

## **ANALYSE DES PROCESSUS COMMUNS AUX DIFFERENTES METHODES PSYCHOTHERAPEUTIQUES**

©Renato SAIU (2011). En ligne sur [detour.unice.fr](http://detour.unice.fr)

### **Résumé :**

Dans cet article, nous abordons la psychothérapie sous l'angle des processus que nous estimons communs à toute intervention. Que ce soit lors d'une thérapie comportementale et cognitive, lors d'une psychanalyse, d'une thérapie familiale systémique, ou toute autre approche, ce qui reste central est la relation. C'est donc par l'approfondissement de cette notion dans le cadre thérapeutique, que nous souhaitons montrer toute la relativité du traditionnel clivage des différentes méthodes.

### **Mots clés :**

Psychothérapies – thérapie comportementale et cognitive – psychanalyse – thérapie systémique – relation – théorie du détour - éthique

Les différentes approches psychothérapeutiques se sont intéressées à plusieurs dimensions de la thérapie, mais l'approche théorique du processus thérapeutique est trop souvent vue sous un angle restreint. Ceci a pour conséquence de mettre dos à dos les différentes méthodes et à engranger des études comparatives sur l'efficacité des psychothérapies qui ne font qu'amplifier les oppositions stériles. Nous croyons en la nécessité d'études sur l'efficacité, mais à condition de débattre les bases communes sur lesquelles pourront s'appliquer une analyse de la psychothérapie. L'objectif ici est de proposer un cadre où se dégagera des axiomes explicatifs suffisamment larges, qui rend compte de l'efficacité thérapeutique dans la diversité des méthodes, la créativité de chacun, parfois vues comme des opposées. Mais puisque l'action thérapeutique « *se produit en relation à un ou des modèle(s) explicatif(s) du fonctionnement de la personne et des variables qui sont à son origine ou qui les influencent* » (Thurin, 2009), nous nous appuyons sur la métapsychologie Wallonienne, dites *théorie du détour* (Cariou, 1992 ; 2010), que nous estimons assez large pour permettre ce travail d'analyse et de synthèse, tout en permettant à chaque autre approche théorique, de s'y retrouver.

#### Définition de la psychothérapie :

Est thérapeutique, ce qui *guérisse ou soulage*. Autant l'idée de soulagement psychique semble faire consensus, autant celle de guérison reste à définir. L'homme a trois niveaux de contraintes, biologique, psychologique et sociale. Mais sans doute par souci d'opérationnalité, des sous disciplines ont vu le jour dans l'étude du fonctionnement psychique humain. Ceci est rapidement devenu un clivage net entre trois partis-pris, qui influe directement sur la définition que nous pouvons donner de la guérison psychologique.

Les approches telles que les thérapies comportementales et cognitives, se centrent davantage sur les contraintes psycho-biologiques. Une clinique de la guérison rationnelle s'en dégage alors logiquement. Apprendre au patient à objectiver le problème afin de développer des stratégies visant la disparition du symptôme et donc un retour à une normalité statistique. Les approches systémiques, quant à elles, coïncident avec l'analyse des contraintes psycho-sociales. En somme une clinique de l'interaction, en s'efforçant d'agir sur les causes relationnelles pour diminuer ou supprimer les symptômes. Enfin, nous trouvons les approches que nous pourrions qualifier de subjectives, qui développent une clinique de la délivrance ou de la réconciliation. Nous pouvons y inclure la psychanalyse ou la

psychologie humaniste. Il s'agit de donner du sens au symptôme afin d'en être délivré, soit par sa disparition, soit par son acceptation. « La guérison advient de surcroît » disait Lacan.

Voici donc les trois grandes approches classiquement mises en oppositions. Nous pensons qu'il est possible de concevoir une quatrième approche que nous pourrions désigner comme étant relative. Sans nier l'intérêt des autres écoles, nous pensons qu'il est concevable de les resituer dans un cadre plus large, parce que le mal être psychique relève de réalités et donc de besoins très variés. Ce dernier peut être soit la conséquence d'un trop grand décalage entre la vision du monde de la personne et ce que lui renvoi ce dernier, soit la conséquence d'une position de vie dans laquelle la perception du sujet l'enferme. Dans le premier cas, nous serons dans l'ordre de la rupture identitaire, du traumatisme et de l'angoisse, dans le second cas il s'agira davantage d'une continuité identitaire, d'un aménagement mortifère venant en compensation de carences. Dans cette perception des choses, la guérison ne peut être que relative au contexte du sujet, à son potentiel bio-psycho-social. La guérison psychique ne sera pas la même chez une personne souffrant de démence sévère ou un sujet sain du point de vue cognitif, ni chez un psychotique par rapport à un névrosé, ni encore à un enfant comparativement à un adulte... Cela signifie que la guérison est pensée en termes d'équilibration optimale pour la personne lors d'un moment donné de sa vie. En d'autres termes, les différents niveaux de contrainte, biologique et sociale, sont pleinement pris en compte, sans pour autant nier une réalité psychique.

