

Les bases de la psychothérapie

Olivier Chambon
Michel Marie-Cardine

Les bases de la psycho- thérapie

Approche intégrative et éclectique

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



Nouvelle présentation 2019

© Dunod, 1999, 2003, 2010

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN 978-2-10-079350-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	V
<i>AVANT-PROPOS À LA TROISIÈME ÉDITION</i>	XI
<i>INTRODUCTION</i>	1
1. Les éléments de la psychothérapie	7
Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?	7
<i>Le niveau I, 10 • Le niveau II, 10 • Le niveau III, 11 • Le niveau IV, 12 • Le niveau V, 14</i>	
Les cibles de la psychothérapie	16
Les diverses dimensions psychothérapeutiques	19
<i>Un accent sur la prise de conscience (l'« awareness ») et le contact, 19 • Un accent comportemental, 19 • Un accent paradoxal, 20 • Un accent cognitif, 20 • Un accent intrapsychique, 21</i>	
Les phases de la psychothérapie	21
Les facteurs non spécifiques des psychothérapies	21
Les facteurs curatifs communs	24
Le thérapeute et l'image du parent	29
<i>Le thérapeute et le paradigme de l'éclectisme de la fonction parentale, 30 • Prise en compte du stade développemental du patient dans l'attitude et les interventions du psychothérapeute, 31 • L'évolution pluraliste des psychothérapies, 33</i>	

2. Le patient	37
S'adapter au niveau de motivation et au stade de changement du patient	37
<i>Le stade de la pré-intention, 38 • Le stade de l'intention, 40 • Le stade de l'action, 41 • Le stade de maintien, 42</i>	
L'interaction entre l'urgence et la conscience	44
La différence entre démarche et demande	47
La responsabilisation	47
Les caractéristiques du patient reliées aux résultats du traitement	48
Force et fonctionnement de l'ego	51
<i>Les classes d'approches psychothérapeutiques, 55 • Modifications du cadre thérapeutique, 57</i>	
3. Le thérapeute et la relation thérapeutique	59
Établir une relation thérapeutique	59
Les caractéristiques bénéfiques du thérapeute	60
Les caractéristiques d'une bonne alliance thérapeutique	62
Les aptitudes de base	63
<i>Confiance et sécurité, 65 • Aptitudes d'attention et d'observation, 66 • Aptitudes de relance, 67 • Aptitudes de reflet, 70 • Exercices aux aptitudes de relance et de reflet, 73</i>	
Les attitudes de base	78
<i>La relation d'aide selon Rogers, 78 • L'écoute et l'attitude générale, 79 • L'empathie, 83 • Alliance thérapeutique et dissonance cognitive, 88</i>	
Le transfert et le contre-transfert	89
<i>Les transferts de type 1 et les trois « transferts » selon Kohut, 90 • « Aménager » le transfert de type 2, 92 • Résoudre le transfert de type 2, 93 • Le contre-transfert, 97 • L'expérience émotionnelle correctrice, 106</i>	
4. Évaluation, conceptualisation, planification	109
L'évaluation et la conceptualisation	109
<i>L'utilité d'une évaluation, 111 • L'observation au cours du ou des premiers entretiens : les quatre axes de l'attention, 112 • Le modèle de Tomm des questions thérapeutiques, 117 • La question des diagnostics psychiatriques, 121 • Le génogramme, 122 • Le modèle du BASIC ID, 126 • Les relations d'objet internalisées</i>	

<i>(R.O.I.) : une conceptualisation structurale des troubles psychiques, 131</i>	
L'établissement d'objectifs thérapeutiques et la planification du traitement	145
<i>L'utilité de la formulation d'objectifs thérapeutiques, 146 • La décomposition du problème en buts réalisables et leur ordonnancement, 148 • Intégration des objectifs centrés sur le changement symptomatique et sur le développement de la personne, 149 • La décomposition du problème en buts réalisables, 151 • L'ordonnancement hiérarchisé des objectifs thérapeutiques, 154 • Éléments nécessaires à la planification du traitement, 155</i>	
5. Les techniques psychothérapeutiques liées aux facteurs communs	157
Quels facteurs communs et quelles interventions utiliser en priorité ?	157
Accroître l'estime de soi	159
<i>Les mécanismes de défense : gardiens de l'estime de soi, 160 • La technique gestaltiste du dévoilement du secret personnel, 166 • La technique gestaltiste de travail du rêve, 167</i>	
Amener à de nouveaux comportements	169
<i>La pratique en imagination, 170 • La méthode du jeu de rôle, 172</i>	
Réduire ou accroître le niveau d'activation émotionnelle	174
<i>Pratiquer la « cohérence cardiaque », 175 • Accroître la conscience des émotions : sept méthodes, 176 • La technique de la « chaise vide », 179 • La notion d'impact thérapeutique, 183</i>	
Induire des attentes positives et accroître la motivation	198
<i>Les différents types d'encouragement, 198 • La méthode de l'encouragement, 201 • Les interventions paradoxales, 204 • La résistance et son abord, 208</i>	
Expériences conduisant aux changements des systèmes de signification	213
<i>La confrontation, 214 • Développer l'insight par la triade « clarification-confrontation-interprétation », 218 • Le recadrage, 220 • La redécision, 223</i>	

