

# L'entretien psychologique et le counselling

De l'approche centrée sur la personne aux interventions ciblées

Michael Reicherts





Collection Santé Psycho-Sociale

Michael Reicherts

# L'entretien psychologique et le counselling

De l'approche centrée sur la personne  
aux interventions ciblées

2ème édition révisée

Avec la collaboration de Laurence Defago



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Michael Reicherts  
L'entretien psychologique et le counselling –  
De l'approche centrée sur la personne aux interventions ciblées

Collection Santé Psycho-Sociale  
Directeur : Prof. ém. Dr. Michael Reicherts

Coburg: Edition ZKS-Verlag  
Tous droits réservés.

© 2015 Edition ZKS-Verlag

Cover-Design : Leon Reicherts  
Rédaction technique : Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-31-4

L'édition ZKS est la filière francophone de la "ZKS-Verlag", une structure au sein de la  
"Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)"  
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154  
Directeurs : Prof. Dr. Helmut Pauls et Dr. Gernot Hahn.

### **Adresse:**

Edition ZKS Verlag  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
Mönchswiesenweg 12 A  
D-96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Contact:**

info@zks-verlag.de  
www.zks-verlag.de/edition-francaise  
Tel./Fax (09561) 33197

### **Associés / Gesellschafter der ZKS :**

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927. Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

# L'entretien psychologique et le counselling

## De l'approche centrée sur la personne aux interventions ciblées

Le texte repose en partie sur le chapitre :

Michael Reicherts « Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung : Gesprächs-therapeutisch orientierte Psychotherapie », dans « Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie » (pp. 476-498), dirigé par Meinrad Perrez et Urs Baumann, 4<sup>ème</sup> édition actualisée. Bern : Hans Huber, 2011.

L'auteur :

Prof. ém. Dr. phil. Michael Reicherts, Psychologue diplômé, Psychologue spécialiste en Psychologie de la santé FSP, Département de Psychologie, Université Fribourg / Suisse et Université à distance / Suisse.

# Tables des matières

Préface.....	9
1. Introduction .....	11
2. Intervention, entretien et counselling psychologiques .....	16
2.1 Méthodes d'intervention de l'entretien psychologique.....	20
2.2 Setting et caractéristiques-cadre de l'entretien .....	20
2.3 Interventions portant sur la relation – selon Rogers .....	21
2.3.1 « Variables de base ».....	22
2.3.2 « Variables supplémentaires ».....	28
2.4 Interventions visant des tâches spécifiques .....	29
2.4.1 Questionnement – poser des questions.....	32
2.4.2 Donner des informations .....	33
2.4.3 Directives à l'action et concernant le processus.....	33
2.4.4 Confrontation .....	33
2.4.5 « Focusing ».....	34
2.4.6 Explication et clarification : approfondissement et élaboration.....	35
2.4.7 Tâches spécifiques à différents niveaux d'intervention.....	36
2.4.8 Fréquence d'utilisation des diverses interventions.....	38
2.5 Nouvelles conceptions en ACP et en approche expérientielle .....	38
2.5.1 « Thérapie orientée vers les buts » selon Sachse.....	39
2.5.2 « Emotion-focused therapy » selon Greenberg et collègues.....	40
3. D'autres domaines d'intervention : groupes, systèmes, etc. ....	45
3.1 Groupes .....	45
3.2 Systèmes et institutions.....	47
3.3 Autres applications .....	48
4. Modèles du dysfonctionnement psychique et de l'étiologie .....	49
4.1 Conception de Rogers .....	49
4.2 Modèles différentiels.....	52
5. Efficacité et indication .....	54
5.1 Recherches sur les effets.....	54
5.1.1 Etude sur la TCP en groupe de Pomrehn, Tausch et Tönnies (1986).....	54
5.1.2 Etude de Teusch, Böhme et Gastpar (1997).....	56
5.2 Recherche sur les processus .....	58
5.3 Méta-analyses sur l'ACP et les thérapies expérientielles.....	60
5.4 Indication.....	64
6. Explications théoriques de l'efficacité et « <i>modus operandi</i> ».....	68
6.1 Modèles d'apprentissage .....	68
6.1.1 Renforcement verbal.....	68
6.1.2 Contre-conditionnement .....	69
6.1.3 Apprentissage discriminatif.....	69
6.1.4 Modèles de conflit (conflit interne et conflit appris).....	70
6.1.5 Apprentissage par modèle (apprentissage vicariant).....	71
6.1.6 Efficacité personnelle (« <i>self-efficacy</i> »).....	71

6.2	Modèles cognitifs et modèles de traitement de l'information.....	71
6.2.1	<i>Modèles de Wexler et de Reicherts et Pauls</i> .....	71
6.2.2	<i>Modèle du processus explicatif</i> .....	72
6.3	Hypothèses d'explication liées à la théorie de l'attachement.....	73
7.	Processus thérapeutiques : niveaux, concepts, instruments.....	75
7.1	Niveaux des représentations et comportements manifestes .....	75
7.2	Concepts et échelles .....	76
7.2.1	<i>Empathie – Verbalisation des expériences émotionnelles (VEE)</i> .....	76
7.2.2	<i>Congruence / Authenticité du thérapeute</i> .....	78
7.2.3	<i>Considération positive / Regard positif inconditionnel</i> .....	78
7.2.4	<i>Auto-exploration</i> .....	79
7.2.5	<i>Processus explicatif : traitement et offre explicatifs</i> .....	81
7.3	Exemple d'entretien thérapeutique .....	85
8.	Pratiques des interventions ciblées .....	87
8.1	Introduction.....	87
8.2	Questionnement – poser des questions.....	91
8.3	Donner des informations .....	95
8.4	Directives à l'action et concernant le processus .....	95
8.5	Confrontation.....	96
8.6	Processus explicatif.....	103
9.	Interventions ciblées de l'approche cognitivo-comportementale .....	109
9.1	Interventions ciblées du registre comportemental et corporel.....	109
9.1.1	<i>Renforcement et auto-renforcement</i> .....	109
9.1.2	<i>Modélage</i> .....	111
9.1.3	<i>Jeu de rôle</i> .....	112
9.1.4	<i>Détente et relaxation</i> .....	113
9.2	Interventions ciblées du registre cognitif .....	114
9.2.1	<i>Réévaluation cognitive (« reframing »)</i> .....	114
9.2.2	<i>Résolution de problème</i> .....	116
9.2.3	<i>Evaluation et prise de décision</i> .....	116
9.2.4	<i>D'autres interventions dans la résolution de problème</i> .....	119
9.3	Tâches à domicile.....	121
10.	Entretien de conseil et counselling .....	123
10.1	Définitions et caractéristiques générales .....	123
10.2	Phases et composantes du counselling : les interventions d'aide « compétente ».....	127
10.3	Exemple .....	129
10.4	Pratique des interventions spécifiques au counselling .....	137
10.5	« Contracting » .....	141
11.	Entretien initial .....	143
12.	Articulation entre différents niveaux d'intervention .....	146
13.	Bibliographie .....	151

## Préface

Nous avons proposé un premier *manuel* accompagnant l'enseignement et les travaux pratiques de l'entretien psychologique et du counselling dès 1998 à l'Université de Fribourg / Suisse. En 2011, une nouvelle version intégrale a été élaborée pour le nouveau module « Entretien – counselling – intervention » dans l'enseignement universitaire à distance, cette fois-ci articulée avec une série d'exercices. Ces manuels ont fait leur preuve dans de nombreux cours et travaux pratiques portant sur la sensibilisation et l'approfondissement des compétences de l'entretien et de counselling à l'Université de Fribourg / Suisse, à Uni-Distance / Suisse, et ailleurs.

Nous avons décidé de revoir cette version de 2011, de la mettre à jour à divers endroits, en tenant compte également d'autres publications récentes dans le domaine (par ex., Hermier, 2013 ; Bioy & Maquet, 2007 ; Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013), et en corrigeant un certain nombre d'erreurs et de lacunes. En revanche, sa structure et la plupart de ses contenus ont été maintenus, malgré le fait qu'une autre approche d'un tel manuel serait possible, par ex., sur la base du modèle de l'*Ouverture émotionnelle* (Reicherts, Genoud & Zimmermann, 2012), en tenant compte de l'importance accrue de l'affectivité dans l'entretien et le conseil (par exemple, Reicherts & Pauls, 2013) ou en thérapie cognitivo-comportementale de la « 3<sup>e</sup> vague » (Cottraux, 2014).

Ainsi nous avons gardé l'approche centrée sur la personne au centre du concept des *compétences hiérarchisées* pour l'entretien et le counselling – compétences allant des plus élémentaires au plus complexes – et nous l'avons agrémentée de nombreux exemples et illustrations pratiques, y compris des formulations-type et mini-exemples pour diverses situations pratiques. Les concepts des « interventions relationnelles (basiques) » d'un côté et les « interventions ciblées » de l'autre – qui se sont également avérés très utiles dans l'enseignement – sont aussi maintenus dans le présent ouvrage. De même, l'introduction aux concepts et échelles de l'intervention opérationnalisés (chap. 7) permettant d'évaluer les énoncés du client et du conseiller est restée la même, eu égard à son utilité dans la formation de base et le fondement scientifique de l'approche centrée sur la personne et du counselling.

L'introduction aux interventions cognitivo-comportementales, d'un intérêt particulier dans le counselling, reste inchangée dans cette nouvelle édition. Nous nous sommes contentés d'y présenter une sélection abrégée des méthodes et techniques les plus importants sous forme d'esquisse. Il existe nombre d'autres publications pertinentes et intéressantes pouvant servir de référence approfondie pour la pratique (chap. 9).

Etant donné que la recherche sur l'approche centrée sur la personne et ses nouvelles conceptions – ainsi que sur le counselling – a été quasi pratiquement absente en France pendant des décades, les bases scientifiques du présent manuel proviennent essentiellement des travaux anglo-saxons et germanophones, depuis les années 1970, y compris les travaux de Carl Rogers et de ses collègues.

Nous nous réjouissons de pouvoir publier cette nouvelle édition du manuel en tant que premier ouvrage de la « *Collection Santé Psycho-Sociale* », créée au sein de la nouvelle *Edition ZKS francophone* (<http://www.zks-verlag.de/edition-francaise>). Nous sommes particulièrement reconnaissants de cette opportunité, car l'édition « ZKS-Verlag » représente aujourd'hui un forum incontournable dans le domaine du diagnostic et de l'intervention, tant en pratique qu'en clinique psycho-sociales. Nous tenons à remercier le professeur Helmut Pauls et le Dr. Gernot Hahn de l'édition « ZKS-Verlag » pour leur intérêt et leur soutien.

Fribourg / Suisse, en février 2015

Michael Reicherts

## 1. Introduction

Le noyau de l'approche centrée sur la personne (ACP), fondée par Carl Rogers (1942, 1951, 1970, 2005, 2008), est la *relation thérapeutique* ou la *relation d'aide*. Elle se caractérise par des conditions favorisant un changement de la personne, comme la considération positive, l'authenticité et l'empathie. Les interventions thérapeutiques *visant une telle relation* présentent au client une *offre* qu'il peut accepter et à laquelle il peut répondre. Le processus thérapeutique ou de conseil se développe sur cette base et facilite les changements dans le fonctionnement de la personne, au niveau des émotions, des pensées et convictions, et au niveau des conduites du client. Durant ce processus, des *interventions ciblées qui visent des tâches spécifiques*, portant par exemple sur l'approfondissement de l'expérience, sur l'explication des significations personnelles ou sur la confrontation, peuvent engendrer des changements spécifiques chez le client. Ces interventions ciblées ont été proposées par les nouvelles approches dans le but d'une *thérapeutique différentielle* qui s'applique mieux au client et à son trouble et qui répond mieux au processus thérapeutique afin de rendre plus efficace l'aide offerte.

