres caractéristiques, ceci sans causer beaucoup de travail. On trouve, par exemple, dans la littérature des études concernant les processus thérapeutiques interactifs qui indiquent, par exemple, que l'intensité du soutien thérapeutique, les confrontations ou les interprétations du transfert contiennent certaines caractéristiques qui peuvent avoir une influence sur les résultats ultérieurs de la thérapie [16].

Nous nous sommes référés aux caractéristiques pertinentes des interventions thérapeutiques – telles qu'elles ont été étudiées dans le cadre de la recherche – et avons sélectionné trois dimensions :

- Thématization de contenus émotionnels et affectifs
- Interprétations
- Confrontations

Nous avons mené une démarche visant à parvenir à un consensus et avons finalement choisi les trois catégories du manuel de rating (voir annexe) qui correspondaient clairement à l'une des dimensions et qui étaient d'ailleurs utilisées le plus fréquemment par les thérapeutes. Il s'agit des catégories suivantes :

- Thématization de contenus affectifs-émotionnels
(numéro de la catégorie dans le manuel)

- 2 Régulation de l'affect (*bioénergétique, gestalt*)
 - 8 Travailler sur un vécu / un ressenti subjectif (*général*)
 - 19 Diriger l'attention consciente sur les émotions/sentiments ressentis en ce moment (*gestalt et général*)
 - 29 Élaborer (*psychanalyse*)
 - 31 Empathie (*thérapie par entretiens et général*)
 - 57 Se concentrer sur les impulsions venant du corps (*bioénergétique, Integrative Body Psychotherapy, gestalt*)
 - 92 Verbalisation de vécus émotionnels (*thérapie par entretiens*)
- Interprétations
(numéro de la catégorie dans le manuel)
- 11 Travail sur du matériel préconscient (*psychanalyse*)
 - 27 Interprétation (*psychanalyse*)
 - 30 Aider à saisir des comportements modifiés (*Existenzanalyse und Logotherapie et général*)
- Confrontation
(numéro de la catégorie dans le manuel)
- 1 Confronter les mécanismes de défense et les résistances (*psychanalyse*)
 - 60 Confronter (*psychanalyse*)

Le degré auquel les différents modes d'intervention entrent en jeu influence le processus thérapeutique et ses résultats. On est quelque peu surpris de voir que les interventions qui concernent des contenus affectifs-émotionnels tendent à ne pas avoir d'effets positifs. On trouve une corrélation significativement négative avec la satisfaction au sujet du traitement ($-.25$; $n = 101$; $p \leq 0.01$). Par ailleurs, une satisfaction croissante avec la relation thérapeutique entraîne une corrélation significativement positive avec le résultat de la thérapie ($.25$; $n = 71$; $p \leq 0.04$), ainsi qu'une amélioration de la satisfaction avec le traitement ($.24$; $n = 71$; $p \leq 0.05$).

Les styles d'intervention de type interprétation et confrontation ont des influences variables sur l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement. On constate avec beaucoup d'intérêt qu'une manière d'intervenir *sur le mode confrontation* tend à augmenter avec l'âge du thérapeute ($p \leq 0.06$) et avec la durée de son expérience professionnelle (en années) ($.20$; $n = 107$; $p \leq 0.04$). Par ailleurs – et c'est intéressant – les interventions dans

lesquelles le thérapeute confronte le patient sont corrélées de manière significativement positive avec la durée de la thérapie (.21; $n = 108$; $p \leq 0.03$).

La satisfaction du patient par rapport au traitement montre une corrélation significativement négative avec un style thérapeutique dans lequel les interventions touchent à des contenus émotionnels-affectifs ($r = - .25$; $n = 101$; $p \leq 0.01$). La fréquence et l'intensité avec lesquelles ces contenus sont mentionnés font que, plus elles sont élevées, moins les patients seront satisfaits du traitement.

Le tableau 11 montre des tendances intéressantes en rapport avec des modes combinés d'intervention et leur influence sur les résultats de la thérapie. Pour l'établir, nous avons combiné des thérapeutes qui ont fréquemment ou rarement menés des interventions des trois catégories (*interventions émotionnelles-affectives, interprétation et confrontations*). Une moyenne a été établie pour les valeurs issues des thérapeutes traitant plusieurs cas, ceci selon la catégorie d'intervention.

Test	Combinaisons des interventions techniques des thérapeutes	N	Moyenne de l'amélioration en pourcent
GSI de l'échelle BSI			
t1 – t2	styles mixtes	51	29,4
	émotion élevée interprétation basse confrontation basse	14	2,2
	émotion basse interprétation élevée confrontation élevée	19	30,7
GAF			
t1 – t2	styles mixtes	54	27,6
	émotion élevée interprétation basse confrontation basse	16	25,3
	émotion basse interprétation élevée confrontation élevée	18	30,9
OQ-Total-Score			
t1 – t2	styles mixtes	52	29,5
	émotion élevée interprétation basse confrontation basse	15	13,5

Test	Combinaisons des interventions techniques des thérapeutes	N	Moyenne de l'amélioration en pourcent
	émotion basse interprétation élevée confrontation élevée	20	22,3
BDI-Total-Score t1 – t2	styles mixtes	54	39,2
	émotion élevée interprétation basse confrontation basse	14	22,3
	émotion basse interprétation élevée confrontation élevée	20	41,0

Tableau 11: Styles d'interventions techniques (combinaisons) des thérapeutes et résultats de la thérapie (base en pourcentages des charges GSI, OQ, BDI et amélioration du niveau de fonctionnement en termes psychiatriques [GAF] pour les trois groupes de combinaisons (N = nombre de traitements)

D'un point de vue statistique, aucun style d'intervention n'est clairement meilleur que les autres : les échantillons sont trop petits et la dispersion des moyennes est trop élevée. Il faut toutefois supputer qu'avec des échantillons plus importants, les différences observées pourraient être significatives par rapport aux résultats du traitement psychothérapeutique.

La différence la plus nette est celle entre un style d'intervention associant simultanément une forte proportion de contenus/affects émotionnels et une basse intensité d'interprétation et de confrontation et, par ailleurs, un style opposé d'intervention, impliquant une proportion relativement basse de contenus/affects émotionnels, mais simultanément une forte proportion d'interprétations et de confrontations.

Ce résultat représente une **tendance**, non démontrée sur le plan statistique (sans doute seulement parce que les échantillons sont trop petits). Il reste que cette tendance est nette – à tous les niveaux des tests : les thérapeutes qui soulignent les contenus émotionnels-affectifs tout en interprétant et en confrontant trop peu obtiennent des effets moindres pour le traitement. A ceux-ci s'opposent les thérapeutes qui s'intéressent aussi aux contenus émotionnels-affectifs et qui interviennent en conséquence, mais qui ont une tendance à interpréter – à les placer dans un contexte donné – et à confronter – à mentionner les contradictions et les 'taches aveugles' chez leurs patients. Ces thérapeutes obtiennent

probablement des changements meilleurs chez ces derniers, comme les résultats de nos quatre tests d'outcome laissent supposer.

Si l'on forme des clusters sur l'ensemble des outcomes (en utilisant les quatre instruments d'outcome), on obtient trois groupes : un cluster où le succès est très élevé ($n = 28$ traitements), un cluster où le succès est moyen ($n = 27$ traitements) et un cluster impliquant des échecs ($n = 17$ traitements). Ces trois clusters se distinguent de manière significative concernant la fréquence des interventions thérapeutiques de type *émotionnel-affectif* (valeur $F = 3,391$; $df = 71$; $p \leq 0.04$). Lors des traitements qui ont eu de très bons résultats, les thérapeutes obtiennent en moyenne un score de 0,92 pour leurs interventions ; lors des traitements qui ont eu des résultats relativement bons, les thérapeutes obtiennent en moyenne un score de 1,02 pour leurs interventions et lors des traitements qui ont échoué, le score moyen est de 1,27. Cela signifie que, concernant 72 cas, les interventions de type émotionnel-affectif ont produit en moyenne des résultats moins bons, les bons résultats tendant à être relativement rares.

En résumé, il semble que l'alliance thérapeutique – et plus tard les résultats des traitements – est influencée négativement lorsque le thérapeute se concentre trop sur les *contenus affectifs-émotionnels* tout en interprétant et en confrontant trop rarement. Or, l'alliance thérapeutique joue un rôle essentiel au niveau de la réussite de la thérapie. De toute évidence, les interventions fondées sur les émotions et les affects des patients constituent un aspect important de tout traitement psychothérapeutique. Mais compte tenu de nos résultats, il faut se demander ce que pourrait représenter une conclusion positive par rapport au traitement : les interventions qui soulignent trop les aspects émotionnels-affectifs jouent-elles un rôle plutôt négatif, comme d'ailleurs celles dans lesquelles il y a persistance sur les contenus émotionnels (dans le sens d'une empathie exagérée), ce qui fait que l'on « emballe les patients dans de l'ouate » et les confronte trop peu à des faits désagréables ?

iii. Influence du sexe (patient, thérapeute, gender-matching)

Les variables liées au sexe n'ont pas d'influence sur l'efficacité de la thérapie (ce qui était déjà le cas pour l'échantillon global), que ce soit pour le patient ou du point de vue du thérapeute.

Les combinaisons possibles (gender matching, ♀/♀ - ♀/♂ - ♂/♀ - ♂/♂) ne paraissent pas non plus influencer les résultats du traitement. Comme nous l'avons déjà mentionné au point 4.a.ii, il existe une préférence pour les couples thérapeute-patient de

même sexe. Concernant l'échantillon partiel, les modes d'intervention des thérapeutes dépendant du sexe sont présents tout à fait indépendamment du concept/courant dont ils relèvent (cf. ill. 2).

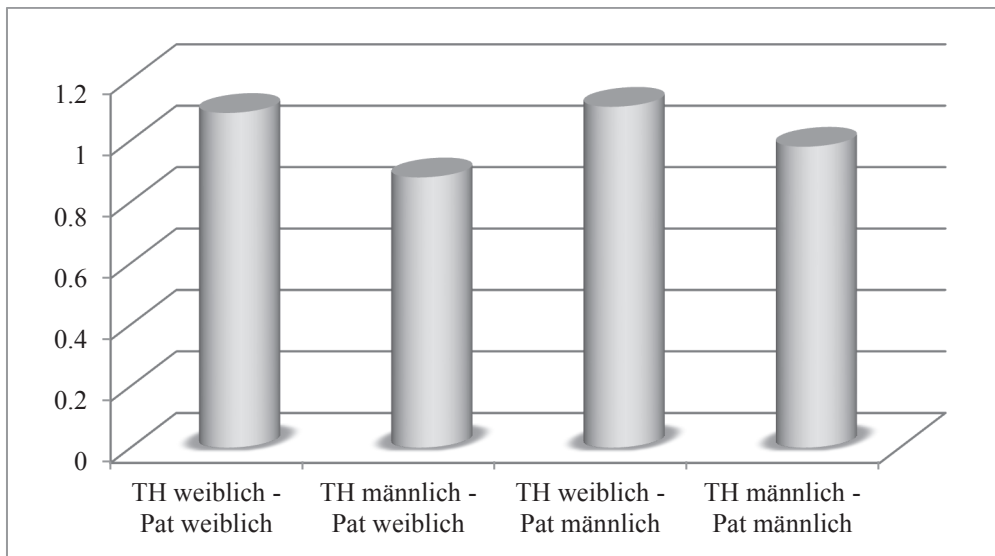


Illustration 2: Interventions de type *affectif-émotionnel* (scores moyens) et sexe du thérapeute

Les thérapeutes de sexe féminin tendent à intervenir plus souvent au niveau *affectif-émotionnel* que ne le font les thérapeutes de sexe masculin, quel que soit le sexe des patients ou leurs problèmes. Concernant les autres modes d'intervention, on ne constate aucune différence.

iv. Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle du thérapeute ne joue aucun rôle décisif par rapport au succès ou à l'échec de la thérapie. Elle ne varie pas beaucoup pour les différents concepts ou pour les instituts inclus dans l'échantillon partiel (il en va de même pour l'ensemble de l'échantillon). Concernant ce dernier, nous avons constaté une influence significative de l'expérience professionnelle sur le degré auquel les interventions thérapeutiques sont fidèles au concept. Plus les psychothérapeutes ont de l'expérience, moins ils s'en tiennent au concept de traitement et aux techniques d'intervention auxquels ils ont été formés. A l'inverse : moins (en années) les thérapeutes ont d'expérience professionnelle, plus ils s'en tiennent au concept dans lequel ils ont été formés. Mais le degré de fidélité au concept n'a pas eu d'influence sur les résultats de la thérapie.

v. Alliance thérapeutique

Concernant également l'échantillon partiel, l'alliance thérapeutique ne diffère pas en fonction des différents courants, que ce soit au niveau de la satisfaction avec la relation ou sur le plan de la satisfaction au sujet du traitement.

vi. Prédiction du succès

Nous avons considéré des variables données du point de vue de leur valeur de prédiction (comme nous l'avons fait pour l'ensemble de l'échantillon, cf. point 4.a.ii). De manière très semblable, ici encore le degré auquel les patients *souffraient initialement* s'est avéré très pertinent par rapport aux résultats de la thérapie. A ceci s'ajoutent *l'amélioration de la satisfaction avec la relation thérapeutique* et le nombre d'interventions de type *émotionnel-affectif* menées par le thérapeute. Le ressenti des patients par rapport à la *charge psychique initialement représentée par leur trouble* corrèle de manière significative avec un aboutissement positif de la thérapie, alors que la corrélation est significativement négative pour le nombre d'*interventions de type affectif-émotionnel* menées par le thérapeute (analyse régressive multiple et hiérarchique). Ensemble, les trois variables indépendantes contribuent pour 21,1% à la variance globale d'outcome ($F = 7,258$; $p \leq 0.0001$).

D'un point de vue clinique, cela signifie que lorsque la souffrance initiale des patients est forte, le processus de traitement psychothérapeutique est plus efficace, une bonne relation thérapeutique jouant un rôle important. Celle-ci tend à être moins bonne lorsque les interventions du thérapeute sont trop souvent liées à des contenus *affectifs-émotionnels* (avec simultanément trop peu d'interprétations et de confrontations) et, dans ce cas, elle va donc avoir une influence peu favorable sur les effets du traitement. En ce qui concerne tous ces aspects, le degré auquel le thérapeute adhère ou non au concept dans lequel il a été formé ne joue aucun rôle.

vii. Intégration

Le résultat le plus central devrait être le fait que la fidélité à un concept psychothérapeutique, telle qu'elle se mesure dans les interventions thérapeutiques, n'a pas d'importance. On est toutefois surpris de constater que certaines qualités des interventions contribuent au processus thérapeutique et influencent donc les résultats du traitement.

Détails :

- La spécificité du traitement et la fidélité à un concept n'ont aucune influence sur les effets du traitement. Elles sont toutefois plus grandes lorsque le thérapeute est novice que lorsqu'il s'agit d'un thérapeute expérimenté
- L'importance de la charge psychique s'avère décisive pour le succès de la thérapie, ceci pour les traitements inclus dans l'échantillon partiel
- Expérience professionnelle : L'expérience professionnelle dont disposent les thérapeutes, mesurée en années, ne joue aucun rôle au niveau de l'outcome de la thérapie. De même, la profession de base (type d'études) ne joue pas un rôle décisif
- Durée de la thérapie (dose) : Le nombre de séances (dose thérapeutique) ne joue pas non plus un rôle important
- Interventions thérapeutiques : Les techniques d'intervention centrées sur le vécu *affectif-émotionnel du patient* sont – sans doute à un degré important ou à elles seules – contre-indiquées
- Alliance thérapeutique : Comme pour l'échantillon global, l'amélioration de la *satisfaction avec la relation et le traitement* est corrélée de manière significative avec la réussite du traitement
- Influence du sexe : On constate avec intérêt que le facteur sexe joue un rôle important au niveau de la qualité des interventions thérapeutiques. Plus souvent que leurs collègues masculins, les thérapeutes de sexe féminin se concentrent sur les contenus affectifs et émotionnels du vécu des patients. Par ailleurs, une tendance est manifeste : les patients de sexe féminin sont moins souvent soumis à des confrontations que ne le sont les patients de sexe masculin.

7. Intégration et conclusions

Les 350 psychothérapies examinées (et placées sous la responsabilité de 10 instituts différents) dans le cadre de *l'étude PAP-S* peuvent être considérées comme très efficaces. Une dose faible à moyenne d'environ 43 séances de thérapie permet d'obtenir des effets convaincants et des améliorations très significatives à tous les niveaux étudiés ; l'intensité de ces effets est parfaitement comparable à ce dont il est fait mention dans la littérature [11].

Les 81 psychothérapeutes ayant collaboré à l'étude sont très professionnels, avec une moyenne de 13 ans d'expérience. Les traitements psychothérapeutiques qui ont été contribués à l'étude montrent qu'une partie des patients n'était soumise qu'à une charge psychique basse ou moyenne, alors qu'une autre partie souffre de troubles qu'il faut qualifier de très graves ou chroniques. Ceci rend d'autant plus significatif le fait que ce sont ces patients qui retirent le plus de profit du traitement.

On n'a constaté aucune différence pertinente au niveau des effets des différents concepts thérapeutiques.

Le degré auquel le thérapeute est fidèle à son concept ou l'intégrité du traitement ne jouent aucun rôle par rapport aux résultats de la thérapie. Au lieu d'enregistrer les effets spécifiques attendus – en fonction de la mise en œuvre d'un concept spécifique de traitement –, on constate que des facteurs non spécifiques, généraux, jouent un rôle décisif : il s'agit de l'importance de la souffrance ayant poussé le patient à consulter et de la qualité de l'alliance thérapeutique. A ceci s'ajoutent des techniques spéciales d'intervention, qui semblent dépendre du type de diagnostic ou de trouble, mais qui influencent de manière décisive l'alliance thérapeutique, puis par conséquent les résultats du traitement.

Les caractéristiques des interventions sont, jusqu'à un certain point, liées au sexe du thérapeute : les thérapeutes de sexe féminin ont tendance à travailler plus souvent au niveau émotionnel-affectif.

Les critères formels de diagnostic ne jouent aucun rôle par rapport au processus de traitement, ni d'ailleurs à ses résultats. Il faudrait plutôt élaborer des catégories pour l'intensité de la souffrance des patients et celles-ci ne correspondront pas forcément à des diagnostics formels puisqu'elles seront définies en fonction des résultats cumulés des tests. Comme le montrent de premiers résultats – qui doivent être publiés prochainement – les psychothérapeutes s'adaptent bien à un haut niveau de charge chez certains de leurs patients. Bien que cela provoque éventuellement des difficultés supplémentaires par rapport à l'alliance thérapeutique, ils travaillent en s'adaptant aux patients et obtiennent alors d'excellents résultats [17].

8. Remerciements

Il convient d'exprimer nos nombreux remerciements.

Nous remercions d'abord la *Charte suisse pour la psychothérapie* qui a rendu la présente étude possible et qui s'est ouverte à la recherche empirique. Ses membres et ses responsables non pas seulement apporté un soutien énergique au financement de l'étude ; la plupart d'entre eux y ont participé très activement pendant plusieurs années. Un immense merci leur est donc adressé, qui vient directement de nous, les chercheurs (AvW, AC, VT).

Il faut aussi mentionner les instituts membres de la *Charte*. Nous les remercions pour la manière dont ils ont été disposés à coopérer, mais aussi pour le fait qu'ils ont co-financé l'étude.

Nous, les chercheurs, sommes convaincus que les données acquises dans le cadre de *l'étude PAP-S* pourront être exploitées pendant longtemps, servant de base à de nombreuses publications scientifiques ; elles contribueront donc de manière durable et essentielle à un élargissement du savoir à disposition de la recherche en psychothérapie.

Nous remercions bien sûr tous les patients qui ont participé à l'étude : ils nous ont accordé leur confiance et leur coopération a été spontanée, même si elle a parfois été pénible. Nous sommes convaincus qu'ils ont contribué de manière importante à l'acquisition des éléments complexes impliqués dans les processus de changement psychothérapeutique ; cet aspect va, nous l'espérons, être utile aux futurs utilisateurs de psychothérapie.

Et enfin, nos très grands remerciements sont adressés au donateur anonyme qui a choisi de nous aider à réaliser le projet en nous apportant un important soutien financier. Nous espérons qu'il aura la possibilité de lire les publications concernant le projet et, par ce biais, de prendre acte de nos remerciements.

9. Bibliographie

- 1 Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A, Weber R. Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal of Psychotherapy* 2010; 14: 23-35
- 2 Franke GH. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz-Test 2000
- 3 Lambert MJ, Morton JJ, Hatfield D, Harmon C, Hamilton S, Reid RC, Shimokawa K, Christophersen C, Burlingame GM. Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services L.L.C., 2004
- 4 Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II. Beck-Depressionsinventar. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 2006
- 5 Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe, 2003
- 6 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber/Hogrefe, 2006
- 7 Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980
- 8 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975
- 9 Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 1995; 40: 23-32
- 10 Tschuschke V, Koemeda M, Schlegel M. Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) – Ratingmanual. Version 7.0. Unveröff. Manusk., Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2011
- 11 Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed.. New York: John Wiley & Sons, 2004: 139-193
- 12 Lueger R. Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1995; 40: 267-278
- 13 Schlegel M, Meier I, Schulthess P. Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren. Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie I. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2011
- 14 Tschuschke V, Köhler M, Blawath S, Berglar J, Muth K, Staczan P, Cramer A, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda M. Specific or unspecific therapeutic interventions? Treatment integrity and its relationship with treatment outcome in eight different psychotherapeutic approaches. (Unveröff. Manusk.)
- 15 Perepletchikova F. Treatment integrity and differential treatment effects. Commentary. *Clinical Psychology, Science & Practice* 2009; 16: 379-382
- 16 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187: 571-578
- 17 Blawath S, Tschuschke V, Koemeda M, Cramer A, von Wyl A, Schulthess P. Modelling of psychotherapeutic change. (Unveröff. Manusk.)
- 18 Auer B, Buchmann R, Fischer M, Frauenfelder A, Geiser Juchli C, Holtz N, Hunter HR, Schlegel M. Die Wissenschaftskolloquien der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 2002, 10: 75-80

- 19 Buchmann R, Schlegel M. Die Entstehung der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“. Psychotherapie Forum 2002, 10: 223-227
- 20 Frauenfelder A, Schlegel M, Buchmann R. Ein gemeinsamer Nenner von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie: über die Umfrage zur „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. Psychotherapie Forum 2004, 12: 233-240
- 21 Itten T. Wissenschaftskolloquium in Zürich Psychotherapie Forum 2005, 12 (3) Supplement, S. 89 f
- 22 Schlegel M (Hrsg). Menschenbilder, Gesundheits-, Krankheits- und Therapieverständnisse und deren Hintergründe der in der Schweizer Charta für Psychotherapie vereinigten Psychotherapieverfahren: Angaben zu institutionellen Daten und internationalen Vernetzungen. Psychotherapie Forum 2002, 10 (2)
- 23 Schlegel M. Ausführungsbestimmungen zur Wirksamkeitsforschung der durch die Schweizer Charta für Psychotherapie akkreditierten Verfahren. Psychotherapie Forum 2006, 14: 199 - 205
- 24 Schweizer Charta für Psychotherapie. Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. Psychotherapie Forum 2002, 10: 228 – 230
- 25 Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe 1997
- 26 Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Huang B. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Psychiatric Research 2005, 39: 1-9
- 27 Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2001; 44: 993-1000
- 28 Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P. Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie Forum 2002; 10: 127-146
- 29 Beeler I. Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (unveröffentlicht)
- 30 Schweizer Charta für Psychotherapie. Wissenschaftsdeklaration, 2002.
<http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de/wissenschaft/kriterien>

Manuel de rating

permettant de garantir la fidélité au concept psychothérapeutique

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz

(PAP-S)

der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie

Volker Tschuschke

Margit Koemeda

Mario Schlegel

Version 7.0 (Etat: 11.11.2011)