Au regard de la théorie du détour, nous pouvons donc déterminer un certain nombre d'ingrédients nécessaires au soulagement et à fortiori à la guérison d'un mal être psychologique. Mais nous commencerons par exposer le contexte relationnel de toute thérapie pour, en fin de compte en extraire un principe éthique que nous considérons indispensable à toute prise en charge.

## 1] Une structure relationnelle

La psychanalyse aborde cette question par la description dynamique du transfert et du contre-transfert. La structure de la relation à l'autre est donc clairement liée à la représentation que cet autre prend au travers de la construction du contenu psychosexuel. Cette conception paraît diamétralement opposée à celle des théories comportementales et cognitives, qui entendent la relation comme un lien interactif entre une structure neurologique et des stimuli. L'apprentissage est ici au centre de la relation. Avec les théories systémiques de la communication, la relation est encore montrée sous un autre angle, en étant considérée comme des messages envoyés, dans un contexte social, pour respecter des règles sociales. Il peut paraître difficile de concilier ces différents points de vue. Mais tout comme la guérison, toute relation est éminemment relative, tant du point de vue structurel, qu'au regard de la conjoncture du milieu. La mise en forme de la relation se situera au croisement de ces deux contraintes (structurelle/sociale), et ceci au travers d'un métissage de deux fonctionnements distincts, les différents protagonistes ayant chacun une organisation identitaire, une vision du monde, des apprentissages différents.

Une relation est d'abord un rapport entre un organisme et un autre. L'un devenant le milieu de l'autre (et vice versa). C'est un jeu de réciprocité. La rencontre va créer un espace de co-construction de la réalité. Celle-ci commence par une indifférenciation initiale qui découle du premier vécu de la rencontre. Ceci permet d'attribuer une valence plus ou moins positive ou négative à la relation. Wallon l'exprime comme étant « *une sorte de consonance, et d'accord ou d'opposition, [qui] s'institue très primitivement entre les attitudes émotionnelles des sujets, qui se rencontrent dans un même champ de perception et d'action* » (Wallon, 1941, p.124). C'est ainsi que, rencontrant un individu pour la première fois, nous avons tous fait l'expérience de « bien sentir » cet autre (ou inversement). Cette sensation prend tout son sens dans un contexte. Pour une sensation équivalente, dans un cabinet médical nous parlerons davantage de confiance au médecin (ou inversement), tandis que dans un café émergera plus de la complicité (ou de l'hostilité) par exemple. Nous insistons ici sur le fait que « *l'organisme et le milieu ne sont pas dissociables, l'organisation du premier n'ayant de sens que par rapport aux propriétés du second* » (Cariou, 1995, p.120). Plus cette relation dure longtemps et plus les comportements que déploient les protagonistes vont permettre d'affiner leur relative connaissance mutuelle et donc mettre

les conditions d'une différenciation entre le Moi et l'Autre<sup>1</sup>. Notons tout de même que cette différenciation sera plus ou moins effective au regard de la capacité structurelle du sujet à se différencier de l'autre. Un jeune enfant, ou une personne souffrant de psychose, se différenciera infiniment moins qu'une personne ayant un fonctionnement névrotique. Cela provient du fait que cette différenciation est interne à un même organisme. Autrement dit, nous ne voyons l'autre qu'au travers de l'idée que l'on se fait de lui. C'est un principe des systèmes complexes relevé dans d'autres domaines : « *Un système autopoïétique parvient à observer exclusivement en soi-même la différence entre lui-même et son propre environnement. [...] la distinction système/environnement se repropose dans le système par la différenciation entre sous-système dont chacun est un système pour lequel les autres sous-systèmes font partie de son environnement. De la sorte, le système produit et observe la distinction entre système et environnement* » (Salvaggio et Barbesino, 1996).

## **II] Les éléments nécessaires à la psychothérapie**

Les caractéristiques d'une relation vont donc se retrouver lors de la rencontre entre le thérapeute et son patient. Mais la relation avec un psychothérapeute revête des caractéristiques particulières, puisqu'elle est la clé de l'efficacité en psychothérapie. La technique, tout comme la méthode, ne sont « que » la mise en forme, l'application d'une structure relationnelle. Mais celle-ci va prendre une forme particulière qui peut être très variable.