### *Désignations de la méthode*

L'approche centrée sur la personne de Rogers s'est répandue dans le monde entier et fait partie des *méthodes d'intervention psychologique* les plus fréquemment utilisées. Elle est aussi appelée *thérapie non-directive* (« non-directive psychotherapy »), *thérapie centrée sur le client ou sur la personne* (« client-centered » or « person-centered » therapy) ou encore *psychothérapie par entretien* (« Gesprächspsychotherapie »). Le terme le plus souvent utilisé dans les pays anglo-saxons et dans les pays du Benelux est « client-centered therapy », dans les pays germanophones « *Gesprächspsychotherapie* », et dans les pays francophones « thérapie non-directive » ou « thérapie centrée sur la personne ». Les modèles et approches les plus récents de ce courant sont appelés « thérapie orientée vers les buts », « thérapie visant la clarification », « thérapie dirigée vers le processus » ou le plus souvent aujourd'hui « thérapie focalisée sur l'émotion ».

Etant donné que l'approche originale de Rogers et le présent manuel portent sur deux versants importants – la thérapeutique *et* le counselling – nous utiliserons le terme « *approche centrée sur la personne* », ACP. Cette dénomination et

l'acronyme ont été adoptés par l'association professionnelle en Suisse (<http://www.pca-acp.ch>). En parlant des variantes plus spécifiques, nous utiliserons le terme pertinent.

### *Thérapie centrée sur la personne et approches « expérientielles »*

La TCP fait partie, comme la Gestalt-thérapie, d'une famille plus générale d'approches thérapeutiques appelées « expérientielles ». Ce terme met l'accent sur l'importance de l'expérience individuelle qui fait l'objet de la thérapie. L'expérience comprend les processus et les contenus de ce qui est perçu et vécu par la personne dans l'immédiat – *l'ici et maintenant* : les sentiments, les émotions, les motivations, les cognitions, etc. Le processus de l'expérience a lieu dans le cadre de référence spécifique à la personne, au sein des *significations personnelles* qui sont liées à des situations, des personnes, des événements, des actions, etc. L'approche « expérientielle » se démarque ainsi des approches thérapeutiques dites « cognitives » ou « comportementales », ou encore des approches « systémiques », « psychodynamiques » ou « psychanalytiques ».

#### **Les caractéristiques générales des approches « expérientielles » (d'après Greenberg, Elliott & Liaeter, 1994) :**

- (1) Utilisation de la méthode « phénoménologique », se basant principalement sur le processus de la (prise de) « conscience » (« awareness ») et les expériences du patient ; les approches sont orientées vers la « découverte ».
- (2) La relation thérapeutique égalitaire, centrée sur la personne, est centrale pour la thérapie ; valorisation du fait que le patient est « unique » ; le patient est « l'expert » de son expérience.
- (3) Le but est de renforcer le potentiel du patient à accroître, à développer son autonomie, son auto-détermination et sa capacité de choisir.
- (4) La nouvelle « conscience » (« awareness ») et la génération de nouvelles significations sont à la base du changement.

Dans une perspective générale, on peut dire que l'ACP « classique » ainsi que les variantes plus récentes représentent des *approches « expérientielles »* qui reposent sur les caractéristiques générales suivantes (voir encart).

Parmi les *approches expérientielles*, ce sont notamment l'ACP (de Rogers et collègues), la thérapie « focalisée sur l'émotion » (de Greenberg et collègues),

ainsi que la thérapie de « orientée vers les buts » ou de « clarification » (de Sachse et collègues) qui sont les plus élaborées au niveau scientifique, et ce non seulement concernant leurs bases théoriques, mais aussi concernant les fondements empiriques de leur efficacité et de leur mode de fonctionnement (*modus operandi*).

### *Historique – étapes de l'évolution de l'approche*

Depuis son apparition, dans les années quarante, il est possible de retracer l'évolution de la thérapie centrée sur la personne selon différentes phases mettant en évidence des développements et des modifications apparues tant au niveau pratique que scientifique (voir aussi Pavel, 1978 ; Lietaer, 1992).

#### *La thérapie non-directive (env. 1940-1950)*

Au niveau pratique, cette toute première période se caractérise par une relation thérapeutique bien structurée, mais permissive et sans interventions dirigistes de la part du thérapeute. Elle permet au client de s'explorer et de se comprendre lui-même, de devenir « autonome » pour clarifier ses problèmes sur le plan cognitif et les résoudre. Au niveau scientifique se développent tout de suite les premières hypothèses concernant le processus thérapeutique, sur la base d'études détaillées de thérapies enregistrées – une innovation à l'époque.

#### *La thérapie visant la verbalisation des émotions (1950-1970 env.)*

Dès les années cinquante, au niveau pratique, l'accent est mis sur l'auto-exploration du client au niveau affectif et par rapport à son « Self », un concept-clé. Le thérapeute développe le « reflet des émotions » (« reflecting of feelings ») pour parvenir progressivement à une forme d'empathie affective subtile. Au niveau scientifique, on observe d'importants efforts de recherche sur la base du modèle de la personnalité et du fonctionnement psychique développée par Rogers. Des échelles pour les variables thérapeutiques (par ex., « Verbalisation des expériences émotionnelles » ; « Auto-exploration ») et d'autres instruments (Q-Sort pour évaluer la personnalité et ses incongruences) sont développés. S'y ajoutent des études de groupe pour démontrer l'efficacité de l'approche.

#### *La thérapie visant l'expérience et la relation interpersonnelle (à partir de 1957)*

A partir de 1957, au niveau pratique, ce sont moins les variables caractérisant le thérapeute que les aspects caractérisant la relation et le processus thérapeutique

qui sont ciblés. Un accent particulier est porté sur l'expérience interpersonnelle – entre *personnes* – dans la relation d'aide. Côté scientifique, les études portent principalement sur les processus entre thérapeute et client, en se basant sur le concept d'expérience (l'expérience immédiate, « experiencing »), et en utilisant aussi de nouvelles échelles (p.ex. « experiencing-scale » de Gendlin, 1981).

*La thérapie différentielle et la thérapie visant le processus / les interventions ciblées (à partir de 1990 env.)*

Enfin, dès les années quatre-vingt-dix, au niveau pratique, des stratégies et des interventions plus ciblées sont de plus en plus utilisées. Le but est de tenir compte plus explicitement du trouble/problème du client, de ses caractéristiques de personnalité, *ainsi que* de la dynamique du processus thérapeutique actuel, en visant surtout l'expérience des affects et des émotions. De plus, on accepte l'insertion « éclectique » d'autres méthodes. Sur le plan scientifique en découle le développement de modèles théoriques différentiels et d'interventions orientées vers des tâches thérapeutiques réalisées en séance (par ex., confrontation, processus explicatif). Plusieurs recherches empiriques contrôlées ciblent l'efficacité et les effets différentiels des interventions spécifiques.

Une nouvelle étape est marquée par la reconnaissance officielle de l'approche thérapeutique comme étant l'une des « trois grandes ». Ainsi, par exemple, depuis 2002, en Allemagne, la « Gesprächspsychotherapie » est reconnue comme procédure thérapeutique à part entière à côté de la psychanalyse et de la thérapie comportementale et cognitive (pour un survol, voir Finke, 2002).

De nouvelles approches (présentées au chapitre 2.5) ont été développées : par Sachse et collègues la « Zielorientierte Gesprächspsychotherapie » (1992, 1996) et la « Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie » (Sachse & Schlebusch, 2006 ; Sachse, Breil, Fasbender & Püschel, 2009) – et par Greenberg et collègues la « Process-Experiential Psychotherapy » (Greenberg & Paivio, 1997 ; Elliott & Greenberg, 2002) et l'« Emotion-Focused Therapy » (Greenberg, 2007; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Ces approches sont *dirigées vers le processus* : la relation thérapeutique reste le noyau de la thérapie, mais les stratégies d'intervention sont choisies en fonction du tableau du trouble et les problèmes du traitement interne du client – et selon le processus actuel tel qu'il se présente en séance. Les interventions ciblées sont décisives : le travail émotionnel initié par une stratégie spécifique et dépendant du type de trouble est intensifié et de nouvelles stratégies de gestion sont initiées, pour finalement être intégrées dans l'expérience du Self du client.

### Extrait d'un entretien (Rogers, 1942 ; 2008)

- C1 Je n'ai pas parlé de tout ça dans mes lettres à mes parents. Dans le passé, ils ne m'ont été d'aucune aide à ce point de vue et si je peux les laisser en dehors de ça le plus possible, je le ferai. Mais il y a une petite question de notes à expliquer et elles ne sont pas bonnes et je ne sais pas comment je vais faire pour régler ça sans leur en parler. – Me conseillerez-vous de leur parler ?
- T1 Si vous m'en disiez un peu plus sur ce que vous en avez pensé.
- C2 Eh bien, je pense que j'y suis obligé, parce que...
- T2 C'est une situation à laquelle vous devez faire face.
- C3 Oui, c'est pas la peine de tourner autour de la question, même s'ils ne peuvent pas la prendre comme il le faudrait ; j'ai déjà échoué à l'épreuve de gymnastique ; je ne suis pas venu, tout simplement. J'ai été négligeant. Or ils savent qu'on ne peut pas échouer en gymnastique sans être négligeant. Ils me demanderont pourquoi...
- T3 Cela sera assez dur pour vous de leur dire.
- C4 Oui. Oh, je ne sais s'ils vont me... déclarer coupable. Je pense que oui, parce que c'est ce qu'ils ont fait jusqu'à présent. Ils ont dit : « C'est ta faute. Tu n'as pas assez de force de volonté, ça ne t'intéresse pas. » C'est ce que j'ai toujours entendu dans le passé. D'une certaine manière, je leur ai dit que je m'étais amélioré de ce point de vue. J'étais... j'étais très bien au dernier trimestre. Enfin, je n'étais pas tout à fait très bien, mais ça n'a fait qu'empirer. (*Silence*).
- T4 Vous pensez qu'ils ne vont pas comprendre et qu'ils vont vous condamner pour vos échecs.
- C5 Eh bien, mon... je suis à peu près sûr que mon père le fera. Ma mère peut-être pas. Il n'a pas été... il n'a pas l'expérience de ces choses ; il ne sait tout simplement pas ce que c'est. « Manque d'ambition », voilà ce qu'il dira. (*Silence*).
- T5 Vous pensez qu'il ne pourrait jamais vous comprendre ?
- C6 Non, je ne pense pas qu'il soit... qu'il soit capable de me comprendre... parce que je ne m'entends pas avec lui, pas du tout !
- T6 Vous le détestez beaucoup ?
- C7 Oui, j'ai... j'ai vraiment été acharné contre lui pendant un moment et je suis sorti de cet état, et maintenant je ne suis pas acharné contre lui, mais j'ai... j'ai en quelque sorte honte. Je pense que ça, c'est ce qu'il y a de plus fort de tout, une impression de honte qu'il soit mon père. (*Silence*).
- T7 Vous avez l'impression qu'il n'est pas très bien ?
- C8 Eh bien, c'est lui qui me pousse à faire des études... (*quelques mots incompréhensibles*), je m'excuse de dire ça, mais c'est mon avis. Je pense qu'il a beaucoup à faire.
- T8 C'est quelque chose qui vous a affecté profondément, pendant longtemps.
- C9 Oui. (*Long silence*).