Table des matières

Introduction	56
1. Confronter les mécanismes de défense et les résistances / réfléchir aux distorsions de la perception	58
2. Régulation de l'affect	59
3. Transmettre un modèle d'activation / de désactivation	60
4. Identifier des analogies	61
5. Enregistrer l'anamnèse	62
6. Entraînement à la gestion de la peur	63
7. Fournir une assistance spirituelle	64
8. Travailler sur un vécu / un ressenti subjectif	65
9. Travail sur des questions existentielles / sur le Dasein	66
10. Travail sur les frontières du processus	67
11. Travail sur du matériel préconscient	68
12. Utiliser l'humour	69
13. Travail sur des épisodes complexes	70
14. Utilisation d'outils créatifs / Encourager, exercer la créativité	71
15. Associations (libres)	72
16. Associations (liées)	73
17. Travail utilisant la respiration	74
18. Confier des tâches	75
19. Diriger l'attention consciente sur les émotions/sentiments ressentis en ce moment	76
20. Porter attention à la communication	77
21. Travail sur des schémas comportementaux et sur des convictions	78
22. Attention positive inconditionnelle (Api)	79
23. Développer une expérience plus éloignée du conscient	80
24. Travail biographique	81
25. Apprendre une manière de travailler sur le caractère et 'l'agence'	82
26. Déréflexion	84
27. Interprétation	85
28. Mener un dialogue avec soi et le monde	86
29. Elaborer	87
30. Aider à saisir des comportements modifiés	88
31. Empathie (général)	89
32. Frontières énergétiques	90
33. Enseigner des techniques de relaxation	91
34. Saisir l'essence du processus secondaire / moins conscient	92
35. Expérimenter un nouveau comportement	93
36. Travailler sur la base d'un feedback	94
37. Elimination forcée	95
38. Questions en rapport avec la construction de possibilités	96
39. Questions en rapport avec la construction de la réalité	97
40. Contre-transfert	99

41. Elaborer un génogramme	100
42. Frustration ciblée.....	101
43. Poser des limites.....	102
44. Concept des positions fondamentales	103
45. Messages parentaux positifs (GPM) / Permissions	104
46. Fournir un appui / un soutien	106
47. Thématiser la hiérarchie, le rang ou les privilèges.....	107
48. Thématiser les états du Moi	108
49. Demander l'identification	109
50. Imagination.....	111
51. Encourager le processus d'individuation	112
52. Transmettre des informations / psychoéducation.....	113
53. Promouvoir l'intégration.....	114
54. Interaction avec une figure intérieure critique	115
55. Elucider (clarifier, approfondir)	116
56. Prise de conscience du corps.....	117
57. Se concentrer sur les impulsions venant du corps.....	119
58. Exercice corporel.....	121
59. Travail de communication basé sur un diagramme.....	122
60. Confronter	123
61. Cerner les (manques de) congruences	124
62. Utiliser la responsabilité artistique.....	125
63. Tenir compte du matériel	126
64. Dialogue axé sur l'image de l'homme	127
65. Travail avec des métaphores	128
66. Poser des questions sur le processus créatif.....	129
67. Elaborer un nouveau sens et un nouveau contexte sur la base du matériel produit par la patiente	130
68. Intention paradoxale.....	131
69. Renforcement positif.....	132
70. Résoudre un problème.....	133
71. (Faire) prescrire des psychotropes.....	134
72. Recadrer / modulation de l'attitude.....	135
73. Confrontation des stimulus in sensu.....	136
74. Confrontation des stimulus in vivo	137
75. Activation des ressources	138
76. Initier un jeu de rôles.....	139
77. Techniques d'autogestion.....	140
78. Révélation de soi /auto-divulgateion (thérapeutique).....	141
79. Thématiser les questions de sens.....	142
80. Créer un sens et une signification	143
81. Elaborer un scénario de vie	144
82. Analyse des jeux psychologiques ou des méconnaissances.....	145
83. Contrôle des stimulus	146

84. Travail sur des symboles	147
85. Parler des symptômes.....	148
86. Thématiser l'acceptation de soi.....	149
87. Changer de thème.....	150
88. Contrat / relation thérapeutique.....	151
89. Thématiser les objectifs de la thérapie	152
90. Transfert	153
91. Questions sur les différences.....	154
92. Verbalisation de vécus émotionnels (VeE)	155
93. Conditionnement masqué.....	156
94. Analyse / exploration du comportement	157
95. a été intégré à 56.....	158
96. Sensibilisation par rapport à l'œuvre créée	159
97. Définition de la situation à partir des œuvres.....	160
98. Proposer d'élargir l'œuvre	161
99. Imaginer des valeurs.....	162
100. Référence aux valeurs	163
101. Questions circulaires.....	165
Bibliographie.....	166

Introduction

Le présent manuel ('rating manual') permet à des **personnes extérieures d'évaluer des interventions psychothérapeutiques**. Dans ce sens, son contenu relève des travaux de recherche s'intéressant au respect du concept (parfois appelé 'fidélité au manuel' ou 'recherche sur le facteur adhérence') fondant les interventions psychothérapeutiques.

Le manuel a été élaboré dans le cadre du projet de recherche mené par la *Charte suisse pour la psychothérapie* (www.psychotherapiecharta.ch). Ce projet s'est déroulé dans toute la Suisse pendant la période 2006-2012 (des centres d'évaluation dans lesquels des psychodiagnoses étaient posés se trouvaient à Bâle, Berne, Coire, Lausanne, Lucerne, Saint-Gall et Zurich). La première phase du projet a été accompagnée scientifiquement par la *Hochschule für Angewandte Psychologie – HAP* (Prof. Hugo Grünwald) ; le projet est maintenant dirigé par le *département de psychologie appliquée* (Dr. Agnes von Wyl) des *Zürcher Hochschulen für Angewandte Wissenschaften*, le département de psychologie médicale de l'*Universitätsklinikum zu Köln* (Univ.-Prof. Dr. Volker Tschuschke) étant en charge de l'accompagnement scientifique.

Les catégories d'intervention présentées dans le manuel sont essentiellement en rapport avec les interventions techniques utilisées par ceux des instituts affiliés à la *Charte suisse pour la psychothérapie* qui ont participé à l'étude. Ces derniers ont, chacun, listé les catégories d'intervention qui, de leur point de vue, sont typiques et pertinentes ; ces contenus ont été structurés de la manière suivante : désignation – définition – critères opérationnels – exemples typiques. Entre six (au minimum) et dix catégories (au maximum) ont été définies et formulées en fonction de la structure prévue. En plus des catégories relevant spécifiquement des orientations, des **catégories d'intervention non-spécifiques / générales** ont été formulées selon la même structure et incluses dans le manuel (ces catégories sont tirées de la recherche en matière de psychothérapie, ex. : Lambert, 2004, ainsi que d'une séance de brainstorming à laquelle ont participé des représentants des orientations thérapeutiques impliquées).

Les affiliés à la Charte suivants ont contribué des catégories d'évaluation comprises dans le manuel :

Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG-POP)

Internationale Gesellschaft für existenzanalytische Psychotherapie – Schweiz (IGEAP)

Institut für Integrative Körpertherapie (IBP)

Institut für Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie (ISIS)

Institut für Logotherapie- und Existenzanalyse - Chur (ILE)

Société Suisse de Psychologie Analytique (SSPA/SGAP)

Association Suisse pour l'Analyse Transactionnelle (ASAT/SGTA)

Société Suisse d'Analyse et de Thérapie Bioénergétiques (SSATB/SGBAT)
Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG)

De plus, des représentants des orientations/des instituts qui n'ont pas participé au projet ont élaboré et contribué au manuel des catégories d'intervention considérées comme importantes dans le cadre des approches suivantes :

Psychothérapie centrée sur le client (psychothérapie par entretiens)

Thérapie systémique (abrégé 'systémique' ci-dessous)

Thérapie du comportement (TC)

Il a fallu un peu plus de deux ans pour préparer le manuel ; ont collaboré à cette démarche :
Dr. soc. Dipl.-Psych. Margit Koemeda, Dr. sc. nat. Mario Schlegel et Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke.

Les doctorants suivants ont également apporté une aide fiable à l'élaboration du rating manual :
Dipl.-Psych. Miriam Köhler, Dipl.-Psych. Jessica Berglar, Dipl.-Psych. Katharina Muth, Dipl.-Psych. Pia Staczan, ainsi que Dipl.-Psych. (FH) Antonia Roth-Ehrang.

1. Confronter les mécanismes de défense et les résistances / réfléchir aux distorsions de la perception

DEFINITION

La thérapeute (th) confronte la patiente (pat) à des contenus dont celle-ci n'est **pas consciente** ou qui lui **sont désagréables** – ce qui fait qu'elle met en place un mécanisme de défense. Il s'agit de **manipulation inconsciente de la perception** de faits réels (déli, refoulement).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- signale les processus de défense à la pat
- confronte la pat au fait qu'elle ne perçoit pas quelque chose ou qu'elle ne le prend pas (suffisamment) au sérieux
- mentionne à la pat des 'vérités désagréables'

DISTINCTION

- ⇒ *60 (Confronter)* : La th. parle des **contradictions** enregistrées dans le comportement de la pat. et/ou des difficultés manifestées de manière stéréotypée et/ou répétitive
- ⇒ *61 (Mettre en évidence les congruences)* : Les **contradictions** entre les messages verbaux et non-verbaux sont rendus conscientes (il ne s'agit pas du contenu). A ce niveau, l'intonation, la mélodie des paroles, la mimique et les gestes sont comparés au contenu des messages verbaux (Watzlawick : niveaux analogue et digital de la communication)

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je pense que, sur ce point, vous n'êtes pas honnête avec vous-même. »
2. Th : « J'ai l'impression que vous ne voulez pas vraiment voir ce qui se passe. »
3. Th : « Mon impression est que – sans vraiment le remarquer – vous faites des efforts considérables pour ne pas être réellement consciente de certaines choses. »
4. Th : « Là, vous vous défendez contre quelque chose ! »
5. Th : « Se peut-il qu'ici vous ne perceviez pas quelque chose de manière adéquate (ou que vous vous trompiez à ce sujet) ? »
6. Th : « J'ai l'impression que vous ne voulez pas vraiment voir cet aspect ! »

2. Régulation de l'affect

DEFINITION

La thérapeute mentionne la **régulation de l'affect** ressenti par la pat dans un domaine donné et tente d'obtenir une modification de l'état affectif en question.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute attire l'attention de la patiente sur

- **les émotions, les pulsions, les affects ressentis dans son quotidien actuel**
- **les émotions et affects en rapport avec des souvenirs émergents**
- **les émotions, les pulsions ou les affects faisant partie de la démarche d'exploration pour qu'ils soient approfondis ou mieux saisis**

DISTINCTION

- ⇒ 19 (Diriger l'attention consciente sur des émotions/sentiments ressentis en ce moment) : Là, il s'agit **d'encourager la patiente à mieux percevoir des émotions ou sentiments**
- ⇒ 57 (Se concentrer sur les impulsions venues du corps) : Les pulsions/affects peuvent être **renforcés par des mouvements du corps**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous avez dû attendre cinq minutes avant le début de la séance et vous avez ressenti de la colère. J'en suis désolée, mais vous savez que ce genre de chose n'arrive que rarement. Nous pourrions utiliser cet exemple pour travailler sur le thème de l'expression de la colère : j'ai vu que, pendant un très court moment, vos yeux se sont rétrécis et vous ne m'avez plus regardée en face. Essayez d'éprouver à nouveau cette colère, de plisser vos paupières et peut-être de dire à nouveau que cela vous énerve de devoir attendre en me regardant droit dans les yeux ! »
2. Th : « Juste maintenant, vous avez l'air d'être ailleurs, comme si le contact avec ce qui vient de se passer était interrompu : Où êtes-vous ? A quel moment vous êtes-vous détachée intérieurement ? »
3. Th : « Où vous êtes-vous rendue intérieurement ? »
4. Th : « Ne vous détachez pas tout de suite de cette émotion, essayez de la ressentir à nouveau ! »

3. Transmettre un modèle d'activation / de désactivation

DEFINITION

La thérapeute transmet ou incite la patiente à **travailler sur la base d'un modèle d'activation / de désactivation.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute parle

- **du fonctionnement du système nerveux autonome lorsqu'il est activé, soumis au stress ou à des évènements traumatiques**
- **de la courbe du stress (courbe d'activation / de désactivation)**
- **des trois niveaux de l'adaptation au stress (communication/mobilisation/ immobilisation)**
- **des trois réflexes face au stress (alarme / fight or flight / freeze) et de leur signification personnelle pour la patiente**

DISTINCTION

⇒ 52 (Transmettre des informations) : Ici, il ne s'agit **pas** de physiologie

EXEMPLES TYPIQUES

La thérapeute

1. introduit la courbe d'activation / de désactivation en mentionnant les trois réflexes de stress possibles : « Imaginez que vous êtes couchée dans une chaise longue au jardin et que vous vous sentez très détendue. Tout à coup vous entendez du bruit dans les buissons. Qu'arrive-t-il alors ? C'est exact, vous n'êtes plus dans un état de relaxation (homéostasie) mais dans un état d'activation. Vous avez peur et vous tentez de vous orienter (réflexe d'orientation / d'alarme). Imaginez qu'il s'avère que le bruit a été produit par un rouge-gorge voletant dans les buissons. Qu'arrive-t-il ? C'est exact, vous vous détendez (désactivation). Imaginez qu'il s'avère que le bruit a été produit par un cambrioleur. Le niveau d'activation va augmenter et, selon la manière dont vous évaluez la situation, vous tenterez de fuir ou d'affronter le cambrioleur (réflexe fight or flight), etc.
2. explique à une patiente rapportant qu'après un accident de voiture, elle ne pouvait pas parler : « C'est normal. Votre système nerveux a été activé à un tel degré, que votre capacité à communiquer a pratiquement disparu. »
3. explique à une patiente rapportant qu'elle est demeurée comme pétrifiée lorsqu'elle a vu son fils sur le point de se faire renverser par une voiture : « Vous étiez comme paralysée et ne pouviez plus réagir. Il s'agit d'une réaction tout à fait normale dans une situation anormale. »
4. dit à la patiente : « Le fait que vous soyez extrêmement sensible et que vous réagissiez aussi violemment aux bruits et autres stimulus est en rapport avec un degré élevé d'activation. »
5. dit : « Pas étonnant que vous ayez de la peine à dormir toute la nuit lorsque votre organisme est en état d'alarme. »
6. Th : « Nous ne pouvons pas travailler sur votre traumatisme tant que vous êtes dans un tel état d'activation. »

4. Identifier des analogies

DEFINITION

La thérapeute aide la pat à identifier de possibles **analogies** entre les différentes œuvres caractérisant son processus et son quotidien (problématique) actuel.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute utilise

- **la perception de l'œuvre par la pat, établissant des parallèles avec le quotidien**
- **l'expérience du processus, établissant des liens avec le quotidien**
- **les résultats de la réflexion sur la perception par la patiente et / ou le processus, établissant des liens avec les problèmes de départ (thème de départ)**

DISTINCTION

⇒ 97 (Définition de la situation en fonction des œuvres) : Ici, il ne s'agit que des aspects matériels

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous avez peint une image que vous avez intitulée 'une ligne droite'. Pouvez-vous établir des liens ou une analogie entre cette image et le problème relationnel dont vous m'avez parlé ? »
2. Th : « Vous parlez dans ce poème de 'la nostalgie secrète pour l'île verdoyante'. Cela a-t-il un rapport avec votre situation actuelle ? »
3. Th : « Lorsque nous avons joué cette scène, où vous aviez le rôle de directrice, vous n'avez tout à coup plus été à même de donner des consignes ; cela vous est-il déjà arrivé dans votre quotidien ? »

5. Enregistrer l'anamnèse

DEFINITION

La thérapeute pose des questions sur des éléments biographiques, sur des vécus datant de la petite enfance, sur des réminiscences et incite la patiente à se souvenir de tous ces éléments.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose des questions sur la famille d'origine et sur les circonstances ayant caractérisé la jeunesse de la patiente (relations d'objet, événements particuliers, expériences traumatiques, ressources etc.)**
- **recherche des indications diagnostiques pour des « secrets » (enfant non désiré, identité sexuelle mal vécue, préjugés au niveau du sexe, amants fantômes, victimisation) et en parle.**

DISTINCTION

- ⇒ 24 (Travail sur la biographie) : Etablissement de liens entre le présent et certains moments du passé
- ⇒ 41 (Elaboration d'un génogramme) : Une représentation graphique de l'arbre généalogique est élaborée

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Parlez-moi de ce qu'était votre mère au moment où elle a épousé votre père ou du caractère de ce dernier au moment où il a épousé votre mère. »
2. Th : « Comment décririez-vous ou caractériseriez-vous la relation entre votre mère et sa mère (votre grand-mère maternelle) ? »
3. Th : « Votre mère était-elle capable de vous offrir de la tendresse au niveau du corps ? »
4. Th : « Mettez-vous à la place de votre grand-mère et répondez à la question suivante de son point de vue : Comment voyez-vous les femmes / les hommes en général ? »
5. Th : « Avez-vous été un enfant désiré ? Quelles attentes vos parents avaient-ils par rapport à vous ? »

6. Entraînement à la gestion de la peur

DEFINITION

La patiente apprend activement – **en utilisant des méthodes de relaxation ciblées** – à **contrôler** et à **réduire** la peur qui monte en elle.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **provoque chez la pat de (légères) réactions de peur et l'aide à les percevoir**
- **encourage la pat à maîtriser activement sa peur montante en utilisant des techniques ciblées de relaxation**

DISTINCTION

- ⇒ 50 (Imagination) : Tous les **autres** contenus, la peur mise à part
- ⇒ 73 (Confrontation des stimulus in sensu) : Ici, pas de relaxation
- ⇒ 91 (Questions sur les différences) : Ici, il s'agit d'encourager la patiente à moduler sa perception pour **réguler ses affects**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Imaginez un long tunnel que vous devez traverser dans votre voiture. A quel endroit avez-vous peur de ce tunnel ? Quelle est l'amplitude de votre peur une fois que vous êtes entrée dans le tunnel ? Détendez-vous en utilisant la méthode de Jakobson que nous avons apprise ensemble. Une fois que vous vous sentirez un peu plus détendue, imaginez à nouveau le tunnel ... »

7. Fournir une assistance spirituelle

DEFINITION

La thérapeute encourage des attitudes permettant à la patiente confrontée à un **coup du sort** ou à une **maladie incurable** d'accepter que la **situation ne peut être changée**, mais qu'elle représente un '**défi chargé de sens**', c'est-à-dire à en dégager des **aspects spirituels**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute mentionne les trois manières dont il est possible de faire émerger un sens :

- **par un travail sur des valeurs créatives (profession, action, etc.)**
- **par le biais d'un vécu (aimer d'autres personnes ; contact avec la nature, l'art, etc.)**
- **par le biais de l'adoption d'une attitude spécifique (accepter une maladie incurable, un destin immuable)**

DISTINCTION

- ⇒ 9 (Travailler sur des questions existentielles) : Ici, il s'agit de **faire le point** sur la vie de la pat, de lui demander où elle trouve un sens
- ⇒ 27 (Interprétation) : Des liens sont établis avec des contenus relevant de **l'inconscient** de la pat
- ⇒ 46 (Fournir un appui) : Soutien moral par l'expression de l'**avis de la th.**
- ⇒ 67 (Elaborer un nouveau sens / contexte ...) : Uniquement sur la base d'une œuvre
- ⇒ 72 (Recadrer) : Tentative de **proposer** à la pat un autre angle de vision afin qu'elle puisse choisir d'autres références, une autre perspective, 'chausser d'autres lunettes'
- ⇒ 79 (Thématiser les questions de sens) : Est visée la **comparaison** entre la vie réelle de la pat et une vie qui lui semblerait avoir un sens
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification) : Placer dans un plus large contexte, tentative de fournir une signification au vécu ; est entendu au sens analytique et thérapeutique, indépendamment du destin individuel

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Il est possible de trouver un sens de différentes manières : par un travail sur des valeurs créatives ; par le biais d'un vécu et par le biais d'une attitude. Il est indubitable que trouver un sens à une situation immuable, sans se sentir impuissant, et développer une nouvelle attitude est un grand accomplissement. »
2. Th : « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à faire face à cette nouvelle situation ? »
3. Th : « Il arrive que Dieu demande à l'homme de faire face à de telles épreuves ! »
4. Th : « Les humains sont faillibles. »
5. Th : « Qu'est-ce qui pourrait vous faire considérer qu'accepter et maîtriser tout cela a un sens ? »

8. Travailler sur un vécu / un ressenti subjectif

DEFINITION

La thérapeute pose uniquement la question du vécu ou du ressenti (**sentiments**). Elle ne s'intéresse pas à des explications, à des opinions, à des jugements, à des suppositions, etc. et ramène constamment la pat à **son vécu direct** (que la pat a sans doute à l'esprit ou dont elle est consciente).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande comment la pat se sent**
- **demande quel est son vécu**
- **élucide ce dernier par rapport à aux émotions de la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 19 (Diriger l'attention consciente sur des émotions/sentiments...) : Diriger sur les **sentiments cachés**, dans le sens où ils sont encore **inconscients**
- ⇒ 55 (Clarifier) : Ici, il s'agit de poser des questions sur des faits, des événements et des cognitions, et **non pas sur des émotions**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que représente cela pour vous ? Comment le voyez-vous ? »
2. Th : « Vous venez de m'expliquer comment, selon vous, cela est arrivé, comment Monsieur F. s'est comporté ; mais je ne sais pas ce que vous ressentez à ce sujet. »

9. Travail sur des questions existentielles / sur le Dasein

DEFINITION

La thérapeute examine avec la pat comment celle-ci peut exister dans son monde. Il s'agit d'une **exploration**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute incite la pat à travailler sur des questions comme :

- **Quels sont les éléments qui m'apportent un soutien dans ma vie ?**
- **Où m'est-il possible de trouver la sécurité, une protection ?**
- **Où puis-je trouver un espace dans lequel je peux exister ?**
- **Où m'est-il possible de ressentir de la confiance ?**
- **Quels sont les aspects sur lesquels je peux compter ?**
- **Ai-je l'impression que mon environnement m'accepte ?**
- **Suis-je capable de supporter la réalité ?**
- **Est-ce que je pense souvent « c'est incroyable, cela ne peut pas être vrai » ?**

DISTINCTION

- ⇒ 7 (Fournir une assistance spirituelle) : Uniquement en rapport avec des **coups du sort (point de vue spirituel)**
- ⇒ 27 (Interprétation) : Des liens avec des contenus dont la pat n'est **pas consciente** sont établis
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation) : La th encourage le développement de **potentiels dormants**
- ⇒ 67 (Elaborer un nouveau sens...) : Uniquement en rapport avec une œuvre
- ⇒ 75 (Activation des ressources) : La th. ne mentionne que les **ressources déjà utilisées**
- ⇒ 79 (Thématiser les questions de sens) : **Comparaison** entre la vie concrète de la pat et une vie dans laquelle elle trouverait un sens
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification) : Situer dans un plus large contexte, tentative d'attribuer **un sens au vécu**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Qu'est-ce qui vous fournit actuellement un soutien ? »
2. Th : « Où vous sentez-vous protégée, en sécurité ? »
3. Th : « Qu'est-ce qui (quelle personne, quelle chose) vous donne la possibilité de tout simplement exister ? »
4. Th : « A quoi, à qui faites-vous confiance dans la vie ? »
5. Th : « Etes-vous capable d'accepter ce qui est (ce qui est arrivé) en le considérant comme une réalité dans votre vie ? »
6. Th : « Avez-vous le sentiment que 'cela ne peut pas exister, cela est impossible, je ne peux pas faire cela, je ne peux pas supporter cela, il faut que je me défende contre cela' ? »

10. Travail sur les frontières du processus

DEFINITION

Entre les contenus du processus proche du conscient (primaires) et ceux qui sont plus éloignés du conscient (secondaires), des frontières sont constellées. Tout au long de ces dernières, des **figures et des systèmes de croyances** peuvent être observés, qui constituent et garantissent l'identité primaire de la pat. Ces contenus tentent de **se poser en obstacle** à ce que la pat. accède au processus secondaire, plus inconscient.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose des questions sur les croyances, les pensées et les ressentis de la pat qui se situent à la frontière en question**
- **pose des questions sur les idées constituant des obstacles et les développe jusqu'au moment où elles se personnifient**
- **encourage la pat à établir des contrastes entre les 'figures-frontières' et d'autres contenus du processus ou rôles, puis à mener un dialogue, à utiliser le jeu de rôles ou à effectuer un travail corporel pour les élaborer**

DISTINCTION

- ⇒ 25 (Apprendre une manière de travailler sur le caractère et 'l'agence'): Ici, les schémas de la pat. sont thématiques et un **travail sur ces derniers** est effectué
- ⇒ 54 (Interaction avec une figure intérieure critique) : Affrontement **d'un personnage psychique dévalorisant**, critique
- ⇒ 100 (Référence aux valeurs) : Thématiser (travail cognitif sur) les **aspect représentant des valeurs** pour la pat