La dynamique thérapeutique est ce qui va différencier les différentes approches, mais aussi la manière particulière dont chaque thérapeute va exprimer sa pratique professionnelle. Chacun des éléments pris indépendamment les uns des autres relèvent du savoir faire du psychothérapeute. La dynamique entre ses différents leviers du changement relève du savoir être. Cela revient à affirmer qu'il ne semble pas pertinent de « *dissocier les facteurs communs des facteurs spécifiques, mais à les penser plutôt en synergie* » (Duruz, 2006, p.71). Un psychologue pourra expliquer des techniques pour sécuriser un patient, pour le déstabiliser, pour le pousser à verbaliser... Mais bien fort celui qui arrivera à expliquer des recettes thérapeutiques. Cela est impossible du fait de la rencontre complexe entre, au moins, deux trajectoires identitaires (patient/psychothérapeute). Ces derniers vont apprendre à se différencier l'un de l'autre en s'appuyant sur des éléments chaque fois

---

<sup>1</sup> Autre est ici entendu comme la catégorie psychique, donc intériorisée, symbolisant le milieu du sujet

différents (effet de résonance, d'assemblage, d'intersubjectivité)<sup>2</sup>. Nombres d'approches énoncent ce fait de manières différentes et plus ou moins clairement. La fameuse affirmation des psychanalystes selon laquelle « on ne devient psychanalyste que sur un divan » en est un bon exemple. Cette idée est également résumée ici par un thérapeute systémicien : « *On peut apprendre des recettes, qu'elles soient de cuisine, de savoir-faire ou de savoir-vivre : on apprend ce faisant ni la saveur, ni la culture, ni la vie. C'est qu'elles ne s'apprennent pas : elles s'éprouvent et cette épreuve nous rend autres* » (Trappeniers, 2005, 2010, p. 22).

L'objectif de notre propos n'est donc pas de décrire « ni la saveur, ni la culture » de la psychothérapie, mais d'en décrire les ingrédients nécessaires à une pratique efficace, mais qui permettront à chacun d'exprimer sa créativité. Pour appuyer notre propos, nous commencerons par une vignette clinique qui sera reprise au fur et à mesure.

*Monsieur B., qui était professeur de lettre, vient d'entrer en maison de retraite médicalisée, suite à une perte d'autonomie surtout fonctionnelle (chutes) et à un contexte dépressif chronique. Ces deux facteurs l'ont conduit à un repli sur soi de plus en plus important. Selon son discours récurrent et délirant, c'est une décision judiciaire qui aurait conduit à son entrée en institution. En réalité ce sont ses enfants et le médecin de famille qui ont pris cette décision. Il évoque un mal-être très important et dit de manière très répétitive : « je suis foutu ». Il n'y a pas de notion de démence et est déjà sous traitement anxiolytique. En entretien, aucun travail ne me paraît réalisable, tant la récurrence et le refus de parler de tout autre chose sont omniprésents. Ayant la volonté de nous inscrire dans un but commun, j'évoque des stratégies permettant de réduire la rumination mentale et son insomnie. Bien qu'il accepte le principe, il n'applique rien. Au bout de plusieurs semaines, seule l'utilisation d'un médiateur me permet d'obtenir d'autres éléments sur son fonctionnement, où il ressort une problématique de perte de la conjointe. Un jour M. B. me dit : « vous ne comprenez rien, tous vos trucs de psy ça sert à rien, je suis foutu ». C'est alors que je lui ai répondu : « Je tiens à m'excuser M. B., parce que depuis le début vous me le disiez et je ne vous ai pas cru. Je dois bien l'admettre, vous avez raison, et aujourd'hui je crois qu'en effet vous êtes foutu. D'ailleurs si vous dites que ça ne sert plus à rien que je vienne vous voir, c'est que c'est vrai. Alors je ne viendrai plus à moins que vous me le demandiez ». C'est alors qu'il m'a demandé de venir le voir de temps en temps parce que cela lui faisait du bien « quand*

---

<sup>2</sup> Cf. à ce propos les travaux de Mony Elkaïm d'une part et de Lydia Chabrier d'autre part

*même ». Au bout de quelques jours, M. B. a progressivement diminué ses récurrences lors de son activité dans l'institution. Il s'est également rapproché d'une résidente, qui a pris cette position d'écoute de sa plainte. Aujourd'hui il développe une activité sociale beaucoup plus riche (participations aux activités de la maison, discussion avec d'autres résidents, participation aux sorties...) et se réinscrit dans un projet (déménager dans un établissement proche de son ancien lieu d'habitation).*

Prenons un poisson rouge dans un bocal, comme image permettant de mieux comprendre les différents éléments d'une psychothérapie et leur cohérence dynamique. Tout va bien pour notre animal aquatique, puisqu'il a un espace de sécurité (micro-milieu) où il peut tourner en rond, se nourrir... (Activité adaptative), et à travers duquel il perçoit le monde. Même si son propriétaire de 4 ans vient le stresser en plongeant sa main dans l'aquarium, ce n'est pas pour autant qu'il se sentira plus déstabilisé que cela, puisqu'il est dans son environnement. Il adaptera simplement son activité à cette intrusion (évitement voire rencontre ponctuelle). Plus l'espace vital est grand, plus il est sécurisant. C'est en effet plus facile d'attraper un poisson dans un petit bocal que dans une piscine. Le garçonnet qui commence à connaître le poisson, devient lui aussi plus agile (réciprocité) et fini par réussir à l'attraper par la nageoire caudal et le sortir de l'eau (choc traumatique et angoisse) en le laissant au-dessus du bocal. Deux choses l'une, soit le poisson ne réagit pas et meurt (syndromes mélancoliques), soit il se met à frétiller avec vigueur (activité défensive) afin de retrouver l'endroit qu'il connaît parfaitement (sécurité de base). Mais si son agresseur se met à répéter tous les jours la chose, le poisson réitérera l'action qui lui a déjà sauvé la vie jusqu'à développer de grandes capacités en la matière (activité élaborative), si bien que pour lui cela deviendra de moins en moins une difficulté (loi de l'effet<sup>3</sup>). Si cela dure assez longtemps, il sera même capable de s'adapter à différentes prises en main de l'enfant pour aboutir au même résultat (automatisme Wallonien). Ainsi, nous sommes tous des poissons rouges qui vivons au travers de notre bocal, bien qu'il faille évidemment prendre en compte l'approximation qu'implique l'utilisation de ce genre d'image concrète. Soyons donc plus précis en repérant quatre éléments qui vont se retrouver dans tout type de psychothérapie. A noter qu'il ne faut pas entendre ses éléments dans un ordre chronologique ou hiérarchique, mais bien dans un rapport dynamique les uns aux autres.