6. Oser la psychothérapie transpersonnelle par la pratique des états modifiés de conscience	235
Qu'est-ce que l'ego, quel est l'intérêt thérapeutique d'en dépasser les limites ?	237
Les capacités non-localisées de l'esprit : phénomènes « psi »	239
Les Expériences Extraordinaires	241
Les expériences mystiques ou psychospirituelles	242
Quelles sont les indications des PT ?	244
Les principales PT	245
<i>La respiration holotropique (RH), 247 • L'hypnose, 248 • L'EMDR et l'IADC, 248 • Le travail avec l'énergie comme le Toucher Thérapeutique, le Reiki, l'EFT, 251 • Le travail avec l'intention comme la prière, 253 • Les techniques chamaniques et la FSS, 253 • La psychothérapie psychédélique, 255 • Le cadre, 256</i>	
Conclusion	258
7. Intégration et éclectisme face à la multitude des écoles	259
Questionnaire	260
Aperçu des principales écoles de psychothérapie	262
Présupposés et visions du monde sous-tendant les différentes écoles de psychothérapie	265
Motivations du psychothérapeute : investir les différentes dimensions du changement	269
Les principales écoles de psychothérapie : cibles thérapeutiques et facteurs communs	270
Le caractère illusoire du cloisonnement par école	275
L'indication créative	283
Quelques repères pour concevoir une indication inventive	286
Des concepts intégratifs	298
Positionnement de notre approche vis-à-vis du mouvement des psychothérapies intégratives et éclectiques	301
<i>Notre conception de la psychothérapie emprunte à ces diverses approches, 301 • Le thérapeute comme combattant, 304</i>	
La relation thérapeutique et l'éclectisme d'attitude	305
<i>Les attitudes thérapeutiques selon les écoles, 306 • Le décroisement des attitudes : une conception souple et</i>	

<i>multidimensionnelle de la relation thérapeutique, 307 • Quelques repères issus de la recherche, pour le choix du style relationnel approprié, 317 • Les différentes façons de concevoir et de traiter les manifestations transférentielles et contre-transférentielles, 326 • Les styles de personnalité du thérapeute et de son patient, 328</i>	
<i>ANNEXE. IMPLICATIONS POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE</i>	331
<i>Le bagage minimum du psychothérapeute, 331 • Des programmes de formation intégratifs, 333 • Le psychothérapeute « de base » et la fonction d'orientation, 341</i>	
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	343
<i>Bibliographie par thème</i>	343
<i>Livres d'orientation générale, 343 • Psychothérapies intégratives, 344 • Initiation aux diverses thérapies, 344</i>	
<i>Bibliographie générale</i>	346
<i>LISTE DES FIGURES</i>	361
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	363
<i>INDEX</i>	365

AVANT-PROPOS À LA TROISIÈME ÉDITION

LE TEMPS qui s'est écoulé depuis la deuxième édition a amené beaucoup de changements dans ma vie, dans ma pratique, et dans mon expérience de diverses autres psychothérapies.

Depuis 2003 je suis passé en libéral et j'ai eu l'occasion de me former à des thérapies impliquant les états modifiés de conscience, comme l'EMDR, l'hypnose ericksonienne, les psychothérapies psychédélics, le chamanisme¹, ainsi qu'à des thérapies énergétiques comme le magnétisme, l'hypno-magnétisme, l'EFT, ou le reiki. Ces expériences thérapeutiques ont évidemment enrichi en profondeur ma conception du soin et des processus de changement en psychothérapie.

Le rajout du chapitre « États modifiés de conscience et psychothérapie transpersonnelle » est là pour en témoigner. Il ajoute une dimension spirituelle à la pratique psychothérapique, qui ne s'oppose pas mais est complémentaire aux psychothérapies classiques. Le tout pouvant, là encore, dans l'esprit de ce manuel, être intégré dans un modèle plus large de la psyché comme celui proposé par Stanislav Grof, dans son ouvrage *Pour une psychologie du futur* (2002).