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pourquoi n'êtes-vous pas en mesure de faire, voir, entendre, ressentir, découvrir ... et de l'exprimer par le biais d'un mouvement, de l'intégrer à une relation individuelle ou dans votre relation avec un groupe de personnes ? »
2. Th : « Que vous dit ce personnage ? Quelles croyances, suppositions, convictions vous évoque-t-il ? Cette voix, ce message, cette tonalité vous sont-ils familiers ? »
3. Th : « Qu'est-ce qui vous dérange / freine / retient / stoppe / gêne ? »

11. Travail sur du matériel préconscient

DEFINITION

La thérapeute mentionne les **actes manqués** de la pat, des idées ou des fantasmes apparemment fugaces, des rêves éveillés ; ou elle parle des contenus des rêves que la pat lui a rapportés ou encore elle lui demande ce qu'elle a rêvé.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute incite la patiente à travailler

- **sur ses rêves**
- **sur ses rêves éveillés, ses fantasmes**
- **sur ses actes manqués**

DISTINCTION

- ⇒ 50 (Imagination) : Des images (psychiques ou concrètes) sont élaborées en rapport avec des émotions ; travail sur la mise en scène des contenus de la fantaisie
- ⇒ 65 (Travail avec des métaphores) : Images complexes exprimant le problème ou des solutions possibles
- ⇒ 93 (Conditionnement masqué) : Imagination associée uniquement à des techniques de relaxation

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que pensez-vous de ce lapsus ? »
2. Th : « Comment cela a-t-il pu vous arriver ? Avez-vous une opinion personnelle à ce sujet ? »
3. Th : « Vous venez de mentionner cela en passant ... ? »
4. Th : « Pouvez-vous m'en dire plus sur vos désirs / rêves ? »
5. Th : « Pouvez-vous décrire plus en détail ce fantasme plein de nostalgie / ce rêve éveillé ? »
6. Th : « Vous souvenez-vous du rêve ... dont vous avez parlé à ce moment ? »
7. Th : « Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit en rapport avec ce rêve ? »
8. Th : « Que signifie cet élément ... du rêve ? Quelles sont vos associations ? Cela a-t-il un rapport avec votre vie ? Que signifie cet aspect ... pour vous ? »
9. Th : « Quelle est la signification de votre lapsus ? »

12. Utiliser l'humour

DEFINITION

La thérapeute introduit des idées drôles ou pleines d'humour dans le travail.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **raconte une plaisanterie**
- **commente avec humour quelque chose que la patiente a dit**
- **cerne des aspects qui sont drôles**
- **signale à la patiente les aspects comiques d'une situation que celle-ci n'avait pas remarqués**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous devez toujours être près de lui et le protéger? C'est comme si l'on posait une pierre sur un papillon pour tenir ce dernier au chaud ! »
2. Th : « C'est vraiment très difficile de se sentir seul parmi 83 millions de personnes. Comment faites-vous ? »
3. Th : « Cela veut-il dire que vous choisissez toujours parmi des milliers de partenaires potentiels celui qui va vous rendre la vie vraiment difficile ? »

13. Travail sur des épisodes complexes

DEFINITION

Demander à la pat de se souvenir d'épisodes complexes et plus particulièrement, avec l'aide de la thérapeute, de ressentis marquants dans le contexte de conflits relationnels. Les aspects conflictuels et les potentiels de développement sont élaborés et cernés (par la cognition, les associations, l'imagination, l'activité créative). Ce faisant, le focus est placé sur les problèmes tels qu'ils sont perçus par la th ou la pat (mettre les problèmes concrets en rapport avec des émotions). Sont plus particulièrement travaillés les traumatismes, les maladies physiques, le stress, les addictions et les situations complexes dans la vie passée de la pat, etc.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute cerne d'éventuelles émotions relevant de **conflits relationnels, de relations dysfonctionnelles appartenant à différentes phases de la vie** ; elle les commente

- **par rapport à des relations au quotidien**
- **par rapport à une relation passée importante**

DISTINCTION

- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et ...) : Ici, c'est **le but** qui est examiné : comment et pourquoi ?
- ⇒ 24 (Travail biographique) : Rapports entre **la situation existentielle actuelle et la biographie**
- ⇒ 25 (Apprendre une manière de travailler sur le caractère ...) : Un **modèle** de 'l'agency' est transmis
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité) : Soit on pose des questions à **plusieurs personnes** (membres du système) ou on questionne la pat sur **ses rapports avec le système**
- ⇒ 44 (Concept des positions fondamentales) : Quelles sont mes attitudes envers moi-même **comparées à celles des autres** ?
- ⇒ 94 (Analyse/exploration du comportement) : Analyse des **conditions régissant l'origine et le maintien** de certains modes de comportement

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « La colère que vous éprouvez souvent dans votre vie de couple ne vous est-elle pas familière si vous pensez au mariage de vos parents ? »
2. Th : « Votre père a explosé à chaque fois quand votre mère faisait cela. Aujourd'hui, vous réagissez de manière analogue ! »
3. Th : « N'avez-vous pas toujours choisi un partenaire de manière semblable à ce que votre mère avait fait ? »

14. Utilisation d'outils créatifs / Encourager, exercer la créativité

DEFINITION

La thérapeute propose activement à la patiente d'utiliser un outil donné de manière créative pour illustrer un thème – **nous allons créer quelque chose** – ou l'encourage à utiliser sa créativité. Initiative thérapeutique active.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute encourage la patiente à créer en utilisant

- **la peinture, la sculpture etc.**
- **en écrivant des poèmes**
- **en jouant un rôle**
- **en faisant de la musique, en dansant**

DISTINCTION

- ⇒ 63 (Tenir compte du matériel) : La th se réfère au matériel **apporté** par la patiente
- ⇒ 96 (Sensibilisation par rapport à l'œuvre créée) : Ici, l'œuvre a **déjà été créée**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Choisissez (deux) couleurs et peignez une image sur cette feuille ! »
2. Th : « Nous écoutons de la musique ; faisons des mouvements et découvrons quelle danse va naître ! »
3. Th : « Nous tirons des mots de ce récipient et composons un poème. »
4. Th : « Vous m'avez raconté que l'écriture vous permet souvent de mettre de l'ordre dans vos pensées. Je vous donne un bloc de papier pour que vous puissiez consacrer les dix prochaines minutes à y écrire tout ce que vous vient à l'esprit. Des mots, des phrases, des idées, etc. ... »
5. Th : « Je vous invite à exprimer musicalement la séance d'aujourd'hui. Quels sont les sons qui vous viennent à l'esprit ? Quels instruments souhaitez-vous utiliser ? »
6. Th : « Vous me dites que vous souhaitez enfin échapper à l'étroitesse de votre quotidien. Pouvez-vous traduire cette idée en mouvements, par ex. par le biais d'une 'danse de libération' ? »
7. Th : « Cela vous plairait-il d'utiliser ces gros crayons pour voir comment leurs couleurs s'illuminent ? »

15. Associations (libres)

DEFINITION

La thérapeute invite la pat à **associer librement**, c'est-à-dire que la pat peut et doit dire tout ce qui lui vient à l'esprit.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute l'encourage

- à **exprimer ses pensées spontanées**
- à **dire tout ce qui lui vient à l'esprit**

DISTINCTION

- ⇒ 16 (Associations [liées]) : Il s'agit ici d'idées, de pensées, de souhaits, de fantasmes etc. en rapport avec des aspects / avec un thème **très spécifiques**
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et ...) : Des **questions** sont posées, il ne s'agit pas d'associations
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés) : La th encourage la pat à **percevoir de manière globale** les rapports entre comportement, cognitions, émotions, motifs (**intégration**)

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Qu'est-ce qui vous passe en ce moment par la tête ? »
2. Th : « Prenez votre temps, parlez de ce qui vous vient spontanément à l'esprit ! »

16. Associations (liées)

DEFINITION

La thérapeute **se concentre sur des motifs** particulièrement frappants chez la pat et l'aide à les rendre plus conscients sur le plan émotionnel et cognitif.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute encourage la pat à exprimer ses associations au niveau

- **d'évènements concrets / d'idées / de souhaits / de fantasmes appartenant à son passé (différents sujets issus de rêves, personnes, objets, faits)**
- **d'évènements futurs**
- **du présent**

DISTINCTION

- ⇒ 15 (Associations [libres]): A. **ne sont pas** attachées à un thème
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et ...): **Questions**, différent de l'établissement d'un contexte par les associations
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés): La th encourage la pat à **percevoir de manière globale** les rapports entre comportement, cognitions, émotions, motifs (**intégration**)

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Racontez-moi tout ce qui vient à l'esprit à ce sujet. Avez-vous déjà vécu, entendu, vu quelque chose de semblable ? Quels souhaits et fantasmes cela provoque-t-il en vous ? De quoi avez-vous peur ? Quelles sont vos attentes ? Qu'est-ce que cela vous évoque ? Cela est-il en rapport avec vous ? »
2. Th : « Vous souvenez-vous d'un rêve ? »

17. Travail utilisant la respiration

DEFINITION

La thérapeute émet des commentaires sur **la respiration / le souffle** spontané de la pat ; elle demande à celle-ci d'observer sa propre respiration et l'encourage à mener un travail sur cet aspect.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute thématise ou laisse la pat

- **parler de sa propre respiration**
- **modifier ses schémas (plus profonde / plus lente / plus rapide)**
- **faire des exercices de respiration (en les accompagnant év. verbalement de termes en rapport avec l'énergie, la recherche d'énergie, la charge, la construction et la répartition de la charge, la vitalité, la relaxation, l'apaisement, la respiration sympathique / parasympathique)**

DISTINCTION

⇒ 33 (Enseigner une technique de relaxation) : Les techniques de relaxation impliquent **d'autres aspects**, la respiration mise à part

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pendant que vous me parliez de votre collègue de travail, j'ai remarqué que vous ne respirez plus aussi profondément. Comment avez-vous vécu ce moment ? »
2. Une pat rapporte un accident de voiture dans lequel sa fille a été gravement blessée. Son récit est entrecoupé de violents sanglots. La th lui touche le dos et dit : « C'était terrible, n'est-ce pas ? Essayez quand même – maintenant – de respirer aussi bien que vous pouvez ! »
3. Th : « Je vous propose d'interrompre votre récit pendant environ trois minutes et, pendant ce silence, de poser votre main droite sur votre ventre et d'observer les mouvements de votre respiration ... » Une fois les trois minutes écoulées : « Qu'avez-vous ressenti ? »
4. Th : « Faites cinq respirations profondes, au niveau de la poitrine. Que ressentez-vous ? un peu de vertige. OK, écartez plus les pieds sur le sol. Oui, comme ça. Que ressentez-vous maintenant ? »
5. Th : « Mettez vos mains sur votre ventre et respirez de manière telle que lorsque vous inspirez l'air, vos mains montent et lorsque vous l'expirez, elles descendent. »
6. Th : « Imaginez que ce sentiment positif grandit à chaque fois que vous inspirez et qu'il se répartisse dans tout votre corps lorsque vous expirez. »
7. Th : « Imaginez qu'au moment où vous expirez, votre respiration coule à travers votre corps comme le fait le sable dans un sablier. Vos pieds et vos jambes se remplissent progressivement de sable. »
8. Th : « Portez votre attention sur votre respiration. Il me semble qu'elle est plutôt peu profonde. Accordez-vous un peu plus d'air et observez comment votre ressenti évolue pendant que vous poursuivez votre récit. »

18. Confier des tâches

DEFINITION

La thérapeute confie des **tâches concrètes/des devoirs** à la patiente, à accomplir d'ici à la prochaine séance.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute donne

- **une ou plusieurs tâches à faire d'ici à la prochaine séance de thérapie**
- **des 'devoirs'**
- **des exercices à faire en dehors des séances**

DISTINCTION

⇒ 77 (Techniques d'autogestion) : La th. ne donne pas de tâches à accomplir, mais **enseigne** des techniques

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je voudrais que d'ici à la prochaine séance, vous réfléchissiez à la question de savoir si ce rêve / ce ressenti / ce schéma est en rapport avec la relation que nous avons »
2. Th : « Réfléchissez et demandez-vous si ce schéma / ce ressenti vous sont familiers parce que vous les vivez ou les avez vécus autrefois dans votre quotidien. »
3. Th : « Efforcez-vous d'observer jusqu'à la prochaine séance si vous ressentez consciemment de la colère. Faites de même pour d'autres émotions : déception, irritation ou peur. »
4. Th : « Pourquoi n'essayez-vous pas de le faire au moins une fois d'ici à la semaine prochaine ? »

19. Diriger l'attention consciente sur les émotions/sentiments ressentis en ce moment

DEFINITION

La thérapeute attire l'**attention** de la pat **sur les émotions présentes dans le moment** dont elle suppose que celle-ci n'est pas consciente. Elle l'aide à les exprimer et mentionne les moments où le contact est rompu.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- attirer l'attention de la pat sur les sentiments et émotions provoqués par la relation thérapeutique
- attirer l'attention de la pat sur les sentiments et émotions relevant d'un événement biographique dont elle a fait le récit
- attirer l'attention de la pat sur ses sentiments et émotions en formulant une hypothèse sur son ressenti actuel

DISTINCTION

- ⇒ 2 (Régulation de l'affect) : Ici, il s'agit d'encourager la pat à mieux percevoir **la régulation de son affect**
- ⇒ 8 (Travailler sur un vécu / un ressenti subjectif) : Ici, il s'agit de poser des questions sur **le vécu / le ressenti dominant (et conscient)**
- ⇒ 56 (Rendre consciente la dimension corporelle) : **Ici, le corps est pris en compte**
- ⇒ 57 (Se concentrer sur les impulsions venant du corps) : Ici, la th. demande à la pat de traduire des émotions en **mouvements du corps et en actes**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que ressentez-vous au moment où vous dites cela ? »
2. Th : « Répétez-le en vous concentrant sur votre ressenti ! »
3. Th : « Écoutez le son de votre voix. Quel sentiment exprime-t-il ? »
4. Th : « Que ressentez-vous au moment où vous vous rappelez cet événement de votre vie ? »
5. Th : « Vous me donnez l'impression de ne pas être présente, comme si vous aviez perdu le contact avec ce qui vient de se passer : Où êtes-vous ? À quel moment avez-vous décroché ? »
6. Th : « Vous détournez votre regard. Qu'est-ce qui s'est passé ? Pouvez-vous l'exprimer par des mots ? »
7. Th : « Pourquoi vous sentez-vous déprimée ? »
8. Th : « À chaque fois que vous vous trouvez dans cette situation, vous ressentez ... »

20. Porter attention à la communication

DEFINITION

La thérapeute attire l'attention de la patiente sur **les contenus verbaux** de la communication et lui propose de reformuler certains d'entre eux, comme par exemple remplacer le mot 'on' par un 'je', utiliser des verbes à la place de substantifs, utiliser des formes actives au lieu de formes passives, s'exprimer de manière personnelle au lieu d'utiliser des expressions plus neutres.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **propose à la patiente de répéter la même phrase en remplaçant le 'on' par un 'je'**
- **attire son attention sur le fait qu'elle a utilisé une phrase au passif et lui propose de la reformuler en utilisant des termes actifs**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je vous entend dire 'personne ne pourrait le supporter'. Pouvez-vous reformuler cette phrases en disant, par exemple, 'je ne le supporte pas' – Notez la différence lorsque vous utilisez la deuxième phrase ! »
2. Pat : « A la table familiale, on ne parle pas » Th : « Dites cela de manière plus active : 'Lorsque je suis à table avec ma famille, je me tais' »
3. Pat : « C'est à en pleurer. » Th : « Essayez d'utiliser une phrase plus active : 'J'ai envie de pleurer' tout en portant attention à votre ressenti ! »

21. Travail sur des schémas comportementaux et sur des convictions

DEFINITION

La thérapeute fait travailler la patiente sur des schémas de comportement et des émotions dérivées de convictions («survival conclusions») en lui **posant des questions**. La patiente est consciente du contexte.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute demande à la patiente :

- « **A quoi cela sert-il ?** »
- « **Comment faites-vous cela ?** »
- « **Comment pouvez-vous le modifier ?** »

DISTINCTION

- ⇒ 13 (Travail sur des épisodes complexes) : Travail sur des **émotions** frappantes, en rapport avec des relations dysfonctionnelles
- ⇒ 15 (Associations libres) : A. **ne sont pas** rattachées à un thème
- ⇒ 16 (Associations liées) : A. sont **rattachées à un thème** concernant la pat
- ⇒ 25 (Apprendre une manière de travailler sur le caractère et 'l'agency') : Ici, les schémas dysfonctionnels de la pat sont thématiques. Un modèle **d'agency** est élaboré et enseigné.
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés) : La th encourage la pat à **percevoir de manière globale** les rapports entre comportement, cognitions, émotions, motifs (**intégration**)
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité) : Soit on pose des questions à **plusieurs personnes** (membres du système), soit on questionne la pat sur **ses rapports avec le système**
- ⇒ 44 (Concept des positions fondamentales) : Quelles sont mes attitudes envers moi-même **comparées à celles envers les autres ?**
- ⇒ 94 (Analyse/exploration du comportement) : Analyse des **conditions régissant l'origine et le maintien** de certains modes de comportement

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous dites qu'il vaut mieux regarder ailleurs et partir. À quoi cela sert-il dans cette situation ? »
2. Th : « Vous êtes en colère ou triste et faites comme si de rien n'était. Comment y arrivez-vous ? À quoi cela sert-il ? »
3. Th : « Vous êtes à nouveau en train de chercher à me convaincre que vous n'arriverez pas à terminer votre travail de diplôme. Quel effet cela vous fait-il ? À quoi cela sert-il ? »
4. Th : « Hm, vous dites que, dans votre famille, cela ne se fait pas de dire ce qu'on veut. Vous avez honte de vos propres désirs et vous avez appris à percevoir les attentes des autres et à les satisfaire. Pendant combien de temps allez-vous continuer à faire cela ? À quoi cela sert-il ? Comment pourriez-vous modifier ce comportement ? »

22. Attention positive inconditionnelle (Api)

DEFINITION

La thérapeute accueille le vécu de la patiente en lui portant une attention positive ('positive regard') ; elle porte à ce vécu une 'attention positive inconditionnelle'. Ce faisant, elle ressent des émotions (chaleur, amour, respect, sympathie, empathie, reconnaissance). L'api n'est pas associée à des conditions dépendant de la thérapeute. La th **intervient exclusivement aux moments où elle constate que l'api n'est plus donnée**, où elle prend conscience (rationnellement ou émotionnellement) que l'api a été interrompue.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **exprime son intérêt et son souci**
- **confirme, encourage la patiente**
- **exprime sa solidarité avec la patiente**

DISTINCTION

- ⇒ 31 (Empathie) : La th. **verbalise son propre ressenti** par rapport au ressenti de la pat
- ⇒ 46 (Fournir un appui) : Soutien moral par l'expression de l'**avis de la th**
- ⇒ 69 (Renforcement positif) : Renforcement des **comportements**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je suis en train de me demander comment vous vous sentez juste maintenant »
2. Th : « Je sais à quel point c'est difficile pour vous. »

23. Développer une expérience plus éloignée du conscient

DEFINITION

Les phénomènes dérangement, irritants, surprenants ou non intentionnels vécus par la pat dans les différents domaines de sa vie (canaux sensoriels) relèvent d'une composante plus éloignée du conscient du processus (processus secondaire). Pour développer ce processus secondaire, on utilise l'analyse phénoménologique du vécu subjectif de la patiente.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose des questions à la pat sur les expériences subjectives qu'elle a eues par le biais de différentes modalités de perception : celles qui l'ont frappée, celles par lesquelles elle s'est sentie menacée, celles qui lui ont paru étrangères à elle ou celles qui l'ont énervée**
- **demande à la pat de fournir une description aussi précise que possible, basée sur les sens, des expériences en question**
- **propose à la pat de changer de modalité de perception (ex. : une image se substituant à une émotion) ou l'encourage au moment où elle fait cette démarche spontanément**
- **signale à la pat les sensations qui se manifestent spontanément**

DISTINCTION

- ⇒ 5 (Enregistrer l'anamnèse) : Ici, **aucun lien** n'est établi entre aujourd'hui et autrefois (contrairement à 18)
- ⇒ 41 (Elaboration d'un génogramme) : Une représentation graphique de l'arbre généalogique est élaborée
- ⇒ 56 (Rendre consciente la dimension corporelle) : Ici, le corps est **plus particulièrement pris en compte**
- ⇒ 90 (Transfert) : La th thématise des **schémas relationnels** en les mettant en rapport avec la relation thérapeutique

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Quelle image, quelle couleur, quelle phrase, quel mouvement seraient-ils adéquats pour le décrire ? »
2. Th : « Pouvez-vous décrire XX encore plus en détail ? Comment cela peut-il être vu, senti, entendu, traduit en un mouvement ? »

24. Travail biographique

DEFINITION

La thérapeute pose la question des **rapports entre la vie actuelle de la patiente et sa biographie**. Elle parle du contexte biographique et familial (histoire de la famille).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **souligne les schémas existentiels trouvés dans la biographie**
- **tente d'établir des rapports entre la situation présente et des vécus liés au passé**

DISTINCTION

- ⇒ 5 (Enregistrement de l'anamnèse) : Ici, contrairement au point 18, **aucun lien n'est établi** entre le présent et le passé
- ⇒ 13 (Travail sur des complexes) : Ici, on se centre sur les **émotions associées à des conflits relationnels** datant de différentes périodes de la vie
- ⇒ 41 (Elaboration d'un génogramme) : Une **représentation graphique de l'arbre généalogique** est élaborée
- ⇒ 90 (Transfert) : La th parle des **schémas relationnels caractérisant la biographie** de la patiente et établit des rapports avec la relation thérapeutique

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pourquoi cela vous semble-t-il familier ? »
2. Th : « Qui s'est comporté comme cela avec vous ? »
3. Th : « Cela vous semble-t-il familier ? »
4. Th : « Vous est-il possible de comprendre pourquoi vous réagissez comme cela ? »
5. Th : « Lorsque vous revivez cette émotion maintenant, quel âge avez-vous l'impression d'avoir ? »
6. Th : « Ce thème/sentiment/vécu vous est-il familier du fait de votre biographie ? »

25. Apprendre une manière de travailler sur le caractère et 'l'agence'

DEFINITION

Le **concept**, le **modèle de 'l'agence'** est enseigné (caractère didactique) et la thérapeute propose à la pat de travailler là-dessus.