## 2. Intervention, entretien et counselling psychologiques

Par *intervention psychologique*, nous entendons une action ou séquence d'actions, réalisée dans une situation spécifique par une personne compétente – un thérapeute, un aidant ou un conseiller. L'action utilise des moyens psychologiques dans le but d'aider une autre personne – le client ou l'aidé – à modifier une situation, un processus ou une tendance dans son fonctionnement psychique et social.

Une intervention comprend des méthodes et techniques développées préalablement, qui ont fait preuve de leur *efficacité*, c.-à-d. leur capacité de réaliser le but envisagé et de produire les effets souhaités, et dont on connaît le *mécanisme d'action* (modus operandi). Autrement dit, une intervention repose sur le *savoir technologique* (Bunge, 1985 ; Perrez, 2011 ; voir Reicherts, 1999, pour plus de détails). Ainsi, une méthode d'intervention *scientifiquement fondée* doit remplir plusieurs critères (Huber, 2000 ; Perrez, 2011).

### **Une méthode d'intervention psychologique scientifiquement fondée**

- utilise des moyens psychologiques
- se base sur une théorie scientifique du fonctionnement psychique et de la personnalité et ses troubles
- est fondée sur une théorie scientifique de la modification des troubles
- présente des évidences empiriques de ses effets, positifs et négatifs
- porte sur des troubles du comportement ou des états de souffrance (ou des problèmes) considérés comme requérant une intervention
- est pratiquée par des personnes formées et compétentes

Il faut que cette méthode d'intervention utilise des moyens psychologiques. En plus, elle doit se baser sur une théorie scientifique du fonctionnement psychique et ses problèmes et doit se référer également à une théorie scientifique pouvant expliquer comment elle modifie les problèmes psychologiques qu'elle vise à traiter (*modus operandi*). Elle doit présenter de l'évidence empirique de son efficacité, de ses effets positifs *et* négatifs. Finalement, elle doit porter sur des troubles, problèmes et états de souffrance considérés

comme requérant une intervention, et doit être appliquée par des psychothérapeutes et/ou des conseillers compétents et formés.

On peut caractériser les interventions selon les *moyens psychologiques* qu'elles utilisent (par ex., interventions verbales, comportementales) ou selon les registres de leurs « *effets* » *ciblés* (le contenu, le traitement intrapsychique ou la relation client-thérapeute ; voir aussi chapitre 2.4.7) mais aussi selon le registre du *fonctionnement psycho-social* concerné : interventions cognitives, comportementales, affectives, somatiques-corporelles, socio-relationnelles, environnementales-contextuelles, etc. (voir aussi chap. 12 ; Pauls & Reicherts, 2013). Les catégories d'intervention psychologique les plus importantes sont :

(1) Les interventions *visant la relation thérapeutique* ou *relation d'aide* en lien avec l'entretien psychologique, notamment les interventions dans l'ACP selon les « variables de base » : l'empathie, la considération positive/acceptation, l'authenticité/congruence ; ainsi que les interventions élémentaires qui créent et assurent le « setting » et le cadre relationnel et interactionnel (position assise, les interventions non verbales comme le regard et l'écoute accueillants, actifs et attentifs – ou « attending »).

(2) Les *interventions procédurales plus spécifiques* comme les interventions ciblées *élémentaires* dans l'approche centrée sur la personne élargie : le questionnement, la confrontation, l'information, les interventions dirigeant l'action et l'approfondissement (de signification, affectif, de contenu). Les interventions ciblées dans le counselling reposent sur ces mêmes interventions de relation et procédurales, mais les adaptent aux fins du counselling, comme par ex., « personnaliser » la situation et définir le problème du client, « initier » la recherche de solutions, « initier » à la décision ou à l'action du client ou évaluer les buts à atteindre (voir chap. 10.2). Le counselling peut être complété par d'autres interventions spécifiques et plus complexes ; par exemple par certaines interventions de l'approche cognitive et comportementale : le renforcement ou l'auto-renforcement du comportement, le modelage ou le jeu de rôle, la résolution de problèmes, la réévaluation cognitive (par ex., le « reframing », l'analyse des pour et contre) ou encore des techniques corporelles (par ex., la respiration, la relaxation musculaire progressive).

(3) Les *interventions thérapeutiques spécifiques* : ce registre regroupe diverses interventions qui s'adressent à différents problèmes psychologiques et à différentes situations dans le *processus* de counselling. Répondant à diffé-

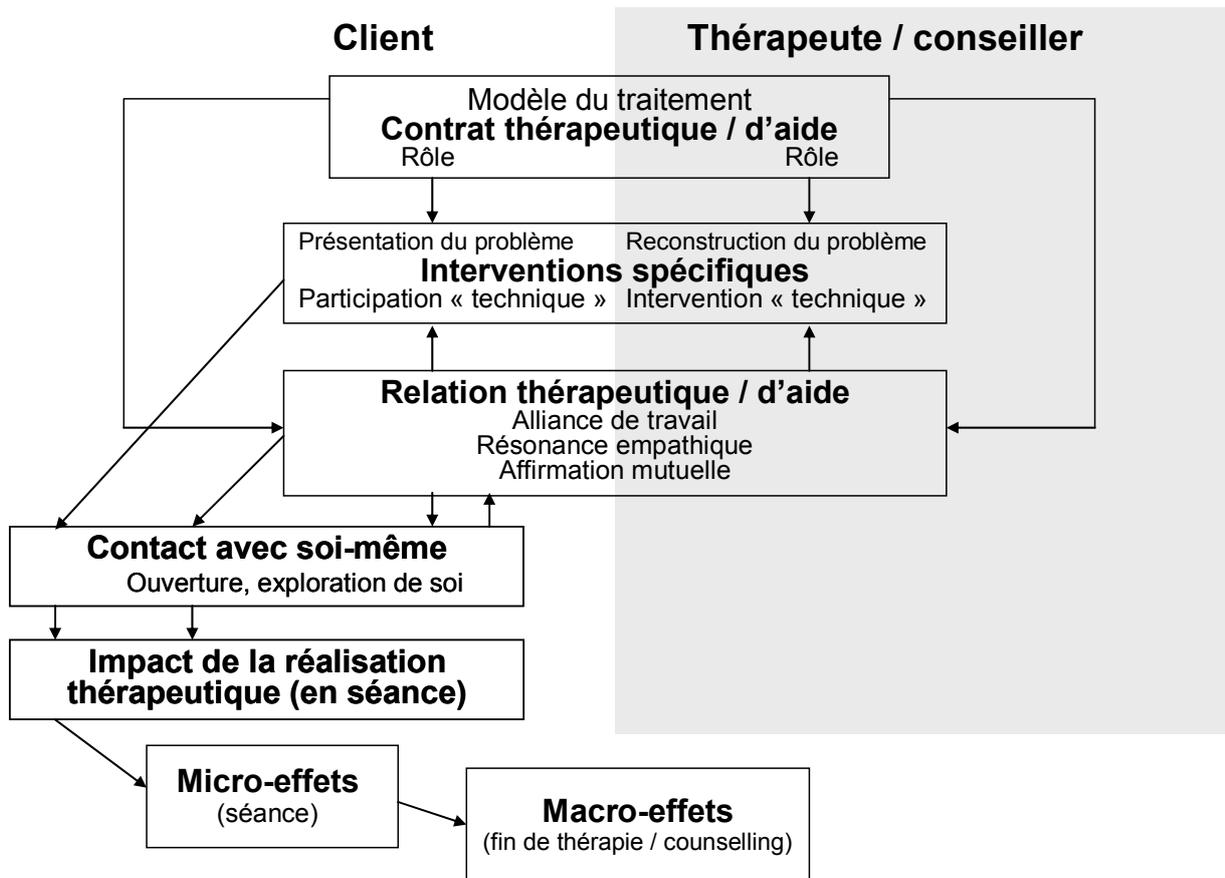
rents *buts procéduraux*, elles reposent sur les mêmes interventions élémentaires, relationnelles et ciblées, mais comprenant encore d'autres composantes, elles sont plus complexes. Des exemples provenant des approches expérientielles sont le « focusing », le dialogue à deux chaises ou le processus explicatif (voir aussi les interventions spécifiques de la thérapie focalisée sur l'émotion ; pour un survol voir Elliot, Watson et al., 2004). De plus, il existe de nombreuses méthodes d'intervention thérapeutique plus complexes visant les registres cognitif, comportemental ou affectif, provenant de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC, y compris la dite « troisième vague » ; voir Cottraux, 2007) : l'exposition *in sensu* et *in vivo*, la désensibilisation systématique, la restructuration cognitive, la « pleine conscience », ou des interventions multimodales dans l'approche de Linehan (2000) dans le traitement de la personnalité borderline.

Il existe un grand nombre d'interventions développées et fondées au sein de différentes approches thérapeutiques, y compris les approches systémique et psychanalytique. L'approche proposant l'éventail de techniques d'interventions le plus riche et le mieux fondé est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). C'est cette approche – ensemble avec l'ACP et les nouvelles approches expérientielles – qui fournit les méthodes d'intervention les plus importantes pour le counselling.

*Modèle-cadre pour les processus et effets des interventions :  
le modèle « générique » de Orlinsky et Howard*

Dans le but d'articuler différents types d'interventions et processus dans le traitement psychologique en général, on peut se référer à un modèle-cadre comme celui de Orlinsky et Howard (1986, 1987). Ils ont proposé un modèle « générique » des facteurs d'influence entre processus et résultats thérapeutiques. Basé sur une revue de nombreuses recherches sur les processus et effets, le modèle souligne l'importance de certaines composantes générales qui sous-tendent différentes formes d'interventions. Même si les études sous-jacentes à ce modèle sont en grande majorité des recherches en psychothérapie, les aspects généraux s'appliquent en principe à toute forme de traitement, y compris le counselling. Le modèle, y compris la version remaniée (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), a eu une influence importante sur la discussion de la recherche en psychothérapie, les designs, mais aussi la pratique (Orlinsky, 2009). Nous présentons ici une version légèrement modifiée pour des raisons didactiques (voir schéma ci-dessous).

Figure 1. Le modèle « générique » (d'après Orlinsky et Howard)



Chaque traitement peut être caractérisé par trois composantes :

(1) par un *contrat* qui définit le modèle du traitement et ses buts, l'emploi du temps et le déroulement des séances (paiement, etc.), mais également les *rôles* du client et du thérapeute. Les deux se mettent d'accord sur ce contrat qui précise les règles-cadre selon lesquelles se dérouleront les processus d'intervention ;

(2) par la *relation thérapeutique* ou d'aide (« bond »). Celle-ci repose sur trois sous-éléments : l'*alliance de travail*, reflétant l'effort et l'engagement du client et du thérapeute pour investir leur rôles respectifs, la *résonance empathique* qui se réfère à la capacité des deux participants de communiquer de manière efficace et de se comprendre mutuellement, et l'*affirmation mutuelle* qui consiste en un échange attentif, respectueux, ouvert et confiant qui s'installe et évolue lors de leurs interactions ;

(3) par la troisième composante, l'*intervention* en tant que telle. Elle commence par la présentation du problème par le client et sa « modélisation » par le thérapeute ; à celui-ci incombe la *réalisation technique* (par ex., l'exposition « in sensu » d'une situation hautement aversive), articulée avec la *participation technique* du client (par ex., la mise en œuvre concrète de la tâche proposée par le thérapeute). L'intervention est réalisée alors dans le cadre du contrat et repose sur la relation d'aide.