Au modèle mécaniciste puis systémique de l'esprit, dont rendaient compte les deux précédentes éditions de cet ouvrage, est venu se surajouter le modèle « non-local » de la conscience en résonance avec les découvertes récentes de la physique quantique. Non-local est un terme qu'utilisent les physiciens pour décrire les interactions à distance

1. Avec la branche francophone de la très sérieuse organisation « Foundation for Shamanic Studies », fondée par l'anthropologue et professeur d'université américain Michael Harner.

entre les particules atomiques. Or il a été prouvé que l'esprit humain peut connaître de telles interactions à distance (Dossey, 2002 ; Radin, 2006 ; Tart, 2009). La prise en compte des phénomènes « psi » (ou paranormaux), des EMI (états de mort imminente) ou des CAM (communication avec les morts), des émergences psycho spirituelle et des états mystiques, si fréquents en fait chez les gens ordinaires et sains d'esprit (Allix & Berstein, INREES, 2009) nécessitait leur intégration dans un nouveau modèle de compréhension de la nature de l'esprit humain. Les notions d'amour, d'intention, de conscience et d'énergie sont centrales et essentielles dans ces thérapies qui tiennent compte du « non visible » et de l'esprit.

Science et spiritualité peuvent très bien coexister dans une étroite relation de collaboration, et, en tout cas, le psychothérapeute intégratif, intéressé par tout ce qui peut aider son patient, pourrait fort bien s'en inspirer. Il est donc temps d'intégrer « psi » (paranormal), « spi » (spirituel) et « psy ».

Je reste totalement en accord avec l'esprit des éditions précédentes : même avec un modèle encore plus intégratif, incluant le spirituel dans la démarche psychothérapeutique, il reste illusoire de proposer un modèle « idéal », une forme de thérapie que tous les autres devraient suivre. Carl Rogers, Fritz Perls, et Milton Erikson, par exemple, sont parvenus à des résultats thérapeutiques par des manières différentes à tous points de vue. Chacun avait un type de personnalité différent, une façon de travailler différente et probablement un genre de client différent, avec lequel il se révélait plus efficace. Dans une démarche transpersonnelle ou spirituelle, on sait bien que lorsque notre conscience s'ouvre à de nouvelles perspectives, « comme par hasard » des clients qui peuvent en bénéficier apparaissent. Puisse cette nouvelle édition augmentée permettre au lecteur d'aider le plus grand nombre.

INTRODUCTION

CET OUVRAGE correspond à la progression de l'enseignement en deux années pratiquée par nous dans le cadre du Diplôme universitaire de psychothérapie à l'université Claude Bernard Lyon 1¹.

Nous présenterons d'abord l'ensemble des *facteurs communs aux différentes méthodes de psychothérapie* en insistant en particulier sur l'importance de la relation thérapeutique et de ses aléas.

Les facteurs communs aux psychothérapies sont comme les ingrédients de base de la cuisine : ils sont présents partout mais rarement mis en avant dans le nom de la recette, et pourtant la maîtrise de leur maniement est indispensable à l'habileté du cuisinier et au goût final du plat.

Les facteurs communs sont mis en œuvre par l'intermédiaire de techniques psychothérapeutiques provenant de *différentes écoles de psychothérapie*. C'est pourquoi nous nous efforcerons dans un deuxième temps de mieux connaître ces différentes écoles en traitant de leurs spécificités tout en indiquant les concepts théoriques et les heuristiques permettant une intégration théorique et un éclectisme technique pertinents et cohérents.

Nous nous attacherons donc dans ce manuel, à décrire les bases que tout apprenti psychothérapeute devrait connaître lorsqu'il s'engage dans l'aventure d'une relation thérapeutique.

Nous sommes fermement convaincus que la *formation initiale* dans le domaine de la psychothérapie devrait passer par l'étude et l'apprentissage de l'usage des « ingrédients de base » et des facteurs communs, et nous pensons plus particulièrement aux internes en psychiatrie, aux médecins

1. Site internet : www.psychotherapies.fr.st

généralistes qui désirent mener des entretiens à visée psychothérapeutique, aux psychologues en formation, ou aux infirmiers travaillant en psychiatrie. Ce tronc commun, ouvert, impartial et aussi global que possible devrait précéder l'engagement dans une formation plus spécialisée et nous semble plus à même d'être proposé par l'université, plus libre vis-à-vis des tentations commerciales ou des courants idéologiques qui animent les luttes de pouvoir.

Malgré notre respect égal pour toutes les écoles de psychothérapie, nous n'inciterons pas ici le lecteur à faire allégeance à l'une d'entre elles. Il reste cependant évident dans notre esprit qu'après l'apprentissage des bases, il est souvent souhaitable d'approfondir ses connaissances, de parfaire sa formation et de se spécialiser.

Cet enseignement s'adresse à trois catégories de psychothérapeutes :

1. les psychothérapeutes qui se réfèrent à une orientation théorique unique mais qui désirent utiliser des méthodes d'interventions issues d'autres théories ;
2. ceux qui se qualifient eux-mêmes d'éclectiques et qui voudraient approfondir leur réflexion sur l'intégration et l'application plus systématique des nombreuses techniques disponibles ;
3. les psychothérapeutes débutants qui, pour une raison ou une autre, ne se sont pas rattachés à une école particulière, désireraient apprendre une variété de techniques et savoir les appliquer d'une manière cohérente et psychologiquement juste.