Sont associés à cette théorie des termes comme manière de gérer la proximité et la distance – peur ou crainte de l'abandon et/ou envahissement – never-enough (type abandonnique) – super-trooper (type submergé) – as-if (type abandonnique ou submergé) – non automatique ou NOCT – idées fixes – se traiter et traiter les autres comme des objets – rupture d'authenticité (lie up/down) – être coupé de ses émotions, de sa vitalité, de son corps – communication tangentielle. La mise en place d'une 'agence' ('agency') est un comportement ciblé, ayant le caractère d'un réflexe, qui vise à plaire à autrui pour compenser le manque d'ancrage en soi et le manque de sentiment de valeur. On parle aussi de : comportement complaisant, sentiment trop important de responsabilité, aliénation, approbation automatique, incapacité à dire 'non', mantra dominé par le contenu de l'agence et, selon le modèle élaboré par l'IBP, d'une couche de la personnalité.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **thématise le modèle d'agence pratiqué par la patiente**
- **enseigne la théorie de la genèse des mécanismes de protection que le nouveau-né oppose à sa peur fondamentale d'être blessé par l'envahissement et le sentiment d'abandon (stratégie de survie)**
- **décrit à la patiente les formes typiques de traits de caractère associés à l'agence**
- **met à la disposition de la pat du matériel qui lui permettra d'identifier son propre style d'agence et ses effets protecteurs / destructeurs**
- **lui enseigne comment l'agence naît en tant que mesure visant à protéger l'enfant / l'individu**
- **élabore, sur la base de la biographie de la pat, une interprétation de la signification des comportements de ce type manifestés par la pat (aspect didactique)**
- **l'aide à se comporter moins souvent de cette manière**
- **enseigne ou élabore avec la patiente des mantras**

DISTINCTION

- ⇒ 10 (Travail sur les frontières du processus) : Travail sur les frontières qui se posent en obstacles, prise de conscience de ces frontières
- ⇒ 13 (Travail sur des épisodes complexes) : Travail sur des **émotions** frappantes, en rapport avec des relations dysfonctionnelles
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et sur des convictions) : Ici, c'est le **but** qui est examiné : comment et pourquoi ?
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité) : Soit on pose des questions à **plusieurs personnes** (membres du système), soit on questionne la pat sur **ses rapports avec le système**

- ⇒ 44 (Concept des positions fondamentales) : Quelles sont mes attitudes envers moi-même comparées à celles envers les autres ?
- ⇒ 81 (Elaboration d'un script) : Ici, le travail concerne le **plan de vie** inconscient
- ⇒ 94 (Analyse/exploration du comportement) : Analyse des **conditions régissant l'origine et le maintien** de certains modes de comportement

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pour que vous et moi puissions avoir une base commune qui nous permettra de comprendre certains phénomènes appartenant à votre relation avec vous-même et avec autrui, je souhaite vous apprendre la manière dont le caractère / l'agence se développe ».
2. Th : « En répondant à ce questionnaire, vous avez pu vous faire une idée de ce sont les types abandonnique et submergé et comment ces tendances se manifestent en vous. Qu'avez-vous compris ? Quels sont les traits de caractère dont vous constatez la présence en vous ? »
3. La thérapeute dit à la patiente lui parlant d'une situation typique du quotidien de son mariage : « Veuillez définir et ressentir votre réaction au comportement de votre mari ; vous constaterez qu'il s'agit presque d'un automatisme ou d'un réflexe. D'où pensez-vous que votre réaction provient au niveau des couches de votre personnalité ? »

26. Déréflexion

DEFINITION

La thérapeute utilise une ‘déréflexion’ par le biais de l’activation chez la patiente d’une prise de distance par rapport à elle-même et d’une transcendance au niveau du soi.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute guide l’attention de la patiente loin

- **d’un contenu faisant l’objet d’une réflexion trop importante**
- **d’un contenu trop investi**

DISTINCTION

⇒ 87 (Changer de thème) : Le changement de thème est **initié activement par la th** durant la séance

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Essayez de ne pas porter trop d’attention à la question ... jusqu’à la prochaine séance. Concentrez-vous à la place sur ... »
2. Th : « Nous reparlerons de la question ... dans deux séances et tenterons de trouver des réponses. Je vous prie de ne pas faire trop attention à ce thème d’ici là. »
3. Th : « Réfléchissez d’ici à la prochaine séance à la question de savoir pourquoi vous souhaitez un changement. »
4. Th : « Essayez, d’ici à la prochaine séance, de dire STOP à chaque fois que vos pensées commencent à tourner en rond. »

27. Interprétation

DEFINITION

La th réinterprète des liens appartenant à la pat ou élaborés par elle de manière différente, de sorte que ce que la pat a dit / raconté prenne une nouvelle signification. Il est possible d'établir un lien entre des éléments – que la pat a éventuellement peine à affronter – d'une manière à laquelle la pat n'avait pas pensé ou **dont elle n'était pas consciente**. Dans ce sens, la th **établit une connexion entre le conscient et l'inconscient**. Elle peut aussi interpréter une résistance.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **établit des liens entre des contenus inconnus ou problématiques / conflictuels du point de vue de la pat**
- **établit des rapports dont la pat n'était pas consciente**

DISTINCTION

- ⇒ 7 Fournir une assistance spirituelle) : Uniquement en rapport avec des **coups du sort**
- ⇒ 9 (Travail sur des questions existentielles) : **Inventaire du contenu** de la vie menée par la patiente
- ⇒ 51 Encourager le processus d'individuation) : La th mentionne les **divergences, les ruptures entre les souhaits et la réalité**
- ⇒ 67 (Elaborer un nouveau sens / un nouveau contexte...) : Uniquement en rapport avec une œuvre
- ⇒ 72 (Recadrer) : Tentative de **proposer** à la pat **un autre angle de vision** afin qu'elle puisse choisir d'autres références, une autre perspective
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification) : Situer dans un plus large contexte, tentative d'attribuer **un sens au vécu**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Voyez-vous des rapports entre X et Y ? »
2. Th : « Je pense que l'un est en rapport avec l'autre. »
3. Th : « Cela vous arrive constamment – cela doit vouloir dire quelque chose ! »

28. Mener un dialogue avec soi et le monde

DEFINITION

La th guide la pat vers une prise de conscience des dialogues qu'elle mène intérieurement avec elle-même et le monde.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute thématise

- **les dialogues ou monologues intérieurs de la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 10 (Travail sur les frontières du processus) : Travail sur les **frontières constituant des obstacles**
- ⇒ 54 (Interaction avec une figure intérieure critique) : Se concentre sur un personnage intérieur **autre que la pat.**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous arrive-t-il de parler intérieurement avec / à vous-même ? »
2. Th : « Comment cela se passe-t-il ? Quelle est dans ce contexte votre attitude envers vous-même ? »
3. Th : « Que vous dites-vous à vous-même ? »
4. Th : « Qu'est-ce qui vous interpelle, vous touche, vous émeut dans cette situation ? »
5. Th : « Qu'est-ce que le monde vous dit ? Comment réagissez-vous à ces messages ? Qu'est-ce que cela vous suggère ? Comment souhaitez-vous répondre ? »

29. Elaborer

DEFINITION

Le but de l'élaboration est d'obtenir un changement dans la vie de la pat. A ce niveau, la tâche de la th consiste à encourager la pat à établir des liens entre les aspects identifiés, compris, et de modifier / réfléchir à des modifications de son comportement. En font partie le travail sur des déceptions basé sur une nouvelle perception, le travail sur l'impossibilité de réaliser des aspirations infantiles ou peu matures (**travail de deuil**), etc. **Elaboration émotionnelle de ce qui n'a jamais été réalisé (travail sur les défaillances) ; abandon de vieilles aspirations et espoirs** (dirigé vers le passé).

OPÉRATIONNEL

La th aide la pat à élaborer en

- **encourageant activement l'affrontement avec des ressentis douloureux**
- **lui posant des questions sur des ressentis douloureux**
- **lui posant des questions sur le contraste entre ses aspirations et la réalité**

DISTINCTION

- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés) : Ici, la pat n'a **pas encore compris** ceux-ci
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation) : **Perception rationnelle des différences** entre le développement et ce qui peut être réellement obtenu
- ⇒ 53 (Promouvoir l'intégration) : Travail sur **différents niveaux et modalités de perception**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous savez maintenant que vous ne pourrez jamais l'atteindre. Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? »
2. Th : « Comment pouvez-vous gérer ces différences (entre réalité et aspiration / souhaits / rêves) ? »
3. Th : « Comment vous sentez-vous, au moment où vous vous rendez compte des écarts entre souhaits et réalité ? »
4. Th : « Je pense qu'il faudrait que vous fassiez le deuil de ce que vous ne pouvez pas réaliser ! »

30. Aider à saisir des comportements modifiés

DEFINITION

La thérapeute tente d'aider la patiente à saisir des rapports globaux, à porter un jugement ou à prendre une décision. Elle l'incite à comprendre comment elle est touchée personnellement et / ou à devenir plus consciente d'un processus de décision en exprimant des idées (cognition) ou des émotions à ce sujet et / ou encore en modifiant son comportement. **Cela ne signifie pas que la pat. a déjà tout compris.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **encourage la pat à prendre position personnellement**
- **analyse le problème de la pat en incluant ses émotions et ses cognitions**
- **demande à la pat quelles sont ses intentions**
- **discute de nouveaux modes de comportement**

DISTINCTION

- ⇒ 29 (Elaborer) : Intégration des **aspects manqués** ou **inatteignables**
- ⇒ 35 (Expérimenter un nouveau comportement) : La th **incite la pat à tester, essayer** un nouveau comportement dans le cadre de la séance
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation) : La th mentionne les **divergences, les contradictions entre les aspirations et la réalité**
- ⇒ 53 (Promouvoir l'intégration) : Travail utilisant **différents niveaux / modalités de perception**
- ⇒ 85 (Parler des symptômes) : **Seul le symptôme** est thématiqué

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Comprenez-vous pourquoi vous vous sentez comme ça ? »
2. Th : « Quelle est votre position à ce sujet ? »
3. Th : « Qu'auriez-vous le plus envie de faire ? »
4. Th : « Comment voudriez-vous gérer cela ? »
5. Th : « Quelles possibilités pensez-vous avoir personnellement ? »
6. Th : « Comment envisagez-vous de commencer ? »
7. Th : « Essayez de vous exprimer en mode direct ! »
8. Th : « Que reprenez-vous de la séance ? »

31. Empathie (général)

DEFINITION

La thérapeute tente de ressentir la douleur ou le plaisir de la patiente de la même manière que cette dernière, de percevoir l'origine des émotions telle qu'elle est perçue par la patiente et **exprime ce qu'elle ressent en tant que thérapeute.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **reformule et exprime le vécu émotionnel de la patiente en utilisant ses propres mots**
- **émet des hypothèses quant au ressenti de la patiente**
- **exprime son propre ressenti en construisant des ponts vers le ressenti de la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 40 (Contre-transfert): Le contre-transfert implique avant tout les émotions de la th et non celles de la pat : **dans ce cas, la th ne se réfère pas aux émotions de la pat**
- ⇒ 46 (Offrir un appui/un soutien): La th fournit un **soutien moral**
- ⇒ 69 (Renforcement positif): Le comportement est renforcé
- ⇒ 92 (Verbalisation de vécus émotionnels): La th. reformule **les vécus de la patiente** en utilisant ses propres mots

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je crois que lorsque vous vous disputez avec votre mari, vous vous sentez complètement à sa merci et pas du tout à la hauteur – c'est pourquoi vous préférez boire de l'alcool ! »
2. Th : « Ai-je bien compris : vous voulez être une bonne mère pour vos enfants et c'est pour cela que vous faites tellement attention à eux ? »
3. Th : « J'ai le sentiment que ce que votre amie vous a reproché vous a profondément touchée et blessée. »
4. Th : « Ce que votre amie vous a reproché vous a profondément touchée et blessée – et est-ce exact que tout cela est aggravé par le fait que vous pensez réagir avec trop de susceptibilité ? »

32. Frontières énergétiques

DEFINITION

La th enseigne à la pat des **concepts en rapport avec les frontières énergétiques (délimitation)**, l'encourage à faire un travail là-dessus. Des outils peuvent être utilisés.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande à la pat de marquer son espace personnel en dessinant une frontière avec de la craie, une corde, une ficelle, ou simplement avec ses mains posées sur le sol**
- **aide la pat à reconstituer des situations dans lesquelles elle a eu à gérer ses frontières (comment elle le fait elle-même et comment d'autres le font par rapport à elle)**
- **peut aussi demander à la pat d'utiliser un ou plusieurs coussins pour représenter des personnes / des domaines de sa vie / des symptômes par rapport à ses frontières**
- **encourage la pat à faire des expériences ou à travailler sur des schémas relationnels et des thèmes associés aux notions de proximité/distance, d'intrusion ou d'exclusion de l'espace personnel (coussins)**

DISTINCTION

⇒ 43 (Poser des limites) : Dans le contexte du **travail thérapeutique** et par rapport à la thérapeute

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Comment avez-vous ressenti vos limites dans la situation X / ces derniers jours / depuis la dernière séance ? Y avez-vous porté attention ? Avez-vous réussi à ne pas vous laisser envahir ? Ou bien avez-vous le sentiment que vous ne savez pas où se situe la démarcation ? »
2. Th : « Imaginez l'espace qui vous entoure en le remplissant pour un moment de manière telle que vous vous sentiez bien. Une fois que vous aurez trouvé cet espace, délimitez-le avec un trait de craie / une corde sur le sol. »
3. Th : « Prenez conscience de votre espace et répétez la phrase suivante : *C'est mon espace, ce sont mes frontières et je ne souhaite pas que quelqu'un l'envahisse sans que je lui en donne la permission.* »
4. Th : « Imaginez que ce coussin représente votre mère et prenez conscience de vos sensations et émotions lorsque (1) elle s'approche de votre espace, (2) elle l'envahit, (3) elle s'éloigne à nouveau. »
5. Th : « Quelle personne ou tâche vous préoccupe-t-elle ou vous cause-t-elle du stress actuellement ? Choisissez un coussin pour la représenter. Où celui-ci se trouve-t-il par rapport à votre espace personnel ? Est-il à l'intérieur de cet espace ? Comment réagissez-vous ? Ressentez-vous le besoin de modifier la situation ? »

33. Enseigner des techniques de relaxation

DEFINITION

La thérapeute enseigne des **techniques de relaxation** et les utilise / les pratique avec la pat.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **propose des exercices de relaxation et les guide**
- **fait elle-même l'exercice devant la pat**
- **demande à la patiente de lui montrer un exercice qu'elle a déjà appris**
- **effectue les corrections requises**
- **demande quel a été l'effet de l'exercice**

DISTINCTION

- ⇒ 17 (Poser des limites) : **Uniquement** la respiration
- ⇒ 50 (Imagination) : N'inclut **pas de technique de relaxation**, la pat doit se concentrer sur son monde intérieur (émotions, rêves, fantasmes)
- ⇒ 93 (Conditionnement masqué) : **Images conscientes**, pas de relaxation

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je vous propose de vous montrer /apprendre un /plusieurs exercices qui peuvent vous aider à vous détendre et à laisser l'énergie circuler librement dans votre corps. »
2. Th : « Je vous montre d'abord comment faire cet exercice. Veuillez me regarder attentivement. Je vous montrerai ensuite pas à pas comment faire vous-même l'exercice. »
3. Th : « Pour cet exercice, veuillez vous coucher sur le divan, en posant les pieds l'un à côté de l'autre, à une distance telle que les talons et les plantes des pieds portent le même poids. A chaque inspiration, respirez profondément avec la bouche ouverte ; au moment d'expirer, laissez sortir l'air librement. Vous pouvez aussi faire un son, soupirez. Votre main gauche fait le poing et elle est posée sur votre poitrine ; la main droite est posée dessus. Lorsque vous inspirez, votre poitrine soulève vos mains ; lorsque vous expirez elles exercent une petite pression sur votre poitrine. Veuillez garder les yeux ouverts. »
4. Th : « Comment cela s'est-il passé avec les exercices de relaxation que je vous ai appris la dernière fois ? Les avez-vous faits, avez-vous eu des problèmes ? Quels effets avez-vous ressentis ? Montrez-moi à nouveau comment vous faites ces exercices. »

34. Saisir l'essence du processus secondaire / moins conscient

DEFINITION

Le **processus secondaire** (plus éloigné du conscient) est approfondi, analysé et développé jusqu'au point où la pat est en mesure de saisir **son essence et ses aspects spécifiques**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande, une fois que le processus secondaire s'est déployé, quelle est son essence, quels sont l'essence et les aspects essentiels ou spécifiques de cette expérience**
- **guide la pat par le biais d'autres méthodes pour que celle-ci puisse ressentir l'essence de cette expérience secondaire**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Veuillez tenter de mieux sentir ce qui se cache là derrière / ce qui en constitue l'essence, le noyau. »
2. Th : « Qu'est-ce que cela cache essentiellement ? »

35. Expérimenter un nouveau comportement

DEFINITION

La thérapeute propose à la patiente d'expérimenter de manière ludique **un nouveau comportement dans le cadre de l'espace thérapeutique protégé**, afin qu'elle puisse découvrir des solutions adéquates. Des expériences demeurées éloignées du conscient sont tentées ; on essaie de les ancrer et de les intégrer à de nouvelles connaissances et sensations.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **propose à la pat de répéter une phrase en utilisant des intonations différentes, d'expérimenter différentes formulations**
- **déploie et ancre la nouvelle expérience faite par la pat en utilisant autant de modes de perception que possible**
- **lui propose de répéter la même chose en le disant plus fort ou en le murmurant, tout en portant attention à la différence**
- **lui propose de changer de position, de se lever, de parcourir la pièce et de parler avec un interlocuteur imaginaire de la manière qu'elle le souhaite vraiment**
- **lui propose de transmettre un message jusque là indirect à la th en regardant celle-ci droit dans les yeux**

DISTINCTION

⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés) : Là, le comportement n'a **pas encore été saisi**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Entendez-vous la manière dont vous mettez des accents dans cette phrase (la répète comme l'a dite la pat) ? Pouvez-vous répéter cette phrase en mettant d'autres accents ? Par exemple, comme cela ... Essayez différentes variantes et différentes tonalités. Quelle est celle qui correspond le mieux à ce que vous voulez vraiment dire ? Que ressentez-vous en le disant ? »
2. Th : « Veuillez porter attention à la manière dont vous êtes assise / à votre respiration. Qu'exprimez-vous par ce biais ? Cela correspond-il à ce dont vous parlez et comment ? Voulez-vous essayer de modifier votre position / votre respiration et de continuer à parler ? Quelle est la différence ? »
3. Th : « Je vous propose de vous lever, de faire quelques pas dans la pièce et d'imaginer que la personne dont vous venez de parler vous accompagne dans votre promenade du soir ; essayez de lui parler d'une manière que vous n'avez peut-être jamais adoptée et d'exprimer tout ce que vous avez retenu jusqu'à maintenant ! »
4. Th : « Je constate que vous ne me regardez pas quand vous dites cela. Pouvez-vous essayer de me regarder au moment de continuer à parler et de vous exprimer plus directement ? »

36. Travailler sur la base d'un feedback

DEFINITION

Au moment d'accompagner le processus de la patiente, mais aussi dans le contexte de la communication entre patiente et thérapeute, cette dernière tente de saisir de manière aussi précise que possible le **feedback fourni** par la patiente. Elle se laisse guider par les aspects positifs, négatifs et mixtes de ce que la patiente lui dit en retour.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **réagit au feedback verbal et/ou non-verbal fourni par la pat.**
- **lorsque le feedback est mixte (positif et négatif), elle signale à la patiente que celui-ci est en rapport avec son ambivalence**

DISTINCTION

- ⇒ 27 (Interprétation) : La th. établit des rapports entre des contenus **jusqu'à maintenant demeurés inconscients** et le conscient / des aspects connus
- ⇒ 49 (Provoquer l'identification) : La pat. doit se **mettre dans la peau d'une autre personne**
- ⇒ 55 (Clarifier) : **Elucidation des faits**
- ⇒ 90 (Transfert) : La th mentionne le transfert sur elle d'un **vécu (supputé) de la pat**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous venez de rougir – il semble que quelque chose en vous ait été touché ! »
2. Th : « Là vous avez une réaction nette à ce qui a été dit ! »
3. Th : « Comment dois-je comprendre votre réaction à ce que j'ai dit ? »
4. Th : « Vous venez de sourire, pourquoi ? »
5. Th : « Il me semble que vous réagissez à ce que j'ai dit à la fois avec plaisir et avec tristesse ... »
6. Th : « Vous avez hésité ... »
7. Th : « J'ai remarqué qu'aujourd'hui, vous êtes comme 'prête à partir'. Vous ne semblez même pas vous appuyer contre le dossier du fauteuil. Confirmez-vous cette impression ? »

37. Elimination forcée

DEFINITION

La thérapeute **empêche la patiente d'avoir un comportement d'évitement**. Cela permet à la pat de voir ce qui se passe lorsque le stimulus contraire dont elle a peur n'est pas concrétisé.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande à la pat d'affronter la situation qui lui fait peur, de la supporter et de se rendre compte que les conséquences qu'elle craignait ne se sont pas produites**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Svp, restez dans l'ascenseur, même si vous paniquez. Continuez à respirer tranquillement. Ne sortez de l'ascenseur qu'une fois que votre panique aura diminué et que vous aurez constaté que vous ne vous êtes pas évanouie ! »
2. Th : « Veuillez aller jusqu'à votre boîte à lettres et ouvrir votre courrier. Vous voyez que même si vous devez payer certaines factures, vous n'êtes pas surendettée lorsque vous devez vous acquitter de vos obligations. »

38. Questions en rapport avec la construction de possibilités

DEFINITION

Le principe essentiel de ce type de questions est de demeurer ouvert aux solutions que ces personnes ont adoptées jusqu'à aujourd'hui, mais aussi aux possibilités dont elles pourraient encore disposer (**hypothétiquement**). Rapport avec l'**espace réel du système familial** ou d'une **personne** (imaginaire). Dans ce sens, on élabore une **réalité de faire semblant**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **invite les membres du système (de plusieurs personnes) à concevoir de nouvelles possibilités**
- **invite les membres du système à élaborer de nouvelles perspectives**

Les questions relevant de ce domaine commencent souvent par

- ... **imaginons que ...**
- ... **à supposer que ...**
- ... **qu'est-ce qui arriverait si ... etc.**

DISTINCTION

⇒ 53 (Promouvoir l'intégration) : La th encourage l'intégration **des acquis dans le quotidien** de la pat en mettant en œuvre **différents modes de perception**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « A supposer que vous souhaitiez que votre fille ait à nouveau ce comportement, que devriez vous faire ? Et si votre mari le souhaitait, devriez-vous faire la même chose ou quelque chose d'autre ? »
2. Th : « Imaginez que cinq ans se sont écoulés. Lequel de vos enfants quitte la maison en premier ? Lequel a le plus de peine à prendre ses distances par rapport à vous ? »
3. Th : « Imaginez que votre fils ne soit pas né. Vous n'avez pas eu ce fils. A quoi ressemble votre relation avec votre compagnon ? »
4. Th : « A supposer que vous continuez à considérer que votre enfance difficile vous a gâché la vie ? Qu'est-ce que cela aurait comme conséquences pour votre relation avec vos propres enfants ? »

39. Questions en rapport avec la construction de la réalité

DEFINITION

Les questions en rapport avec la construction de la réalité sont, à la base, **des questions concrètes concernant la situation actuelle**. Elles sont de deux types : **questions en rapport avec le contexte de la mission thérapeutique** et **questions en rapport avec le problème présenté** par la pat. Concernant la thérapie, les questions relatives à la manière dont la pat a été **envoyée** jouent un rôle central.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **invite le système (plusieurs membres) à thématiser le contexte dans lequel la pat a été envoyée en thérapie, ainsi que les missions (directes et indirectes) dont la th est chargée**
- **invite le système à rapporter les différentes possibilités de coopération (soutien professionnel, famille) et à les décrire**
- **invite à l'élucidation du contexte en demandant aux différentes personnes présentes de formuler leurs attentes**
- **invite le système à présenter les différents problèmes et à les formuler de manière opérationnelle, de sorte que les différents points de vue en rapport avec le problème puissent être cernés**
- **invite le système à élaborer (ensemble) différents modèles d'explication, différentes approches du/des problème/s**
- **se réfère au système de la pat concernée**

DISTINCTION

- ⇒ 13 (Travail sur des épisodes complexes) : Travail sur des **émotions** frappantes, en rapport avec des relations dysfonctionnelles **entretenues par la pat**
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et ...) : Le but des comportements et des convictions **de la pat concernée** sont examinés : comment et pourquoi ?
- ⇒ 25 (Caractère et agence) : Les comportements dysfonctionnels, les caractéristiques de l'agence utilisée **par la pat** sont thématisés (de manière didactique)
- ⇒ 44 (Concept des positions fondamentales) : Attitude envers moi-même, **comparées à d'autres**
- ⇒ 55 (Clarifier) : Concerne la pat **et non pas le système**
- ⇒ 94 (Analyse/exploration du comportement) : Les questions ne sont posées **qu'à un individu**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Qui a eu l'idée de ce contact ? »
2. Th : « Que pensez-vous que cette personne en attend ? »
3. Th : « Que pensez-vous que votre mari attend de notre entretien ? »
4. Th : « Pensez-vous que vos attentes et celles de votre mari sont compatibles ? »
5. Th : « Quels sont, selon vous, les comportements de votre mari qui inquiètent le plus votre fille ? »

40. Contre-transfert

DEFINITION

La thérapeute exploite son **propre ressenti** en mentionnant ses sensations, émotions, pensées ou irritations en rapport avec son travail avec la pat. La th perçoit les phénomènes psychiques et somatiques appartenant à son contre-transfert, en parle à la pat / travaille sur les aspects dont la patiente n'est pas consciente pour les rendre conscients.