(4) Les interventions telles que réalisées en fonction de ces trois composantes influenceront le *contact* avec soi-même (« self-relatedness »), c'est-à-dire l'ouverture, ainsi que la « compliance » du client, sa capacité à « absorber » et à profiter de l'intervention et de la relation thérapeutique. C'est par la qualité de cet élément chez le client que se concrétise finalement l'*impact* visé par l'intervention : l'impact se montre dans (5) les *micro-effets* en séance (par ex., une nouvelle compréhension d'un événement, un « insight », une prise de décision, une première expérience d'émotions moins négatives face à une situation aversive ou conflictuelle, etc.) – et suivant la séance. Ces effets immédiats – répétés – et transférés à la vie quotidienne, sont liés à plus long terme aux *macro-effets*, à savoir aux résultats à la fin de la thérapie (par ex., l'amélioration d'une psychopathologie) ou du counselling (par ex., résoudre une crise dans le domaine professionnel).

## **2.1 Méthodes d'intervention de l'entretien psychologique**

En approche centrée sur la personne, il existe deux grands courants instaurés déjà par Carl Rogers lui-même : une approche philosophique-anthropologique et une approche empirique basée sur la psychologie scientifique. Cette dernière vise le fondement et la mise en évidence de l'efficacité des interventions, ainsi que leur développement et leur élaboration à l'aide des méthodes et des critères de la recherche scientifique. Notre présentation se base surtout sur l'approche empirique-scientifique. Avant d'aborder plus spécifiquement les différentes techniques d'interventions, il s'agit de situer le contexte de l'entretien thérapeutique.

## **2.2 Setting et caractéristiques-cadre de l'entretien**

Au niveau technique, le « setting » de l'entretien psychologique, notamment en thérapie, se caractérise comme suit :

- (1) un *endroit* calme et convenable à l'entretien : favorisant la communication et les expressions libres.
- (2) la *position assise* : égalitaire pour le client et le thérapeute, les chaises sont en face l'une de l'autre, mais décalées d'environ 30°, à une distance adéquate (leur position peut être discutée et réalisée selon les préférences du client).
- (3) la *durée* d'un entretien, d'une séance : normalement autour de 50 minutes.
- (4) la *fréquence des contacts* : le plus souvent une fois par semaine.
- (5) souvent les entretiens sont *enregistrés* – si le client donne son accord. C'est une spécificité de l'approche, établie depuis Rogers (1942, 2008) qui a été l'un des premiers thérapeutes à faire des enregistrements de thérapies et qui les a rendus accessibles à l'analyse à des fins de recherche ou de supervision.
- (6) la *durée* et le *nombre de séances* : la thérapie centrée sur la personne, souvent considérée comme une « thérapie brève », est cependant d'une durée variable selon le problème du client, le processus et le progrès thérapeutiques. Il existe des thérapies ou des conseils de quelques séances seulement (par ex., de 5 à 10 séances). Dans une étude menée par Eckert et Wuchner (1994) en Allemagne, la durée moyenne était de 69 séances, réparties sur deux ans, avec une grande variabilité selon les troubles traités. Aux Etats-Unis, la durée moyenne des thérapies centrées sur la personne est plus courte.

Les interventions proposées dans ce « setting » seront à distinguer selon leur orientation primordiale : les interventions *visant la relation thérapeutique* – ou interventions relationnelles – et celles visant des tâches ou *traitements spécifiques*, les interventions ciblées.

### **2.3 Interventions portant sur la relation – selon Rogers**

Dans l'approche centrée sur la personne, la relation thérapeutique (ou relation d'aide) est une *relation particulière et structurée de manière précise* entre deux personnes, le thérapeute et le client. Elle a pour but de faciliter pour le client un changement dans ses symptômes et problèmes, ainsi que de l'aider à « débloquent » son développement et à promouvoir son épanouissement.

En caractérisant la relation thérapeutique, Rogers (1957) a proposé des « conditions nécessaires et suffisantes » :

- (1) deux personnes – client et thérapeute – établissent une relation ;
- (2) le client est « incongruent » avec lui-même, il n'est pas sûr de lui-même, il est anxieux et tendu ;
- (3) le thérapeute est capable de se représenter (à lui-même) toutes ses expériences – par rapport à la relation avec le client – et d'être « congruent » ou « authentique » ;
- (4) il a un « regard positif inconditionnel » par rapport au client ;
- (5) il est capable de comprendre le client dans son cadre de référence et de lui communiquer ce qu'il vient de comprendre (« empathie ») ;
- (6) le client est capable de percevoir cette offre de relation et d'y répondre – au moins partiellement.

Comme on a pu le montrer, ces conditions ne sont ni suffisantes ni nécessaires pour chaque cas particulier (voir par ex., Sachse & Elliott, 2002). Elles correspondent plutôt à des *attitudes d'aide* de l'ACP, dans un cadre de référence heuristique à un niveau d'abstraction plus élevé. Ces attitudes doivent être réalisées par des interventions concrètes que l'on peut, par ex., décrire par des « variables de base » et des « variables supplémentaires ».

### 2.3.1 « Variables de base »

Au centre des interventions orientées vers la relation se trouvent ce que l'on appelle les trois « *variables de base* » (Rogers, 1942, 1951, 1957, 2008 ; Truax & Mitchell, 1971 ; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003 ; Tausch, 1973) :

- (1) La *congruence* ou l'*authenticité* (« congruence » ou « genuineness »).
- (2) La *considération positive* ou le *regard positif inconditionnel* (« unconditional positive regard » ou « warmth »), aussi nommés *acceptation*.
- (3) L'*empathie* (au début « reflecting of feelings », plus tard aussi « accurate empathic understanding » ou « accurate empathy ») ; au niveau technique aussi appelée *verbalisation des expériences émotionnelles*.

L'attitude ainsi caractérisée est à *réaliser par des actions/interventions singulières* en utilisant des comportements verbaux et non-verbaux. Chacune des actions thérapeutiques ou de conseil (réponses, énoncés, comportements non verbaux) peut ainsi manifester l'empathie, la considération positive et la congruence dans une mesure différente. Il y a deux perspectives à distinguer : celle du thérapeute agissant, y compris ses processus et phénomènes intrapsychiques, et celle du client qui perçoit les interventions – ou peut les percevoir.

(1) Sur le plan de l'action concrète, *la congruence* implique un comportement ouvert, authentique et spontané du conseiller qui ne souffre pas de façade : il parle avec le client d'une manière franche, libre, sans contrainte. Ce qu'il dit est cohérent avec ce qu'il exprime au niveau non verbal et ne révèle pas de discrédances. Parfois, il parle même de ses pensées et sentiments *personnels*, une variante d'intervention appelée « *self-disclosure* ». Malgré sa plausibilité dans certaines situations spécifiques, son efficacité générale est contestée par différentes recherches (Sachse & Elliott, 2002). Néanmoins, à la différence de la « *self-disclosure* » proprement dite, ses sentiments et pensées *par rapport à la relation d'aide* font plus ou moins régulièrement partie de ses interventions.

Une échelle opérationnalisée (par ex., Truax, 1962a ; Tausch, 1973) propose de conceptualiser plus précisément la congruence. Elle distingue plusieurs facettes (voir aussi chap. 7) : (i) pas de discrédance entre expérience et énoncé verbal ou expression non verbale, (ii) pas de contradiction au niveau verbal, (iii) le conseiller présente un comportement « naturel » et « transparent » qui se démarque d'un comportement souffrant de façade, (iv) un comportement non-défensif faisant face au problème soulevé par le client ; ou alors (v) dans une situation où le conseiller vit des expériences négatives en contact avec le client, il arrive même à en profiter activement ; par exemple en incluant cette expérience dans sa réponse sans blesser le client.

(2) Le *regard positif inconditionnel* ou la *considération positive* signifie que le conseiller accepte le client sans réserve, s'adresse à lui avec chaleur, le considère tel qu'il est et sans que le client ne doive montrer certains comportements. La considération positive du conseiller n'implique pas un comportement de séduction et ne demande pas de récompense. Cependant, elle n'implique pas que le thérapeute approuve, voire apprécie, n'importe quel comportement (par exemple un délit commis par un client), mais elle évite de renvoyer une image d'inacceptation, voire de jugement ; l'intervention reflète une attitude *non-jugeante*.

Au niveau d'une conceptualisation plus précise proposant une échelle (par ex., Truax, 1962b ; Tausch, 1973 ; Helm, 1980), on peut distinguer les dimensions suivantes : (i) le renoncement aux conseils, (ii) le degré de l'acceptation non restreinte (inconditionnelle) par des critères personnels du thérapeute, et (iii) la considération positive en termes de l'investissement, c'est-à-dire pas de verbalisations « machinales » ni d'écoute passive, mais une attitude intéressée et « partie prenante » face au client.

(3) *L'empathie* est un concept complexe (par ex., Bohart & Greenberg, 1997) qui comprend la reconnaissance empathique et la compréhension par le thé-

apeute, l'acceptation *et* la communication des sensations et des contenus de l'expérience ainsi que de l'émotion dans le *cadre de référence interne d'autrui*. Le thérapeute essaie de refléter les contenus importants énoncés par le client (« reflecting of feelings ») *et* de verbaliser des composantes expérientielles sous-jacentes allant au-delà de ce que le client vient d'exprimer explicitement. Le thérapeute les communique au client *comme quelque chose qu'il pense avoir compris*. L'empathie porte donc également sur des aspects expérientiels implicites : impliqués par exemple dans l'expression affective non verbale (par ex., un ton légèrement exaspéré), même si une qualité affective n'est pas exprimée explicitement dans l'énoncé (par ex., le client raconte la critique par un collègue, mais sans exprimer l'agacement verbalement).

A ce propos, on peut distinguer (par ex., Reicherts & Pauls, 2013) :

(1) les contenus expérientiels d'ordre émotionnel *et/ou* d'importance personnelle qui sont *explicitement mentionnés* dans l'énoncé du client (exemple : le client qui raconte être profondément déçu par son amie) ;

(2) les contenus expérientiels *implicites aux expressions* verbales et non verbales du client (exemple : le client parle avec une voix tremblante sans énoncer la qualité anxieuse de la situation qu'il décrit) ;

(3) les connotations ou contenus *impliqués* par un énoncé, soit en tenant compte des informations fournies antérieurement par le patient (implication rétrograde), soit en anticipant des qualités expérientielles engendrées par certaines situations-type (voir aussi les « core relational themes » des émotions chez Lazarus, 1991 ; par ex., la tristesse impliquée par une situation de perte.)

Le conseiller ou le thérapeute peut aussi expliciter – dans une idée de traduction sur le plan verbal – ce qu'il suppose être derrière le comportement observable et les énoncés du client, notamment en ce qui concerne les contenus émotionnels et motivationnels, ainsi que les cognitions qui les accompagnent, ou qui « résonnent ». Comme le démontre Sachse (1992) dans ses recherches empiriques, ce sont en premier lieu les verbalisations empathiques et précises de caractère approfondissant, qui déterminent le progrès thérapeutique dans l'immédiat (micro-perspective : moment-à-moment). Ces verbalisations dépassent le seul reflet (« reflecting of feelings ») et la paraphrase, tout en étant caractérisées par une référence thématique précise à l'énoncé précédent du client.