---

<sup>3</sup> L'une des lois du conditionnement opérant formulée par Edward Thorndike.

a) La sécurisation

Durant toute psychothérapie, un des objectifs partiels est de sécuriser la personne. Cela peut prendre des formes très diverses suivant le style professionnel du thérapeute, la théorie sous-jacente, le fonctionnement du patient, la problématique... Mais justement quel est le point commun à toutes les méthodes de sécurisation, qu'est-ce que signifie sécuriser quelqu'un et pour quel objectif ?

C'est Winnicott qui le premier, parle d'une « sécurité de base », qui « *fonde sa confiance en une continuité entre soi et le monde* » (Courteille, 2001, p.12). Certains auteurs pensent que celle-ci est réservée à l'enfant, d'autres avancent l'idée qu'elle se rejoue bien au-delà. Quoi qu'il en soit, nous avons systématiquement repéré une confusion entre le processus de sécurisation et le contenu de celle-ci, que ce soit du point de vue structurel ou de celui du fonctionnement. Michel Cariou reprend donc ce terme en globalisant et en relativisant son utilisation : « *La sécurité de base n'est pas un sentiment (conscience), mais un état psychologique inconscient. Elle exprime l'état d'un organisme qui est en accord adaptatif avec son milieu (quel que soit le niveau). Quand cet accord est menacé ou rompu (objectivement ou subjectivement), apparaît un signal d'alarme, l'angoisse, qui fonctionne au plan psychologique comme la douleur au plan organique* » (Cariou, 2008). Mais cet accord va dépendre de l'enjeu adaptatif qui est déterminé par l'étape structurante (au nombre de quatre durant tout le cycle de vie dans cette théorie), dans laquelle le sujet s'inscrit. Mais au-delà de ce contexte global qu'il convient de prendre en compte, il nous faut également considérer l'aspect fonctionnel du psychisme, à savoir l'aménagement particulier d'un sujet face à ces intériorisations. Dans le rapport clinique concret, sécuriser revient donc à envoyer un message qui est en grande cohérence avec la croyance, consciente et inconsciente (ce qui peut être paradoxal) du sujet, sur ce qu'il est (identité) et ce que sont les autres (altérité). Autant dire que c'est éminemment relatif. Cela renvoie au questionnement de la « neutralité bienveillante » du thérapeute. Nous ne développerons pas ici le fait que nous partageons l'avis de Bernard This (2002, p.48) : « *Ce terme de neutralité [...] doit être dénoncé comme une véritable trahison de la psychanalyse* ». Nous dirions plutôt trahison de la psychologie. En ce qui concerne le terme « bienveillante », bien que du point de vue du processus et des objectifs, le thérapeute doit être en effet bienveillant, cela ne se vérifie absolument pas systématiquement sur le contenu des interventions. Par exemple des propos du type « je ne ferais rien pour vous, c'est vous qui allez tout faire », n'est pas



franchement bienveillant de prime abord. Par contre cela peut sécuriser une personne qui se voit comme un leader et qui n'a pas l'habitude d'être aidé. Pour reprendre le cas de M. B. donné ci-dessus, lui dire « vous êtes foutu » peut même paraître malveillant. En thérapie systémique, cela est exprimé par la formule : « parler le langage de l'autre », et en psychanalyse : « parler la langue de l'Autre ». De plus, comme le dit Igor Reitzman (2005) : « *Plus la sécurité de base du sujet est faible, plus il a besoin de conditions externes de sécurisation importantes pour lever totalement son inhibition et parvenir à une qualité optimale de son activité* ». Pour le redire autrement, plus le sujet est confronté à des éléments qui rompent le rapport adaptatif de la personne, plus il aura besoin d'un étayage important du thérapeute.