OPÉRATIONNEL

La th mentionne son propre vécu (psychique et/ou somatique) en

- **thématisant / indiquant ses propres réactions émotionnelles à la pat**
- **se référant à la relation thérapeutique en mentionnant certaines sensations qu'elle a eues sans pouvoir les expliquer**
- **signalant les divergences entre les émotions exprimées par la pat et son propre ressenti**

DISTINCTION

- ⇒ 31 (Empathie) : *En verbalisant son propre ressenti*, la th tente de saisir **le ressenti de la patiente**, et non ses propres émotions
- ⇒ 61 (Mettre des congruences en évidence) : La th tente d'élucider la question de savoir si un manque de congruence / une contradiction est présente du côté de la pat, qui l'empêche de se tourner inconditionnellement vers cette dernière. **Accent** mis sur une **empathie bienveillante**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je remarque que quelque chose me met en colère bien que vous racontiez tout cela avec précision. »
2. Th : « Je vous perçois comme une authentique séductrice ! »
3. Th : « Je remarque qu'aujourd'hui, mes pensées dévient tout le temps, ce qui n'est pas le cas en général. A quoi cela peut-il être dû ? »
4. Th : « Aujourd'hui, je vous vois tout autrement que d'habitude. Que se passe-t-il ? »
5. Th : « Je ressens (par ex.) de la colère ; en va-t-il de même pour vous ? Etes-vous également en colère / déçue / anxieuse ? »
6. Th : « Je voudrais vous dire comment je me sens. Depuis que vous avez commencé à parler de votre frère, je me sens affreusement fatiguée. Je viens pourtant de faire une pause et j'ai bien dormi la nuit dernière ... j'ai l'impression que ma fatigue est en rapport avec notre thème. Qu'en pensez-vous ? »
7. Th : « Je remarque que je suis furieuse. Vous racontez avec le sourire et apparemment sans être vraiment là comment votre collègue vous vexe et vous humilie chaque jour. J'ai l'impression que mon ressenti a quelque chose à voir avec votre situation. Qu'en pensez-vous ? »
8. Th : « Lorsque je regarde les yeux que vous avez peints, je ressens une grande tristesse. Qu'avez-vous à dire à ce sujet ? »

41. Elaborer un génogramme

DEFINITION

Le génogramme est une **représentation graphique** permettant au système d'élaborer un aperçu incluant **plusieurs générations**. Les différents signes utilisés sont expliqués aux membres du système, qui collaborent ensuite à l'élaboration du génogramme (sur le tableau noir ou sur une flipchart). Qui fait partie du système (père, mère, filles, grand-mères, grand-pères ? Cela permet d'acquérir une vue du système actuel. Certaines données sociodémographiques, ainsi que des événements importants (naissances, décès, maladies) sont ajoutés au génogramme, parfois sur jusqu'à trois générations. On peut également représenter ensuite les différentes relations (conflituelles, fortes, moins fortes), ainsi que les alliances (ouvertes ou cachées).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **explique le génogramme, ses différents symboles et leur signification**
- **invite les membres du système à rapporter les données sociodémographiques et, le cas échéant, les dates d'évènements pénibles**
- **élabore en collaboration avec les membres du système un 'diagnostic structurel' (évaluation des relations de proximité/de distance, classification des relations)**
- **invite le système à évaluer les relations entre ses membres (ouvertes ou cachées/conflituelles)**

DISTINCTION

- ⇒ 5 (Enregistrer l'anamnèse) : Ici, la démarche est verbale et **non pas graphique** (arbre généalogique)
- ⇒ 24 (Travail biographique) : Des liens sont établis entre aujourd'hui et autrefois, **pas de représentation graphique**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Savez-vous ce qu'est un génogramme ? »
2. Th : « Savez-vous comment on élabore un génogramme ? »
3. Th : « Un cercle représente une femme, un carré représente un homme »
4. Th : « Pouvez-vous me dire quand votre grand-père est décédé ? »
5. Th : « Quand – en quelle année – le divorce a-t-il eu lieu ? »
6. Th : « Quand votre oncle est-il mort ? »
7. Th : « Comment évaluez-vous la relation entre vos parents ? Était-elle harmonieuse, empreinte d'amour et de complicité ou pas ? »
8. Th : « Comment voyez-vous les relations entre les deux couples de beaux-parents ? »
9. Th : « Qui portait la culotte ? Qui décidait ? »
10. Th : « Pouvait-on parler de tout ou y avait-il des tabous ? »

42. Frustration ciblée

DEFINITION

La thérapeute ne se comporte **volontairement pas** conformément au schéma relationnel conscient ou inconscient mis en œuvre par la pat ('skillful frustration').

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **ne satisfait pas une exigence implicite ou un souhait de la pat**
- **met en cause une question de la pat au lieu d'y répondre**
- **interrompt le flot de paroles de la pat au moment où elle se sent 'envahie' et demande ce que la pat veut vraiment**
- **frustre les expressions de familiarité directes ou indirectes, sans toutefois remettre vraiment la pat à sa place**

DISTINCTION

⇒ 43 (Poser des limites) : Lorsque la pat les a **clairement dépassées**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Non, je ne peux pas interpréter ce rêve. Mais je suis tout à fait disposée à chercher avec vous ce qu'il pourrait signifier. »
2. Th : « De nombreuses questions cachent des énoncés. Voulez-vous essayer de me dire ce que cette question recouvre et de vous demander ensuite si elle est encore pertinente ? »
3. Th : « Vous parlez tellement que j'ai de la peine à vous suivre. J'ai l'impression que vous me noyez dans des mots pour que nous ne puissions pas avoir une véritable conversation. Pouvez-vous vous arrêter et vous demander ce que vous ressentez ? Essayez ensuite de parler plus lentement et de respirer après chaque phrase ! »
4. Th : « Oui, nous pourrions continuer à parler de ce match de football. Est-ce vraiment ce que vous voulez ? »

43. Poser des limites

DEFINITION

La thérapeute explique à la patiente où sont certaines limites et comment celle-ci ne les a **pas respectées dans le cadre de la thérapie**. Ou encore la thérapeute mentionne spécifiquement les moments où la patiente n'a pas respecté ces limites ou elle pose activement **certaines limites à leur collaboration**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute pose des limites à la patiente en

- **rejetant certaines de ses exigences par rapport aux séances**
- **expliquant et démontrant à la patiente où se situent les limites de leur travail ensemble**
- **parlant des moments où la patiente a dépassé les limites par rapport à leur relation thérapeutique**

DISTINCTION

- ⇒ 32 (Limites énergétiques) : La th. mentionne les **énergies et forces** qui interfèrent avec le quotidien de la patiente, indiquant où se situent les limites et à quels moments elles sont dépassées.
- ⇒ 42 (Frustration ciblée) : La th ne fixe pas de limites, mais frustre la pat. en **ne réagissant pas**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je vous demande d'accepter que nos séances durent 50 minutes et non 70 ! »
2. Th : « Non, je n'irai pas au cinéma avec vous. Les règles de déontologie interdisent aux psychothérapeutes d'entretenir des contacts privés avec leurs patients. »
3. Th : « Cela ne regarde que moi et ne fait pas partie de la thérapie ; c'est pourquoi je ne souhaite pas en parler avec vous. »
4. Th : « Je vous demande de respecter mes temps de repos et de ne pas me téléphoner en dehors des heures convenues. »
5. Th : « Je ne peux pas faire cela et d'ailleurs, vous accompagner au bureau de placement ne fait pas partie de mon travail ! »
6. Th : « Veuillez respecter les accords que nous avons conclus au début de la thérapie ! »

44. Concept des positions fondamentales

DEFINITION

Par positions ‘fondamentales’ on entend l’attitude de la personne envers elle-même, envers autrui et envers le monde. Il en **existe quatre** : ‘Je suis ok, tu es ok’, ‘Je ne suis pas ok, tu es ok’ (appelée aussi position inférieure), ‘Je suis ok, tu n’es pas ok’ (position de mépris, de supériorité) et ‘Je ne suis pas ok, tu n’es pas ok’.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **parle à la pat de la position qu’elle occupe par rapport au monde. Se sent-elle ok (supérieure) alors qu’elle perçoit tous les autres comme pas ok (inférieurs) ou, au contraire, se sent-elle méprisée – au contraire de tous les autres – par une ou plusieurs personnes ?**

DISTINCTION

- ⇒ 13 (Travail sur des épisodes complexes): Travail sur des **émotions** frappantes, en rapport avec des relations dysfonctionnelles
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux et sur des convictions): Le but est examiné : comment et pourquoi?
- ⇒ 25 (Caractère et agence): Des schémas de comportement dysfonctionnels sont thématés
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité): Des questions sont posées à différentes personnes (membres du système)
- ⇒ 94 Analyse/exploration du comportement: Analyse des **conditions régissant l’origine et le maintien** de certains modes de comportement

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « De quoi avez-vous besoin pour continuer à vous sentir ok ? »
2. Th : « Comment vous assurez-vous que votre interlocuteur se sente ok ? »
3. Th : « Pourquoi ne vous sentez-vous pas ok ? »
4. Th : « Vous ne vous sentez pas ‘en ordre’ (pas ok) ! »

45. Messages parentaux positifs (GPM) / Permissions

DEFINITION

La thérapeute transmet des **Good Parent Messages (GPM)** ou encourage la pat à y travailler.

EXEMPLES

- Je t'aime.
- Je t'apprécie, je te veux (tu es la bienvenue)
- Je te protège, tu peux te sentir en sécurité (ou : avec moi tu es en sécurité)
- Pour moi, tu représentes quelque chose de très spécial ; je suis fière de toi
- Je te vois et je t'entends
- Je t'aime telle que tu es, sans que tu aies besoin de faire quoi que ce soit
- Je m'occupe de toi
- Je suis là pour toi et je continuerai à être là pour toi si tu meurs
- Tu n'as plus besoin d'être seule
- Tu peux me faire confiance
- Tu peux faire confiance à ta voix intérieure
- Tu peux être optimiste dans chaque situation
- Parfois, je poserai des limites et dirai 'non' – je le fais par amour pour toi
- Tu n'as plus besoin d'avoir peur
- Si tu tombes, je t'aiderai à te relever
- J'ai confiance en toi ; je suis convaincue que tu vas y arriver

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **introduit des Good Parents Messages (GPM)**
- **transmet des GPM à la pat**
- **aide la pat à définir les GPM qui sont particulièrement importants pour elle**
- **l'incite à transmettre ces messages à elle-même, à y travailler à la maison**

DISTINCTION

- ⇒ 46 (Fournir un appui/un soutien): Soutien émotionnel uniquement **de la part de la thérapeute**
- ⇒ 99 (Imagination impliquant des valeurs): Travail utilisant le personnage **intérieur de l'allié**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Aujourd'hui, je voudrais vous parler de GPM. Il s'agit des messages transmis par les parents qui permettent à un enfant de bien se développer. Veuillez lire/écouter la liste : quels messages votre mère ou votre père pourrait-il transmettre ? Quels messages n'auraient-ils jamais transmis ? Quels sont ceux qui provoquent chez vous la plus forte réaction ? »
2. Th : « Imaginez que vous avez reçu tous ces messages. Comment vivriez-vous actuellement ? »
3. Th : « Qu'auriez-vous le plus souhaité de la part de votre mère / de votre père dans cette situation ? Comment auraient-ils pu vous transmettre ce message ? »
4. Th : « Imaginez être vous-même la mère idéale dont vous auriez eu besoin et prenez l'enfant que vous étiez par la main. Transmettez-lui ce message, permettez-lui de l'entendre. En est-il capable ? Comment son corps réagit-il ? »

46. Fournir un appui / un soutien

DEFINITION

La thérapeute **offre à la patiente un soutien moral** en lui apportant un appui, en lui donnant de la force, en la stabilisant. Il s'agit de tenter de remettre en place le contact de la patiente avec elle-même.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **renforce la patiente dans ses opinions en utilisant l'émotion**
- **offre explicitement un soutien à la patiente**
- **lui donne du courage ou de l'espoir**
- **se déclare explicitement optimiste quant à la réussite de la patiente**
- **lui apporte un soutien moral**
- **apporte son soutien à ses opinions**
- **la soutient en prenant parti pour la manière dont elle voit les choses**
- **l'aide à exprimer verbalement**
- **renforce le moi adulte**
- **mentionne les aspects autonomie et responsabilité personnelle**

DISTINCTION

- ⇒ 31 (Empathie): La th exprime ce qu'elle ressent **pour tenter de cerner ce que la patiente ressent et non par rapport à elle-même**
- ⇒ 45 (Messages positifs des parents ...) : Utilisation des **GPM**
- ⇒ 69: (Renforcement positif) : Il s'agit exclusivement de renforcer **des comportements, et non la morale**
- ⇒ 75 (Activation des ressources) : Seules **les ressources déjà présentes** sont mentionnées par la th

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous avez parfaitement raison d'être en colère ! »
2. Th : « Je comprends très bien que vous le ressentiez de cette manière ! »
3. Th : « Là, je suis tout à fait de votre côté ! »
4. Th : « Je suis contente de voir les progrès que vous avez faits. Nous pouvons vraiment envisager la suite avec optimisme ! »
5. Th : « Je sais que vous allez y arriver ! »
6. Th : « Je crois que vous avez raison. »
7. Th : « Ce serait sans doute la meilleure solution ! »
8. Th : « Je ressens aussi les choses comme cela. »

47. Thématiser la hiérarchie, le rang ou les privilèges

DEFINITION

Dans le contexte de relations et de constellations professionnelles **des questions liées au rang, à la hiérarchie et à aux privilèges** accordés de manière inégale jouent un rôle important. Il s'agit alors de rendre la patiente plus consciente d'aspects contextuels, socioéconomiques, psychologiques et spirituels, ainsi que de ses propres privilèges, puis de les élargir.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- cerne avec la patiente le rang qu'elle occupe dans différentes situations existentielles
- cerne avec la patiente les expériences qu'elle fait lorsqu'elle occupe un rang inférieur
- cerne avec la patiente les expériences qu'elle fait lorsqu'elle occupe un rang supérieur

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous sentez-vous inférieure/supérieure ? »
2. Th : « Que savez-vous faire mieux / moins bien que les autres ? »
3. Th : « Comment pourriez-vous exploiter cette supériorité / ce rang pour que d'autres en profitent ? »
4. Th : « Quels effets a votre prise de conscience de vos privilèges sur vous-même et sur votre environnement social ? »

48. Thématiser les états du Moi

DEFINITION

La **thérapeute parle des états du Moi** (travail sur des résurgences) et utilise dans son travail l'**autorité** des figures parentales.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **invite la pat à prendre place sur un siège libre tout en imaginant être son père ou sa mère. Parle avec elle du rôle joué par l'un d'entre eux. Interview le 'père' ou la 'mère'**
- **s'adresse à l'Enfant, au moi enfantin ou à l'état du Moi correspondant à l'Enfant (intérieur)**
- **s'adresse à l'Adulte ou au Moi adulte**
- **s'adresse à la mère ou au père, à l'état du Moi Parents ou à une personne dotée d'autorité**

DISTINCTION

- ⇒ 49 (Provoquer l'identification): Ici, on demande à la pat de s'identifier à un objet psychique (personne) et **non à ses propres états du Moi**
- ⇒ 59 (Travail de communication utilisant un diagramme): Ici, on **dessine**
- ⇒ 76 (Lancer un jeu de rôles): Les états du Moi ne sont **pas nommés**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Lorsque vous vous sentez, vous comportez comme cela, dans quel état du Moi vous trouvez-vous ? »
2. Th : « Que dit votre Enfant (intérieur) dans cette situation ? »
3. Th : « Qu'auriez-vous ressenti dans votre enfance ? Est-ce resté pareil ? »
4. Th : « Que dirait votre père / votre mère à ce sujet ? Que dit votre Moi Parent ? »

49. Demander l'identification

DEFINITION

La th demande à la pat de s'identifier à des personnes, à des objets, à des parties de son propre corps ou à ses propres organes et utilise ces formes d'identification au moment de travailler sur des rêves, sur des dessins ou sur des images (**pas de dialogues, pas d'interaction**).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande à la pat de lui rapporter une conversation avec une autre personne non pas de manière indirecte, mais prenant la place de cette personne**
- **demande à la pat de lui raconter un rêve et travaille sur ce dernier de telle manière que la pat s'identifie à chacun de ses contenus (personne, objet), racontant le rêve en utilisant le 'je' pour le contenu en question**
- **demande à la pat de travailler sur l'un de ses dessins en s'identifiant, par exemple, à l'une des couleurs et en lui donnant une voix, en s'exprimant comme si elle était le bleu, ou la maison, ou l'arbre (démarche analogue à celle décrite plus haut concernant le travail sur les rêves)**

DISTINCTION

- ⇒ 36 (Travailler sur la base d'un feedback): La th ne mentionne **que la réaction** de la pat durant les échanges précédents
- ⇒ 48 (Thématiser les états du Moi): Il s'agit de se référer aux contenus **introjectés au niveau Parents**
- ⇒ 76 (Lancer un jeu de rôles): Inclut des dialogues ou une interaction
- ⇒ 99 (Imagination incluant des valeurs): Il s'agit d'**imagination et non d'identification**. Lorsqu'elle imagine, la pat ne sort pas d'elle-même et ne se met pas à la place d'autres objets
- ⇒ 101 (Questions circulaires): Inclusion d'autre(s) personnes (réelles ou imaginées) en **supputant leur réaction**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Essayez d'imaginer que votre père (décédé) est présent et vous a écoutée. Que dirait-il ? Essayez de formuler en utilisant un 'je', comme si vous parliez à sa place ! »
2. Th : « Comment l'a-t-elle / il dit ? Essayez de vous mettre à la place de cette personne et de vous exprimer comme si c'était lui/elle qui le fait ! »
3. Th : « Essayez de vous identifier à la maison dont vous avez rêvé et de raconter le rêve du point de vue de cette maison. Par exemple : 'Je suis la maison. Je suis vieille et j'ai sept pièces ... »
4. Th : « Si vous étiez votre supérieur hiérarchique, que ressentiriez-vous ? Que diriez-vous ? Essayez de vous exprimer comme si vous étiez lui ! »
5. Th : « Votre estomac vient de faire un bruit : pouvez-vous traduire en mots ce qu'il dit ? »
6. Th : « Quelle est la partie de ce dessin qui vous frappe le plus ? Essayez de vous identifier à elle et de vous exprimer comme si vous étiez elle ! »
7. Th : « Vous avez mal au dos. Essayez de vous exprimer à sa place, par ex. : 'Je suis ton dos et j'ai mal. Je porte ... »
8. Th : « Pouvez-vous vous rendre à l'intérieur de cette figure/de ce rôle/de cette personne/de cette position ? »
9. Th : « Comment Untel le dirait-il, l'exprimerait-il, le représenterait-il par un mouvement ? »

50. Imagination

DEFINITION

La th incite la pat à **fantasmer** en rapport avec certains motifs, certaines émotions ou certaines sensations ou à **confronter** ces aspects. **Il ne s'agit pas de relaxation.**

OPÉRATIONNEL

La th propose à la pat de **fantasmer** / d'**imaginer**

- **en rapport avec des émotions (imaginer une scène, des images, des sensations physiques)**
- **en rapport avec un rêve**
- **en rapport avec des fantaisies**

DISTINCTION

- ⇒ 6 (Entraînement à la gestion de la peur): La **peur** est au centre
- ⇒ 11 (Travail sur du matériel préconscient): Tous les types d'**associations** en rapport avec des actes manqués, des idées fugaces, des fantasmes spontanés, des rêves éveillés
- ⇒ 65 Travail avec des métaphores: **Images complexes** permettant d'esquisser un problème ou une manière de le résoudre
- ⇒ 93 (Conditionnement masqué): Ici, l'imagination est utilisée **en parallèle à une technique de relaxation**
- ⇒ 99 (Imaginer des valeurs): Les **valeurs associées à un autre objet psychique** sont examinées, et **non celles du Moi**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Retournez dans le rêve et racontez-moi d'éventuels changements. Concentrez-vous sur vos émotions et laissez une image s'esquisser. Je vous donne un exemple : ... »
2. Th : « Plongez dans l'image et observez comme elle évolue en fonction de votre imagination ; dites-moi quelles sont les émotions qu'elle provoque ! »

51. Encourager le processus d'individuation

DEFINITION

La th encourage les étapes du développement correspondant à l'âge de la pat et à sa situation. Elle thématise des évolutions adéquates du point de vue de l'âge ou de la situation, mentionne les étapes par lesquelles la pat n'a pas encore passé, son manque éventuel de maturité, les **écarts entre son développement et un développement adéquat**. Se réfère à la réalité (future / point de vue téléologique).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne les écarts entre les souhaits émis par la pat et une réalité adaptée à la situation**
- **mentionne les ruptures / les césures et/ou les possibilités individuelles de développement et la manière de les encourager**

DISTINCTION

- ⇒ 9 (Travail sur des questions existentielles): Ici, il s'agit d'explorer, de **faire le point** sur les aspects fondant la vie de la pat
- ⇒ 27 (Interprétation): Des liens sont établis **avec des contenus inconscients**
- ⇒ 29 (Elaborer): Travail sur **des aspects manqués ou inatteignables**
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés): Motiver la pat à **comprendre**
- ⇒ 60 (Confronter): La th thématise les **contradictions, les 'taches aveugles', les répétitions compulsives**
- ⇒ 75 (Activation des ressources): Ici, seules les **ressources existantes** sont thématisées
- ⇒ 79 (Thématiser les questions de sens): La th recherche des **aspects liés au sens** dans la vie de la pat.

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pensez-vous que ceci est réaliste ? »
2. Th : « Pensez-vous pouvoir y arriver dès maintenant ? »
3. Th : « Mais justement, vous n'y êtes encore jamais arrivée ; vous en auriez besoin pour obtenir cette place. Comment allez-vous vous y prendre ? »
4. Th : « Ne vous manque-t-il pas pour ce faire ... ? »

52. Transmettre des informations / psychoéducation

DEFINITION

La thérapeute fournit à la patiente des **informations objectives** à un niveau global ou en rapport avec des aspects concrets du traitement ou de la thérapie, ceci pendant les séances. Il peut s'agir de questions directement associées à la thérapie, mais aussi de données plus globales de la réalité dans la société. Des **conseils** en rapport avec le quotidien peuvent être donnés.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute donne des informations / des conseils

- **en rapport avec la thérapie**
- **en rapport avec des aspects sociétaux**
- **sur des données biographiques globales**
- **en rapport avec la manière dont la pat. gère sa vie**

DISTINCTION

⇒ 3 (Transmettre un modèle d'activation / de désactivation) : Dans ce cas, il s'agit purement de **données physiologiques**.