Il existe actuellement plus de 400 formes de psychothérapies. Face à cette offre surabondante et au choix complexe qu'elle implique, *deux attitudes opposées peuvent être adoptées.*

La première, que nous recommandons, consiste à prendre le temps, à avoir la patience, le courage et l'humilité d'entrer progressivement dans cet univers en l'explorant dans toutes ses dimensions, afin d'en découvrir les arcanes et d'en utiliser de manière créative le plus grand nombre des possibilités. Cette démarche n'est pas sans danger, le principal étant de composer une « purée de théories » et une « salade de techniques ». Il est donc nécessaire que l'apprenti soit guidé par une réflexion sur l'intégration et l'éclectisme au cours de sa formation par des psychothérapeutes expérimentés. Le diplôme universitaire de psychothérapie que nous avons mis en place (UCB Lyon 1) s'inscrit dans cette démarche. Il fait parti d'un mouvement de réflexion national qui a débuté, en 1992, par la création de l'Association française pour l'approche intégrative et éclectique en psychothérapie (AFIEP), et qui s'est vu tout récemment confirmé par la naissance, au sein de la

Fédération française de psychothérapie, de la Fédération française de psychothérapie intégrative et multiréférentielle (FFPIM), dont l'AFIEP est l'une des associations fondatrices.

La deuxième attitude, malheureusement peut-être encore la plus fréquente, consiste, face à la diversité et la complexité, à éviter la perplexité qu'elles engendrent, en se réfugiant prématurément derrière une approche unique et « intégriste » (par opposition à intégrative), en jugeant de façon radicale les autres comme erronées, fallacieuses, ou inférieures. Cette attitude se renforce d'une méconnaissance des autres écoles, directement liée au caractère trop précoce du choix d'une orientation « pure », alimentée par des stéréotypes malheureusement encore trop répandus. Pour citer quelques-unes de ces caricatures : le comportementalisme serait du lavage de cerveau désubjectivant ne touchant que des aspects superficiels ; la psychanalyse ne serait à proposer qu'aux riches en bonne santé, et sans effets thérapeutiques ; les thérapies cognitives seraient exercées par des thérapeutes obsessionnels aimant avant tout rationaliser et maîtriser des « patients-objets » ; la psychothérapie Gestalt entraînerait les patients dans des situations sexuelles, dangereuses, explosives, et d'effets dévastateurs. Évidemment chacun de ces clichés est parfaitement ridicule pour qui connaît de l'intérieur chacune de ces techniques, mais peut paraître plausible pour celui qui se contente de juger sur la foi des rumeurs renforcées de ses propres projections.

Nous espérons que cet enseignement fera pencher la balance en faveur de la première attitude, et vers une réflexion plus nuancée, objective et complexe de la pratique de la psychothérapie.

Le but n'est surtout pas de constituer une école de plus (ce qui rajouterait encore au cloisonnement) mais au contraire d'ouvrir un espace de communication, de coordination et d'enrichissement mutuel des différentes écoles. Il s'agit bien plutôt d'une « méta-école » qui vise à garder en mouvement continu une réflexion qui ne doit pas se figer et s'isoler.

Cette voie d'abord est encore novatrice dans notre pays, même si actuellement beaucoup de psychothérapeutes, sans forcément oser le dire, évoluent individuellement vers l'intégration et l'éclectisme. Nous désirons ainsi fournir des outils de réflexion et favoriser la légitimation d'un mouvement encore trop officieux resté en partie caché, peut-être en raison d'une trop grande sensibilité aux propos jusqu'alors lénifiants et trop autosuffisants des tenants des principaux courants.

Dans une publication d'un collectif du Syndicat national des praticiens en psychothérapies (*Profession psychothérapeute*, 1996), Lefebvre tenait

des propos qui semblent cependant assez rassurants quand à l'évolution des mentalités (p. 45) :

« [...] je remarque actuellement une tendance chez de nombreux psychothérapeutes et même chez certains psychanalystes, bien que cela soit plus rare quand ils appartiennent à une école officielle, qui est de faire une synthèse personnelle à partir des méthodes avec lesquelles ils se sont eux-mêmes transformés ou qu'ils ont expérimentées, ainsi qu'à partir des théories qui les conceptualisent. Il semble se dessiner une sorte de pratique qui intègre plusieurs courants de pensée et plusieurs techniques à la personnalité propre du psychothérapeute. Je ne parle pas des psychothérapeutes tentés par un vague syncrétisme ou mêlant toutes sortes de techniques dont ils n'auraient pas approfondi les fondements pratiques et théoriques ou dont ils ignoreraient les processus par lesquels chacune de ces méthodes exerce un effet transformateur. Mon propos concerne plutôt la personnalisation et l'indépendance des psychothérapeutes contemporains par rapport aux écoles d'origine, ce qui n'empêche nullement un axe de travail cohérent et solide ».