Ce n'est qu'en se sentant en sécurité avec le thérapeute, que le sujet pourra enclencher un processus de changement. Cela ne prend pas forcément longtemps, une phrase associée à une attitude heureuse du thérapeute peut suffire. Par contre, si le client reste insécurisé, il ne pourra alors que développer une activité défensive. La mise en sécurité est nécessaire, mais pas suffisante.

b) La mise en échec du rapport adaptatif

D'une part, toute activité d'un sujet étant ce qui permet de maintenir un rapport entre l'organisme et son milieu, et d'autre part, le principe d'automatisation de cette activité permettant une économie d'énergie, nous permet de conclure à la difficulté qu'aura un individu à changer son comportement. L'organisme, après un long processus d'intériorisation et d'affinement, a permis de trouver un mode d'équilibration satisfaisant (en tout cas à un moment donné) avec son milieu. Il faut donc un argument sérieux à l'appareil psychique pour déployer l'énergie nécessaire pour en changer. Nombre de psychologues s'accordent à dire que le premier vecteur de changement est la souffrance. Rien n'est moins sûr, nous pensons que c'est surtout la première raison qui permet d'accepter, voire d'initier l'aide d'un thérapeute. C'est pour cette raison que certaines personnes qui sont en grandes souffrances et qui sont conscientes d'une potentielle solution ne l'appliquent pas (« je sais, mais c'est plus fort que moi »). Tout comme M. B. qui validait les objectifs et les méthodes, sans jamais essayer de les appliquer. Le premier argument du changement semble donc plutôt être l'angoisse, c'est-à-dire le décalage entre sa croyance sur le milieu et ce que ce dernier nous renvoi. Un sujet peut s'accommoder d'une position de vie le mettant en souffrance, mais pas d'une angoisse. Ainsi, l'art du thérapeute va être de

distribuer de l'angoisse modérée à son patient. Modérée dans le sens où dans le même temps il le sécurisera, mais également parce que cette angoisse ne pointera que des éléments partiels de l'individu. Pour M. B. le fait que j'avance l'idée que je ne revienne plus le voir parce qu'il avait raison, est un bon exemple d'angoisse, puisque pour lui le thérapeute était un vecteur de diminution de l'angoisse (« ça me fait du bien de vous parler quand même »). Dès lors le contrat implicite change à ce moment-là. *Pour garder celui qui permet une diminution de mon angoisse, je dois le laisser être efficace.* La sécurisation et la mise en échec adaptative sont profondément liées. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque de l'intervention. *« Ainsi le couple patient-thérapeute pourrait être vu comme en tension constante où, tout en étant accordé, certains décalages sont nécessaires pour que surviennent des changements. Ces décalages ne doivent toutefois pas être trop importants, faute de quoi le lien est mis en danger »* (Roten et col., 2007). Pour donner un autre exemple concret (et donc réducteur) d'intervention mettant le patient en échec partiel adaptatif, nous dirions que lorsque le psychologue entend, sur un ton d'évidence, des phrases du type : « vous voyez ce que je veux dire » à propos d'un vécu, il pourra suivant la situation substituer le traditionnel « oui » par un inattendu « non ». Ou plus finement un : « je ne suis pas sûr de bien comprendre ce que vous voulez dire, pouvez-vous m'expliquer davantage ? ». Du coup, le patient est engagé dans un au-delà des automatismes et peut ainsi mettre en mots un vécu et des pensées restées sous la coupe de l'émotion brute, non élaborées ou inconscientes.

c) Le faire précède l'être

Nous pouvons définir le « faire » comme une activité perceptible (consciemment ou inconsciemment) par les autres et qui implique de l'éprouvé. Pour le patient il existe deux lieux distincts pour mettre en acte une activité nouvelle. L'espace thérapeutique d'une part, et l'espace écologique d'autre part.

Ce qui différencie vraiment ces deux lieux, est que le premier est un espace protégé. A noter qu'en parlant de lieu, nous parlons de lieu psychique. Cela a l'avantage d'être « transportable ». C'est là qu'apparaissent des approches où le thérapeute accompagne leur client sur le terrain (TCC, systémie). Cela n'aurait aucun sens si l'espace de sécurité ne se trouvait pas dans l'interaction, dans la relation, thérapeute/patient. Le but de tout thérapeute est que le « faire » ne se limite pas à l'espace thérapeutique. Mais puisque *« l'intériorisation du « faire » construit « l'être » et son monde (le milieu) »* (Cariou, 2010), le

seul fait d'interagir différemment avec le thérapeute engendre un mieux être. Les comportements du patient, suivis des feedbacks positifs du thérapeute, peuvent conduire à une intériorisation et une automatisation de la nouvelle activité (loi de l'effet). Mais pour que ce bénéfice se généralise à d'autres milieux que thérapeutique, différents processus centrifuges peuvent être observés.

Le premier est un effet de contamination. Le principe est qu'en modifiant une identité sociale (dans un contexte donné), ici celle de patient, cela modifie forcément partiellement l'identité globale. Cette réorganisation peut ainsi modifier son rapport à l'autre au travers de différentes identités sociales, puisque celle-ci émergent forcément du fonctionnement global. A partir de là, l'application de la nouvelle structure globale va engendrer des feedbacks de l'environnement qui permettront d'amplifier (ou non) le changement dans le fonctionnement global de l'individu.