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Nous allons commencer par élaborer ensemble un modèle de vos troubles. »
2. Th : « Les cinq prochaines séances montreront s'il est utile de poursuivre la thérapie. »
3. Th : « L'interprétation de vos rêves fait partie de notre thérapie. Je vous prie donc de les noter dans un journal. »
4. Th : « D'habitude, dans des cas comme ça, l'office de placement demande une expertise ! »
5. Th : « Dans notre société, une personne sur dix souffre de dépression au moins une fois dans sa vie. »
6. Th : « Vous partagez avec beaucoup d'autres personnes le fait d'avoir eu une enfance difficile. »
7. Th : « Pour rencontrer quelqu'un, il faut aller là où il y a d'autres gens ! »
8. Th : « On ne saurait faire une omelette sans casser des œufs ! »
9. Th : « Rien ne peut être bien à moins qu'on le fasse / qui ne fait rien n'a rien. »

53. Promouvoir l'intégration

DEFINITION

Le déploiement et l'examen du vécu dérangeant éloigné du conscient (processus secondaire) conduisent souvent à l'acquisition de nouvelles connaissances et attributions de sens, mais aussi à **des changements potentiellement réels/concrets** (application). Ce sont ceux-ci que la th tente d'ancrer en **utilisant autant de modalités de perception que possible**, afin qu'ils puissent devenir utiles à la pat dans le quotidien et qu'elle puisse les intégrer. Cela est fait dans le sens d'un élargissement de la palette d'actions ayant existé jusqu'à maintenant. **La pat a déjà compris la nécessité de l'élargissement.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **déploie et ancre le nouveau vécu avec la pat, autant de modalités de perception que possible étant utilisées**
- **demande à la pat comment elle projette d'ancrer le nouveau savoir dans son quotidien, à différents niveaux de perception, et comment elle se sentirait si elle y réussissait**

DISTINCTION

- ⇒ 29 (Elaborer): Travail sur ce qui **a été manqué** ou qui ne **sera jamais atteint**
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés): Motiver la pat à mieux saisir
- ⇒ 38 (Questions en rapport avec la construction de possibilités): Vérification de **possibilité / d'options** ouvertes dans l'espace concret du système ; il ne s'agit **pas de mettre en œuvre**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Qu'allez vous faire concrètement ? Quelle va être la prochaine étape ? »
2. Th : « Comment pourriez-vous exploiter cela dans une situation ou une autre ? »
3. Th : « Dans quelle situation de votre quotidien pourriez-vous profiter de cette expérience ? »
4. Th : « Si vous appliquiez ce savoir au niveau XY – à la première occasion, comment vous sentiriez-vous ? »

54. Interaction avec une figure intérieure critique

DEFINITION

La réflexion sur le *processus de dévalorisation* mené par des **figures psychiques tendant à critiquer** modifie l'atmosphère du psychisme et libère l'accès à des ressources et à de nouvelles possibilités d'agir.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose des questions sur les caractéristiques des figures en question**
- **encourage la pat à les représenter concrètement et à les analyser**
- **examine et modifie avec la pat les schémas d'interaction de cette dernière en rapport avec ces personnages ; elle utilise pour ce faire le dialogue ou le jeu de rôles (sans échange de positions)**

DISTINCTION

- ⇒ 10 (Travail sur les frontières du processus): Ici, il s'agit de celles qui se posent **en obstacles**
- ⇒ 28 (Mener un dialogue avec soi et le monde): Ici, la pat dialogue avec **elle-même**
- ⇒ 76 (Lancer un jeu de rôles): Dialogue ou interaction en **utilisant une ou deux chaises** et en changeant de position
- ⇒ 99 (Imaginer des valeurs): Les **valeurs** inhérentes aux figures intérieures sont cernées

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Comment exactement exercez-vous une critique à votre propre égard ? »
2. Th : « Comment remarquez-vous que vous vous dévalorisez intérieurement ? »
3. Th : « Où est la personne qui vous critique ? A quoi ressemble-t-elle ? Pouvez-vous la décrire ? »

55. Elucider (clarifier, approfondir)

DEFINITION

La thérapeute a souvent à clarifier des aspects supplémentaires au moment de proposer une interprétation. Elle demande donc à la patiente des détails complémentaires. Elle peut aussi tenter d'élaborer avec la patiente une **compréhension des données objectives ou de la situation**. La thérapeute utilise les informations obtenues comme base pour obtenir d'autres informations. Elle demande ce qui s'est passé. Il s'agit d'élucider des faits vécus de manière subjective, tout en établissant un rapport avec des données concrètes.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **établit des liens avec des aspects dont la patiente est déjà consciente**
- **tente avec la patiente de découvrir d'autres informations**
- **pose des questions sur des faits**
- **pose des questions sur des événements**
- **demande à la patiente comment celle-ci voit objectivement les choses**

DISTINCTION

- ⇒ 36 (Travailler sur la base du feedback) : La th ne mentionne que **les réactions de la patiente par rapport à la communication qui a précédé**
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité) : Les questions sont en rapport avec la situation présente, **avec les attentes**, avec la mission thérapeutique, avec le **contexte dans lequel la thérapie a débuté (uniquement en rapport avec la thérapie ou avec la manière dont le problème a surgi**
- ⇒ 60 (Confronter) : Mention des **contradictions, des difficultés répétées**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Quels sont les rapports entre ces deux aspects ? »
2. Th : « Qu'est-ce qui vous amène à me consulter ? »
3. Th : « Qu'attendez-vous de la thérapie ? »
4. Th : « Je ne comprends pas encore ce que ... a à voir avec ... ? »
5. Th : « Qu'avons-nous là ? »
6. Th : « Que s'est-il passé exactement ? »
7. Th : « Qu'est-ce qui vous est arrivé ? »
8. Th : « Que voulez-vous dire précisément ? »

56. Prise de conscience du corps

DEFINITION

La thérapeute thématise la **dimension corporelle**, invite la pat à **observer son corps** (awareness), encourage sa **perception et/ou son autoperception**, demande à la pat d'observer **ses sensations corporelles, ses schémas de tension musculaire et les ressentis** qui vont avec, puis de les commenter ou de travailler à ce niveau (par ex. par le **biais d'exercices sur deux ou trois canaux sensoriels**). Sont explorés les phénomènes perturbants, irritants, surprenants, non-intentionnels vécus par la pat dans les différents domaines de sa vie (canaux de perception). Cette démarche se fait par le biais d'une observation phénoménologique du vécu subjectif de la pat. Les **informations associées aux sens** sont ensuite **amplifiées** avec soin (renforcement des signaux), les changements spontanés de modalités (passer sur un autre canal) et leur déploiement jusqu'à l'attribution d'un sens sont accompagnés par la pat.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne des éléments du vécu corporel (posture, mimique, tension, blocage, mouvement, pulsions, gestes, etc.**
- **pose des questions sur les sensations corporelles (chaud-froid / tension / énergie / douleur / sensations sur les différents canaux)**
- **pose des questions sur les sensations corporelles et sur les émotions, pensées, images, souvenirs les accompagnant**
- **demande à la pat de prendre conscience de son corps**
- **attire son attention sur différentes parties du corps (poitrine, jambes, respiration, etc.)**
- **mentionne les tensions / les relaxations dans certains muscles**
- **propose des exercices qui serviront à explorer le 'continuum of awareness' : qu'est-ce que je ressens, entends, vois, sens en ce moment ? Quel est mon ressenti à ce niveau ? Quelles images et quelles pensées cela provoque-t-il ?**

DISTINCTION

- ⇒ 19 (Diriger l'attention consciente sur les émotions/sentiments ...): Au niveau des émotions, **sans inclusion** du corps
- ⇒ 57 (Se concentrer sur les impulsions du corps): Ici, les **pulsions venues du corps sont traduites et mouvements**
- ⇒ 95 (a été éliminé):

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que percevez-vous justement dans votre corps ? Comment le percevez-vous ? »
2. Th : « Où sentez-vous cela dans votre corps ? »
3. Th : « Comment ressentez-vous cela exactement au niveau de votre corps ? Dans quelle partie du corps ? »
4. Th : « Que constatez-vous si vous observez vos épaules ? »
5. Th : « Vous dites que vos pieds sont froids et que votre tête est très chaude. S'agit-il d'un état inhabituel ? Ou avez-vous vécu la même chose dans d'autres circonstances ? »
6. Th : « Vous dormez mal et vous vous sentez tendue au moment où vous vous réveillez. Pouvez-vous me montrer où vous ressentez ces tensions. Pourriez-vous les reproduire volontairement, puis les renforcer pour ensuite vous détendre à nouveau ? »
7. Th : « Que ressentez-vous en ce moment dans votre corps / quelles émotions cela vous provoque-t-il ? »

57. Se concentrer sur les impulsions venant du corps

DEFINITION

La thérapeute encourage l'expression corporelle et/ou émotionnelle. Elle enregistre les signaux venus du corps, demande à la pat **de les traduire en mouvements** et/ou lui demande de **traduire des messages verbaux en actes**.

OPÉRATIONNEL

La th demande à la pat

- **d'approfondir**
- **d'intensifier**
- **d'exagérer**
- **de répéter**
- **d'exprimer activement**
- **de traduire en un mouvement**
- **de transformer en une action**

certaines pulsions corporelles ou émotions

DISTINCTION

- ⇒ 2 (Régulation de l'affect): Se réfère au vécu affectif de la pat., souvent en lui **demandant** de le modifier / de le moduler (sans inclure le corps)
- ⇒ 19 (Diriger l'attention consciente sur les émotions/sentiments ...): Uniquement sur les émotions, **sans inclure les mouvements ou les actes**
- ⇒ 56 (Prise de conscience du corps): Centré uniquement sur la **perception du corps, sans inclure les mouvements ou les actes**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Avez-vous envie de faire un mouvement ? »
2. Th : « Veuillez refaire ce mouvement de la main. Cette fois au ralenti – continuez à vous concentrer sur lui ! »
3. Th : « Vos doigts tremblent. Concentrez-vous sur ce tremblement et sur ce qu'il provoque lorsque vous laissez cette impulsion se développer librement. Oui, c'est ça, continuez avec ce mouvement ... »
4. Th : « Vous sentez cette tension au niveau de vos jambes. Renforcez-la autant que vous pouvez jusqu'à ce qu'elle diminue d'elle-même ! »
5. Th : « Nous parlons depuis quelques minutes de vos pensées compulsives. Vous avez abordé ce thème vous-même. Il me semble qu'à mesure que nous en parlons, vous changez de position dans votre siège, vous tournant loin de moi. Est-ce exact ? Si oui : faites ce mouvement de manière plus claire, amplifiée, et dites-moi s'il est associé à un ressenti et si ce genre de mouvement vous est familier. Peut-être savez-vous pourquoi cela s'est passé comme cela. A quoi cela a-t-il servi, compte tenu du fait que le mouvement a été très lent et à peine perceptible. Que ressentez-vous si vous le faites de manière nettement plus rapide et mieux perceptible ? Y a-t-il un mot ou une phrase que vous pourriez associer à ce mouvement ? »
6. Th : « Donc, vous évitez fréquemment des gens dans la rue – et non le contraire. Je remarque que votre bouche s'est déformée après que vous m'avez dit cela. De quelle impulsion s'agit-il ? Est-ce du mépris ? Nous pourrions jouer une scène : je marche dans votre direction ; je ne vous évite pas ; essayez de percevoir aussi exactement que possible ce que vous voudriez faire ; il s'agit de minuscules pulsions. Essayez de leur accorder un peu plus de place, de les amplifier, de les laisser devenir plus importantes que ce qu'elles seraient normalement. »
7. Th : « Quelles pulsions percevez-vous en rapport avec ce que vous venez de dire ? »
8. Th : « Observez les mouvements de vos mains. Pouvez-vous continuer en les amplifiant un peu ? Quelles pulsions recouvrent-ils ? Quel sentiment y est-il associé ? Pouvez-vous me le dire en une phrase ? »

58. Exercice corporel

DEFINITION

La thérapeute propose des **exercices de type bioénergétique** (au sens de Lowen) et/ou guide la pat dans leur réalisation. Il s'agit d'exercices qui permettent d'avoir accès aux tensions situées dans le corps et de tenter de les éliminer en agissant ou en bougeant de manière spécifique.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **propose à la pat de faire un exercice spécifique**
- **lui dit de quoi il s'agit**
- **fait elle-même l'exercice**

DISTINCTION

⇒ *57 (Se concentrer sur les impulsions venant du corps)*: Les signaux corporels doivent être approfondis, intensifiés, traduits en actes ; **il ne s'agit pas d'un exercice**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pour qu'à l'avenir vous soyez mieux à même d'exprimer votre colère, je vous propose de faire un exercice. Faites le poing avec vos mains et levez-les au-dessus de votre tête. Placez les coudes aussi loin que possible derrière votre tête. Frappez ensuite avec force – mais sans vous crispier – sur le divan, sans forcer le mouvement. Dites en même temps quelque chose qui exprime la colère, comme 'non', 'je ne veux pas', 'laisse-moi !', 'sale bonne femme' ou 'je te déteste' (expression de la colère). »
2. Th : « Vous décrivez ce sentiment d'oppression dans votre poitrine. Je vous propose de vous mettre debout en écartant un peu les jambes, de plier légèrement les genoux, puis de placer vos poings sur les hanches (la malléole vers le haut). Appuyez-vous sur les poings vers l'arrière, rapprochez vos coudes en maintenant le poids sur les semelles de vos pieds et respirez profondément ('arc vers l'arrière') »
3. Th : « Couchez-vous sur le dos sur cette couverture et levez les genoux en l'air en les repliant légèrement. Tendez les talons vers le haut. Avec le temps, vos jambes vont commencer à trembler. Essayez de continuer à respirer tranquillement malgré l'effort ('vibrations et respiration') »

59. Travail de communication basé sur un diagramme

DEFINITION

Dans son travail, la thérapeute utilise un diagramme représentant la **communication entre la pat et d'autres personnes (transactions)**. Le diagramme des transactions est dessiné ou la th s'y réfère.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **dessine en général le diagramme auquel elle se réfère**
- **met en cause une phrase que la pat a dite**

DISTINCTION

- ⇒ 20 (Porter attention à la communication): Le contenu et la forme de la communication concernent **uniquement la pat**
- ⇒ 48 (Thématiser les états du Moi): Ici, **rien n'est dessiné**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « **Pouvons-nous décrire cet entretien / ce conflit entre vous et votre hiérarchie en dessinant les états du Moi qui sont impliqués ?** » (voir aussi le point 2 !)
2. Th : « **Pourquoi riez-vous au moment où vous dites cela ?** » (transaction sous-jacente !)

60. Confronter

DEFINITION

La th **confronte (en la guidant)** la pat aux problèmes (stéréotypes) trouvés dans ses relations, ainsi qu'**aux contradictions** apparemment névrotiques **enregistrées dans son comportement**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne les contradictions dans le comportement de la pat**
- **signale les problèmes répétitifs en rapport avec ses relations**
- **signale les divergences perçues entre plusieurs niveaux d'expression**

DISTINCTION

- ⇒ 1 (Confronter les mécanismes de défense et les résistances): Les **distorsions perceptives** (défenses) et les **résistances** sont thématiques
- ⇒ 27 (Interprétation): Etablissement d'un **lien / d'un rapport** avec des aspects jusque là **inconscients**
- ⇒ 30 (Aider à saisir des comportements modifiés): La th motive la pat à mieux comprendre / accepter
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation): La th. mentionne les **divergences, les contradictions entre les aspirations et la réalité, sans qu'il s'agisse d'une confrontation**
- ⇒ 55 (Clarifier): La th ne parle que des faits, pose des questions **sans en tirer de conclusions**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous vous mettez fréquemment dans ce genre de situation ! »
2. Th : « C'est quelque chose que vous vivez constamment. »
3. Th : « Mais l'un ne va pas du tout avec l'autre ! »
4. Th : « Il semble que l'on vous apprécie plus que vous ne le croyez. »
5. Th : « Si à chaque fois que quelqu'un vous parle, vous lui faites sentir que vous n'avez pas le temps, il est très probable que vous ne ferez la connaissance de personne ! »

61. Cerner les (manques de) congruences

DEFINITION

La th rend conscients tous les sentiments que la pat provoque en elle ; la notion de congruence lui permet de prendre conscience de toutes les expériences potentiellement conscientes qui constitue son organisme dans le cadre de la situation thérapeutique, de les rapprocher du conscient et de les représenter en les vivant. La th sent qu'elle ne peut pas se **tourner de manière positive et inconditionnelle vers toutes les expériences**, vers le vécu de la pat, ou qu'elle a des **difficultés à faire preuve d'empathie**. C'est pourquoi elle tente de répondre à la question de savoir (niveau émotionnel) si ces aspects sont liés à un manque de congruence et intervient en vue de les élucider.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **revient sur ses sentiments dérangeants et tente de les interpréter par rapport au monde intérieur / aux motifs de la patiente**

DISTINCTION

- ⇒ 27 (Interprétation): Etablissement d'un **lien / d'un rapport** avec des aspects jusque là **inconscients**
- ⇒ 31 (Empathie): *En verbalisant son propre ressenti*, la th tente de saisir **le ressenti de la patiente**, et de le comprendre
- ⇒ 40 (Contre-transfert): La th thématise ses **propres émotions** (aspect psychique ou somatique tout en supposant que celles-ci sont en rapport avec le ressenti inconscient de la pat, celui-ci ne correspondant pas à ce que cette dernière dit et à la manière dont elle se comporte. L'accent est mis sur **les divergences concernant la pat**.
- ⇒ 92 (Verbalisation de vécus émotionnels): La th utilise **exclusivement ce que dit la patiente**, sans inclure son propre vécu

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je crois que vous allez vous sentir mieux à partir du moment où vous n'affrontez pas cette situation. »
2. Th : « J'ai l'impression que vous ne préparez pas votre examen parce que vous êtes convaincue qu'aucune préparation n'a de sens, parce que vous êtes sûre de rater l'examen ! »
3. Th : « J'ai l'impression que vous n'avez pas encore pris de décision ! »
4. Th : « Je sens que vous êtes désemparée ou mécontente de vous-même, est-ce exact ? »

62. Utiliser la responsabilité artistique

DEFINITION

La thérapeute intervient activement dans le processus de création en se référant à sa **propre** responsabilité artistique.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **fournit des indications sur la manière dont la pat pourrait aborder son œuvre**
- **la prie d'explorer le matériel**
- **lui demande de mieux exploiter l'espace lorsqu'elle danse, d'utiliser sa également sa voix lorsqu'elle improvise de la musique**
- **peint, chante, danse, crée avec elle**
- **intervient lorsque la pat dévalorise ses propres créations et complète en fournissant des indications positives et motivantes**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Voulez-vous utiliser ce pinceau fin pour dessiner les contours ? »
2. Th : « Avez-vous envie d'utiliser cette spatule ? »
3. Th : « Souhaitez-vous que j'écrive (danse) avec vous ? »
4. Th : « Essayer de ne pas dévaloriser continuellement ce que vous faites, donnez lui une chance !
Donnez-vous l'autorisation de vous absorber dans la peinture et demeurez curieuse quant à se qui apparait dans l'image ! »

63. Tenir compte du matériel

DEFINITION

La thérapeute introduit le **matériel apporté** par la patiente (exemples : images, textes, CD) dans le processus thérapeutique et en discute avec cette dernière.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **tient compte dans le processus thérapeutique du matériel apporté par la patiente (photos, dessins, poèmes, etc.)**

DISTINCTION

⇒ *14 (Travail basé sur des moyens créatifs)* : Il ne s'agit pas d'introduire le matériel que la pat. a apporté spontanément, mais d'inciter cette dernière à utiliser sa créativité en utilisant les **outils mis à disposition** par la thérapeute

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Voudriez-vous que nous écoutions ensemble votre musique préférée afin que je puisse m'en faire une idée et que nous puissions en faire une part de la thérapie, dans le sens où elle vous fournit une ressource importante ? »
2. Th : « Souhaitez-vous que nous tenions compte dans la thérapie d'une ou plusieurs images que vous avez peintes lors de votre séjour en clinique ? »
3. Th : « Aimerez-vous que nous tenions compte dans la thérapie d'extraits de votre journal intime (textes/poèmes) ? »

64. Dialogue axé sur l'image de l'homme

DEFINITION

La thérapeute gère ou ouvre un échange avec la patiente concernant une image de l'homme et incluant une description de l'être humain, de sa fonction, du sens et du but de son existence, tout en établissant des rapports avec le concept thérapeutique qu'elle utilise.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne et explique l'image de l'existence humaine soutenue par la forme de thérapie qu'elle pratique**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Le modèle tridimensionnel de l'être humain élaboré par Frankl vous permet de définir votre position par rapport à vos troubles somatiques et/ou psychiques (en utilisant votre esprit). »
2. Th : « L'image de l'homme soutenue par Frankl souligne le fait que chaque être humain est unique »
3. Th : « Selon Frankl, l'homme est un être en quête de sens. »
4. Th : « Selon notre concept théorique chaque être humain ... a besoin / est doté de / fait. »

65. Travail avec des métaphores

DEFINITION

Les métaphores sont des images ‘plastiques’ qui peuvent être élaborées sur la base du type de pensée et d’expression utilisé par le système. Il s’agit de fournir au système un exemple aussi concret que possible de description d’un problème ou d’une solution, ceci en utilisant des images, des récits, mais aussi des plaisanteries ; un exemple type est donné **sous la forme d’une métaphore**. Ces métaphores doivent être adéquates, simples et aisément intégrées par le système. Elles ont aussi pour fonction de fournir une possibilité de se distancer intérieurement ou d’élaborer un nouveau point de vue. Les bonnes métaphores sont utiles dans le sens où elles peuvent être utilisées à plusieurs reprises pour décrire un problème ou une solution spécifiques.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **tente d’élaborer une image ou un récit, à partir du problème actuel**
- **tente de formuler une sorte de ‘devise’ contenant les idées ou scénarios de solution existants, ici aussi à l’aide d’images, de récits ou de proverbes**
- **met en scène une image analogue**

DISTINCTION

⇒ 11 (Travail sur du matériel préconscient): Associations non-structurées, fragmentaires

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « A supposer que vous continuiez à ne pas être d’accord sur vos principaux idéaux, comment pensez-vous que vous allez vivre ‘en cavalier seul’, comme une femme profondément déçue vivant avec ses sept chiens, ce qui implique que vous vous soyez séparée de votre mari ? Ou allez-vous rester ensemble et continuer à vous faire des films d’amour et de haine à la mode Hollywoodienne ou se peut-il que dans deux ans vous passiez tous les deux votre lune de miel à Las Vegas, chacun avec un nouveau compagnon ? »
2. Th : « Lorsque je vous écoute et vous regarde, je constate que ni vous ni l’autre n’accordez votre soutien lorsqu’il/elle en a besoin ; une image me vient à l’esprit qui date de plusieurs années : deux gros morceaux de viande sur la droite et sur la gauche, avec au milieu des animaux sauvages (lions, hyènes ou loups) attachés avec des cordes – tous deux voulaient aller chercher la viande à chaque fois que l’autre tirait dans l’autre direction. Et s’ils avaient tous deux continué à tirer, ils seraient morts de faim. La seule solution était que l’un d’entre eux cède et qu’ils mangent ensemble le premier morceau de viande, pour ensuite aller chercher le morceau suivant, et le suivant, etc. Je peux vous faire un dessin. »
3. Th : « La manière dont vous réussissez à toujours vous disputer en utilisant des éléments dramatiques et toutes sortes de variations ... Vous, l’homme, le régisseur, vous le connaissez à partir de films ; et vous, la femme, l’actrice, vous utilisez aussi le registre du théâtre et du film. Quelle est selon vous la différence entre votre vie de couple et ces épisodes dignes de films, que vous mettez en scène depuis deux ou trois ans, d’une manière digne d’Hollywood ? »

66. Poser des questions sur le processus créatif

DEFINITION

La thérapeute pose des questions à la patiente sur des affects ressentis durant le processus créatif.

OPÉRATIONNEL

La th pose des questions quant à

- **un effet de surprise**
- **les moments où elle a réagi de manière émotionnelle**
- **les images qui lui sont tout à coup venues à l'esprit**
- **les souvenirs soudainement évoqués**

DISTINCTION

⇒ 67 (Elaborer un nouveau sens / un nouveau contexte...): Il s'agit de saisir la quintessence de l'œuvre, et **non pas l'affect**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pendant que vous jouiez votre morceau, j'ai constaté qu'à un moment donné vous vous êtes concentrée et avez frappé le gong avec délicatesse. Qu'est-ce qui est arrivé ? »
2. Th : « Je vois qu'au moment où vous avez fini de peindre les yeux, vous avez eu les larmes aux yeux. Que ressentez-vous maintenant ? »
3. Th : « Juste après le moment où vous avez commencé à danser vous vous êtes soudain arrêtée et avez ri. Qu'est-ce qui s'est passé en vous à ce moment ? »
4. Th : « Pendant que vous écriviez, vous avez tout à coup soupiré profondément puis continué très vite à écrire. Qu'est-ce qui s'est passé en vous à ce moment ? »

67. Elaborer un nouveau sens et un nouveau contexte sur la base du matériel produit par la patiente

DEFINITION

La thérapeute encourage la pat à découvrir de nouveaux sens et de nouveaux contextes pendant qu'elle produit une œuvre.

OPÉRATIONNEL

La th pose des questions sur l'œuvre

- **concernant de nouvelles interprétations perçues par la pat**
- **un nouveau sens tel qu'il est perçu par la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 7 (Fournir une assistance spirituelle): Uniquement en rapport avec des **coups du sort**
- ⇒ 9 (Travail sur des questions existentielles): Questions concernant la **vie menée** par la pat
- ⇒ 27 (Interprétation): Des **liens** sont établis entre des points dont la pat **n'est pas encore consciente**
- ⇒ 66 (Poser des questions sur le processus créatif): Concerne l'**affect**
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification): **Placer dans un contexte plus large**, tentative de donner un sens au vécu

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Quel sens cette œuvre a-t-elle, maintenant que nous la regardons dans sa version 'élargie' ? »
2. Th : « Quels sont les rapports qui s'établissent entre ces nouveaux détails, tels que vous les voyez maintenant ? »
3. Th : « Vous avez peint une croix noire au milieu du cercle rouge, en bas, à droite de l'image – qu'est-ce qu'elle signifie pour vous ? »
4. Th : « Quels sont les détails qui vous frappent lorsque nous regardons votre œuvre dans son ensemble ? Quels pourraient être les rapports avec vous / avec votre problème ? »
5. Th : « Vous venez de faire l'expérience que, si vous prenez suffisamment de temps pour examiner soigneusement une peinture, si vous la regardez de loin, vous découvrirez de nouvelles manières de voir. Qu'est-ce que cette expérience, faite dans le cadre de la thérapie, pourrait signifier pour votre quotidien à l'extérieur ? »
6. Th : « Votre œuvre pourrait-elle indiquer une ressource présente en vous ? »

68. Intention paradoxale

DEFINITION

La th demande à la pat d'imaginer ou de faire ce dont elle a toujours eu peur. Elle formule cet aspect de manière exagérée, aussi outrancière que possible ou avec humour.