Souhaitons qu'il en soit le plus rapidement possible ainsi, en tout cas, c'est aussi le but que se propose ce travail.

La psychothérapie est une pratique multidimensionnelle aux formes diverses et évolutives. Comme il n'existe pas dans ce domaine de vérité doctrinaire, c'est l'ouverture aux différents savoirs déjà constitués et aux idées nouvelles, ainsi que le travail du lien entre ces savoirs établis et ces idées nouvelles qui sont de judicieux principes directeurs. Nous nous trouvons en plein accord avec Delourme quand il déclare que ce qui permet d'être toujours en recherche et d'être aveugle moins souvent est l'alliance entre des théories et des méthodes issues de champ différents (Delourme, 1999). Le projet n'est en effet pas d'être spécialiste d'une méthode mais d'être utile au patient, ce qui est très différent. Cette hétérogénéité n'est pas toujours confortable, mais elle a le mérite d'être ouverte et évolutive.

Le temps des chapelles est fini. Plus que d'une révolution, il s'agit d'une évolution inéluctable, en profondeur. Le psychothérapeute « Procustéen » (Chambon, 1992) qui adapte ses patients à sa théorie (et non pas, malheureusement, l'inverse) et leur impose impérativement une technique unique, en « coupant ceux qui dépassent du cadre et en étirant ceux qui sont trop petits », sera peut-être une espèce en voie de disparition d'ici une dizaine d'années.

Pour finir, indiquons les limites de notre formation. Elle concerne principalement la psychothérapie individuelle ambulatoire de patients non psychotiques et pour lesquels on n'envisage pas la nécessité d'une

hospitalisation en milieu psychiatrique (ce qui exclue un certain nombre de cas de troubles graves de la personnalité)¹, sous ses aspects théoriques et techniques. Les considérations sur l'éthique et la prise en charge groupale ont été volontairement laissées de côté, tant elles nécessitent d'abondants développements qui ne peuvent trouver leur place ici.

1. La prise en charge des patients psychotiques ou des troubles graves de la personnalité en milieu psychiatrique hospitalier a déjà été traitée ailleurs par les auteurs (O. Chambon, C. Perris, M. Marie-Cardine, 1997 ; O. Chambon, M. Marie-Cardine, 1998a).

Chapitre 1

LES ÉLÉMENTS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

QU'EST-CE QU'UNE PSYCHOTHÉRAPIE ?

De nombreuses définitions ont été données du terme de psychothérapie. Une des plus générales est celle proposée par E. Giusti (1995) :

« La psychothérapie constitue toujours une rencontre entre deux ou plusieurs personnes, dans laquelle l'une se définit ou est définie comme ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre possède et est reconnue pour avoir des qualités personnelles déterminées et un corps de connaissance théorique et technique, qu'elle utilise pour aider l'autre à produire un changement. »

Donc, pour définir une interaction comme psychothérapie il doit exister une relation interpersonnelle de type professionnel et une théorie qui guide les interventions de changement du thérapeute. Chaque orientation thérapeutique attribue une importance et une signification différentes à ces différents éléments et à leur interaction, mais on ne peut parler de psychothérapie sans qu'il y ait un échange interpersonnel inséré dans un projet thérapeutique de changement.

Nous pensons qu'il est utile de considérer aussi la définition de la psychothérapie proposée par Strotzka en 1978 :

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

Cette définition reste assez large et ne fait pas peser beaucoup de contraintes (notamment en terme d'exigences scientifiques) vis-à-vis des méthodes d'intervention psychologique qui revendiquent le statut de psychothérapie. Elle convient bien à la situation française puisque la France est l'un des seuls pays européens où il n'est pas imposé de cadre légal à l'exercice de la psychothérapie ni de formation obligatoire dans ce domaine pour les psychiatres ¹. Or, actuellement, l'Association européenne de psychothérapie (EAP) est en train de définir des critères beaucoup plus stricts, insistant sur la nécessité d'une validation scientifique des méthodes qui prétendent à l'appellation de psychothérapie, et imposant un cursus de formation long et très complet pour pouvoir exercer légalement un métier de psychothérapeute.

Dans les textes de l'EAP, une méthode scientifiquement reconnue de psychothérapie implique que :

- l'orientation ou la méthode offre un programme de formation complet ;
- la pensée associée à une méthode de formation soit étayée par des publications scientifiques suffisantes ;
- l'orientation et la méthode soit internationalement reconnu ;
- l'orientation ou la méthode développe une théorie des désordres psychiques, de leurs causes, et des modèles d'intervention (inventaire dépendant de la méthode) ;

1. En fait les textes officiels prévoient bien dans le programme du D.E.S. de psychiatrie un objectif concernant la psychothérapie, mais il n'est pas précisé et son contenu est laissé à la libre appréciation des enseignants, si bien que cette formation varie beaucoup d'une faculté à l'autre. Une réflexion sur ce sujet est engagée actuellement au sein du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) sous la direction du Pr G. Darcourt.