Le second processus est un effet de persuasion découlant des injonctions ou prescriptions thérapeutiques. Il s'agit en quelque sorte de l'inverse du précédant, puisqu'il s'agit de faire agir le patient avant qu'il y ait réorganisation psychique. C'est une stratégie thérapeutique plus directe, puisqu'il y a moins de cycle d'alternance centripète/centrifuge.

Si nous ne retrouvons pas l'un de ces processus d'amplification du changement à l'extérieur de la relation thérapeute/patient, nous nous trouvons dans le cas d'une relation fusionnelle qui ne peut qu'enfreindre le principe éthique que nous développerons plus tard. Nous sommes alors en présence d'un état de dépendance qui n'est pas souhaitable. C'est ce vers quoi nous nous dirigeons avec M. B. dans toute la première partie de l'intervention, puisqu'au contraire de viser une autonomisation, cela ne conduisait qu'à plus de dépendance. Tout au contraire, si la nouvelle activité se déploie, cela permet au patient de rencontrer un nombre et une fréquence de feedbacks plus importants. En fin de compte, nous sommes reconnus au travers de notre activité et c'est l'intériorisation de cette reconnaissance qui permet de se reconnaître soi-même. M. B., au travers de son activité au sein de l'institution a fini par être reconnu par les autres résidents comme étant un érudit. Ceci lui a permis de se reconnaître à nouveau au travers de son identité de professeur grâce aux feedbacks positifs des résidents, de plus en plus nombreux au fur et à mesure que son discours devenait moins récurant et plaintif. De même en ce qui concerne son identité de genre, avec le rapprochement d'une des résidentes.

d) La mise en cohérence identitaire : l'élaboration

Psychiquement, le processus thérapeutique permet un travail d'élaboration, c'est-à-dire de joindre l'émotion au système symbolique. En d'autres termes, c'est donner un sens relatif à un vécu brut, au moins en partie. Le mot « travail » n'est pas utilisé ici de façon anodine, car il s'agit bien de l'entendre dans sa dimension étymologique, à savoir du latin *tripalium* (un instrument de torture). L'élaboration se fait toujours plus ou moins dans la douleur, dans l'effort. Là aussi, l'élaboration découle de *ex-laboro*, s'efforcer à. Cela dit, nous pouvons distinguer trois niveaux qualitatifs d'élaboration.

Le premier est l'internalisation, qui n'est que la mise en conscience de certains éléments. Ce niveau n'a d'intérêt que de permettre l'activation des éléments de bases qui vont servir au travail d'équilibration psychique. Concrètement il s'agit de l'explication de la problématique par le sujet, la définition des termes qu'il utilise et toutes autres mises en mots qui permettent un certain au-delà des évidences, ou des convenances sociales (automatismes). Elle peut provoquer un premier niveau de soulagement chez la personne (« ça me fait du bien d'en parler »), surtout si cela est renforcé par des éléments d'étayages simples (« ça doit être difficile », « ce n'est pas de votre faute »...). L'étayage peut être défini comme une intervention extérieure au sujet visant à soutenir sa structure psychique.

Ce n'est qu'avec l'élaboration par intériorisation que le soulagement devient pertinent dans le temps (premier niveau d'autonomisation). Nous sommes dans le cas où un élément externe va devenir indispensable à la stabilité psychique, comme dans le cas d'une position sociale pour le névrosé, d'un objet anaclitique pour l'état-limite, ou un cadrage social (institutionnel ou familial par exemple) pour une personne souffrant de psychose. Il s'agit d'éléments qui vont prendre un sens identitaire, mais dont la validation va rester majoritairement externe, c'est-à-dire très sensible aux contingences du milieu.

*Mme G. a été diagnostiquée en état de « démence sévère » à la clinique neuro-psychiatrique qui l'a redirigé vers un établissement pour personnes âgées dépendantes. A son arrivée, Mme G. est très agitée, casse le matériel de maison (téléphone, meuble...), écrit des textes incompréhensibles sur les murs et les draps, s'enferme dans sa chambre en opposant des meubles à la porte d'entrée. Le dossier médical indique un long passé psychiatrique accompagné d'un diagnostic de « psychose maniaco-dépressive ». Au bout d'un mois, son comportement est de moins en moins opposant. Au-delà du temps nécessaire d'adaptation à l'entrée en établissement, Mme G. ne cesse de progresser dans ses performances cognitives*