Plusieurs auteurs, comme Barrett-Lennard (1981) ou Greenberg et Elliott (1997), ont proposé de différencier le concept d'empathie. Chez Barrett-Lennard, l'empathie est un processus en trois phases : (1) le thérapeute fait l'expérience ou éprouve de l'empathie par rapport au client, (2) il la lui communique avec ce qu'il croit avoir compris, et (3) le client la perçoit et la reconnaît. L'em-

pathie perçue par le client montre la corrélation la plus forte avec le succès de la thérapie.

Dans le cadre de l'*approche focalisée sur l'émotion*, sont formulées cinq formes d'empathie (Elliot et al., 2004). Deux variantes plutôt simples comprennent (1) la *réflexion empathique* (« empathic reflection ») et (2) l'*affirmation ou le renforcement empathique* (« empathic affirmation »). Trois formes vont plus loin : (3) la *réflexion exploratoire* (« exploratory reflections ») qui – par le reflet empathique – sollicite prudemment l'exploration ultérieure ; (4) la *réflexion évocative* (« evocative reflections ») qui par l'utilisation de fortes images, des tournures et métaphores expressives et par une tonalité de la voix essaie d'accéder aux émotions du client ; (5) le *questionnement exploratoire* (« exploratory questions ») qui stimule l'exploration affective du client au moyen des questions qui adressent directement le vécu (Qu'est que vous éprouvez en ce moment ? Qu'est-ce que vous avez ressenti à cette situation, à l'époque ? Qu'est-ce que ceci signifie pour vous ?).

Comprendre et différencier les contenus émotionnels et la signification personnelle tels qu'ils sont exprimés par le client, ainsi que les verbaliser précisément dans l'immédiat du discours continu, est loin d'être facile. Le savoir-faire – les « skills » – demande un entraînement important lors de la formation thérapeutique ou de counselling et exige de la supervision dans la pratique ultérieure.

Depuis longtemps, à partir des travaux de Rogers et ses collègues (par ex., Truax, 1961a ; Truax & Mitchell, 1971), l'empathie est considérée comme l'élément central de changement dans les thérapies expérientielles. De nombreuses études empiriques montrent effectivement que l'empathie, au sens de la capacité du thérapeute à comprendre le client, est corrélée positivement avec le succès de la thérapie (pour un survol, voir Sachse & Elliott, 2002). La *compréhension empathique exprimée* par le thérapeute et sa perception et reconnaissance par le client sont le plus clairement associées avec le succès de la thérapie (pour un survol, voir Lambert, 2004). Une méta-analyse consacrée au rapport entre l'empathie des thérapeutes et le succès thérapeutique chez les clients (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002) révèle un coefficient de corrélation moyen de  $r=.30$ . Cette *taille d'effet*, indice statistique moyen des effets observés dans différentes études, s'avère « modérée », mais se situe dans le même ordre de grandeur que celle de l'alliance thérapeutique (par ex., Horvath & Symmons, 1991).

Des présentations synthétisantes (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) montrent également des liens généralement positifs entre la *considération positive* et le succès de la thérapie : elle se révèle comme une attitude thérapeutique générale-

ment constructive. Pour la *congruence*, ce rapport est dans l'ensemble plus faible tout en restant majoritairement positif.

### **Extrait d'un entretien**

Une séquence thérapeutique d'une cliente âgée de 37 ans (Sachse, 1996, p. 226, 241)

- C1 Alors maintenant, je vais prendre un appartement avec mon partenaire. Sa seule réaction a été : « Tu dois savoir ce que tu fais ! ».
- T1 Votre mère est réticente à cela ?
- C2 Oui, elle a peur que je me surmène et que je m'épuise au ménage et puis que je devienne malade, etc.
- T2 Et ça vous l'entendez souvent par votre mère ?
- C3 Oui, ça je l'entends toujours. Mais il n'est jamais question de savoir comment je vais moi en faisant ça, ce que je veux faire moi.
- T3 Ceci vous manque beaucoup n'est-ce pas, que votre mère s'occupe de vos besoins ?
- C4 Oui, j'ai toujours espéré qu'elle réagisse autrement, une fois. Je suis chaque fois déçue quand elle recommence avec ses conneries...
- T4 Vous êtes déçue ?
- C5 Oui, mais de l'autre côté, je me dis que peut-être j'exige trop d'elle. Elle a aussi un tas de problèmes à elle, et je devrais pas m'énerver – c'est une femme malade.
- T5 Mais, en quelque sorte vous n'arrivez pas à vous fâcher avec elle. Qu'est-ce qui se passe en vous si votre mère ne tient pas compte de savoir quels sont vos besoins ?
- C6 Ça m'énerve énormément. Je pourrais sortir de mes gonds. Je deviens très fâchée, je ne lui parle plus ou je sors tout simplement.
- (...)

### *Conceptions opérationnalisées des variables de base et échelles*

Afin d'étudier, entraîner et appliquer les variables de base, différentes échelles d'évaluation ont été développées (par ex., Truax & Mitchell, 1971 ; Tausch, 1973 ; Carkhuff, 1969 ; Eckert, 1974 ; Schwartz, 1975) qui se sont avérées pour la plupart suffisamment fiables et valides, ainsi qu'applicables et utiles. Nous présentons dans le chapitre 7 les échelles suivantes : la « congruence ou authenticité », la « considération positive / regard positif inconditionnel » et la « verbalisation des expériences émotionnelles ». Ces échelles permettent d'obtenir des

indices d'accord inter-juges satisfaisants après un entraînement pertinent des personnes effectuant le jugement ou l'observation systématique. Des recherches empiriques montrent que des changements constructifs deviennent plus probables chez des clients quand le thérapeute *réalise les trois variables de base* dans une mesure importante (par ex., Tausch, 1973). Selon les résultats résumés par Orlinsky et al. (1994), la réalisation de la congruence, du regard positif et de l'empathie favorise l'auto-exploration du client, et, par conséquent, des changements constructifs, comme la réduction des incongruences.

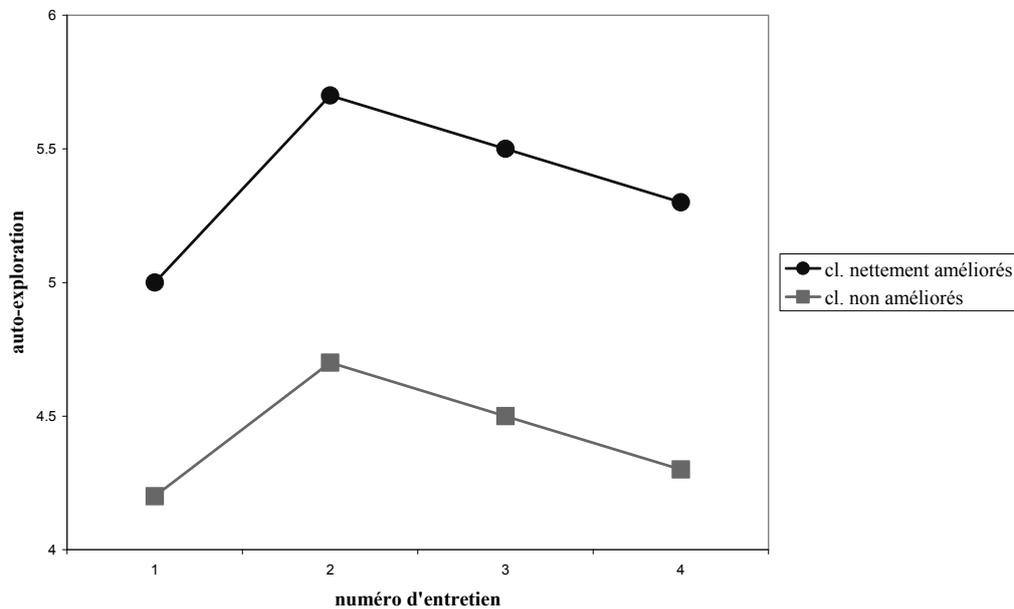
#### *Auto-exploration du client : la variable de base côté client*

L'*auto-exploration* caractérisant le processus du client dans l'échange thérapeutique représente une variable complexe (par ex., Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003). La conceptualisation dans une échelle (d'après Truax, 1961b ; Tausch, 1973) porte sur la proximité des contenus de la personne ou la dimension externe-interne des contenus évoqués (événement vs comportement vs expériences internes, effort de clarifier et capacité à trouver de nouveaux aspects ; voir chapitre 7 et annexe). Schwartz (1975) propose de décomposer le concept en trois dimensions (donnant lieu à trois échelles séparées) : (1) le degré de la référence à soi-même, (2) la proximité affective de ses propres expériences en les verbalisant, et (3) l'attitude par rapport à ses sentiments et émotions (refusant *versus* acceptant).

Tscheulin (1992) a démontré les liens entre les niveaux d'auto-exploration durant les premières séances de la thérapie avec le succès de la thérapie. Lorsque l'auto-exploration est élevée dès les premières séances thérapeutiques, les clients parviennent à une nette amélioration de leur état à la fin de la thérapie. Le graphique ci-après illustre ce résultat.

Sachse (1992), plus radicalement, propose de remplacer l'auto-exploration par un autre concept théorique appelé « traitement ou élaboration explicatif », qui spécifie entre autres la profondeur du traitement expérientiel du client. Il est articulé avec « l'offre de traitement explicatif » par le thérapeute ou conseiller. Pour les deux concepts liés, il existe des échelles comparables avec également de bonnes caractéristiques de mesure (voir chapitre 7 et annexe).

Figure 2. Evolution de l'auto-exploration lors des 4 séances initiales : clients nettement améliorés versus clients pas ou peu améliorés (Tscheulin, 1992).



### 2.3.2 « Variables supplémentaires »

Un certain nombre de variables ou techniques supplémentaires susceptibles d'influencer l'efficacité de l'entretien psychologique ont été élaborées. Ainsi, *l'activité et l'investissement* (Minsel, Langer, Peters & Tausch, 1973), *l'engagement affectif* (Schwartz, Eckert, Babel & Langer, 1978) ou la « *self-disclosure* » – l'ouverture personnelle de la part du thérapeute (par ex., Orlinsky et al., 1994) – représentent encore d'autres composantes des interventions visant l'établissement ou le maintien de la relation thérapeutique (quant à l'impact du « *self-disclosure* », voir aussi chapitre 2.3.1).

En contrepartie, les variables *concrétisation* (Minsel et al., 1973 ; Truax & Carkhuff, 1964) ou *élaboration / généralisation* (Schwartz, 1975) visent plus directement les contenus verbalisés ou exprimés par le client. Elles représentent donc des extensions techniques du concept de l'empathie ou de la verbalisation des expériences émotionnelles.

Par rapport à la *directivité* du thérapeute, il faut distinguer la directivité du *contenu* de la directivité du *processus*. Cette dernière se révèle comme très efficace, en lien avec l'approche orientée vers le processus (Sachse & Elliott, 2002).

Sur la base des approches théoriques d'ordre cognitif, on a aussi proposé des variables comme la *différenciation* et l'*intégration* des contenus expérientiels (Wexler, 1974 ; Reicherts & Wittig, 1984).

Pour ces aspects d'intervention on a aussi proposé des opérationnalisations par des échelles, comme le *degré de concrétisation* d'une verbalisation thérapeutique effectuée dans un énoncé spécifique ou d'un échange de de thérapie ou de counselling.