- la formation comprend un minimum de 250 séances de thérapie personnelle (travail sur soi), 130 séances de supervision de la pratique clinique et 250 heures de théorie.

Huber (1993) va même plus loin dans la rigueur scientifique en réclamant qu'une psychothérapie remplisse les conditions suivantes :

- être basée sur une théorie scientifique de la personnalité et de ses troubles ;
- se fonder sur une théorie scientifique de la modification des troubles et sur un appareil technique éprouvé ;
- présenter des évaluations empiriques de ses effets, positifs et négatifs ;
- porter sur des troubles du comportement ou des états de souffrance considérés comme requérant une intervention ;
- être pratiquée par des personnes formées et compétentes.

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

Ces définitions doivent donc être utilisées comme garde-fou contre des dérives fantaisistes de la pratique, mais ne doivent pas devenir un carcan étouffant, inhibant et niant l'aspect artistique inhérent à la fonction de psychothérapeute.

C. Garrone (1985) fait de la psychothérapie l'intégration de trois éléments principaux : le processus relationnel (la relation établie entre le patient et son psychothérapeute) est relié à un cadre par un contrat plus ou moins formel. Selon les modalités d'intégration de ces différents composants, nous avons proposé une classification des psychothérapies qui peut avoir un certain intérêt, notamment quand il s'agit de discuter de la formation. (J. Furtos et M. Marie-Cardine, 1981, 1982 ; O. Chambon

et M. Marie-Cardine, 1998). Elle n'implique pas de jugement de valeur malgré sa graduation par ordre de spécificité et de complexité croissante.

Le niveau I

Il repère ce que l'on peut appeler l'aide psychologique de la vie courante. Les relations humaines peuvent être, selon les cas et les circonstances, bénéfiques ou cause de souffrance, voire pathogènes. L'élaboration du deuil dans le cadre culturel, grâce aux différentes possibilités de soutien offertes par la communauté en est une illustration courante. On sait par ailleurs que le risque suicidaire chez un dépressif est d'autant plus important qu'il manque de soutien social (D. Leguay, 1995 ; M. Lejoyeux, 1995). De même, l'évolution des troubles psychotiques paraît mieux prédite par les facteurs sociaux que par les variables symptomatiques (Bentall, 1993). En outre, d'autres études plus générales ont montré que les relations sociales pouvaient jouer un rôle thérapeutique ou au moins préventif réel, comme peut le suggérer, par exemple, la théorie des filtres en épidémiologie psychiatrique (D. Goldberg et P. Huxley, 1980 ; F. Rouillon, 1985). Un grand nombre de troubles psychiques mineurs ou d'intensité modérée sont pris en charge par les relais naturels de la communauté et ne sont pas étiquetés officiellement comme maladies mentales puisqu'ils ne traversent pas les filtres d'accès aux filières professionnelles qui le permettraient.

Ces relations familiales, amicales et sociales de la vie quotidienne s'inscrivent dans des cadres divers auxquels les lient une multitude de contrats variés plus ou moins explicités selon les cas.

Le niveau II

Il désigne un processus relationnel inscrit dans un cadre spécifique mais qui correspond à un but différent du changement psychologique. On dit que le cadre et le processus n'ont pas un objet identique ou ne sont pas homogènes. En fait, il s'agit de ce que nous dénommons avec J. Guyotat les attitudes psychothérapeutiques ou psychologie médicale. J. Guyotat (1978) écrit par exemple à ce sujet :

« Une distinction importante cependant doit être faite entre la formation à des techniques psychothérapeutiques spécialisées, et la formation destinée à développer une attitude psychothérapeutique plus adéquate dans la pratique médicale, infirmière etc. quotidienne. »

Il s'agit, notamment en médecine, mais le phénomène dépasse de beaucoup la pratique médicale, des effets psychologiques et psychothérapeutiques implicites d'une pratique professionnelle dont l'objet est différent. On peut ainsi parler des effets psychologiques liés à d'autres pratiques professionnelles (assistantes sociales, éducateurs, avocats, enseignants, prêtres etc.).

Dans toutes ces pratiques il existe bien un cadre, très nettement défini, théorisé, guidant la pratique, mais le contrat qui lie le praticien à son patient ou à son client selon les cas, n'implique pas explicitement ces effets psychologiques qui peuvent souvent prendre pourtant une importance prédominante.