(MMSE à 23/30), les pensées délirantes deviennent inexistantes. Par contre Mme G. s'enferme dans un quasi mutisme, un repli sur soi et une asthénie de plus en plus importante. Nous décidons en équipe d'une prise en charge plus cadrante, en lui laissant moins de choix qui sont pour elle source d'angoisse. Ceci améliore sensiblement son vécu, mais l'apathie reste centrale. Au bout d'un an, elle ne répond que par des mots simples ou des phrases courtes. Une réévaluation cognitive montre un niveau nettement au-dessus du seuil pathologique (MMSE à 28/30 avec un seuil pathologique à 25). Etant dans un discours d'auto-dévalorisation, je profite de l'occasion pour recadrer la situation : « comment vous vous êtes trouvée ? ». Elle me répond : « Nulle ». En lui mettant la feuille de cotation sous les yeux je lui demande de m'indiquer où elle a été nulle. Les yeux balayant la feuille en ne pouvant rien me répondre je dis : « vous êtes comme moi, incapable de trouver quelque chose qui pourrait justifier que vous êtes nulle ». Elle sourit. Je lui demande alors l'autorisation de transmettre les résultats de ce test à sa fille. Elle répond très positivement (son visage s'éclaire à cette idée). A la rencontre suivante elle me dit qu'elle et sa fille ont parlé longuement du résultat du test. Suite à cela, nous établissons une liste d'objectifs à atteindre et j'ajoute que j'appellerai, avec son autorisation, sa fille pour la tenir informée de son évolution. En un mois Mme G. a atteint plus d'objectifs qu'en un an. Elle réussit à présent à se lever seule sans stimulation, à allumer sa radio quand elle le souhaite, à participer à certaines activités institutionnelles sans stimulation. Tout ce qu'elle ne réussissait plus à faire depuis des mois. Depuis le décès de son mari, sa fille a repris la fonction de référent stabilisateur pour Mme G. Cela dit, cette refonte du système familial a été trop brutale pour permettre une mise en place satisfaisante et positive de cette relation. De plus, la position de vie de la fille étant différente de celle du père, le contexte change. En faisant passer sa mère « malade dépressive chronique et Alzheimer », en « personne pleine de ressources et performante », le rapport a changé en relation plus positive pour les deux parties. Du coup, l'élément externe important pour Mme G., sa fille, valide par des feedbacks positifs une attitude d'évolution dont la source est Mme G. elle-même.

L'élaboration par intégration est ce qui pourrait correspondre au second niveau d'autonomisation psychique. Il s'agit pour le patient d'intégrer des éléments (soit internalisés, soit intériorisés) à la constellation identitaire, de manière à ce que la personne soit moins sensible aux contingences du milieu et donc aux feedbacks de celui-ci. Ce qui est à valider, sont davantage les objectifs, ce qui stabilise l'activité dans le temps, et par là même

réduit les potentielles souffrances psychiques. A noter qu'il n'est ni suffisant, ni même nécessaire que la personne accède à une explication de son état pour aller mieux, même si un sujet peut en passer par là. Ce qui est essentiel, c'est le réaménagement inconscient qui va s'opérer.

### **III] Principe éthique**

Si toute relation est réciproque et si nous sommes des professionnelles de la relation, alors le principe éthique qui sous tend toutes les règles éthiques de notre profession doit s'entendre dans la réciprocité. Ce principe est celui de la coresponsabilité. Cela consiste à être bien au clair sur le fait que le psychologue, entant que professionnel, est le responsable de la gestion du processus thérapeutique et donc du cadre qui le soutient. C'est d'ailleurs pour cela que les psychologues insistent sur l'importance d'une théorie qui guide leur pratique, car sans elle, ils ne peuvent pas porter cette position. Cela dit, le patient est quant à lui, le responsable du contenu qu'il apporte. Ainsi, tous les protagonistes en présence, sont les coresponsables de ce qui va se travailler dans l'interaction. Ceci implique qu'une thérapie ne peut aboutir que si les deux acteurs (au moins) en présence prennent en charge leur responsabilité respective. Certaines conditions mettent en exergue l'importance de ce principe, tel que les « thérapies sous contrainte », où la question du positionnement du thérapeute face à la non-demande est capitale. Ici le patient ne se croit pas en charge d'une quelconque responsabilité et donc, soit il finit par en accepter la nécessité, soit la thérapie ne démarre jamais. Le thérapeute se doit de tenter de mettre les conditions favorables à l'acceptation de la prise de responsabilité du patient. De même, les thérapeutes peuvent être prompts (surtout dans certaines situations faisant écho à une de leur problématique), à rejeter la responsabilité d'un échec thérapeutique au patient : « il n'était pas prêt ». Ce qui est important de comprendre ici, est que dans tous les cas, une thérapie se réussit ou se manque à deux (au moins), jamais seul. Cela met en exergue que l'efficacité est à chercher dans la réciprocité organisme/milieu au sein d'un espace co-construit. Ce qui compte c'est la relation, certes d'un caractère particulier, mais la relation quand même.

Le premier corolaire de ce principe est le devoir du psychothérapeute à s'interroger sur son vécu et son comportement face à un patient. Il est en effet nécessaire que le professionnel soit suffisamment sécurisé dans cette relation pour ne pas tomber dans un jeu d'automatismes psychiques dont il ne connaîtrait pas raisonnablement les règles. Parce que

dans ce cas, il serait incapable de porter la responsabilité du processus thérapeutique. Cela signifie aussi que la rencontre avec un patient peut être parfois l'occasion d'élaborer pour le thérapeute, mais attention dans ce cas à ne pas inverser les rôles et à l'indifférenciation que cela pourrait induire. Le patient doit rester l'objectif principal.