## 2.4 Interventions visant des tâches spécifiques

Plusieurs auteurs avaient déjà insisté sur le fait que les dites attitudes ou « variables de base » sont à adapter au processus thérapeutique et au client, selon son trouble et ses caractéristiques personnelles initiales, dans le sens d'une *indication différentielle*. De même, le développement de certaines variables supplémentaires (mentionnées ci-dessus) dépasserait déjà le seul établissement de la relation thérapeutique dans laquelle le processus thérapeutique se déroulerait quasi automatiquement. En effet, certaines variables supplémentaires différencient déjà ces interventions.

Les nouvelles approches, tout en partant de la relation thérapeutique, mettent l'accent sur l'« *orientation vers les tâches* ». Ces tâches portent surtout sur le traitement de problèmes ou situations-types survenant au cours du processus thérapeutique. L'orientation vers les tâches se réfère à des interventions spécifiques et circonscrites, qui ont été développées à ces fins. On parle aussi d'interventions « visant le processus » (« process-directed », cf. Greenberg et al., 1994).

Comme décrit dans le chapitre précédant, les interventions orientées vers la relation portent sur l'offre d'une relation thérapeutique (ou d'aide) qui aboutit – si elle réussit – à un *cadre relationnel*. C'est dans ce cadre relationnel que le thérapeute propose des *offres pour traiter des problèmes spécifiques*. Il peut les réaliser au fur et à mesure du processus thérapeutique, dès qu'une « tâche » thérapeutique s'impose. Ces offres de traitement se basent soit sur des patterns spécifiques des variables de base ou supplémentaires, soit sur d'autres formes d'intervention explicitement « *dirigées vers le processus* » et adaptées au problème du client et à la situation actuelle du processus thérapeutique (par exemple, le questionnement, la confrontation, l'explication, etc.). L'encart suivant résume les caractéristiques générales des interventions ciblées.

Tandis que les interventions orientées vers la relation visent des buts plus généraux et à plus long terme (les conditions du cadre thérapeutique, le processus interpersonnel, l'établissement d'un système micro social pour l'expérience), les interventions orientées vers les tâches s'adressent à des buts immédiats, à court terme, que le client pourrait atteindre à partir du processus actuel (Greenberg, Rice & Elliott, 1993).

## Caractéristiques et déroulement des interventions visant des tâches spécifiques

- (1) Situation de départ :  
une situation spécifique et définie sur la base du processus actuel ;  
la présence de la situation est évaluée selon des critères  
(par ex., « marqueurs procéduraux »)
- (2) But thérapeutique / de counselling :  
un but procédural, à court terme, à atteindre chez/avec le client
- (3) Intervention :  
une action élémentaire ou séquence d'actions ou interventions structurées  
selon certaines règles
- (4) Evaluation de l'intervention :  
selon des critères de succès (et d'échec) préétablis
- (5) Fin et suite du processus par défaut

Les interventions orientées vers les tâches vont de pair avec une conception thérapeutique différente : *le thérapeute ne suit pas seulement l'action et les énoncés du client, mais il les « dirige » aussi activement.* L'encart ci-après présente quelques exemples de techniques d'intervention et leur provenance, jouant un rôle important dans l'entretien et le counselling.

Ce type d'interventions suit le *principe de l'indication selon le processus*, aussi appelée *indication adaptative* (au contraire de l'indication *sélective*). Elles entrent en action dès qu'une situation ou un événement thérapeutique type est donné, qui peut être caractérisé par des « marqueurs procéduraux » (« process marker », par ex., signes verbaux ou non verbaux indiquant chez le client qu'une telle intervention serait à ce moment-là adéquate), et essaient d'atteindre des buts définis (« marker-guided »).

Le thérapeute, adoptant une position active, propose une offre de traitement spécifique, par exemple dans les cas suivants :

- (1) Il survient un événement significatif faisant référence au passé du client, qui est à explorer et à retravailler (Rice & Saperia, 1984 ; par ex., par un « processus explicatif » selon Sachse, 1996).

- (2) Un problème actuel demande un traitement approfondi pour clarifier les significations, émotions ou motivations personnelles (par ex., par une séquence de « focusing » d'après Gendlin, 1981, 2006 ; ou par une séquence de « processus explicatif »).
- (3) Un conflit interne survient (Greenberg & Paivio, 1997).
- (4) Des contradictions importantes se présentent au niveau des énoncés du client ou des divergences entre ses canaux de communication verbaux vs non-verbaux, auxquels il devrait être confronté (Tscheulin, 1992).

### **Interventions ciblées – exemples**

#### **Techniques développées dans le cadre de l'ACP**

- Questionnement
- Confrontation
- Processus explicatif
- Focusing

#### **Techniques issues d'autres approches expérientielles (par ex., Gestalt-thérapie)**

- « Awareness continuum »
- Chaise vide
- Deux chaises

#### **Techniques cognitivo-comportementales**

- Relaxation progressive
- Résolution de problèmes
- Techniques cognitives
- Techniques d'exposition
- Tâches à domicile

Dans ces cas, on n'applique pas seulement des interventions centrées sur la personne (dans le sens des variables de base et supplémentaires), mais aussi des interventions proposées par d'autres approches thérapeutiques, notamment expérientielles, comme la Gestalt-thérapie (Pearls, Hefferline & Goodman, 1951; Pauls & Reicherts, 1999). Deux exemples utilisant des interventions développées par la Gestalt-thérapie sont : le « dialogue à deux chaises » (« two-chair-dialogue » ; voir par ex., Greenberg, 1984) pour traiter un conflit interne du

client, et le « dialogue à la chaise vide » pour clarifier des expériences du client par rapport à une personne significative ou pour compléter une « tâche inachevée » (« unfinished business » ; voir Paivio & Greenberg, 1995). Un autre registre important comprend les interventions de provenance cognitivo-comportementale, comme les techniques de résolution de problème (D’Zurilla & Goldfried, 1971), la relaxation ou les tâches à domicile (voir aussi l’encart ci-dessus). Pour la plupart de ces techniques, il existe des consignes ou *manuels d’intervention*, identifiant les marqueurs, décrivant les interventions et proposant des exemples pour l’entraînement au traitement et son contrôle.

#### 2.4.1 Questionnement – poser des questions

Poser des questions ne figurait pas comme une intervention adéquate dans la thérapie non-directive « classique ». Cependant, poser des questions représente une intervention élémentaire et des questions, bien posées, peuvent remplir différentes fonctions :

- (1) Les *questions d’information et de compréhension* peuvent fournir des informations importantes (voire nécessaires) au thérapeute pour compléter son modèle (sa représentation) du cadre de référence du client. Des *questions concrétisantes* encouragent le client à décrire clairement une situation, un sentiment, etc.
- (2) Les *questions approfondissantes* peuvent stimuler le client à approfondir son mode d’expérience (son traitement explicatif), par exemple pour parvenir à une description réaliste et affective à partir d’un rapport neutre, ou l’aider à élaborer son évaluation ou sa signification personnelle (questions d’approfondissement de l’expérience). Dans ce cas, il faut veiller à ce que le point de référence de la question soit pertinent. Pour ce faire, le thérapeute peut d’abord intervenir avec une réponse empathique « validante » qui doit être confirmée par le client.

Il s’agit de respecter le *principe* :

→ *la compréhension précède l’approfondissement.*

Des exemples de telles questions se trouvent au chapitre 8.2.

#### 2.4.2 Donner des informations

Une autre intervention élémentaire dans l'entretien consiste à donner des informations, pour annoncer, déclarer ou expliquer quelque chose. Il peut s'agir d'informations concernant la suite du processus, d'explications concernant une intervention spécifique (par ex., le *brainstorming* pour la récolte d'idées), de consignes pour une action à effectuer, ou encore d'informations plus générales, par ex., introduisant à l'approche ou au contrat de traitement, ou à un autre thème d'intérêt (par ex., les liens de certains comportements alimentaires avec les effets physiologiques ; ceci dans le counselling accompagnant un traitement médical).

#### 2.4.3 Directives à l'action et concernant le processus

Cette intervention élémentaire joue un rôle important dans nombre de situations et de tâches de counselling ou de thérapie. Le conseiller prend l'initiative en proposant au client d'effectuer un certain comportement, le plus souvent à titre d'essai, avec des informations et consignes préparant cette action de la part du client. Il peut s'agir de modifier la suite du processus de counselling / de thérapie, par exemple d'aller plus loin dans un *processus explicatif*, de s'engager dans l'*imagerie mentale*, ou d'effectuer des tâches cognitives (par ex., chercher d'autres arguments, trouver d'autres possibilités d'action, chercher d'autres perspectives d'évaluation) ou encore d'inviter le client à réaliser des tâches à domicile. Parfois, ces interventions comprennent la démonstration de l'action à effectuer, en se servant ainsi de l'intervention du *modelage*.

#### 2.4.4 Confrontation

La confrontation décrit les interventions du thérapeute qui – partant de la verbalisation actuelle du client – lui indiquent des divergences ou « discrédances » (Bommert, 1987 ; Anderson, 1969). Ces discrédances peuvent se révéler entre les informations actuelles et antérieures du client ou entre comportement verbal et non- ou para-verbal (exemple : le client parle sans être ému d'une souffrance importante). La confrontation peut aussi porter sur les discrédances entre le Self réel (ce que le client « est ») et le Self idéal du client (ce qu'il souhaite idéalement être) et – parfois – sur des discrédances entre le point de vue du client et celui du thérapeute. Un survol des différentes formes de confrontation est donné par Tscheulin (1990, 1992).

Le but de la confrontation est de diriger l'attention du client sur des phénomènes qui ne lui sont pas encore clairs ou évidents et de les rendre (à nouveau) accessibles à un traitement. La confrontation peut ainsi avoir (i) une fonction d'approfondissement de l'expérience, (ii) une fonction didactique ou (iii) une fonction d'encouragement.

Le prérequis d'une confrontation est une relation thérapeute-client qui fonctionne bien. Des recherches (par ex., Anderson, 1969) ont montré que la confrontation favorise l'auto-exploration du client et est plus fréquente quand les variables de base ont été réalisées à un niveau élevé dans les énoncés précédents, et lorsque les clients sont plutôt confrontés à leur possibilités ou ressources qu'à leurs faiblesses. Sinon, les confrontations ont un effet réducteur négatif sur l'auto-exploration du client. Dans ses recherches, Tscheulin (1992) démontre des liens entre certaines caractéristiques de la personnalité du client et les effets d'une confrontation. Il a analysé la variable d'« auto-attention » (« self-awareness » ou « self-orientedness ») : la personne « *dirigée vers elle-même* » se réfère souvent à son Self comme à un objet et est « à la merci » de ses incongruences (par ex., les patients dépressifs ou dysthymiques ou les patients anxieux). La personne « *dirigée vers l'action* » se trouve souvent dans un état d'auto-attention périphérique. En se référant à ses actions et buts et non à son Self, elle risque de ne pas percevoir ses incongruences, même dangereuses pour elle (par ex., les patients souffrant de troubles de la dépendance ou de certains troubles de la personnalité, comme la personnalité borderline, de troubles « psychosomatiques »). Les résultats de Tscheulin montrent que les clients plus orientés vers l'action (« action-related ») profitent davantage d'une stratégie thérapeutique confrontative, tandis que les clients plutôt orientés vers eux-mêmes et leurs états internes (« self-related » ou « state-oriented ») profitent plus d'un traitement moins confrontatif.