Le niveau III

Le troisième niveau requiert moins de commentaires puisqu'il regroupe l'ensemble des psychothérapies spécifiques ou systématisées. Ici, le processus, le cadre et le contrat sont parfaitement homogènes. À l'intérieur de ce niveau, cet ensemble de techniques a fait lui-même l'objet des classifications habituelles selon différents critères que nous ne ferons que rappeler brièvement tant ils sont connus, tels que le mode de communication (psychothérapies verbales et non verbales), le nombre de protagonistes (individuelles ou de groupe), la théorie de référence (psychanalytique, systémique, gestaltiste, analyse transactionnelle, comportementales, cognitives etc.), l'auteur de référence (freudienne, rogéienne, etc.), leur durée (prolongée ou brèves etc.).

Le problème qui se pose pourtant est celui de la prolifération de ces techniques (400 selon Karasu, 1986) et donc du choix, des indications ainsi que ceux de la formation.

Nous proposons une subdivision permettant de distinguer deux extrêmes d'un même continuum : celui du conseil (*counselling*) ou niveau IIIa et celui de la psychothérapie ou niveau IIIb. Selon qu'il s'agisse d'une activité de conseil ou de psychothérapie, on aura affaire à des clients jouissant d'une expérience de soi dans l'ensemble non pathologique *versus* gravement perturbée, qui présenteront des comportements problématiques de nature essentiellement instrumentale *versus* personnelle et affective, relevant plutôt de l'actualité *versus* du développement ; leur demande de consultation sera spécifique, concrète et claire *versus* complexe.

Suivant en cela Duruz (1994), nous réserverions l'activité de conseil (IIIa) pour signifier un travail psychologique qui reste essentiellement focalisé sur l'explicite de la demande, et qui tend à présenter de manière

directive, bien qu'avec souplesse, des modèles de comportements que le consultant peut s'approprier. Le but de la consultation est de faire acquérir au consultant des savoirs, des aptitudes cognitives et comportementales, de manières à améliorer ses capacités adaptatives, à l'aide de techniques dites rationnelles dans le sens où leur utilisation est relativement évidente pour le consultant. Dans la psychothérapie proprement dite (IIIb), l'abord des problèmes d'un point de vue rationnel, sous forme d'aide éducative, ne semble plus suffire de par l'état psychopathologique impliqué. Il s'agit alors de travailler avec les résistances du client et de les dénouer à l'aide d'une logique différente de celle du sens commun ou de la raison socialisée (association libre, connotation positive, injonction paradoxale, réactivation intentionnelle de la crise, etc.).

Le niveau IV

Il se trouve ainsi naturellement introduit.

En effet, cette multiplication des psychothérapies systématisées, la prise de conscience de la stérilité des luttes idéologiques qui en opposaient les différents courants auxquelles elles se rattachaient, les effets de la crise économique rendant nécessaire une plus grande solidarité et de nombreux autres facteurs encore (J.C. Norcross et M.R. Goldfried, 1998) ont conduit à l'apparition d'une nouvelle approche dans le domaine des psychothérapies que nous situons au niveau IV (en modifiant quelque peu notre classification précédente)¹. C'est celui des psychothérapies intégratives et éclectiques. Ce courant qui nous vient des USA tend à prendre de l'importance et a été récemment introduit en France² (O. Chambon et M. Marie-Cardine, 1992 ; M. Marie-Cardine, O. Chambon, R. Meyer, 1993 ; O. Chambon et M. Marie-Cardine, 1999). Ce sont aussi les résultats de la recherche scientifique sur ces techniques qui ont amené progressivement différents chercheurs (M.J. Lambert et coll. 1986, 1998 ; Arkowitz, 1989 ; Norcross et Greencavage, 1989 etc.), au constat de l'existence de facteurs communs, dont la théorie

1. Dans nos travaux précédents nous situons les psychothérapies institutionnelles à ce niveau IV, en les considérant comme des psychothérapies complexes, mais depuis, le développement de ce courant des psychothérapies intégratives et éclectiques nous a amenés à modifier quelque peu notre classification. Il nous paraît en effet plus logique désormais de les situer ici (niveau IV) et de placer ensuite les psychothérapies institutionnelles (niveau V).

2. Depuis 1992 a été créée une association, l'A.F.I.E.P. (Association française pour l'approche intégrative et éclectique en psychothérapie). Pour tout renseignement, s'adresser à l'un des auteurs.

forme du reste la base de l'un des courants de cette perspective. En effet, ces facteurs communs représenteraient 30 % des effets thérapeutiques, soit le double des effets attribués aux facteurs spécifiques (15 %) produits par ces techniques. Parmi ces facteurs communs l'un des plus importants et le plus constamment retrouvé dans les études est justement celui qui concerne la relation thérapeutique qui est au cœur du processus psychothérapeutique. La qualité de l'alliance ou de la collaboration thérapeutique est l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'évolution d'une psychothérapie quelle qu'elle soit. Mais on cite encore l'expression émotionnelle (catharsis, ou abréaction), l'expérience émotionnelle correctrice, le désir de changement du patient, les qualités personnelles du psychothérapeute, l'amélioration du sentiment d'estime de soi, l'acquisition de nouveaux comportements, la meilleure régulation du niveau d'activation émotionnelle, l'amélioration des capacités d'introspection (insight) etc.