OPÉRATIONNEL

La th propose à la pat

- **de souhaiter vivement une situation dont en réalité elle a peur**
- **d'imaginer une situation qu'elle craint avec encore plus d'intensité**
- **de réaliser une idée ou un acte compulsif**
- **de réfléchir à des manières dont tout cela pourrait devenir pire**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Il est souvent possible de se débarrasser de peurs irrationnelles en souhaitant fortement les aspects dont on a peur. Cela peut paraître incroyable, mais cela fonctionne. Cela s'appelle une 'intention paradoxale'. Le mieux est de formuler le souhait de manière aussi exagérée et outrancière que possible. Avez-vous une proposition ? »
2. Th : « Les compulsions (pensées ou actes) peuvent souvent être éliminées lorsqu'on décide de vraiment les pratiquer. Cela s'appelle une 'intention paradoxale'. Le mieux est de formuler le souhait de manière aussi outrancière ou drôle que possible. Avez-vous une proposition ? »
3. Th : « Que pourriez-vous faire, à supposer que vous décidiez d'aggraver votre problème intentionnellement, de le garder (pour l'éternité) ? »
4. Th : « Comment les autres pourraient-ils vous aider à garder votre problème ? Comment pourraient-ils vous inviter à ne pas vous sentir bien ? »

69. Renforcement positif

DEFINITION

En offrant des **conséquences positives en association avec certaines réactions**, la th fait augmenter la possibilité que la patiente ait un comportement donné ou établit un nouveau comportement.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **attribue une valeur positive à un comportement que la pat devrait avoir plus souvent, elle le 'récompense'**
- **parle du 'comportement positif', lui accorde une attention particulière, lui donne de la valeur / le place au centre de l'attention**

DISTINCTION

⇒ 46 (Fournir un appui): Il s'agit d'un **soutien moral**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous venez de dire que, même si vous aviez peur d'avoir une attaque de panique, vous n'avez pas fui la situation. Excellent ! »
2. Th : « Vous pouvez manger un morceau de fruit à chaque fois que vous renoncez à fumer une cigarette. »
3. Th : « A chaque fois que vous réussissez à faire une promenade matinale d'un quart d'heure, vous pouvez vous accorder une récompense ! »
4. Th : « C'est pas mal, non ? »
5. Th : « Formidable ! »

70. Résoudre un problème

DEFINITION

La thérapeute propose à la patiente de s'habituer à **procéder systématiquement** à chaque fois qu'elle doit prendre une décision requérant une analyse rationnelle du sens de son propre comportement.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute incite la patiente à gérer tous les processus de décision en incluant les cinq étapes suivantes :

- **Quel est mon principal problème ?**
- **A quel niveau suis-je libre de décider ?**
- **Quelles sont mes possibilités de choisir ?**
- **Par où faut-il que je commence ?**
- **Qu'est-ce qui m'aide le plus à ce niveau ?**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Quelles étapes auraient d'abord le plus de sens ? »
2. Th : « Qu'est-ce qui vous aide le plus au moment où vous cherchez à résoudre ce problème ? »
3. Th : « Que faudrait-il remettre à une deuxième étape ? »

71. (Faire) prescrire des psychotropes

DEFINITION

La thérapeute parle de la possibilité ou de la nécessité d'accompagner la thérapie d'un traitement médicamenteux (psychotropes).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute conseille ou indique le besoin pour la patiente :

- **de prendre ou de se faire prescrire un psychotrope**
- **de le prendre lorsqu'il a déjà été prescrit**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je pense qu'il serait utile que, durant la phase initiale de votre thérapie, vous preniez un médicament pour soulager vos angoisses. Il vous permettra de mieux supporter les situations qui vous font peur. »
2. Th : « La prise d'un médicament permettrait de soulager temporairement votre dépression. Seriez-vous d'accord pour que nous en discutons ? »
3. Th : « Depuis quand exactement prenez-vous ce médicament ? »
4. Th : « Prenez-vous régulièrement vos médicaments ? »
5. Th : « Comment pourriez-vous faire pour réussir à prendre régulièrement vos médicaments ? »
6. Th : « Avez-vous déjà envisagé la possibilité de prendre un médicament ? »

72. Recadrer / modulation de l'attitude

DEFINITION

On donne à un évènement un sens différent en le plaçant **dans un autre cadre**, celui-ci modifiant entièrement sa signification. Il faut partir du principe que les systèmes disposent toujours d'un contexte et d'un sens donnés. La pat peut alors réussir, avec la th, à percevoir / évaluer ses problèmes **dans une nouvelle optique**.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **en posant des questions relatives à un contexte aussi différent que possible, tente d'expliquer et de présenter le problème sous un autre angle**
- **tente, en reformulant, de créer une vue différente des choses et de les recadrer**
- **tente de mettre en place un processus circulaire en plaçant les différents comportements dans un contexte systémique**

DISTINCTION

⇒ 7 (Fournir une assistance spirituelle): Uniquement en rapport avec des **coups du sort**, accent mis sur l'**aspect spirituel**

EXEMPLES TYPIQUES

1. La th s'adressant au mari : « Vous avez dit que votre femme a besoin d'énormément de temps pour prendre une décision. Selon vous, elle regarde chaque vêtement dans une boutique, les compare, etc. Cela veut dire qu'elle prend ses décisions avec beaucoup de soin et il est probable qu'elle vous a choisi avec beaucoup de soin, que c'est vous qu'elle a élu parmi tous les maris potentiels. »
2. La th s'adressant à la famille dont la fille souffre d'anorexie : « Ce que vous avez décrit montre que vous prenez beaucoup de soin les uns des autres, même si votre fille souffre. On voit que vous avez des liens forts et il me semble que vous vivez les attentions envers votre fille, la vie de famille et de couple de manière encore plus intense qu'il y a encore trois ou quatre ans. Dans ce sens, le comportement bizarre de votre fille au niveau de l'alimentation a des effets sur votre famille qui, paradoxalement, peuvent également sembler positifs. »
3. La th s'adressant à un veuf dont le processus de deuil dure déjà longtemps : « Que se serait-il passé si vous étiez décédé avant votre épouse ? »
4. Th : « Vous me dites que lorsque vous vous trouvez dans un embouteillage, vous pensez 'je suis prisonnier ici et ne peux plus sortir de ma voiture', ce qui vous provoque la panique. Comment vous sentiriez-vous si vous vous disiez 'c'est bien que je doive circuler plus lentement, cela me permet de mieux écouter la radio' ? »

73. Confrontation des stimulus in sensu

DEFINITION

Des stimulus créant la peur sont cernés, préférence étant donnée à ceux qui provoquent la réaction la plus forte, et offerts à la pat (**sans relaxation**) jusqu'au moment où la peur passe à un niveau supportable.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **collecte des stimulus créant la peur, comme le passage sur un pont, le passage à travers un tunnel, la position debout en haut d'une tour, etc.**
- **intègre les stimulus de référence – ceux qui provoquent la plus forte réaction de peur – à un récit réaliste d'une durée d'env. 20 minutes et le raconte à la pat. La pat ne doit pas interrompre la séance, elle doit supporter sa peur et l'exprimer continuellement par rapport à une échelle**
- **au moment où la réaction de peur a atteint le niveau convenu d'avance (ex. elle se situe à 40%, le pouls de la pat a nettement ralenti) la th raconte encore une fois le récit et interrompt la confrontation aux stimulus**

DISTINCTION

⇒ 6 (Entraînement à la gestion de la peur): Une technique de relaxation est associée à la confrontation de la peur

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Imaginez que vous passez sur un pont très, très haut. Vous conduisez votre voiture très lentement, avec les fenêtres ouvertes, et vous regardez dans la vallée ... »
2. Th : « Imaginez que vous vous trouvez au dernier étage de l'Empire State Building et regardez vers le bas. Observez votre réaction de peur et dites-moi à quoi elle correspond sur une échelle allant de 1 à 10. »
3. Th : « Lorsque vous écoutez cette histoire, à quel niveau votre peur se situe-t-elle ? »
4. Th : « Imaginez que vous êtes au sommet de la tour et que vous regardez en bas. Vous constatez que la barrière est pourrie et que vous ne pouvez pas vous y tenir. A quel niveau votre peur se situe-t-elle lorsque vous y pensez ? »
5. Th : « Bien, vous avez donc moins peur. Je vous raconte l'histoire encore une fois et nous verrons si votre peur augmente ou si elle reste à 30%. »
6. Th : « Je met mon araignée dans un bocal et pose celui-ci sur mon bureau. Observez votre peur et dites-moi quand elle diminue. Ensuite, j'irai chercher le bocal et je le poserai sur la table, directement devant vous. Maintenant, j'ouvre le bocal et je laisse l'araignée sortir. Observez le niveau de votre peur avec précision. »

74. Confrontation des stimulus in vivo

DEFINITION

Ici, il s'agit d'une confrontation particulièrement longue avec des stimulus provoquant la peur **dans des situations réelles**. Il n'est pas possible de donner à la pat des instructions systématiques qui serviraient à renforcer sa peur.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **offre dès la première séance une situation déclenchant une forte peur (ex. : araignée dans le bocal si la pat craint les araignées), en procédant de manière progressive**
- **laisse l'araignée dans le bocal posé sur la table jusqu'à ce que le niveau de peur de la pat soit minimal**
- **La dernière étape (lors de la dernière séance) consiste à demander à la pat de tenir l'araignée dans sa main, le niveau de peur étant très bas**
- **accompagne la pat dans un grand magasin plein de monde et lui demande de supporter cette situation**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « J'ai un bocal là-bas, dans lequel se trouve une araignée. Je vais maintenant le poser plus près de vous. Veuillez me dire quand vous contrôlez suffisamment votre peur pour que je puisse encore le rapprocher. »
2. Th : « Lorsque, sur une échelle de 10 à 100, votre peur atteint 20, faites-le moi savoir – je passerai alors à l'étape suivante. »

75. Activation des ressources

DEFINITION

La thérapeute fait référence **aux qualités positives ou aux ressources** de la patiente.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne les qualités positives de la patiente**
- **mentionne les ressources de cette dernière**
- **rappelle à la patiente qu'elle a déjà géré des crises avec succès**
- **mentionne les capacités de la patiente**

DISTINCTION

- ⇒ 46 (Fournir un soutien) : La th. **fournit un soutien moral**
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation) : Dans ce cas, il s'agit d'une direction finale visant à ce que la pat. **suive la voie de l'individuation et devienne plus mature**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je trouve étonnant que vous soyez capable de garder tout votre calme dans des situations énervantes. »
2. Th : « Vous réussissez aisément à obtenir l'approbation des autres ! »
3. Th : « Vous avez apparemment un don pour trouver la bonne manière de vous exprimer dans une situation donnée ! »
4. Th : « Vous avez une grande famille et vous pourriez en profiter. »
5. Th : « Vous avez un don pour l'organisation ! »
6. Th : « Il vous sera facile de faire ce genre d'appel téléphonique. »
7. Th : « Lorsque je pense à ce que vous avez fait à ce moment, je trouve cela plutôt étonnant ! »
8. Th : « Vous souvenez-vous du moment où votre mère étant décédée, vous avez dû tout régler vous-même ? Et vous rappelez-vous encore à quel point vous vous êtes bien débrouillée ? »
9. Th : « Vous souvenez-vous de l'époque où vous avez dû changer d'école et de la manière positive dont vous avez réussi à vous intégrer dans la nouvelle classe – malgré les craintes que vous aviez au début ? »
10. Th : « Vous êtes capable de garder des détails à l'esprit tout en ayant une vue d'ensemble de la situation ! »
11. Th : « Vous avez appris à compter sur vous-même et à vous faire confiance ! »

76. Initier un jeu de rôles

DEFINITION

La thérapeute initie un **jeu de rôles** ou une **mise en scène** des personnes associées à une situation sociale en utilisant les **échanges de position** (jeu alternatif, dialogue, interaction).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **utilise deux chaises dont, par ex. l'une est vide, lorsque la pat souffre de dissociations ou qu'elle projette des contenus**
- **utilise le dialogue avec une personne (encore en vie ou décédée), tout en utilisant une chaise vide**
- **met en scène une interaction sociale en utilisant des objets, des chaises vides, des signes sur une feuille de papier**
- **encourage la pat à approfondir les différentes figures oniriques, les différentes positions et rôles en utilisant le dialogue ou le jeu de rôles**

DISTINCTION

- ⇒ 48 (Thématiser les états du Moi): Travail sur les **états du Moi, sur des autorités intériorisées**
- ⇒ 49 (Demander l'identification): **Pas de dialogue, pas d'interaction**
- ⇒ 54 Interaction avec une figure intérieure critique: La pat doit se **mettre à la place** d'un personnage intérieur, l'imiter ; pas d'échange de positions

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous remarquerez qu'une voix intérieure souhaite cela, mais qu'une autre voix dit 'non'. Puis-je vous proposer une petite expérience ? Demandez à la voix qui sait qu'elle souhaite cela de prendre place sur cette chaise. Demandez à la deuxième voix de s'asseoir sur la seconde chaise. Lancez un dialogue entre ces deux voix en prenant place alternativement sur une chaise et sur l'autre. »
2. Th : « Je vous propose de vous exercer à cette discussion en faisant comme si ces personnes étaient présentes : prenez deux chaises, l'une pour vous, l'autre pour l'autre personne. Menez la discussion de manière telle que vous parlez une fois en votre nom, une fois au nom de l'autre personne (après vous être assise sur sa chaise) ! »
3. Th : « J'ai ici certains objets. Pouvez-vous en choisir un pour représenter chacun de vos interlocuteurs (par ex. au sein de la famille) et le poser de telle sorte que les différents objets mettent en évidence les différentes relations ? »
4. Th : « Pouvez-vous dessiner votre équipe sur une feuille de papier, les alliances et les conflits entre les différentes personnes étant mis en évidence ? Vous pouvez aussi utiliser des symboles pour représenter les différentes personnes, en choisissant un symbole caractéristique. »

77. Techniques d'autogestion

DEFINITION

La thérapeute enseigne des **techniques d'autogestion (mental health tools)** et encourage la pat à les utiliser.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute incite la pat

- à tenir un journal intime
- à un Check-In (regard vers son monde intérieur, à intervalles réguliers)
- à pratiquer le Sustaining Integration Set (SIS)
- à établir un sentiment de « je suis »
- à faire des exercices lui permettant d'être en contact avec le sol et de se centrer
- à utiliser des techniques de 'release' (décharge)

DISTINCTION

⇒ 18 (Confier des tâches): La th confie des **tâches concrètes** à la pat, sans lui enseigner des techniques

⇒ 56 (Prise de conscience du corps): Ici, il s'agit **uniquement** du niveau corporel

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je vous encourage à tenir un journal intime, auquel vous serez la seule à avoir accès et dans lequel vous noterez tous vos sentiments, pensées, idées etc. Je vous conseille d'y noter quotidiennement ce que vous avez fait dans la journée, ainsi que toutes les situations qui vous ont touchées au niveau émotionnel. »
2. Th : « Faites chaque jour au moins une fois un check-in, en observant vos sensations physiques, vos sentiments, vos pensées et vos pulsions. »
3. Th : « Les exercices de Sustaining Integration (SIS) vous aideront à développer plus de vitalité, à vous sentir mieux dans votre corps ; ils renforceront votre sentiment de cohérence. »
4. Th : « Veuillez associer ce sentiment de vous sentir bien dans votre corps (il se manifeste en général au niveau de la poitrine) et les mots 'JE SUIS' ! »
5. Th : « Etre présent implique que l'on soit présent dans le ici-et-maintenant avec tous ses sens. Un bon exercice dans ce sens consiste à nommer aussi rapidement que possible toutes les couleurs et tous les objets situés dans la pièce. »
6. Th : « Lorsque vous sentez vos pieds en contact avec le sol et qu'il vous semble que vous faites un tout avec le sol, vous avez un bon contact avec ce dernier. »

78. Révélation de soi /auto-divulgation (thérapeutique)

DEFINITION

La révélation de certains aspects d'elle-même, l'auto-divulgation, sert à maintenir ou à recréer la congruence chez la thérapeute. Celle-ci **offre une certaine transparence**, afin que la pat puisse mettre en œuvre ces aspects de manière constructive ; la th sert éventuellement de **modèle** de rôle.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **fait part à la pat de ressentis, de vécus analogues**
- **montre qu'elle lui ressemble**
- **apprécie**
- **offre une manière alternative de vivre/gérer en se référant à son propre vécu**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Lorsque j'étais enfant, j'ai aussi joué avec un train électrique. »
2. Th : « Je peux parfaitement le comprendre, car j'ai vécu quelque chose de similaire ! »
3. Th : « Ce type de doutes profonds m'est également familier. »
4. Th : « J'aurais bien voulu apprendre cela, mais je n'en ai jamais eu l'occasion. »

79. Thématiser les questions de sens

DEFINITION

La thérapeute aborde des thèmes liés à la relation qu'a la patiente avec sa propre vie ou **liés à la question du sens**. Les questions fondamentales suivantes sont traitées : « Je vis – mais puis-je vivre (ainsi) ? » ou « J'existe, mais à quoi cela sert-il ? ».

OPÉRATIONNEL

La th thématise

- **des questions liées aux aspects subjectifs en fonction desquels la pat attribue un sens à sa vie**

DISTINCTION

- ⇒ 7 (Fournir une assistance spirituelle): En cas de **coups du sort**
- ⇒ 9 (Travail sur des questions existentielles): Exploration par la th des **aspects chargés de sens** dans la vie de la pat
- ⇒ 51 (Encourager le processus d'individuation): La th. mentionne les **divergences, les contradictions entre les aspirations et la réalité**
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification): Placer dans un **contexte plus large**, tentative de donner un sens au vécu
- ⇒ 86 (Thématiser l'acceptation de soi): Concerne le sentiment de **sa propre valeur**, l'acceptation et l'image **de soi**
- ⇒ 100 (Thématiser l'acceptation de soi): Se réfère uniquement aux **valeurs**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous accomplissez et vous chargez de beaucoup de choses. Vous demandez-vous parfois si vous en êtes capable ou si vous en avez envie ? »
2. Th : « Pour quoi voulez-vous vivre ou à quoi souhaitez-vous avoir consacré votre vie ? »

80. Créer un sens et une signification

DEFINITION

Soutien thérapeutique de la fonction créative et constructive de la psyché, obtenu en élaborant des **rapports (analytiques) signifiants** entre les éléments constituant la vie de la pat ('sense of coherence', 'pourquoi je suis devenue ce que je suis').

OPÉRATIONNEL

La th encourage la pat à établir des liens entre certains évènements et certains schémas existentiels en

- **établissant des connexions transversales**
- **identifiant les points communs**
- **l'aidant à mieux comprendre pourquoi il en est ainsi**
- **donnant un sens aux problèmes**

DISTINCTION

- ⇒ 7 (Fournir une assistance spirituelle): Ne concerne que les aspects **spirituels** qui permettront de surmonter des **coups du sort**
- ⇒ 9 (Travail sur des questions existentielles): Vise à **explorer** la vie réelle de la pat, avec ses aspects d'ombre et de lumière
- ⇒ 27 (Interprétation): Ici, la th aide la pat à établir des **liens entre des éléments** jusque là inconscients
- ⇒ 67 (Elaborer un nouveau sens / un nouveau contexte ...): Uniquement par le biais de la création ou d'un **examen** d'une œuvre
- ⇒ 100 (Référence aux valeurs): Ici, c'est la **structure du système de valeurs** qui est élucidée

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Racontez-moi des épisodes importants de votre vie. A quelque part, tout cela est lié ? Pouvez-vous cerner un fil rouge ? »
2. Th : « Comprenez-vous ce qui vous est arrivé ? De quelle manière ce problème a-t-il contribué à votre construction ? »
3. Th : « Quels sont les aspects de votre vie qui, pour vous, font sens ? »
4. Th : « Avec quels aspects pouvez-vous / devriez-vous vous réconcilier ? »
5. Th : « Quelles sont les difficultés que vous pouvez accepter ? »
6. Th : « Avez-vous le sentiment d'être ancrée dans un plus large contexte ? »
7. Th : « Avec votre famille, vous ne pouviez que devenir cela ! »
8. Th : « Compte tenu des difficultés dans votre famille, cela ne m'étonne pas ... »
9. Th : « Cela est compréhensible, compte tenu de ce qui s'est passé dans votre enfance ! »

81. Elaborer un scénario de vie

DEFINITION

Le **script** (ou scénario de vie) est un **projet existentiel** (préconscient). Il est également entendu en tant que système d'expérience ou de comportement ou qu'ensemble circulaire au sein duquel sentiments, cognitions, comportements et réactions sont réciproquement renforcées et confirmées. Les interventions de la th visent à interrompre ce cercle (vieux) sur certains points. Il s'agit de prendre conscience et de modifier les différents éléments.

OPÉRATIONNEL

La th mentionne

- **les idées ou la conception de soi qu'a la pat**
- **les déductions que la pat utilise pour sa survie, au sens d'un scénario de vie**
- **les comportements manifestés par la patiente au sens d'un script**
- **les ressentis de la patiente au sens d'un script**
- **les affirmations associées à son script**

DISTINCTION

⇒ 25 (Apprendre une manière de travailler sur le caractère et 'l'agence'): Ce sont **ces éléments** qui sont thématiques et non pas le scénario de vie élaboré par la pat.