Le second corolaire concerne la fin de la thérapie. En effet, l'objectif de toute thérapie devrait être d'optimiser l'autonomisation du patient. Cela est éminemment relatif, puisque ça va dépendre d'une part du potentiel structurel de la personne et d'autre part, du cadre théorique du praticien qui entendra cette notion d'autonomie relativement à celui-ci. Quant à nous, nous pouvons la comprendre comme la mise en place d'une activité suffisamment intériorisée, permettant au sujet de faire face à son mal-être psychique. Il n'est donc pas question d'attendre une intégration psychique aboutie pour mettre fin à une thérapie, mais d'atteindre un niveau optimum de stabilité, au vu du potentiel structurel et contextuel du sujet. Suivant cette définition, un étayage qui ne tiendrait pas sans la présence du thérapeute ne suffit pas à mettre fin à une thérapie. Par contre, un étayage s'appuyant sur un objet externe en dehors du contexte thérapeutique peut suffire, si l'on estime que le sujet n'a pas le potentiel d'aller jusqu'à l'intégration identitaire. Ce dernier cas, relève de la disparition de la souffrance par intériorisation des contraintes (redéfinition du micro-milieu).

## **Conclusion**

Ainsi, cet article va dans le sens d'un dépassement de la comparaison des méthodes psychothérapeutiques, au profit d'une analyse des processus. Cette vision s'inscrit dans un mouvement basé sur des constatations : « *La variabilité des résultats obtenus avec des clients est davantage liée à la variabilité entre les psychothérapeutes qu'aux techniques et traitements utilisés [...]. A peine 8 % de la variance du changement thérapeutique s'explique par l'utilisation de techniques spécifiques, alors que 92 % de cette variance est liée à des facteurs communs à toutes les psychothérapies* » (Lecomte et col., 2004, p. 73). Nous pensons que l'efficacité de la thérapie, dépendra davantage de l'adaptation de la technique du thérapeute en fonction de la relation, que de la méthode elle-même. Pour le dire autrement, toutes les approches thérapeutiques sont efficaces, à condition qu'elles entrent en résonance avec la co-construction de la réalité thérapeute/patient.

## Références bibliographiques

- Cariou, M. (1982) : Psychologie et vieillissement. *Cahiers de la méditerranée* n°24/25.
- Cariou, M. (1992) : *Personnalité et vieillissement ou permanence adaptative de l'enfance au grand âge : une théorie du détour*. Thèse doctorat d'état, directeur de recherche professeur Jacques Birouste -- Université Paul Valéry.
- Cariou, M. (1995) : *Personnalité et vieillissement : introduction à la psycho-gérontologie*. Paris, Delachaux et Niestlé.
- Cariou, M. (2008) : *Le micro-milieu*. En ligne :  
<http://détour.unice.fr/fr/index1.php?page=glossaire>
- Cariou, M. (2010) : *Présentation de la théorie du détour*. En ligne :  
[http://détour.unice.fr/fr/index1.php?page=intro\\_theorie](http://détour.unice.fr/fr/index1.php?page=intro_theorie)
- Charest, J. (1996) : Thérapie stratégique : Fondements, techniques et applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 17, n°3, pp. 40-73.
- Chabrier, L. (2006) : *Psychologie clinique*. Paris, Hachette supérieur.
- Courteille M. (2001) : Comment naissent les jeunes filles ?. Changer de corps et être soi à l'adolescence. *Dialogue* 2001/3, n° 153, p. 11-20.
- De Roten, Y. (2006) : Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques, *Bulletin de psychologie*, Tome 59 (6), N°486, p. 585-590.
- De Roten Y. Michel L. et Peter D. (2007) : Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies* 2007/1, Vol. 27, p. 37-45.
- Duruz P. (2006) : Faut-il en finir avec la pluralité des orientations en psychothérapie ? *Psychothérapies* 2006/2, Vol. 26, p. 69-77.
- Elkaïm, M. (1989) : *Si tu m'aimes ne m'aime pas*. Seuil, 2001.
- Furlan A. (2008) : *Positionnement épistémologique dans la théorie du détour*. En ligne :  
<http://détour.unice.fr/fr/index1.php?page=epistemologie>



Lecomte C., Drouin M.-S., Savard R., Guillon V. (2004) : Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), p. 73-102.

Reitzman Igor (2005) : *Inhibition, sécurisation et réussite de tous dans l'école*. Congrès de l'Association Française des Psychologues Scolaires, Lille le 16 septembre 2005.

Salvaggio S.A., Barbesino P. (1996) : Niklas Luhmann en perspective. *Recherches sociologiques*. Numéro spécial, Vol. XXVII, n°2, 1996.

Thurin J.-M. (2009) : Évaluation du changement en psychothérapie, *THÉRAPIE FAMILIALE* 2009/2, Volume 30, p. 235-250.