Il existe plusieurs conceptions de l'intégration et de l'éclectisme, outre cette théorie des facteurs communs, dont notamment le courant de l'éclectisme technique (association de plusieurs techniques différentes en même temps ou successivement, réalisées sur la base des résultats d'études scientifiques, courant plus pragmatique et statistique que théorique) et le courant de l'intégration théorique qui, comme son nom l'indique, met l'accent sur l'intégration des théories sous-jacentes aux différentes techniques. Comme le dit J.-C. Norcross, (1998) dans une comparaison gastronomique, l'éclectisme technique compose un menu avec différents plats, alors que l'intégration théorique compose un nouveau plat en combinant différents ingrédients.

L'éclectisme est encore très mal reçu en France pour des raisons que nous avons analysées (M. Marie-Cardine, O. Chambon et R. Meyer, 1994) mais J.-C. Norcross (1998) précise bien qu'il est à l'opposé de l'amalgame et du syncrétisme. Il ne s'agit pas de l'effet d'une subjectivité mal contrôlée, de la « bouillie pour les chats », « le refuge de la médiocrité, le sceau de l'incompétence ». Il s'agit, bien au contraire, d'un éclectisme méthodique et systématique, basé sur « des années de recherche et d'expérience cliniques, fruit du travail de cliniciens compétents dans plusieurs systèmes thérapeutiques, sélectionnant leurs interventions de façon systématique en fonction des besoins de leurs patients et des résultats comparatifs fournis par la littérature. Sa force est qu'on peut l'enseigner, la reproduire et l'évaluer ». On voit combien ce point de vue nous concerne dans l'objectif de ce travail. Un des défis rencontrés par cette approche, dont l'adoption par les cliniciens est inéluctable dans les prochaines décennies, consiste à clarifier les

articulations théoriques et techniques entre des ensembles cohérents mais parfois contradictoires. Pour le praticien, il s'agit de ne pas craindre ces contradictions, mais de faire en sorte que la mise en dialogue des différents systèmes mène à une créativité personnelle et professionnelle accrue. La flexibilité, l'ouverture mais aussi la vigilance critique sont des principes directeurs de ce mouvement (Delourme, 1999).

Le niveau V

Enfin, il nous paraît nécessaire de distinguer un niveau V, les psychothérapies institutionnelles, qui doivent être distinguées à cause de leur complexité, de l'interférence et de la combinaison de cadres et processus multiples. Elles sont le lieu de la complexité maximum, faisant intervenir différents niveaux entremêlés et à désintriquer (R. Kaës, J. Bleger et coll., 1987 ; M. Marie-Cardine et O. Chambon, 1995 ; O. Chambon et M. Marie-Cardine, 1998). En psychiatrie le problème du contrat se pose parfois d'une manière particulière dans le cadre des hospitalisations sans consentement. Ici la complexité doit être analysée, travaillée, organisée et utilisée pour traiter plus complètement le patient.

D'autres précisions terminologiques doivent être envisagées. En effet on a souvent différencié les termes de psychothérapie et de thérapie. Dans le langage parlé, celui de thérapie n'est qu'une abréviation du premier, d'origine anglo-saxonne. Il tend même à englober toute thérapeutique indistinctement, ce qui est excessif. Mais dans une acception plus précise, le terme de thérapie faisait naguère plutôt référence aux thérapies comportementales (puis cognitives qui en sont en partie dérivées et leur sont souvent associées) par opposition aux psychothérapies, qui se référaient davantage au courant psychanalytique par le biais des psychothérapies d'inspiration psychanalytiques (P.I.P.) ou des psychothérapies brèves ou focales de même référence (d'inspiration psychanalytique également). Or, ces terminologies ne sont pas indifférentes dans leurs connotations, car elles s'inscrivaient dans un contexte de lutte idéologique qui tend fort heureusement à s'estomper. Mais il y a plus. En effet, la psychothérapie, surtout dans son acception dérivée de la psychanalyse, fait davantage référence à un travail effectué à l'intérieur du fonctionnement psychique, travail d'élaboration, de perlaboration, de prise de conscience (introspection, insight etc.). Les différentes techniques de ce type mettent en jeu principalement les mécanismes d'identification consciente ou inconsciente. Dans la psychanalyse, c'est l'identification au fonctionnement analytique lui-même qui est visé, du moins dans l'idéal, et les effets de suggestion sont réduits par leur analyse. Les autres types de psychothérapies visent davantage les modifications des