#### 2.4.5 « *Focusing* »

Le « focusing » est une technique d'intervention qui a à nouveau gagné en l'importance ces dernières années. Proposée par Gendlin (1981), elle met l'accent – de manière plus marquée que l'empathie – sur un suivi flexible et approfondissant des contenus expérientiels du client et de leur symbolisation. Le focusing implique que le thérapeute – à partir d'un problème ou d'un contenu concret soulevé par le client – dirige activement l'attention du client sur son état interne, actuel, qui se manifeste dans des états émotionnels et corporels alors encore plutôt diffus. Il propose de manière explicite que le client se concentre sur ce sentiment (corporel) diffus, appelé le « sens ressenti » (« felt sense ») et

l'explore. A travers plusieurs étapes, il propose au client d'essayer de « symboliser », c.-à-d. de nommer de manière explicite, ce sentiment vague et diffus. Dès que le client parvient à une symbolisation pertinente, le sentiment vague se transforme ou disparaît.

Comme le montrent des recherches (par ex., Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992), une première séquence de focusing s'avère efficace – la symbolisation réussit – si dans les séances précédentes le client a pu réaliser l'auto-exploration dans une mesure élevée et s'il a déjà pu faire appel à ses expériences émotionnelles, notamment au niveau corporel (par ex., tension, activation végétative, etc.).

#### 2.4.6 *Explication et clarification : approfondissement et élaboration*

Il est crucial pour la clarification et la restructuration d'élaborer et d'approfondir ensemble les significations personnelles qui sont liées à un thème, une situation, un comportement ou une expérience émotionnelle du client. Côté client, le *processus d'explication* peut parcourir différents niveaux (Sachse, 1992 ; voir aussi chap. 7.2). Au niveau 1, il n'y a pas de traitement des contenus d'une importance personnelle, il s'agit de la seule description de faits ou d'événements sans aucun lien avec le client. Aux niveaux 2 (intellectualisation) et 3 (rapport) des contenus d'importance personnelle sont traités, mais sans qu'une évaluation devienne évidente. Les niveaux 4 (évaluation ou attribution externalisante) et 5 (évaluation internalisante, « personnalisante », ou interne) impliquent l'évaluation des contenus traités. Aux niveaux 6 (signification personnelle) et 7 (explication et représentation), des significations personnelles d'ordre émotionnel et cognitif sont impliquées ; elles représentent des *déterminants internes* de l'expérience de la personne. Au niveau 8 (intégration) finalement, les contenus expliqués sont liés à d'autres aspects personnels, comme des situations, des facettes/concepts du Self du client. Côté thérapeute, l'offre de traitement explicatif est conçue de manière analogue. L'intervention, la verbalisation du thérapeute, peut favoriser une continuation du rapport, offrir une évaluation (dans le cadre de référence du client), proposer une explication approfondissante ou encore une intégration des significations évoquées.

Plusieurs études empiriques portant sur des séquences thérapeutiques ont montré que l'offre de traitement explicatif du thérapeute influence la verbalisation suivante du client de manière importante, pouvant « niveler » ou « approfondir » son niveau de traitement (Sachse, 1992 ; Reicherts & Montini, 2006 ; ou encore Defago, 2006 pour l'influence du client sur le thérapeute). Une intervention du thérapeute qui reste en dessous du niveau de l'énoncé du client tend à niveler le niveau de son énoncé ultérieur.

Les interventions explicatives peuvent être considérées comme une extension de l'empathie. Si l'on considère avec Sachse (1992, 1996) l'explication des significations comme un continuum (multi dimensionnel), alors beaucoup de verbalisations thérapeutiques se présentent comme des explications de signification, à des niveaux différents évidemment. Le succès thérapeutique est plus grand si les offres d'explication renouvelées du thérapeute dépassent, dans une certaine mesure, le niveau des énoncés précédents du client (voir par ex., Defago & Reicherts, 2007).

Les techniques d'intervention orientées vers des tâches spécifiques ne sont à utiliser que dans certaines conditions. Dans d'autres, elles peuvent être inadéquates, voire contreproductives, comme par exemple confronter un client en train de suivre un processus d'explication ou de focusing.

#### 2.4.7 Tâches spécifiques à différents niveaux d'intervention

Il est possible de distinguer les interventions ciblées selon le *niveau du travail thérapeutique* – ou de conseil – suivant un but dans l'immédiat : le niveau du contenu, du traitement (intra)psychique et de la relation.

- (1) Le travail sur des thèmes, des problèmes et des tentatives pour les résoudre, présentés par le client, se situe au *niveau du contenu* : c'est la catégorie la plus fréquente qui se retrouve aussi dans l'approche « classique » de l'ACP.
- (2) Au *niveau de la gestion psychique* (processus psychiques internes), on s'occupe des modes de gestion cognitive, affective ou comportementale, par lesquels le client répond à ses incongruences et essaie de résoudre les problèmes qui en découlent (par ex., par l'évitement cognitif). Ce sont les travaux inspirés de la psychologie générale, cognitive et de l'émotion qui soulignent l'importance des modes de traitement intrapsychique comme cibles des efforts thérapeutiques (par ex., Wexler, 1974 ; Reicherts & Pauls, 1983 ; Tscheulin, 1992 ; Reicherts, Pauls et al., 2012).
- (3) Au *niveau de la relation*, le travail aborde les patterns ou styles d'interaction du client qui influencent la relation d'aide (pour l'établir, maintenir ou modifier). A la différence de la *relation d'aide générale* (voir plus haut), les comportements relationnels deviennent ici *explicitement* l'objet d'un échange thérapeutique. L'intérêt de ce niveau d'intervention a été souligné récemment par des recherches portant sur les modes d'attachement (par ex., Main & Goldwyn, 1985 ; Höger, 1995) ou sur les schémas interpersonnels en thérapie (par ex., Horowitz, 1989 ; Tscheulin, 1995).

Les trois niveaux se caractérisent par des buts spécifiques (les « buts procéduraux »), abordés par des interventions spécifiques. Ils sont ordonnés de manière hiérarchique ; le travail à un niveau peut donc avoir des implications à d'autres niveaux. Pour que le processus thérapeutique soit constructif au niveau du contenu (1), il y a comme prérequis de la part du client un traitement psychique majoritairement fonctionnel (par ex., pas trop d'évitement cognitif du genre : ignorer, nier, etc.). De même, un travail thérapeutique constructif au niveau de la gestion psychique (2) demande un style d'interaction du client au niveau relationnel (3) qui soit suffisamment fonctionnel et coopératif. Il ne doit pas être trop fragmenté ou mis en question par des problèmes relationnels. Chez certains clients et lors de certaines phases du traitement, il est donc nécessaire de travailler d'abord au niveau (3) relationnel pour arriver à un échange fonctionnel qui permette un travail au niveau (2) de la gestion (intrapsychique) ou au niveau (1) des contenus du client (par ex., ses peurs sociales).

Différents troubles et caractéristiques (initiales) du client engendrent des interventions (tâches) axées sur les différents niveaux : les troubles anxieux ou les troubles dépressifs, par exemple, impliquent des interventions qui se situent majoritairement au niveau du contenu (1), certains problèmes anxieux et des problèmes psychosomatiques, notamment, demandent plus d'interventions au niveau de la gestion (intra)psychique (2). Enfin, les troubles de la personnalité – et leurs schémas interpersonnels – sont, entre autres, abordés par des interventions thématiques les comportements interactionnels et relationnels du client, au niveau relationnel (3).

Il faut néanmoins souligner que le niveau d'intervention peut changer également en fonction du processus, voire même au sein d'une séquence thérapeutique, et ceci en fonction de la tâche thérapeutique soulevée.

Les *interventions ciblées* en entretien peuvent impliquer des techniques provenant d'autres approches thérapeutiques (voir aussi Pauls & Reicherts, 2013). Des exemples en sont, l'imagerie mentale, les tâches assignées (tâches à domicile), les jeux de rôle, les techniques de la Gestalt-thérapie (les exercices de conscience, « awareness » : la chaise vide, la chaise double, etc.), les éléments du psychodrame, la restructuration cognitive, les exercices corporels, jusqu'à l'implication d'une autre personne dans les interventions comme le partenaire ou des membres de la famille. Certaines de ces techniques sont décrites plus en détails au chapitre 9.

Des combinaisons d'interventions de la thérapie centrée sur la personne avec des techniques de la Gestalt-thérapie et des techniques « suivant des mar-

queurs » procéduraux (Rice & Greenberg, 1990) ont été testées, entre autre, avec succès auprès de clients dépressifs (par ex., Elliott, Clark, Kemeny, Wexler, Mack & Brinkerhoff, 1990).

#### 2.4.8 Fréquence *d'utilisation* des diverses interventions

Concernant la fréquence des différents types d'interventions (variables de base, variables supplémentaires, autres techniques), Speierer (1995b) a mené une enquête auprès de tous les thérapeutes de l'association allemande de la thérapie par entretien (« Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie » GwG ; environ 500 thérapeutes (50%) ont répondu). Selon leur propre évaluation, la variable thérapeutique la plus utilisée est la *considération positive* juste avant l'*empathie* et la *congruence*. Parmi les variables supplémentaires, les plus fréquentes sont la *différenciation*, la *confrontation* et le *résumé / la synthèse* (« Fazit-Ziehen »). L'intervention du *focusing* est aussi utilisée assez fréquemment, alors que la « *self-disclosure* » et des techniques d'autre provenance le sont moins.

### 2.5 Nouvelles conceptions en ACP et en approche expérientielle

Ces dernières années, les interventions orientées vers le traitement ont permis à de nouvelles approches importantes d'émerger : la psychothérapie orientée vers les buts (« Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ») et surtout la thérapie orientée vers la clarification (« Klärungsorientierte Psychotherapie », KOP) de Sachse et ses collaborateurs (Sachse, 1992, 1996 ; Sachse et al., 2009) ; de même la psychothérapie expérientielle orientée vers le processus (« Process-experiential Psychotherapy » ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993 ; Greenberg & Paivio, 1997) et actuellement, la thérapie focalisée sur l'émotion (« Emotion-focused therapy », EFT) de Greenberg et collègues (Greenberg, 2007 ; Elliott et al., 2004)

A la différence de l'ACP « classique », ces approches partagent des points communs : la directivité du processus, le diagnostic du processus et l'indication adaptative, ainsi que la référence aux bases de la psychologie des émotions. Mais ces approches considèrent la création de la relation au travers de l'empathie, l'acceptation et l'authenticité ou congruence, comme des éléments thérapeutiques de base et les processus d'exploration de soi et d'experiencing du client comme des éléments décisifs du processus thérapeutique. Même le « cadre de référence interne » du client demeure central, surtout pour préciser et développer les hypothèses concernant le traitement des cognitions, motivations et des

émotions. Alors que l'EFT considère avant tout le traitement des émotions, la KOP se réfère aussi au traitement de l'information et à la régulation des actions de la part du client, chacune en recourant aux concepts psychologiques s'y référant.

### 2.5.1 « *Thérapie orientée vers les buts* » selon Sachse

#### *Modèle de dysfonctionnement*

Le « modèle motivation-émotion-régulation » de Sachse propose un cadre conceptuel heuristique pour la description du traitement intrapsychique et de la régulation de l'action du client. Il comprend trois domaines : (1) les conditions environnementales actuelles (stimuli), ainsi que les conséquences, notamment sociales, des actions ; (2) le traitement des stimuli et les informations concernant les conséquences par le biais de processus plus complexes (interprétation, évaluation et attribution) ; (3) les traits de personnalité ou les structures durables. Le traitement est influencé par les informations sur les stimuli, les variables dispositionnelles (par ex., le savoir) et d'autres processus. Le domaine des traits de personnalité comprend les *déterminants internes*, des structures durables (savoir et postulats concernant le monde, la situation, la personne elle-même ; les motivations, etc.).