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « J'ai l'impression que votre comportement se fonde sur la maxime suivante : 'Je ne peux décider quoi faire que lorsque je le fais en cachette' – qu'en pensez-vous ? »
2. Th : « Il me semble que le jeune enfant que vous avez été a décidé de ne laisser personne l'approcher. »
3. Th : « La colère que vous décrivez me semble être votre 'ressenti favori'. Cela ne vous permet pas d'avoir d'autres émotions ! »
4. Th : « Comment parvenez-vous à la conviction que vous n'êtes pas importante et que vous n'avez rien à dire ? »
5. Th : « Si vous faisiez le récit (en rétrospective) de votre vie ... comment ce récit se terminerait-il ? »

82. Analyse des jeux psychologiques ou des méconnaissances

DEFINITION

Les méconnaissances et les jeux psychologiques sont des schémas d'interaction dysfonctionnels et manipulateurs. Ils sont caractérisés par la mise en œuvre d'un ou plusieurs rôles faisant partie de ce que l'on appelle le **triangle dramatique** Victime-Sauveur-Persécuter.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute s'adresse

- **à la pat dans son rôle de Persécuter / de Sauveur / ou de Victime**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Il me semble que vous êtes retombée dans votre rôle de sauveur ! »
2. Th : « Il me semble qu'ici, vous jouez le rôle de victime ! »
3. Th : « Comment pourriez-vous éviter de jouer ces rôles ? »
4. Th : « Cette attitude de victime vous est-elle familière ? »

83. Contrôle des stimulus

DEFINITION

Un comportement problématique est contrôlé en éliminant ou en restreignant systématiquement **les conditions** dans lequel il se manifeste.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **réfléchit avec la pat sur la manière dont les stimulus provoquant le comportement problématique pourraient être éliminés**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Veuillez n'acheter de la nourriture que pour une journée à la fois ! »
2. Th : « N'achetez plus de friandises – ainsi vous ne pourrez plus en manger pendant la nuit ! »
3. Th : « A partir de maintenant, prenez toujours place pour manger sur la même chaise dans votre cuisine et n'écoutez plus la radio, sans rien qui puisse vous distraire ! »
4. Th : « Avant d'allumer une cigarette, mâchez du chewing-gum pendant une demi-heure ! »

84. Travail sur des symboles

DEFINITION

La thérapeute **amplifie** (approfondi, renforce, enrichi) les symboles contenus dans le **matériel archétypique** apporté par la pat.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute approfondi / centre / souligne le contenu du symbole (en tenant compte du contexte *individuel*), en mentionnant

- **des contes**
- **des mythes ou des récits religieux**
- **des œuvres littéraires / des articles de presse, etc.**

DISTINCTION

⇒ *99 (Imaginer des valeurs)*: Ici, les **valeurs attribuées à un autre objet psychique** sont mentionnées et non les valeurs adoptées par le Moi

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « On trouve le symbole dont vous avez rêvé dans un conte de fées, dans un mythe, dans une œuvre littéraire. »
2. Th : « Connaissez-vous le conte suivant ? »
3. Th : « A quel conte cela vous fait-il penser ? »
4. Th : « Cela vous évoque-t-il une histoire, un film ? »
5. Th : « Pouvez-vous établir des rapports entre votre situation actuelle et un récit, un mythe, la plaçant ainsi dans un plus large contexte religieux ? »

85. Parler des symptômes

DEFINITION

La thérapeute parle des symptômes ou des griefs de la patiente.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **mentionne les symptômes névrotiques ou psychosomatiques dont souffre la patiente**
- **attire l'attention de la patiente sur ses troubles**
- **demande à la patiente de quels symptômes / quels troubles elle souffre**
- **commente les symptômes / troubles dont souffre la patiente**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Qu'en est-il de votre peur / de votre dépression ? »
2. Th. : « Où en sont vos troubles ? »
3. Th : « J'ai l'impression que vos peurs / vos dépressions sont moins / plus fortes. Cela est-il exact ? »
4. Th. : « C'est comme cela que la peur naît en vous ? »
5. Th. : « Et c'est dans ce contexte que naissent les idées / les actes compulsifs ? »
6. Th. : « Quand avez-vous souffert pour la première fois de ces symptômes / de ces troubles ? »

86. Thématiser l'acceptation de soi

DEFINITION

La thérapeute parle de certains aspects de **la manière dont la patiente s'accepte**, ainsi que de **l'image qu'elle a d'elle-même**. Il se peut qu'à ce niveau, des aspects liés à la **confiance en soi**, à la **pose de limites envers autrui** et à **l'authenticité** soient mentionnés.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute parle du point de vue de la patiente de :

- **sa confiance en soi**
- **son authenticité**
- **la manière dont elle pose des limites envers l'extérieur**

DISTINCTION

⇒ *79 (Thématiser les questions de sens)*: Ici, on ne se réfère pas au Soi, il s'agit de la **définition subjective d'un sens**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Quels sont les traits de caractère que vous appréciez en vous-même ? »
2. Th : « Quels sont ceux pour lesquels on vous apprécie ? On reconnaît votre valeur ? »
3. Th : « Telle que vous êtes, êtes-vous capable de vous accepter, de trouver que vous avez de la valeur ? »
4. Th : « Vous aimez-vous vous-même ? Avez-vous de l'appréciation pour vous-même ? »
5. Th : « Pouvez-vous être ce que vous êtes ? »
6. Th : « Vous prenez-vous au sérieux ? »
7. Th : « Quelles sont les attentes venues des autres ? »
8. Th : « Jusqu'où êtes-vous capable de vous distancer des exigences et des attentes d'autrui ? »
9. Th : « À quels moments avez-vous l'impression d'être vous-même ? »
10. Th : « Vos attentes à ce niveau correspondent-elles à ce que vous êtes vraiment ? »
11. Th : « Je crois que, secrètement, vous vous rejetez vous-même ! »

87. Changer de thème

DEFINITION

La thérapeute **change d'elle-même de sujet** ou mentionne un thème spécifique.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **parle d'un nouveau thème**
- **change de sujet / de thème**
- **propose à la pat. de parler d'un autre thème**

DISTINCTION

⇒ 26 (Déréflexion) : Celle-ci n'est pas lancée par la th. **de manière aussi active** et n'est **pas uniquement en rapport avec la séance**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pour parler de tout autre chose : comment cela se passe-t-il avec votre nouveau chien ? »
2. Th : « J'aimerais bien que nous parlions du rôle que vous jouez dans votre famille. »
3. Th : « Nous venons de parler de vos rapports avec vos collègues. J'aimerais bien que nous nous entretenions maintenant de vos enfants et de ce qu'ils attendent de vous. »
4. Th : « Seriez-vous d'accord pour que nous changions de thème et parlions maintenant de celui des 'rapports avec soi-même' ? »
5. Th : « J'aimerais bien parler de sexualité avec vous. Est-ce que vous seriez d'accord de le faire ? »
6. Th : « Dans cette séance, nous avons parlé jusqu'à maintenant uniquement de ... Nous tournons en rond. Seriez-vous d'accord pour que nous traitions maintenant du thème de ... ? »

88. Contrat / relation thérapeutique

DEFINITION

La thérapeute se réfère au **contrat thérapeutique** négocié avec la pat ou à la **relation thérapeutique** / à certains éléments qui en font partie.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute thématise

- **certaines contenus de la thérapie, uniquement en rapport avec le contrat thérapeutique**
- **l'alliance / la relation thérapeutique**
- **les infractions commises à l'égard de ces derniers**

DISTINCTION

⇒ 89 (Thématiser les objectifs de la thérapie): Concerne **uniquement** les objectifs du traitement

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Comment puis-je vous apporter mon soutien à ce niveau ? »
2. Th : « Qu'attendez-vous de moi – pour atteindre cet objectif ? »
3. Th : « Comment percevez-vous notre collaboration ? »
4. Th : « Cela est-il compatible avec le contrat thérapeutique qui nous lie ? »

89. Thématiser les objectifs de la thérapie

DEFINITION

La thérapeute thématise les **objectifs de la thérapie** en demandant à la patiente quels sont ses objectifs, en les lui rappelant ou en se référant à eux.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **se réfère aux objectifs qui ont été fixés**
- **avec la pat, elle formule des objectifs au traitement**
- **rappelle ses objectifs à la pat**
- **propose à la pat de réfléchir à ses objectifs**
- **demande à la pat quels sont ses objectifs**
- **indique si le processus est conforme aux objectifs ou si des infractions ont été commises**
- **évalue la distance qu'il reste à parcourir**

DISTINCTION

⇒ 88 (Contrat thérapeutique): Il s'agit uniquement du **contrat**, de son respect et d'éventuelles infractions

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que souhaitez-vous atteindre dans le cadre de votre thérapie ? »
2. Th : « L'un des objectifs de la thérapie était, selon vous, que vous appreniez à dire 'non'. Avez-vous l'impression que vous vous êtes déjà rapprochée de cet objectif ? »
3. Th : « De votre point de vue, devrions-nous définir comme objectif la possibilité que vous remarquiez plus rapidement qu'avant quand vous allez moins bien ? »
4. Th : « Que voulez-vous atteindre par le biais de votre thérapie ? Quels sont vos principaux objectifs ? Qu'est-ce que cette thérapie doit vous apporter ? »
5. Th : « N'aviez-vous pas défini la 'capacité à l'autonomie' comme l'un des objectifs du traitement ? »
6. Th : « Repensez aux objectifs que nous avons fixés en début de thérapie et dites-moi quels sont ceux que vous avez déjà atteints ? Quels sont ceux sur lesquels nous devrions travailler prochainement ? Quel est celui qui est encore très éloigné ? »
7. Th : « Quels sont vos objectifs par rapport au traitement ? Pouvons-nous les classer de manière hiérarchique ? Le plus important aura le numéro 1, le suivant le numéro 2, etc. »
8. Th : « Si notre travail (dans la séance d'aujourd'hui / dans le cadre de la thérapie) devait bien réussir, qu'est-ce qui changerait pour vous ? »
9. Th : « A quoi un observateur extérieur (votre conjoint/e, votre supérieur hiérarchique) remarquerait-il que vous avez atteint votre objectif ? »

90. Transfert

DEFINITION

La th mentionne le fait que la pat **transfère un vécu** ou une situation (psychique, somatique) sur le contenu de la thérapie.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute mentionne le contenu du transfert en

- **le caractérisant en tant que tel**
- **le désignant en tant que tel**
- **se référant à des schémas faisant partie de la relation thérapeutique dont elle suppose qu'ils viennent de l'extérieur**

DISTINCTION

- ⇒ 24 (Travail biographique): Concerne **uniquement** des schémas personnels, et non pas le contenu de la relation thérapeutique
- ⇒ 36 (Travailler sur la base d'un feedback): La th ne mentionne que les **réactions de la pat aux échanges** communicatifs précédents

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Je pense que vous me traitez (ou me ressentez) comme votre mère ! »
2. Th : « S'agit-il vraiment de moi ou à qui vos émotions sont-elles / pourraient-elles être adressées ? »
3. Th : « Il me semble que vous m'accusez de quelque chose qui n'a rien à voir avec moi ! »
4. Th : « Vous transférez cet aspect sur moi ! D'où cela vient-il ? »
5. Th : « Je suis frappée du fait que vous m'avez demandé de vous aider à mieux maîtriser votre quotidien dans un pays qui n'est pas le vôtre ; or, pendant les séances vous n'arrêtez pas de parler et me donnez rarement l'occasion d'intervenir. Cela vous aide-t-il si je me contente d'écouter ? Comment cela se passe-t-il ailleurs dans votre vie ? Vous intéressez-vous aux autres personnes ? Leur posez-vous parfois des questions ? »
6. Th : « J'ai l'impression que, pendant que nous parlons, vous me regardez à peine. Comment cela se passe-t-il avec d'autres personnes ? Imaginez que vous regardez quelqu'un en face – quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit ? »

91. Questions sur les différences

DEFINITION

L'une des principales visées de la thérapie systémique est de cerner, en posant des questions ciblées, les **différentes perspectives, évaluations, descriptions des problèmes et tentatives d'explication adoptées par les différentes personnes** faisant partie du système en traitement.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose des questions sur les différentes estimations, possibilités de résolution et vécus interactionnels, ainsi que sur la manière dont les différentes personnes gèrent les problèmes**
- **pose des questions sous forme de pourcentages**
- **pose des questions sous forme d'échelles**
- **tente consciemment d'obtenir les différentes opinions, y compris celles des membres du système qui parlent peu**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Pouvez-vous vous remémorer une situation dans laquelle vous auriez pu reculer face à ce problème, mais ne l'avez pas fait ? »
2. Th : « A quel pourcentage êtes-vous convaincus qu'après la thérapie, vous serez tous deux mieux en mesure de résoudre les problèmes ? »
3. Th pose la question à l'époux : « Sur une échelle de zéro à dix, vous dites que votre capacité à maîtriser les conflits s'élève à quatre. Quelle valeur donneriez-vous à votre épouse et réciproquement, qu'elle valeur choisiriez-vous pour votre couple ? »

92. Verbalisation de vécus émotionnels (VeE)

DEFINITION

La thérapeute exprime verbalement, **de manière complète et précise**, tous les principaux contenus indiqués par la patiente au niveau personnel et émotionnel.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **se réfère, de manière complète et précise, au vécu mentionné par la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 31 (Empathie): La th **utilise son propre ressenti** et mentionne les sentiments qu'elle suppose chez la pat
- ⇒ 61 (Congruence): La th se réfère aux **propres ressentis dont elle considère qu'ils ne sont pas congruents** (pas en accord)

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous voudriez bien que les autres accueillent favorablement votre comportement, qu'ils l'acceptent ! »
2. Th : « Ces silences ... font croître votre peur et vous tentez désespérément de les surmonter ! »
3. Th : « Vous avez l'impression d'avoir déjà perdu avant même de commencer. Et ce ressenti vous paralyse. »

93. Conditionnement masqué

DEFINITION

Il s'agit de processus d'apprentissage qui se déroulent uniquement dans l'imaginaire de la pat. Ils se déroulent donc **au niveau de la pensée**. Or, ces mêmes changements doivent également se produire au **niveau du comportement**. Leurs **conséquences** positives et négatives sont **présentées** par le biais d'une collaboration entre le th et la pat.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **incite la pat à imaginer la situation déclenchante, le problème et le comportement visé, ainsi que leurs conséquences positives et négatives (dans la pratique, des exercices de relaxation sont d'abord faits pour que la pat se trouve dans un état agréable au moment où elle reçoit ces instructions)**

DISTINCTION

- ⇒ 11 (Travail sur du matériel préconscient): Inclut toutes les **associations** à du matériel préconscient (actes manqués, idées spontanées, rêves éveillés)
- ⇒ 33 (Enseigner des techniques de relaxation): Des **techniques de relaxation** sont enseignées ou appliquées
- ⇒ 50 (Imagination): En rapport **avec des émotions**, il s'agit de créer des **images intérieures**
- ⇒ 65 (Travail avec des métaphores): Il s'agit **d'images** complexes utilisées pour décrire le problème ou élaborer des solutions

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Imaginez que vous vous trouvez en compagnie de gens agréables et ce dont vous avez le plus peur se produit. Vous avez besoin d'aller aux toilettes et vous ne pouvez plus vous retenir. Toutes les personnes présentes s'en rendent compte. Imaginez de quoi vous avez l'air à cet instant. Quelles sont vos pensées ? Quel est votre ressenti ? Que pensent les autres de vous ? Vous fuyez et remarquez que vous vous sentez tout de suite mieux. Veuillez imaginer concrètement de quoi vous avez alors l'air, quel est votre ressenti et ce que vous pensez dans cette situation ! »
2. Th : « Imaginez que vous être enfermée dans un petit terrarium avec une araignée. Celle-ci s'approche de plus en plus de vous. Vous ne pouvez plus bouger. Elle monte sur la jambe de votre pantalon. Que pensez-vous à cet instant ? Qu'avez-vous envie de faire ? Que ressentez-vous ? Imaginez que l'araignée ne s'intéresse plus à vous et redescende pour se rendre dans un autre coin du terrarium. Comment vous sentez-vous ? »
3. Th : « J'aimerais que vous imaginiez que vous venez de terminer votre repas et que vous vous sentez affreusement mal. Vous essayez de garder la bouche close, mais vous remarquez que vous avez envie de vomir. Vous ne réussissez pas à vous rendre à temps aux toilettes et vous recrachez tout sur le buffet en présence d'autres invités. Ils sont tous très choqués. Vous sortez très vite du restaurant et pendant que vous êtes encore en train de fuir, vous remarquez que vous vous sentez beaucoup mieux. »

94. Analyse / exploration du comportement

DEFINITION

La th explore la **fonction d'un comportement donné à l'intérieur d'un système relationnel** (couple, famille, groupe de pairs, équipe). Elle observe le contexte dans lequel un phénomène donné se produit et travaille avec la pat à le formuler (**modèle SORC**).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande quelles sont les circonstances dans lesquelles un comportement problématique se produit**
- **demande quelles situations sont suivies de quelles réactions et quelles idées les ont précédées**
- **demande quel sentiment / quelle idée se manifeste après la réaction**
- **demande quelle est la signification et la fonction d'un comportement donné au sein de la famille ou d'un autre système social auquel appartient la pat**

DISTINCTION

- ⇒ 13 (Travail sur des épisodes complexes): Travail sur des **émotions accompagnant des relations dysfonctionnelles**
- ⇒ 21 (Travail sur des schémas comportementaux ...): Leur **but** est examiné : comment et pourquoi ?
- ⇒ 25 (Travailler sur le caractère et 'l'agence'): Les modes de comportement dysfonctionnels, les composantes de l'agence, un **modèle de la personnalité** sont thématiques
- ⇒ 39 (Questions en rapport avec la construction de la réalité): Des questions sont posées à **plusieurs personnes** (les membres du système)
- ⇒ 44 (Concept des positions fondamentales): Mes positions envers moi-même, **comparées à celles des autres**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Que se passe-t-il lorsque vous mangez trop ? Où vous trouvez-vous ? Comment vous sentez-vous ? Que faites vous – et comment vous sentez-vous après ? »

95. a été intégré à 56

96. Sensibilisation par rapport à l'œuvre créée

DEFINITION

La thérapeute introduit un exercice **permettant de mieux saisir par les différents sens l'œuvre qui a déjà été créée.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute mène ou incite à

- **faire des exercices en rapport avec la perception du corps et de l'espace**
- **parler du thème du langage non-verbal utilisé par la pat et des potentiels imaginatifs qu'il contient**
- **élaborer des figures à titre exploratoire**
- **élargir la manière dont la pat perçoit son œuvre**

DISTINCTION

⇒ 14 (Utilisation d'outils créatifs (encourager, exercer la créativité): Le travail n'a **pas encore été fait**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Avez-vous envie de danser en portant votre masque ? »
2. Th : « Essayez d'imaginer que vous volez et que vous regardez votre création. A quoi ressemble-t-elle ? Comment pourrait-on la décrire ? Comment pourrait-on écrire une histoire à son sujet ? »
3. Th : « Essayons de suspendre ce dessin 'la tête en bas' ! »
4. Th : « Avez-vous envie d'entendre le son de cet instrument ? Essayez d'en jouer ! »

97. Définition de la situation à partir des œuvres

DEFINITION

La th élabore avec la pat une définition de la situation dans laquelle se trouve cette dernière en tenant compte de toutes les œuvres créées dans le cadre de la thérapie (ou dans une de ses phases précédentes). **Thématiser la manière dont les œuvres ont été créées (processus).**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **demande à la pat de retracer le processus créatif global qui a donné naissance à l'œuvre et de le commenter**
- **demande à la pat de réfléchir au processus au cours duquel elle a évolué psychiquement tout en tenant compte de toutes ses œuvres (ou d'œuvres choisies)**

DISTINCTION

⇒ 4 (Identifier des analogies): Etablir **des ponts entre le matériel et le quotidien**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Lorsque vous considérez ce que vous avez créé au cours des huit dernières semaines, quels sont pour vous les aspects décisifs ? »
2. Th : « Souvenez-vous de cette danse, avec les pas ... Y a-t-il pour vous des éléments comparables dans ce que vous avez peint aujourd'hui ? »
3. Th : « Nous allons regarder toutes les peintures que vous avez faites tout au long de la thérapie et nous allons faire le point sur votre situation – comme prévu ! »

98. Proposer d'élargir l'œuvre

DEFINITION:

En vue d'approfondir les expériences que la patiente a faites au cours du processus créatif, la thérapeute propose à cette dernière d'élargir son œuvre ou d'en créer une autre en utilisant un autre médium (**transfert intermodal**).

OPÉRATIONNEL

La thérapeute demande à la patiente

- **d'élargir l'œuvre existante**
- **d'en créer une nouvelle en utilisant un autre moyen d'expression artistique**

DISTINCTION

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Avez-vous envie de coller les plumes sur votre dessin ? »
2. Th : « Avez-vous envie de mettre en musique votre poème ? »
3. Th : « Au milieu de votre tableau il y a un personnage assis sur un banc qui regarde la rivière. Avez-vous envie d'ajouter une bulle dans laquelle se trouveraient les mots qu'il pense, qu'il rêve ou ce qu'il ressent ? »
4. Th : « Vous dites que ces notes de musique sont 'comme tombées' et que cela vous a fait penser à un ruisseau de montagne. Avez-vous envie de dessiner ce dernier ? »
5. Th : « Vous dites que vous venez de danser tout un récit de libération. Avez-vous envie d'écrire ce dernier ? »

99. Imaginer des valeurs

DEFINITION

Dans le contexte de 'l'imagination axée sur des valeurs' on porte particulièrement attention aux attitudes encore inconscientes. La th encourage la patiente à établir des rapports avec ses figures intérieures, tout en prenant position par rapport à elle-même et à son environnement. Ce travail lui permet de découvrir de nombreuses composantes de sa personnalité et d'élaborer une vue des potentiels vitaux qu'elle n'a pas encore entièrement exploités et des tâches qui l'attendent. Ce sont **les valeurs associées aux figures intérieures** qui sont élaborées.

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **explique à la pat le but du travail d'imagination**
- **une fois celle-ci mise en œuvre, elle parle avec elle de ses implications**
- **encourage la pat à faire d'autres rencontres avec des personnages intérieurs qui se sont manifestés**

DISTINCTION

- ⇒ 45 (Messages parentaux positifs): Les messages viennent **uniquement des parents**, et non d'autres personnages / objets intérieurs
- ⇒ 49 (Demander l'identification): La demande est faite à la pat de s'identifier à un objet (personne) psychique
- ⇒ 50 (Imagination): En rapport avec des émotions, pour faire naître des images intérieures ; mise en scène imaginaire
- ⇒ 54 (Interaction avec une figure intérieure critique): La pat doit confronter des objets psychiques **qui critiquent, ne l'acceptent pas ou la dévalorisent**, mais aussi interagir avec eux
- ⇒ 84 (Travail sur des symboles): La th se réfère à des **symboles archétypiques**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous venez de me raconter à quel point, lorsque vous étiez enfant, vous vous sentiez abandonnée et solitaire. Peut-être pourriez-vous maintenant utiliser votre imagination pour entrer en contact avec **vos alliés !** »
2. Th : « Vous dites qu'en ce moment, vous vous sentez très fatiguée. Vous pourriez utiliser votre imagination pour entrer en contact avec votre 'médecin intérieur' et le laisser vous guider vers le centre de votre énergie psychique. »
3. Th : « Quelle signification le tambour a-t-il dans votre **village indien psychique ?** »

100. Référence aux valeurs

DEFINITION

La th thématise et analyse **la manière dont la pat s'oriente par rapport à des valeurs**. A ce niveau, il existe trois sortes de valeurs que l'être humain peut réaliser pour trouver un sens à sa vie :

- a) **valeurs créatives** (que nous mettons en œuvre dans notre travail etc.)
- b) **valeurs vécues** (nous nous consacrons à une personne ou à une chose / nous nous impliquons à ce niveau)
- c) **valeurs liées à une attitude** (nous fournissons une prestation en ayant une attitude positive envers quelque chose que nous ne pouvons changer). Quelle/s valeur/s sont elles les plus importantes pour la pat ?

Elucidation d'une (ré-) orientation fondée sur différents systèmes de valeurs qui peuvent être soit **pyramidaux** (axés sur une seule valeur dominante), soit **parallèles** (différentes valeurs se situant les unes à côté des autres).

OPÉRATIONNEL

La th thématise la manière dont la pat s'oriente à des valeurs en élucidant les systèmes suivants et en encourageant la pat à travailler sur cette base :

- **système 'pyramidal' de valeurs**
- **système 'parallèle' de valeurs**
- **réalisation des valeurs**
- **découverte de ce qui a de la valeur**

DISTINCTION

- ⇒ 10 (Travail sur les frontières du processus): Il s'agit des **frontières se posant en obstacles** et d'une prise de conscience de celles-ci
- ⇒ 25 (Travail sur le caractère et l'agence): Les **schémas** de la pat sont thématisés, un travail est effectué sur eux
- ⇒ 79 (Thématiser les questions de sens): Ce qui a **un sens** dans la vie de la pat
- ⇒ 80 (Créer un sens et une signification): Ici, il s'agit de découvrir **un nouveau sens** de manière créative et constructive

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Vous avez dit que le travail (l'argent / le plaisir / la famille etc.) représente ce qui vous est le plus cher. Cette valeur est-elle la seule que vous appliquez ? Ou bien existe-t-il d'autres valeurs dans votre vie, dont vous tenez également compte ? »
2. Th : « S'orienter par rapport à une seule valeur (orientation pyramidale) ne favorise pas l'équilibre psychique, dans la mesure où cela ne permet qu'une perception restreinte d'un sens. Je vous propose que nous cherchions à élaborer ensemble d'autres valeurs et que nous tentions d'établir un système parallèle dans lequel ces valeurs se côtoient ! »
3. Th : « Il existe plusieurs moyens de découvrir d'autres valeurs personnelles, dont l'imagination, la réflexion sur des rêves, la réflexion sur des récits). Etes-vous disposée à faire ce genre d'exercice ? »
4. Th : « Qu'est-ce qui vous semble maintenant important / positif ? »

101. Questions circulaires

DEFINITION

A la base des questions circulaires se trouve la conviction que tout comportement mis en scène au sein d'un système social constitue également une offre de communication. Les modes de comportement, les symptômes, etc. ne doivent pas simplement être envisagés comme des événements qui se déroulent à l'intérieur d'une personne ; ils font également partie des échanges réciproques. On utilise parfois le terme de 'commérer en présence de tiers' pour désigner le mode circulaire de questions. **Des questions sont posées à deux ou trois des membres présents concernant un tiers et leur relation avec lui, ou à la pat sur le comportement d'un tiers absent.**

OPÉRATIONNEL

La thérapeute

- **pose à un tiers des questions sur deux personnes réellement présentes et demande quelle pourrait être la signification pour le ressenti relationnel des membres présents, mais aussi pour le ressenti du tiers qu'elle a interpellé**
- **demande, lors d'interviews auxquelles toute la famille participe, de lui indiquer comment ses différents membres perçoivent le comportement de deux autres parents**
- **pose des questions à la pat sur le comportement de personnes qui sont absentes ou sur plusieurs personnes tour à tour**

DISTINCTION

⇒ 49 (Demander l'identification): Ici, il ne s'agit **pas d'une suite d'interactions, de dialogues**

EXEMPLES TYPIQUES

1. Th : « Lorsque ta mère essaie de faire manger Marcello et qu'il s'y refuse, que fait ton père ? Et si – comme tu dis – il commence à crier, contre qui crie-t-il ? Et s'il crie sur Marcello, que fait ta mère ? Et si ta mère se met en colère contre ton père – comme tu l'as dit – que fais-tu alors ? »
2. Th s'adresse au frère : « A supposer que Katja vomisse, lequel des deux (du père ou de la mère) le remarquera en premier ? Comment la mère réagit-elle ? Que penses-tu que le père pense de la réaction de la mère ? Que fait alors le père ? »

Bibliographie

Lambert MJ (ed.): Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.
5th.ed. New York, J. Wiley & Sons 2004