Les « schémas » occupent une place centrale. Ils sont activés par les conditions de la situation actuelle et influencent le traitement qui suit. Ils peuvent mener à des processus de traitement de l'information et affectifs hautement automatisés, pouvant se produire sans dépense de capacité, de manière rapide, rigide et non consciente pour la personne.

Les schémas dysfonctionnels n'activent pas seulement les émotions et les états affectifs sous-jacents (comme les émotions de base de peur, tristesse, colère, etc. ; ou la gêne et la tendance à l'évitement), mais aussi les significations ressenties (« felt senses », ressentis de réactions corporelles comme l'inquiétude ou la tension). Le client peut montrer des déficits ou des difficultés spécifiques pour toutes les facettes du traitement : par exemple, une représentation erronée (de la situation, de ses motivations propres), des résistances (ambivalences ; conflits envers le vécu ou les buts), des schémas émotionnels déformés (« une erreur est une catastrophe »), des schémas personnels (« déni »), ou encore une dépendance exagérée aux normes (orientation vers l'extérieur).

## *Techniques d'intervention (survol)*

La « Zielorientierte Gesprächspsychotherapie » a pour buts thérapeutiques : la clarification, l'actualisation du problème (par exemple, par l'activation du vécu par les schémas) et la restructuration (refléter, comparer, mise à l'essai de nouveaux schémas), ainsi que l'intervention qui vise un mode de traitement problématique (par exemple, des tendances à l'évitement cognitif ou l'impulsivité). La création de la relation thérapeutique demeure un point central, avec les offres de relations « classiques » sur lesquelles se base l'alliance de travail (« therapeutic bond »). Des exemples de *principes d'action thérapeutique* de la ZGT sont d'aider le client à internaliser sa perspective, d'activer un traitement émotionnel, de travailler « dans les limites du possible », d'ancrer les interventions dans la problématique actuellement représentée par le client ou d'éviter la confusion ou l'absence de concrétisation. L'exemple d'entretien thérapeutique présenté au chapitre 7 illustre une telle démarche dirigée vers le processus chez un client souffrant d'humeur dépressive, de conflits sociaux, de problèmes de couple et de difficultés au travail.

### *2.5.2 « Emotion-focused therapy » selon Greenberg et collègues*

#### *Modèle de dysfonctionnement*

Le postulat élémentaire de la thérapie focalisant les émotions (« emotion-focused therapy », appelée à ses débuts aussi « process-experiential psychotherapy ») porte en particulier sur la fonction et la signification des processus émotionnels. Son objectif réside en la nouvelle construction de significations et des formes de réactions émotionnelles. Le *modèle de dysfonctionnement* repose sur des hypothèses concernant le traitement perturbé des émotions, par des schémas émotionnels dysfonctionnels. Les émotions et les états affectifs sont considérés comme un système de signification primaire comprenant des informations sur les ressentis corporels et les tendances à l'action, notamment les aspects d'évaluation (« appraisals ») qui sont, avec les traitements cognitifs conscients, à la base de nos actions. Les émotions primaires (comme la peur, la colère, la tristesse, la joie ou la honte) ont une fonction adaptative pour l'individu et le milieu, par laquelle des tendances à l'action sont activées, l'attention éveillée et d'autres personnes informées. Le traitement automatique (avec les émotions primaires comme résultat) est suivi par des processus plus complexes, par lesquels sont intégrées d'autres informations sensorielles et liées à la mémoire, ainsi que des contenus de représentations en vue d'un « felt sense » de nous-mêmes et de la situation (le monde). Cette

synthèse d'ordre supérieur de différentes étapes de traitement est appelée « schéma émotionnel » et sert d'objet central aux efforts thérapeutiques.

### **Les différentes formes d'émotions d'après Greenberg :**

- (1) Les émotions *primaires adaptatives* : elles se réfèrent à l'état de la personne à ce moment-là, constituant la première réaction d'une personne face à un événement. Elles peuvent être assez simples, comme la colère, la tristesse, les pleurs, ou complexes, comme la jalousie.
- (2) Les émotions *primaires maladaptées* : des émotions que les personnes vont regretter d'avoir éprouvé (par ex., une peur prolongée et excessive, une colère nettement disproportionnée).
- (3) Les émotions *secondaires* : une « défense » contre une pensée ou un sentiment plus élémentaire ou primaire. Les facteurs situationnels ou culturels peuvent être en jeu. Par exemple, un homme déçu ne va pas forcément montrer de la tristesse, mais de la colère, selon sa culture. Une femme en colère va plus facilement montrer de la tristesse.
- (4) Les émotions *instrumentales* : une réaction émotionnelle en fonction d'une pression ou anticipation sociale ; par ex., une émotion qui se s'accorde aux attentes pour produire un effet et qui peut se révéler manipulatrice (par ex., les larmes de crocodile).

Les significations personnelles consciemment perçues reposent sur trois processus : (1) la synthèse d'une sensation ou d'une signification ressentie ; (2) l'ancrage de l'attention et de la symbolisation consciente dans une réalité personnelle ; (3) la génération d'explications de l'expérience symbolisée pour faire émerger une verbalisation cohérente (structure narrative) et la mettre en relation avec le Self.

Toutes les émotions ne sont pas discrètes – à distinguer l'une de l'autre – comme le sont la peur, la colère ou la tristesse. Souvent, il existe des états affectifs complexes qui reposent sur des schémas émotionnels individuels formés principalement à travers les expériences d'apprentissage de la personne.

### *Techniques d'intervention (survol)*

Les techniques d'intervention se basent avant tout sur les variables de base de la relation thérapeutique. Les interventions dirigées vers le processus s'orien-

tent vers l'activation et l'actualisation des schémas émotionnels : le thérapeute stimule et soutient le traitement de l'information (surtout l'attention) du client, dans le but que ce dernier active les processus et les expériences émotionnelles et qu'il puisse développer par la suite de nouvelles significations personnelles. Des « marqueurs » spécifiques permettent la reconnaissance d'états émotionnels particuliers de l'expérience, pertinents au niveau thérapeutique, et activés par des interventions spécifiques.

Une tâche thérapeutique centrale est l'évocation de l'expérience émotionnelle, par le recours aux émotions primaires y reliées, et qui peuvent présenter des informations pour d'autres significations personnelles ultérieures.

Exemple : un fort sentiment de culpabilité est enrichi et rendu à nouveau vivable par la colère originelle qui le sous-tend – qui jusqu'à présent ne peut pas être vécue ou exprimée – y compris au niveau des significations corporelles ressenties. Ces dernières doivent en effet être représentées symboliquement, enrichies et intégrées à de nouveaux schémas plus flexibles.

La psychothérapie expérientielle dirigée vers le processus intègre également des techniques d'intervention de la Gestalt-thérapie (par ex., Perls, Hefferline & Goodman, 1951, 1979 ; Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 1999) et, tout comme le processus explicatif de Sachse, en plus de l'orientation vers la relation, met aussi l'accent sur la clarification et le traitement (restructuration).

Pour le travail central sur les émotions, Greenberg et Paivio (1997) proposent des stratégies d'action différenciées. Ils distinguent trois formes principales d'émotions (voir aussi encart ci-dessus) : primaires, secondaires et des états émotionnels instrumentaux. Les formes principales peuvent apparaître sous des variantes spécifiques : par ex., prendre en compte dans les émotions primaires adaptées, des émotions primaires discrètes, comme la tristesse pour le deuil (perte), la colère pour l'abus ou le viol, ou encore la peur pour la menace ; mais aussi des sensations ou des significations corporelles ressenties ou une douleur émotionnelle. Des exemples d'états affectifs *primaires* « *inadaptés* » (ou maladaptés) sont les peurs phobiques (comme la panique), une colère démesurée et prolongée ou des sensations complexes comme la perte de l'estime de soi. Les états affectifs *secondaires* « *inadaptés* » comprennent des sentiments négatifs comme l'impuissance ou la perte d'espoir, notamment lorsqu'ils généralisent. Des états émotionnels *instrumentaux* « *inadaptés* » sont par exemple les « larmes de crocodile » (voir aussi encart ci-dessus).

Des interventions spécifiques sont mises en place pour chaque forme d'émotions : en travaillant avec les émotions *primaires adaptées*, il s'agit de mettre à disposition des informations supplémentaires, des tendances d'action et des

besoins, qui permettent d'activer et de mettre en exergue le *caractère fonctionnel* de ces émotions, même désagréables. Pour les états émotionnels *primaires inadaptés*, le schéma émotionnel dysfonctionnel doit être rendu accessible et restructuré. Les sensations *secondaires inadaptées* (comme l'impuissance ressentie face à une situation qui « objectivement » (ou dans une perspective inter subjective) ne dépasse pas les capacités de la personne) doivent être explorées attentivement. Pour les sensations *inadaptées instrumentalisées*, l'attention doit être dirigée vers leur fonction interpersonnelle ou vers leurs bénéfices secondaires (par ex., liés aux troubles psychiques).

Greenberg distingue trois processus du changement émotionnel :

- (1) L'augmentation de la conscience émotionnelle (« emotional awareness »), par la direction et la réorientation de l'attention et de la prise de conscience, et par la mise en lien avec les constructions narratives.
- (2) Permettre, accepter et faire confiance, en se référant à des formes plus mûres de la régulation émotionnelle – plus mûres par rapport à des réactions affectives dysfonctionnelles de « l'enfant blessé » comme l'appelle Greenberg.
- (3) Le transfert et le remplacement des réactions affectives dysfonctionnelles par des d'autres réactions adaptées et l'accès à d'autres souvenirs émotionnels ; en recourant aux « voix » du Self et des autres par la réorientation de l'attention vers un nouveau besoin ou un nouvel objectif.

Par ces processus, d'autres situations thérapeutiques typiques sont élaborées, comme par exemple pour compléter une « tâche inachevée » (« unfinished business ») au moyen du « dialogue avec la chaise vide » ou pour le traitement de conflits internes par le « dialogue à deux chaises ».

Dans le cadre de l'orientation expérientielle dirigée vers le processus, le concept de l'*empathie* est également reconsidéré (par ex., Greenberg & Elliott, 1997). En plus des composantes de l'accordage empathique (« attunement ») et de la communication empathique, d'autres types d'empathie sont différenciés (voir aussi chap. 2.3.1 « empathie ». L'accent principal peut être placé plus sur les émotions, ou plus sur les cognitions.

L'*empathie dirigée vers l'émotion* peut mettre au centre l'émotion primaire – avec son caractère fonctionnel ou dysfonctionnel –, l'émotion secondaire y reliée, ainsi que le caractère instrumental-interpersonnel de l'émotion (par exemple, des pleurs de détresse). L'*empathie dirigée vers la cognition* peut d'une part avoir pour objet les aspects idiosyncrasiques de signification dans la construction de la situation émotionnelle (« appraisals »), d'autre part les convictions sous-jacentes (valeurs, standards et convictions de base concer-

nant le soi ou les autres ; voir les cognitions de base liées au schéma dans la thérapie cognitive de Beck et collègues ; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 ; Blackburn & Cottraux, 2008).

Pour une systématique des *interventions empathiques*, une échelle a été développée et validée ensuite au niveau empirique (Campbell, 1988 ; Goldman, 1991). Pour les catégories de la compréhension empathique et de la supposition empathique, on observe un bon accord inter-juges, de même que pour les émotions primaires. Cependant, l'accord inter-juge pour toutes les catégories prises ensembles se révèle moins satisfaisant.